



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

TACIANA MARIA DA SILVA

**CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE
HIV E AIDS EM PERNAMBUCO EM TEMPOS DE CONVERGÊNCIAS
NEOLIBERAIS E NEOCONSERVADORAS**

Recife

2023

TACIANA MARIA DA SILVA

**CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE
HIV E AIDS EM PERNAMBUCO EM TEMPOS DE CONVERGÊNCIAS
NEOLIBERAIS E NEOCONSERVADORAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção de título de doutora em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

Coorientador: Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho

Recife

2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586c	Silva, Taciana Maria da Contradições na política de enfrentamento à epidemia de HIV e AIDS em Pernambuco, em tempos de convergências neoliberais e neoconservadoras / Taciana Maria da Silva. - 2023. 221 folhas: il. 30 cm.
-------	---

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina de Souza Vieira e Coorientador Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2023.

Inclui referências e apêndices.

1. Política de saúde. 2. HIV/AIDS - Aspectos sociais. 3. Neoliberalismo. I. Vieira, Ana Cristina de Souza (Orientadora). II. Barbosa Filho, Evandro Alves (Coorientador). III. Título.

361 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2023 – 050)

TACIANA MARIA DA SILVA

**CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE
HIV E AIDS EM PERNAMBUCO EM TEMPOS DE CONVERGÊNCIAS
NEOLIBERAIS E NEOCONSERVADORAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção de título de doutora em Serviço Social.

Aprovada em: 24/02/2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho (Coorientador)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dra. Raquel Cavalcante Soares (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dra. Maria Solange Guerra Rocha (Examinadora externa à instituição)
Universidade de Cape Town

Prof. Dra. Maria Ilk Nunes de Albuquerque (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Dedico este trabalho à minha família, sem a qual eu não conseguiria chegar até aqui. Mainha, Tamires, Marcelo, Marcílio e Heitor, o mais novo integrante da família, que, mesmo ainda estando em meu ventre, já é tão amado por todos nós.... muito obrigada. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe, uma mulher forte e guerreira, que trabalhou muito para que seus filhos tivessem as oportunidades que ela não teve. Sem ela eu não teria chegado até aqui. Mainha, essa vitória é nossa. É mais uma vitória, não é?! E nada que eu disser será o bastante para expressar o quanto lhe sou grata. Te amo muito.

À minha irmã Tamires e ao meu irmão Marcelo, pelo apoio, pela ajuda, pela torcida e pela confiança. Sei que posso contar com vocês para tudo e me coloco igualmente à disposição de vocês. Em mim, espero que encontrem uma irmã, uma amiga e uma companheira para todas as horas.

Agradeço, também, aos demais familiares que sempre acreditaram em mim.

Ao meu companheiro e amigo Marcílio, por seu apoio e pelas palavras de incentivo em todo o processo. Obrigada por sempre me incentivar a seguir em frente e a voar mais alto. Tê-lo ao meu lado é muito importante.

Aos meus amigos e amigas que sempre me apoiaram e me incentivaram a não desistir do sonho de fazer uma faculdade e a continuar estudando. Não vou citar nomes porque a lista seria imensa.

Às minhas queridas companheiras de trabalho: Cláudia, Luciana, Cristiana, Juliana, Liliane, Juju, Stellinha, Jessie e as residentes Cássia e Bruna. Com cada uma delas, aprendi algo valioso. Agradeço pelo apoio e pela ajuda, por compreenderem os momentos em que tive que me ausentar de minhas funções, as trocas de horário e tudo o mais. Elas foram um suporte incrível.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Ana Vieira, por ter me dado a oportunidade de participar da pesquisa como bolsista de Iniciação Científica quando eu ainda era estudante de graduação e, posteriormente, pelo apoio nas pesquisas que tive a oportunidade de participar. Não esquecerei a valiosa contribuição que você deu para a minha formação profissional. Espero que continuemos trabalhando juntas.

Agradeço também à Evandro que no meio do caminho entrou como coorientador da pesquisa e trouxe contribuições valiosas que a melhoraram.

Aos professores(as) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pelos momentos de discussão em sala e extraclasse.

Agradeço a Raquel Soares, Ilk Nunes, Solange Rocha, entre outras mulheres fortes e inteligentes com quem tive a honra de trabalhar e compartilhar conhecimento. Muito obrigada a todas.

Agradeço imensamente às minhas amigas de turma, Mirella (a minha dupla de sempre), Leidiane, Fabiana, Fabíola, Iara e Simaia, pelos bons momentos que passamos juntas. São mulheres fortes cuja amizade quero levar para sempre. Aprendi muito com todas vocês. Adoro vocês.

Em suma, agradeço a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente com esta tese.

“Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever”
(LISPECTOR, 1998, p. 11).

RESUMO

Desde o início da epidemia global de HIV e Aids, nos primeiros anos da década de 1980, foram adotadas diferentes estratégias de enfrentamento pelos países e, no Brasil, pelos estados e municípios. As políticas sociais, inclusive a de saúde, vêm confrontadas com reformas regressivas implementadas especialmente a partir de 2016, exigindo refletir analiticamente sobre as contradições na política de enfrentamento ao HIV e à Aids. Inicialmente, pensando criticamente o acordo firmado pelo Brasil para atender a metas internacionais de tratar a partir do diagnóstico do HIV, mas que por outro lado reafirma compromissos com o neoliberalismo e com o neoconservadorismo que fragilizam a política social, através de cortes de recursos, dentre outros desmontes. Partimos do entendimento de que a epidemia de HIV e Aids deve ser enfrentada via constituição de políticas de Estado, que não dependam das oscilações de políticas governamentais e que incluam nas discussões as dimensões sociais, culturais e sanitárias, as quais impactam na efetiva resposta à epidemia de HIV e Aids. Nesse sentido, discutimos teórica e historicamente o problema real das atuais tendências da política de saúde no Brasil, de desfinanciamento, desmonte do SUS, novas formas de gestão da saúde, parcerias público-privadas, com caráter de reforma regressiva, adotado nos últimos dez anos, que vêm seguindo as propostas da contrarreforma do Estado. Consideramos que, com a influência das diretrizes do neoliberalismo atreladas ao avanço do neoconservadorismo sobre a política de saúde, os direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids ficam crescentemente comprometidos. A tese teve como objetivo geral analisar as mudanças e contradições no enfrentamento de HIV e Aids em Pernambuco, diante dos novos arranjos da política de saúde e diante das convergências do neoliberalismo e neoconservadorismo. A pesquisa está fundamentada no materialismo histórico-dialético. Realizamos revisão bibliográfica, abarcando documentos sobre tendências do HIV e da Aids; neoliberalismo e neoconservadorismo na realidade brasileira atual. Como parte da metodologia proposta nesta pesquisa, realizamos 8 (oito) entrevistas em profundidade com gestor(es) e coordenação(ões) do Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV e Aids. Fizemos, também, entrevistas com organizações não governamentais de Pernambuco que atuam com pessoas vivendo com HIV e Aids. Analisamos, ainda, os documentos de domínio público do Ministério da Saúde referentes ao enfrentamento da epidemia, do estado de Pernambuco e da UNAIDS, no período de 2016 a 2021, observando uma gama de mudanças de paradigmas e modelos de prevenção e cuidado, como o compromisso do Brasil com o Fast Track. No tocante à política e aos modelos de resposta, houve pouca inovação e ocorreu muito desperdício de experiência. Além de retrocessos no que se refere às estratégias de enfrentamento ao HIV e à Aids e os novos arranjos na política de saúde. Observamos, em nossas análises, que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco perpassa muitas contradições no âmbito da elaboração e da efetivação da política. As orientações neoliberais e neoconservadoras convergem na realidade de Pernambuco e acarretam contradições na política de enfrentamento da epidemia de HIV e Aids e na efetiva adoção das estratégias globais firmadas.

Palavras-chave: Política de saúde; HIV; Aids; neoliberalismo; neoconservadorismo; Covid-19.

ABSTRACT

Since the beginning of the global HIV and AIDS epidemic, in the early 1980s, different coping strategies have been adopted by countries and, in Brazil, by states and municipalities. Social policies, including health policies, have been confronted with regressive reforms implemented especially since 2016, requiring an analytical reflection on the contradictions in the policy of confronting HIV and AIDS. Initially, critically thinking about the agreement signed by Brazil to meet international goals of treating from the diagnosis of HIV, but on the other hand, it reaffirms commitments to neoliberalism and neoconservatism that weakens social policy, through cuts in resources, among other dismantling. We start from the understanding that the HIV and AIDS epidemic must be faced through the constitution of State policies, which do not depend on the oscillations of governmental policies, and which include in the discussions the social, cultural, and health dimensions, which impact on the effective response to the HIV and AIDS epidemic. In this sense, we discuss theoretical and historical of the real problem of the current trends of health policy in Brazil, of defunding, dismantling of SUS, new forms of health management, public-private partnerships, with character of regressive reform, adopted in the last ten years, which have been following the proposals of the counter-reform of the State. We consider that, with the influence of neoliberalism guidelines linked to the advance of neoconservatism on health policy, the rights of people living with HIV and AIDS are increasingly compromised. The thesis' general objective was to analyze the changes and contradictions in the confrontation of HIV and AIDS in Pernambuco, in face of the new arrangements of health policy and the convergences of neoliberalism and neoconservatism. The research is based on historical-dialectical materialism. We conducted a bibliographic review, covering documents on HIV and AIDS trends; neoliberalism and neoconservatism in the current Brazilian reality. As part of the methodology proposed in this research, we carried out 8 (eight) in-depth interviews with the manager(s) and coordination(s) of the State Program for Sexually Transmitted Infections/HIV and AIDS. We also carried out interviews with Non-Governmental Organizations in Pernambuco that work with people living with HIV and AIDS. We analyzed the public domain documents of the Ministry of Health regarding the confrontation of the epidemic, the state of Pernambuco and UNAIDS, in the period from 2016 to 2021, observing a range of changes in paradigms and models of prevention and care, such as Brazil's commitment to Fast Track. As to the policy and response models, there was little innovation and a lot of wasted experience, in addition to setbacks regarding the strategies to confront HIV and AIDS and new arrangements in health policy. We observed in our analyses that the confrontation of the HIV/AIDS epidemic in Pernambuco goes through many contradictions in the elaboration and implementation of the policy. The neoliberal and neoconservative orientations converge in the reality of Pernambuco and lead to contradictions in the policy of facing the HIV and AIDS epidemic and in the effective adoption of the global strategies signed.

Keywords: Health policy; HIV; AIDS; neoliberalism; neoconservatism; COVID-19.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABIA – Associação Interdisciplinar de Aids

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACTG – Protocolo Aids Clinical Trial Group

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica

Aids – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

ARV – Antirretroviral

BM – Banco Mundial

BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CN-DST/AIDS – Coordenação Nacional de DST/Aids

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CRT – Centro de Referência e Tratamento

DDCCI – Departamento de Doenças Crônicas e IST

DST/IST – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infecções Sexualmente Transmissíveis

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégias de Saúde da Família

EAD – Ensino a Distância

EUA – Estados Unidos da América

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FEDP – Fundações Estatais de Direitos Privados

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem Sexo com outros Homens

IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas

IEPS – Instituto de Estudos sobre Política da Saúde

I=I – Indetectável igual a Intransmissível

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde/World Health Organization

ONGs – Organizações não governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Orçamento da Seguridade Social

OSs – Organizações Sociais de Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAM – Plano de Ações e Metas

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP – Profilaxia Pós-exposição

PrEP – Profilaxia Pré-exposição

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST/Aids

PPGSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PVHA – Pessoas Vivendo com o HIV e Aids

POA – Plano Operativo Anual

PMAQ/AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

PQA/AB – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

PNP – Programa Nacional de Publicização

PPP – Parceria Público-Privada

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RMR – Região Metropolitana do Recife

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SADT – Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia

SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SICLON – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Transmissão Vertical

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids.

UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPAE – Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
2 QUATRO DÉCADAS DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	42
2.1 NEOLIBERALISMO, NEOCONSERVADORISMO E SUAS INTERSEÇÕES COM A EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	44
2.2 RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS: AVANÇOS E RETROCESSOS	54
3 OS NOVOS ARRANJOS DA POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO	87
3.1 AS CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE E O DESMONTE DO SUS: DISCUTINDO AS ATUAIS TENDÊNCIAS.....	107
4 A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV E AIDS: DAS ESTRATÉGIAS GLOBAIS ÀS ADOTADAS PELO ESTADO DE PERNAMBUCO	129
4.1 ESTRATÉGIAS GLOBAIS EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS	129
4.2 ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA RESPONDER À EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	138
4.3 AS CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO.....	153
4.3.1 EPIDEMIOLOGIA E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO.....	154
4.3.2 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO: NOVOS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA E REBATIMENTOS NO HIV/AIDS.....	169
4.3.3 Atuação das ONGs HIV/Aids no enfrentamento à epidemia em Pernambuco.....	182
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	191

REFERÊNCIAS.....	203
APÊNDICES A – ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE GESTOR/COORDENADOR DO PROGRAMA ESTADUAL DE IST/HIV/AIDS.....	219
APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM REPRESENTANTE DE ONG/MOVIMENTO SOCIAL.....	220

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema de pesquisa enfrentamento ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) surgiu a partir da participação em pesquisas, desde o ano de 2009. Inicialmente, como bolsista de iniciação científica e de apoio técnico e, posteriormente, como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Direitos Sociais e Políticas Sociais (NEPPS/UFPE). As pesquisas, neste período, abordaram temas como a desigualdade social, a pobreza e a Aids e o acesso de pessoas vivendo com HIV/Aids aos serviços de saúde de referência no Brasil, na África do Sul e em Moçambique. Ademais, integraram os estudos questões como a feminização da epidemia e os diversos fatores que a influenciam, como relações desiguais de gênero, patriarcado, invisibilidade de direitos sexuais e reprodutivos e vulnerabilidades.

A participação nas discussões com a equipe de pesquisa durante o trabalho de campo nos grupos focais com homens e mulheres nos serviços de referência propiciou um importante momento de aprendizado, em que foi possível observar – nas falas dos participantes – a necessidade de acesso às informações e a direitos, no que se refere à política em si e ao atendimento nos serviços de saúde de referência do estado; além disso, esse momento suscitou questionamentos a respeito dos limites e dos desafios que se apresentam nesses espaços, com repercussões para os usuários e profissionais que vivenciam o cotidiano dos serviços.

A partir daí, houve o interesse em aprofundar os estudos em pesquisa de mestrado, realizada entre 2014 e 2016, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que teve como objetivo analisar a lógica das estratégias, o seu significado e as práticas em direitos reprodutivos e direitos sexuais para mulheres vivendo com HIV/Aids, atendidas em serviços de referência no município de Recife. Esta pesquisa trouxe importantes resultados sobre o cotidiano nos serviços de saúde de referência, no que diz respeito ao silenciamento e dificuldade em discutir os direitos sexuais e reprodutivos.

Concluiu-se, nessa pesquisa, que apesar dos direitos sexuais e direitos reprodutivos integrarem as estratégias de prevenção, há uma contradição entre o que pressupõe a política e a forma como os serviços são operacionalizados. No cotidiano dos serviços são priorizados outros fatores mais relacionados a aspectos biomédicos. O uso do preservativo interno e externo para o controle da exposição ao vírus é a única alternativa indicada, o que acaba suprimindo abordagens ampliadas sobre as demandas reprodutivas e sexuais. As mulheres

vivendo com HIV/Aids desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos, muitas nem ao menos sabem o que esses direitos significam, e esse desconhecimento é anterior à identificação da sorologia positiva, ficando claro na pesquisa que o desconhecimento é um dos fatores que influenciam a exposição ao vírus.

Atrelado ao conhecimento acumulado nas pesquisas, inclusive a do mestrado, surge o interesse em avançar nas discussões, no que se refere às atuais mudanças e contradições presentes na política de enfrentamento ao HIV/Aids no estado de Pernambuco, inserida na política de saúde, a qual sofre influência das perspectivas neoliberal, atualmente agudizada, e neoconservadora.

É preciso ter em mente que as estratégias de prevenção e tratamento devem contemplar, além do fornecimento de medicamentos, teste rápido ou distribuição de preservativos e gel lubrificante. Deve-se considerar as determinações sociais, as relações de poder, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, as ações coletivas e individuais de educação em saúde, aconselhamento, empoderamento dos sujeitos, pois a garantia de antirretrovirais não é suficiente.

Tanto a política social quanto a política de saúde supõem seu financiamento através de recursos públicos arrecadados pelo sistema tributário brasileiro. Nas últimas décadas, ganharam a marca da regressividade, se contrapondo ao que foi posto na Constituição Brasileira de 1988 (VIEIRA, 2018).

A ordem neoliberal, que se torna hegemônica no campo político, cultural e econômico, procura rever o papel do Estado e o seu peso na regulação da economia nacional, propondo a sua redução para o chamado *Estado mínimo*, sobretudo na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. Através do Estado, é construída uma reversão do coletivo e do social. Nesse sentido, o Estado não é um agente passivo, assume parte integrante de uma lógica concreta, isto é, a lógica capitalista.

Os interesses do Estado capitalista são privados e, a partir dos anos 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. “Setores antes geridos ou regulados pelo Estado têm de ser passados à iniciativa privada e desregulados” (HARVEY, 2014, p. 76), livres de qualquer interferência. Assim, os recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal são disputados pelo capital, pois têm papel relevante na manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social (SALVADOR, 2012).

Segundo Behring (2012), a crise contemporânea do capitalismo delineou novas configurações para o fundo público e para as políticas sociais. A autora pontua que o suporte

material do Estado tem sido fundamental para o processo de reprodução ampliada do capital, fazendo do fundo público mediação eficaz no capitalismo.

As origens do neoliberalismo o situam como fenômeno distinto do liberalismo clássico. O novo modelo nasceu após a II Guerra Mundial, especificamente na Europa e na América do Norte, onde o capitalismo era predominante. Surgiu como uma reação política, teórica e econômica ao então vigente Estado de Bem-estar Social e intervencionista, às experiências socialistas e à social-democracia. Teve como defensor o economista Friedrich Hayek, que, em 1944, escreveu o livro *O caminho da servidão*, considerado o texto de origem do pensamento neoliberal.

Concorda-se com Dardot e Laval (2016) que o neoliberalismo tem história e coerência. Para combatê-lo é necessário não se deixar iludir e fazer uma análise lúcida. É indispensável conhecimento e crítica, além de ultrapassar *slogans* e denúncias, muitas vezes confusos, parciais e atemporais. O neoliberalismo surge, também, como alternativa à crise do capital, não é apenas uma ideologia ou um tipo de política econômica, mas é também um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida.

Para autores como Harvey (2008), Dumenil e Lévy (2014) e Anderson (1995), o neoliberalismo se apresenta como uma política de classe com inspiração da ideologia econômica que busca ampliar a mercadorização, originando as formas de “acumulação por espoliação”. Com ênfase na expansão e renovação dos mercados globais, da privatização, da financeirização, dos modelos de gestão e da exploração do trabalho, expandindo as áreas e intensificando as formas de acumulação capitalista.

O neoconservadorismo, para Harvey (2014), é perfeitamente compatível com o programa neoliberal de governança da elite, desconfiança da democracia e manutenção das liberdades de mercado. Mas, se afastou dos princípios do puro neoliberalismo, em que remoldou práticas neoliberais em dois aspectos fundamentais: primeiro, na preocupação com a ordem como resposta ao caos de interesses individuais e, em segundo, na preocupação com uma moralidade inflexível, como o cimento social necessário à manutenção da segurança do corpo político vis-à-vis perigos externos e internos.

Para Brown (2016), neoliberalismo e neoconservadorismo são dois ideários políticos convergentes em muitos aspectos. Ambos contribuem para produzir e propagar a irresponsabilidade do governo em relação ao fundamento de suas decisões; ambos atuam contra a liberdade política e a igualdade entre os cidadãos, porque o primeiro a desvaloriza em

favor dos critérios do mercado e o segundo valoriza o uso do poder do Estado para fins morais.

Ou seja, o neoconservadorismo é um conjunto de preferências, um modo de pensar, uma mentalidade que une militarismo externo e interno, absolutismo de livre mercado e valores da direita cristã. Defende, ainda, o poder da família e das corporações, a interferência pública em aspectos da vida pessoal, é contrário à intervenção do Estado para diminuir as desigualdades e se opõe a movimentos reivindicatórios que buscam maior igualdade de direitos.

A junção entre neoliberalismo e neoconservadorismo, observada desde os anos 1970, foi pano de fundo para ascensão da nova direita, que privilegia a moralidade, a família tradicional autossuficiente, com marcante regressividade nas políticas sociais. Com negação dos direitos das mulheres, da comunidade LGBTQIA+, das pessoas vivendo com HIV e Aids.

Vemos que, no Brasil, a junção mencionada possibilitou o neofascismo e fundamentalismo religioso ocuparem espaço de poder político, em que igrejas evangélicas tinham e têm representantes em partidos políticos. Desse modo, foi iniciada uma agenda de desmonte de políticas de equidade de gênero, de direitos sexuais e de direitos reprodutivos, de LGBTQIA+, dos direitos humanos. Desde 2016, com o golpe Estado que acarretou o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, as políticas neoliberais foram reafirmadas e trouxeram graves riscos para a saúde e para a política HIV/Aids.

Desde o início da epidemia de HIV/Aids no Brasil, no começo da década de 1980, governos estaduais e locais adotaram as primeiras medidas para combater seu crescimento e foram criadas políticas específicas para o controle epidemiológico e para a prevenção da doença, antes mesmo da elaboração da política nacional de combate ao HIV e à Aids. No início, a epidemia era concentrada em homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, trabalhadores e trabalhadoras do sexo, o que gerou grande preconceito e estigma com essas pessoas; preconceitos que persistem até hoje, principalmente com homossexuais, homens que fazem sexo com homens e transexuais.

O Brasil passou por grandes avanços no tratamento antirretroviral, impulsionados pelos movimentos progressistas da sociedade civil voltados à luta contra o HIV e a Aids cujo um dos principais ganhos foi a distribuição gratuita e universal do medicamento, através da Lei Federal nº 9.313/1996, além da melhoria nos esquemas medicamentosos. Com isso, as pessoas vivendo com HIV e Aids puderam ter aumento no tempo e qualidade de vida e o diagnóstico deixou de ser sinônimo de morte.

Outro ganho foi a possibilidade de casais soroconcordantes ou sorodiferentes serem oportunizados de ter filhos biológicos, desde que alguns procedimentos sejam respeitados, tais como a contagem do nível de CD4¹, o uso ininterrupto dos antirretrovirais durante a gestação, lavagem do sêmen, o trabalho de parto e o parto (por via intravenosa), a fim de reduzir a carga viral² da mulher a níveis muito baixos ou indetectáveis, diminuindo as chances de transmissão materno-infantil, a chamada transmissão vertical³.

As pessoas vivendo com HIV e Aids ainda enfrentam problemas com preconceito e estigma, acesso restrito ao mercado de trabalho, habitação, serviços de saúde pouco estruturados e o fato de a política de saúde e a política de HIV/Aids, estarem submetidas à lógica neoliberal. Pois esta fragiliza ainda mais as pessoas vivendo com HIV e Aids no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde e à garantia de direitos de cidadania. A perspectiva neoliberal incide na política de saúde e as tendências universais materializam-se peculiarmente em relação às outras políticas sociais, os serviços de saúde tornam-se espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital (SOARES, 2010).

Enfrentar o HIV e a Aids envolve questões para além do tratamento medicamentoso e controle da epidemia. É imprescindível contemplar, nas discussões, as determinações sociais da saúde, as relações sociais, a questão da sexualidade e a reprodução, as relações de gênero, a vulnerabilidade e a discussão de quem deve garantir os direitos sociais. Sendo assim, incorporar a discussão da dimensão social no enfrentamento da epidemia é condição para efetivação do tratamento (SANTOS, 2014).

O conhecimento imediato do objeto que se mostra em sua aparência fenomênica no cotidiano é o ponto de partida necessário no processo de conhecimento do real. Mas esse real não é totalmente desconhecido, porque a aparência imediata mostra parte do real, que é a síntese entre singular, universal e particular, mesmo que de forma parcial. O conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das múltiplas determinações e é isso que buscamos evidenciar com a presente pesquisa de doutorado.

A partir do acúmulo teórico dos últimos anos e das reflexões quanto ao processo atual sobre a política de enfrentamento ao HIV/Aids, ainda que de forma inicial, tem-se como ponto de partida da pesquisa a realidade aqui refletida.

¹ A contagem do linfócito CD4 é um teste laboratorial muito importante. As células CD4 são do tipo glóbulos brancos. Eles são os melhores indicadores de como está funcionando o sistema imunológico da pessoa HIV positivo.

² Carga viral refere-se à quantidade de HIV circulante no sangue. É usada para monitorizar a progressão da doença e ajudar os médicos a tomarem decisões com relação ao tratamento de um paciente.

³ A transmissão vertical ocorre quando o vírus é passado da mãe para filho/a durante gestação, parto ou amamentação.

Assim, como problema real de pesquisa, no cotidiano dos serviços que atendem pessoas com HIV e Aids, identificamos que ocorre a falta de medicamentos para os usuários tanto antirretrovirais quanto para tratar doenças oportunistas (estes com maior frequência), o que prejudica a continuidade do tratamento dessas pessoas. As justificativas oficiais versam sobre questões burocráticas ou de logística.

As dificuldades de acesso e permanência nos serviços especializados e a precariedade de alguns serviços também fazem parte do problema real. No entanto, refletimos que este quadro caracteriza uma violação do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, além de apontar fragilidades na política de saúde, que tem sofrido as inflexões do neoliberalismo de maneira mais asseverada.

Sobre o caráter potencialmente progressista da política social e de saúde, que é confrontado com reformas regressivas implementadas ainda no início dos anos 2000 e agudizadas em 2016, em que através da inflexão conservadora comprometeram campanhas e programas que valorizavam a diversidade sexual desde a década de 1990.

Pretendemos refletir analiticamente sobre as possíveis contradições na política de enfrentamento ao HIV/Aids em Pernambuco, inicialmente tentando pensar criticamente o acordo firmado pelo Brasil, através da Declaração Política de 2016 do UNAIDS, o compromisso com as metas 90-90-90 e com o Fast track (2016-2021) para acabar com a pandemia da Aids até 2030, ao mesmo tempo em que a partir de 2016 o governo brasileiro reafirma compromisso com o neoliberalismo, que fragiliza a política social e de saúde, principalmente, através de cortes de recursos, do fortalecimento das Parcerias Público Privadas (PPP) e dos novos modelos de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSs).

Na agenda neoconservadora, as suas intervenções são centradas em ações despolitizadoras, moralizantes e direcionadas à responsabilização do indivíduo, principalmente, o corpo masculino cisgênero com foco no uso do preservativo externo (camisinha masculina), e da família. Não considera, portanto, as relações desiguais de gênero, o racismo estrutural, as desigualdades, pelo contrário, reforçam-nas. A partir dessas reflexões mencionadas, propomos analisar as possíveis contradições no estado de Pernambuco.

Para isso, se fez necessário pensar a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, até porque as estratégias criadas para alcançar tais metas geraram uma demanda maior de pessoas diagnosticadas e em tratamento com antirretrovirais, que precisam estar em acompanhamento em serviços de saúde especializados, estruturados, com profissionais suficientes para atendê-los. Se faz importante, então, refletir a questão da epidemia de HIV/Aids perante o cenário

tanto político quanto econômico posto a partir de 2016, incluindo os orçamentos disponíveis para execução e elaboração de políticas públicas.

Vale ressaltar que a política de saúde e a agenda do enfrentamento ao HIV/Aids passou por debilidade também nos governos de administração do Partido dos Trabalhadores (PT) (entre os anos de 2003 e 2016). Em que o crescimento e a equidade se deram via mercado e consumo, deixando de lado estratégias de expansão dos sistemas públicos de proteção social. Foi estimulada a compra de eletrodomésticos e carros através de benefícios fiscais enquanto bens coletivos – como ruas pavimentadas, transportes públicos de qualidade, fornecimento de água, escolas e hospitais estruturados – foram negligenciados (CORREA, 2016).

No ano de 2015, o governo federal realizou cortes em diversos ministérios, o da saúde foi um dos mais afetados, com o bloqueio de 11,7 bilhões de reais. Essa redução refletiu diretamente nos serviços de saúde ofertados. Nos governos seguintes também visualizamos diversas medidas de contingenciamento no orçamento federal. Nos dois anos de mandato de Michel Temer (2016-2018), foi aprovada a Emenda Constitucional-EC nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que congelou os gastos da União por 20 anos, gerando grandes impactos para a saúde e a educação, o que acarreta em estrangulamento no financiamento das políticas sociais e para a saúde.

No governo de Michel Temer, tivemos cortes draconianos nos investimentos públicos, eliminação de ministérios, proposta de planos populares de saúde, aprovação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, dentre outros.

No governo de Jair Messias Bolsonaro, iniciado em 2018, houve a continuidade das medidas adotadas no governo de Temer, concluindo o que este não conseguiu no mandato. Inclusive, o presidente afirmou em entrevistas que estava dando continuidade à forma de gestão adotada por seu antecessor.

Em oito meses de exercício na presidência, vimos que Bolsonaro deu continuidade com a reforma da previdência; descaso com meio ambiente e comunidades indígenas, quilombolas e tradicionais; fomentou o ensino cívico-militar na educação municipal brasileira a partir de 2020; privilegiamento aos interesses do capital financeiro; reorganização da atenção básica e nova forma de financiamento; prevenção do HIV/Aids pautadas no medo e nojo, reforçando abordagens de cunho conservador, dentre outras medidas.

Essas pautas conservadoras, que reforçam medo e nojo nos remetem à sorofobia, termo discutido e analisado por Barbosa Filho e Vieira (2021), a qual pode ser entendida como um “[...] conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e medos infundados sobre

HIV e Aids que resultam em episódios de violência institucional, física, psicológica e política contra populações soropositivas e grupos sociais mais vulneráveis à pandemia de HIV e Aids” (2021, p. 135).

Central no discurso da extrema direita brasileira, com uma agenda de afirmação da moral e das hierarquias tradicionais de gênero, tem compromisso com o desmonte do Programa Nacional de HIV/Aids e ataque aos direitos sexuais e reprodutivos, além da universalidade do acesso ao tratamento do HIV e Aids (BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021).

Desde 2019, o governo de Bolsonaro determinou grandes cortes para educação, incluindo as universidades e institutos federais, que comprometeram o pagamento de despesas básicas. O governo foi responsável pelo corte de R\$ 407 milhões do programa de prevenção do HIV e Aids. O que caracteriza um processo de desmonte das políticas sociais, com graves impactos para a classe trabalhadora, que necessita dessas políticas de reprodução social para a manutenção da própria existência. Ou seja, as inflexões do neoliberalismo nas políticas de saúde e de HIV/Aids não são recentes, ou do governo recente, trata-se de um projeto que está em curso há algum tempo no Brasil.

A política de saúde, universal e pública, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo e sendo confrontada com reformas regressivas. Como as demais políticas públicas, está inserida num contexto que segue a lógica do capital, em meio a contradições e luta de classes.

A conjuntura, posta desde 2016, difere e muito da que se apresentava no final dos anos de 1980, de forte mobilização social pela democratização e que exigia direitos sociais, agora se veem novos parceiros e novos sujeitos corporativos, como igrejas evangélicas, agronegócio e outros (VIEIRA; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2017).

O Estado brasileiro vem adotando uma política de ajuste fiscal, rebatendo nas políticas sociais. Especificamente, nas políticas de Seguridade Social as medidas adotadas vêm sendo mais nefastas, através de regras ditadas pela contrarreforma, que as responsabilizam pelos déficits públicos do Estado brasileiro (MARTINIANO *et al.*, 2011).

Ainda como parte desse problema, tem havido dificuldade em relação ao acesso e à permanência nos serviços de saúde de referência para pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, que as estratégias de prevenção são frágeis e carregadas de conservadorismo e culpabilização e responsabilização do indivíduo, falta articulação entre a rede de assistência com os outros níveis de atenção à saúde, diga-se a atenção básica, e tem havido falta de capacitação para os profissionais de saúde.

Tais fatos já foram comprovados durante o processo de pesquisa do mestrado, mas que, na atual conjuntura de recrudescimento da perspectiva neoliberal, têm sido mais impactados pelas reformas regressivas, operacionalizadas no âmbito do Estado, que resultam em cortes drásticos no financiamento direcionado às políticas de saúde e que refletem nas políticas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

É importante refletir que o uso ininterrupto de antirretrovirais faz parte das metas internacionais que o Brasil adotou desde 2013, atrelado ao diagnóstico e supressão viral, para em 2020 alcançar as metas 90-90-90, reconhecidas pelo UNAIDS, em 2014, nas quais os países devem atingir: 90% das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em Terapia Antirretroviral (TARV); e 90% das PVHA em TARV com supressão viral (BRASIL, 2015). Com isso, pretende-se que, em 2030, a pandemia da Aids acabe, o que trará grandes benefícios para a saúde e a economia e uma melhor qualidade de vida para os/as soropositivos/as (UNAIDS, 2015).

No entanto, para o Brasil, o alcance dessas metas vem sendo difícil, pois, devido às profundas desigualdades no país, a epidemia brasileira é bem complexa e o seu enfrentamento pode ter características próprias de acordo com a região. Além disso, há barreiras nas políticas sociais e de saúde (de diminuição de recursos, privatização, precarização, sucateamento dos serviços), e, conseqüentemente, no enfrentamento ao HIV/Aids, reflexo da perspectiva neoliberal já mencionada.

O ano de 2021 chegou e o UNAIDS divulgou um relatório em que admite que as metas 90-90-90 não foram alcançadas, tendo melhores resultados na supressão da carga viral. Assim, a Declaração de Paris foi atualizada em 2021 para ficar alinhada a nova estratégia global para acabar com a Aids. Foi proposto um novo Fast Track para o período de 2021 a 2026, com foco nas desigualdades (UNAIDS, 2021). Atrelado ao Fast Track e à Declaração de Paris estão as metas 95 95 95, implementadas no final de 2021, mesmo sem ter alcançado as metas anteriores. Isto é preocupante, pois as metas são modificadas, mas as questões estruturais não são tratadas. As desigualdades, a discriminação, a estigma, o preconceito, os baixos recursos destinados para HIV e Aids não são problematizados.

Percebe-se, ainda, o direcionamento do tratamento biomédico da doença, concentrado nos antirretrovirais (ARVs), a estratégia de Tratamento como Prevenção (TcP)⁴. O Brasil

⁴ Entre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso do Tratamento como prevenção (TASP, em inglês, ou TcP, em português), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP). Desde 2013, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), tem disponibilizado os medicamentos antirretrovirais de forma gratuita a todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS – independentemente do nível do CD4 (UNAIDS, 2015).

passa a adotar estratégias para reduzir e/ou acabar com a transmissão do HIV e Aids, tendo como norte as metas internacionais mencionadas, que na realidade brasileira aparentam ainda muitas fragilidades, principalmente no que diz respeito à prevenção, tratamento e acesso a serviços especializados.

No Brasil, consideramos contraditório vermos que, ao mesmo tempo em que se estava seguindo as diretrizes internacionais das metas 90-90-90, até 2021, com a prevenção combinada e ampliação de testagem do HIV, há a prática de contingenciamento dos gastos públicos através do acirramento da perspectiva neoliberal, espraiando-se nas políticas sociais. Além da onda neoconservadora que coadunou perfeitamente com essa perspectiva neoliberal.

Por um lado, se assegura o acesso ao tratamento medicamentoso com ARVs, mas por outro faltam ações educativas coletivas, serviços estruturados, medicamentos para doenças oportunistas e comorbidades, políticas efetivas que garantam acesso ao trabalho, à alimentação, à habitação e ao transporte.

As organizações não governamentais (ONGs) que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids em conjunto com a Articulação Aids⁵ vêm encabeçando as denúncias de falta de medicamentos, precarização dos serviços, falta de insumos tanto no cenário nacional quanto no internacional, e nisso apontam a atual fragilidade da política de Aids no Brasil e em Pernambuco. O neoliberalismo e o processo de desmonte das políticas também atingiram as ONGs e os grupos que atuam com pessoas vivendo com HIV e Aids. O corte de recursos inviabilizou o financiamento de novos projetos, o que ocasionou a redução das ações e o fechamento de muitas instituições.

É importante questionar o que está por trás da falta de medicamentos antirretrovirais, da falta de especialistas, da precariedade nos serviços de referência para pessoas vivendo com HIV/Aids. Além da persistente dificuldade de acesso e permanência das pessoas nos serviços, em um país que se consolidou nas estratégias de enfrentamento da epidemia. É necessário compreender o caráter mercadológico dado à saúde brasileira. Em que se restringem os gastos com saúde, refletindo diretamente no direito à saúde – garantido constitucionalmente.

Ao longo dos anos, percebe-se uma inversão na forma de transmissão. Se no início, por volta de 1982/83, os homens gays e homens que faziam sexo com homens eram maioria, a partir dos anos 2000, são percebidas as tendências da heterossexualização, a pauperização, a interiorização, feminização e juvenilização da Aids.

⁵ Constituída no segundo semestre de 1996, no Recife, a Articulação Aids de Pernambuco é o primeiro fórum de articulação política do movimento de luta contra a Aids no Brasil, congregando organizações da sociedade civil organizada, redes, movimentos e ativistas independentes que atuam no campo da prevenção às ISTs e ao HIV, bem como na assistência às pessoas acometidas pela Aids.

A interdição de debates públicos sobre sexualidade e sexo seguro, contra preconceito, homofobia, e a retirada de propagandas com essas temáticas dos veículos de mídia, demanda para a família a condição de única responsável pela socialização de informações, a função de educar e orientar, exclusivamente.

Assim, é reforçada a agenda neoconservadora de retirada do debate público sobre relações sociais de sexo, gênero, direitos sexuais e reprodutivos. A responsabilidade é retirada do Estado e agora passa, exclusivamente, para a família e para o indivíduo. Criam-se, desse modo, barreiras para se chegar aos jovens, que ainda desconhecem a dimensão da epidemia e seus agravos. Essas são estratégias conservadoras que só prejudicam a população em geral e as pessoas vivendo com HIV e Aids, populações-chave e prioritárias.

De 2007 até junho de 2022, foram notificados no SINAN⁶ 434.803 casos de infecção pelo HIV no Brasil, 183.901 (42,3%) na região Sudeste, 89.988 (20,7%) na região Nordeste, 84.242 (19,4%) na região Sul, 42.957 (9,9%) na região Norte e 33.715 (7,7%) na região Centro-Oeste. Nesse mesmo período, foi notificado no Sinan um total de 305.197 (70,2%) casos em homens e 129.473 (29,8%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2022 foi de 2,8 (M:F) (BRASIL, 2022).

Com relação aos dados de Aids, o Brasil tem apresentado uma média anual de 36,4 mil novos casos nos últimos cinco anos. Em 2019, foram registrados 37.308 novos casos de Aids e, em 2020, foram 29.917 novos casos, enquanto que no ano de 2013 tivemos 43.368 casos confirmados. Do início da epidemia, em 1982, até junho de 2022, foram registrados 1.088.536 casos de Aids⁷. Destes, 719.229 (66,1%) são homens e 369.163 (33,9%) são mulheres (BRASIL, 2021).

Desde o início da epidemia até dezembro de 2021 foram notificados 371.744 óbitos tendo a Aids como causa básica. No ano de 2021, foram notificados 11.238 óbitos, em que 37,8% foram no Sudeste, 22,9% no Nordeste, 20,3% no Sul, 12,0% no Norte e 7,0% no Centro-Oeste. A mortalidade de pessoas negras vem aumentando na região Nordeste e Norte, apresentando crescimento nos últimos dez anos, diferentemente das outras regiões brasileiras.

Em Pernambuco (2022), foram notificados 15.825 novos casos de HIV. A taxa de detecção ficou em 32,4 e a razão de sexo de 2,4. Com relação à escolaridade, as pessoas diagnosticadas com HIV, no mesmo período, tinham Ensino Fundamental incompleto (31,7%) e Ensino Médio (30,8%). A categoria raça/cor tem predominância de pardos com

⁶ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

⁷ A discrepância entre a predominância de casos de Aids e os de HIV se dá pela notificação compulsória para os casos de HIV ser exigida a partir de 2014. Desde então, os boletins epidemiológicos nacionais e estadual (Pernambuco) apresentam esses dados separadamente.

70,0% e preta com 11,8%, as pessoas autodeclaradas brancas com 17,4%. A transmissão heterossexual (94,6%) é predominante. As faixas etárias com maior porcentagem são de 20-29 (35,1%) e 30-39 (29,6%).

Os casos de Aids notificados no período de 2017 a 2021 totalizam 5.020. Com taxa de detecção de 9,7%. A categoria raça/cor predominante é de pardos (72,7%), brancos 16,6% e pretos 10,0%. A maioria das pessoas diagnosticadas com Aids tem Ensino Fundamental incompleto (38,0%). Os óbitos por Aids entre 2017 e 2021 foram de 2.695, com redução de 15,5% no número de óbitos. A taxa de mortalidade atingiu 67,9% das pessoas autodeclaradas pardas (PERNAMBUCO, 2022).

O estado de Pernambuco passou a seguir a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) no mesmo período que o Brasil, entre 2013 e 2014, que determinou que até 2020 fossem cumpridas as metas 90-90-90. Porém, é preciso refletir se o diagnóstico tardio, a fragilidade da vinculação, a retenção e a adesão ao tratamento e a dificuldade de acesso aos serviços podem ser algumas das graves complicações dos altos índices de morbimortalidade da doença e se comprometem o alcance das metas citadas acima.

A vigilância epidemiológica da epidemia visa contribuir para o aprimoramento das ações dirigidas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Além disso, direciona informações relevantes para a elaboração, gestão e avaliação de políticas estratégicas.

O grande desafio está na prevenção, reforçando-se a necessidade da adesão à prevenção combinada, estratégia essa que baseia-se na livre conjugação das ações presentes na mandala de prevenção combinada⁸, sendo esta combinação determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas, população-chave (gays e outros HSH; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; trabalhadoras e trabalhadores do sexo), população prioritária (população de adolescentes e jovens; população negra; população indígena; população em situação de rua) ou geral, e pelos contextos nos quais estão inseridas (BRASIL, 2017).

No que se refere ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco, chama-se a atenção para a necessidade de planejamento de ações oportunas em todos os municípios do estado, objetivando a ampliação da detecção precoce do HIV/Aids, assim como o acesso à assistência especializada em tempo hábil. Nos últimos anos, a estratégia adotada pelo estado

⁸ Uma das maneiras de pensar a Prevenção Combinada é por meio da "mandala". O princípio da estratégia da Prevenção Combinada baseia-se na livre conjugação dessas ações, sendo essa combinação determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas (população-chave, prioritária ou geral) e pelos meios em que estão inseridas.

consistiu em ampliar a rede assistencial através da criação dos Centros de testagem e Aconselhamento (CTA) e de Serviços de Atenção Especializada (SAE) no interior do estado.

O plano de governo de Eduardo Campos lançou, em 2007, o Programa Todos por Pernambuco, que possibilitou que a área de saúde no estado fosse direcionada para o fortalecimento da Parceria Público-Privada (PPP) e novos modelos de gestão do SUS, expressão da privatização não clássica, o que não difere muito do direcionamento nacional.

Três hospitais foram construídos entre 2009 e 2011, além de UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) e UPAsEs (Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado). A gestão das novas unidades ficou sob a responsabilidade de organizações não-lucrativas, numa parceria público-privada, em que o governo estadual custeou a construção das unidades de saúde e as repassou às instituições não lucrativas, tanto a gestão quanto a admissão de pessoal fogem à recomendação constitucional de concurso público (VIEIRA, 2015).

Entretanto, esse movimento de privatização não ocorre com os SAEs e CTAs. Esses continuam sob a responsabilidade gerencial do setor público estatal, especificamente a gestão é responsabilidade municipal. Os serviços de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids contam, desde 2017, com parceria da Aids Healthcare Foundation (AHF)⁹. O primeiro serviço que atuou foi no Hospital Correia Picango, especificamente no ambulatório. Posteriormente, foi para o Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Otavio de Freitas, tendo ainda atuação em SAEs e CTAs da região metropolitana.

A situação da saúde em Pernambuco vem sendo pauta de discussão nos últimos anos. Em 2018, ONGs¹⁰ que atuam com HIV/Aids denunciaram na imprensa a situação difícil e preocupante dos serviços de atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, que vão desde a falta de medicamentos, o desmonte das ações educativas voltadas às populações-chave, a situação precária dos serviços de testagem até a precariedade dos serviços de referência, caracterizando a violação dos direitos das pessoas que vivem e convivem com o vírus.

A prevenção combinada surge como uma estratégia que utiliza simultaneamente diferentes tipos de abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural), aplicadas em diferentes níveis para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão. Envolve desde o tratamento como

⁹ A AHF foi criada em 1987 e é uma organização não governamental global que atua em 45 países, atendendo a mais de 1,6 milhão de pacientes. Tem como missão oferecer tratamento inovador e *advocacy* para as pessoas, sem importar sua condição financeira. Expandiu seus serviços para América Latina em 2007, porém iniciou suas atividades no Brasil somente em 2017. O primeiro estado foi o Rio de Janeiro, depois Amazonas, São Paulo, Pernambuco.

¹⁰ As ONGs que participaram dessa denuncia foram Gestos e Articulação Aids de PE. O protesto foi em frente à Policlínica Gouveia de Barros (BARBOSA, I., 2018).

prevenção combinada até mudanças de comportamento e ações voltadas para fatores e condições socioculturais (BRASIL, 2017).

Desde o início, nos anos 1980, surgiu a mobilização para o enfrentamento da epidemia que acometia, principalmente, homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e hemofílicos (VIEIRA, 2018). A partir dos anos 2000 percebe-se um aumento considerável e preocupante de mulheres infectadas, que exige a elaboração de estratégias específicas para seu enfrentamento.

O Brasil passou por grandes avanços no que se refere ao tratamento de pessoas com HIV/Aids. Foram viabilizados os medicamentos necessários, incluindo os antirretrovirais. Um dos principais ganhos foi com a distribuição gratuita do medicamento, através da Lei nº 9.313/1996 (BRASIL, 1996). Com isso, as pessoas vivendo com HIV/Aids puderam ter um tempo de vida maior, melhor qualidade de vida e o diagnóstico deixou de ser sinônimo de morte.

No cotidiano dos serviços especializados, há falta de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos para doenças oportunistas, além do grande intervalo entre uma consulta e outra, alta demanda em contraposição ao quantitativo de profissionais etc. Essas questões interferem e dificultam as estratégias de enfrentamento da epidemia.

Para Rocha (2003), as possibilidades para o enfrentamento da epidemia passam a ter que ser repensadas no cotidiano a partir de questões a respeito de qual projeto de desenvolvimento se quer para a humanidade e quais as garantias para usufruir os direitos humanos. Esses questionamentos são tão atuais agora quanto eram no início dos anos 2000.

Para o enfrentamento do HIV/Aids, o favorecimento do capital se concretiza pelo predomínio de uso de medicamentos antirretrovirais, inclusive com mudanças no protocolo em 2014, garantindo o acesso aos medicamentos a todos os que são diagnosticados com infecção pelo HIV, antes mesmo que tenham sintomas de Aids ou independente de carga viral.

Essa tendência segue orientação internacional de adotar o tratamento como forma de prevenção, pois pessoas com carga viral indetectável tem chance quase zerada de expor alguém ao vírus HIV, mesmo que em relações sexuais sem uso de preservativo. Como ponto favorável, destaca-se a possibilidade de reduzir o risco das infecções oportunistas, garantindo melhor condição de saúde, além da redução da carga do vírus entre pessoas que vivem com HIV/Aids (VIEIRA, 2015).

Em contrapartida, têm-se os efeitos colaterais do medicamento, a dificuldade em aderir ao tratamento quando não se manifestam os sintomas da doença. Pode-se destacar,

também, a diminuição da importância da prevenção e a falência das estratégias baseadas nas mudanças de comportamento e responsabilidade com o sexo seguro, que requer profundas mudanças nas estruturas patriarcais. A lógica da medicalização torna-se predominante através da indústria farmacêutica (VIEIRA, 2015).

É necessário entender que as estratégias de prevenção e tratamento devem ir além do fornecimento de medicamentos, teste rápido ou distribuição de preservativos. Deve-se considerar as determinações sociais, as relações de poder, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, pois a garantia de antirretrovirais não é suficiente.

O Brasil tem dimensões continentais com grandes disparidades sociais, econômicas e demográficas, por isso não surpreende que essas diferenças tenham reflexo na maneira que a epidemia se espalha na população brasileira. O conjunto de transformações econômicas tem gerado novas formas de exclusão social e desigualdade extrema, intensificando diferenças de renda, pobreza e miséria.

A adoção de políticas sociais e econômicas com diretrizes neoliberais, orientadas à produção de crescente integração no sistema capitalista global, tem reforçado a rápida redução nos programas de saúde, educação e proteção social. Com uma globalização caracterizada por profunda acentuação dos processos de diferenciação social e por relações de distribuição e consumo.

A desigualdade social tem sido tipificada por crescente polarização entre ricos e pobres. Os impactos negativos do neoliberalismo são ingredientes estruturais da produção de vulnerabilidade à infecção e da capacidade do Estado de dar respostas à epidemia (PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000).

Apesar dos dados mostrarem redução no número de casos no Brasil, na publicação da ABIA (2016), pode-se observar o alerta do retrocesso brasileiro na resposta à epidemia de HIV/Aids. O Brasil deixou de lado a expertise para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social.

Concorda-se com Correa (2016) que não é trivial que essas definições de política tenham sido tomadas num contexto mais amplo em que já prevaleciam a lógica neoliberal para políticas sociais, de focalização, privatização, pacotes básicos. A autora aponta ainda que, atualmente, a resposta brasileira ao HIV/Aids apresenta déficits flagrantes nos âmbitos da prevenção e da assistência no que diz respeito à aderência aos direitos humanos.

A possível reemergência da Aids torna-se mais preocupante com a perda de espaço sofrida pela sociedade civil progressista, que perdeu também poder decisório na política de

HIV/Aids, e diante do avanço do conservadorismo. Outro ponto foi marcado pela redução das matérias e notícias veiculadas nos meios de comunicação. Uma estratégia adotada nos últimos anos é de testar e tratar, criada para atingir as metas de diagnóstico e uso de antirretrovirais, que envolve complexos fatores nas novas tendências da epidemia no Brasil, como o aumento entre os jovens (CORREA, 2016).

Essa estratégia não acompanha as questões estruturais, que estão na base dos determinantes e da determinação social da epidemia; a estrutura dos serviços de saúde, precariedade no trabalho dos profissionais, insuficiência nas estratégias de acolhimento e retenção dos usuários, a violência e a marginalização de populações-chave e prioritárias. O preconceito e o estigma também não são levados em consideração. O quadro apresentado hoje, de redução de gastos com saúde, aquisição de medicamentos e insumos biomédicos de prevenção, impõe limites à política de HIV/Aids. A regressividade da política gera negação do direito à saúde para as pessoas vivendo com HIV/Aids (VIEIRA, 2018).

No contexto da Aids, o conceito de vulnerabilidade se aproxima do conceito de saúde presente nas políticas nacionais. A noção de vulnerabilidade, formulada no contexto da Aids, estabelecia uma relação entre ética, política e direitos como campos fundamentais para coibir o crescimento da epidemia. Fica claro que não se pode discutir a Aids e seu enfrentamento sem compreender as relações de gênero, o preconceito, o estigma, a desigualdade e todas as implicações nas relações entre homens e mulheres. É importante ter clareza que a vulnerabilidade individual ou coletiva ao vírus é variável e depende de inúmeras determinações sociais, econômicas, culturais e biológicas (ROCHA, 2011).

Para Rocha *et al.* (2021), vulnerabilidade ou vulnerabilidade estrutural têm o mesmo significado, difere da vulnerabilidade situacional ou da ideia individualizante de risco, comumente associada a comportamentos dos indivíduos de forma isolada das relações de poder e ideologias que condicionam, interditam e/ou regulam as práticas sociais de mulheres e homens ou como características inatas de determinados grupos sociais.

Para os autores, a vulnerabilidade estrutural é socialmente construída e somente transformações nas relações sociais que a determinam e condicionam podem resultar na diminuição ou superação da vulnerabilidade, considerada uma expressão concreta das interseções das relações sociais.

A partir dos anos 1990, a política para o HIV e Aids recebeu investimentos financeiros significativos, dentre eles, recursos de empréstimos do Banco Mundial (BM). Esses investimentos, que permaneceram nos anos 2000, incluíam apoio às organizações da sociedade civil envolvidas com atividades de educação e prevenção. As questões relacionadas

ao tratamento não eram foco dos investimentos do BM, pois demandavam e demandam mais gastos, então ficam a cargo do Estado (CORREA, 2016).

A conquista brasileira de tornar o acesso aos medicamentos antirretrovirais para tratar as pessoas vivendo com HIV/Aids um direito assegurado por lei, com distribuição gratuita e universal, financiada pelo Estado, começou a apresentar problemas já na primeira década dos anos 2000 e continua em risco. Dentre esses problemas estão a falta do medicamento em alguns serviços, o que pode ser reflexo da política de contingenciamento adotada no país, de cortes de recursos e fragilidade na política de saúde e de HIV/Aids, bem como os interesses em torno da concessão de patentes dos medicamentos, que influenciam na aquisição e produção de ARVs. Apesar da Lei de Patentes, de 1996, e do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionada ao Comércio (TRIPS), firmado em Doha, em 2001.

Quando se fala da resposta brasileira ao HIV/Aids, está se falando de iniciativas do governo e também do envolvimento da sociedade, que se mobilizou e pressionou os governos municipais, estaduais e federal para que atuassem com foco nos direitos humanos, na livre orientação sexual e reprodutiva. O êxito da resposta brasileira foi reflexo da decisão política em associar acesso a direitos humanos, na década de 1990, influenciada pela Constituição Federal de 1988, que construiu a ideia de acesso como direito e do enfrentamento da epidemia como questão de cidadania.

Para Richard Parker (2016), o Programa Nacional de Combate ao HIV/Aids criado pelo governo “andou contra a corrente do neoliberalismo” (N.P), porque grande parte dos recursos usados vieram do tesouro público do Estado, já que o Banco Mundial concentrava recursos apenas na prevenção primária, e ao Estado cabia a cobertura da assistência e tratamento. Assim, para o autor, o país ficou menos submetido às decisões de doadores externos.

A adoção das premissas neoliberais atreladas ao neoconservadorismo vem intensificando o processo de desmonte das medidas implementadas pelo modelo brasileiro de enfrentamento à epidemia. Com censura, controle e interdição a campanhas informativas e educativas (no carnaval, para profissionais do sexo, que discutem preconceito, homofobia, sexualidade etc.), proibição de materiais pedagógicos em escolas, além de corte de verbas para pesquisas, posições adotadas por governos que passam a adotar uma política comprometida com conservadorismo religioso para ganhar votos e apoio político.

No Brasil, podemos observar as características mencionadas. Atualmente, de acordo com o boletim epidemiológico de 2018, a maioria das pessoas vivendo com o vírus é pobre,

com baixa escolaridade e a cor da pele autodeclarada parda ou negra. Estes têm dificuldade de acesso a recursos públicos ou particulares para atendimento, tratamento e prevenção.

Para as pessoas pobres e doentes, estar com HIV/Aids é um drama duplo: o de ser pobre e o de sofrer as consequências de uma epidemia que ainda está fora do controle e sem cura, e, principalmente, o de saber que seu tempo de vida vai ser tão roubado quanto seu salário, suas esperanças, sua qualidade de vida, sua cidadania (CAIRES, 2000).

Os dados brasileiros apontam que a epidemia está longe de ser controlada, e que apesar de ter atingido bons indicadores nos mais de 30 anos da doença, existem ainda regiões (Norte e Nordeste) no país com alta incidência de diagnóstico e mortalidade. Desde 2011, a barreira dos 40 mil novos casos foi ultrapassada; já em 2018, esse número foi de 53 mil, sem sinais de que irá reduzir.

A geração que nasceu na década de 1990 começou a apresentar taxas de incidência maiores do que entre os que iniciaram a vida sexual logo após o início da epidemia. Isso demonstra um perfil epidemiológico que volta a assumir características similares ao observado no início da epidemia, quando a doença começou a fazer suas primeiras vítimas e apresentou uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

O recrudescimento da Aids no Brasil ocorre no momento em que os conhecimentos científicos acumulados no campo lançam perspectivas promissoras para o controle da epidemia no mundo. Estudos mostram os efeitos eficazes do uso contínuo da terapia ARVs. O que suscita a reflexão de que a morte por Aids deveria ser um evento cada vez mais raro. Mas, na verdade, está aumentando no Norte e Nordeste, e podemos perceber, através dos dados epidemiológicos, que a maioria das pessoas que estão morrendo em decorrência de complicações relacionadas à Aids são pobres, negros, com pouca escolaridade e mulheres. Mesmo que as mulheres não façam parte das maiores notificações, elas estão em condição mais fragilizada ao vírus, ou seja, a epidemia no Brasil tem cor, gênero e classe social definida. Os jovens estão entrando nessa estatística. O que nos direciona a perceber que a juvenilização vem se apresentando como uma nova tendência da epidemia de HIV/Aids. Portanto, estratégias eficazes precisam ser elaboradas para essa população.

No ano de 2020, teve início uma pandemia de abrangência mundial, provocada pelo novo coronavírus, que ocasionou milhões de mortes em diversos países. Em março do referido ano, teve início a preocupação com o vírus SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19. Se trata de um vírus semelhante ao da gripe, e pode evoluir para uma infecção respiratória grave.

As primeiras iniciativas de prevenção adotadas foram o isolamento social, evitar contato físico (como abraços, beijos), utilização de máscaras e adoção de intensa higienização pessoal, dos alimentos comprados, da casa. As primeiras mortes foram de uma empregada doméstica no estado do Rio de Janeiro, e de um porteiro no estado de São Paulo, também foram vítimas fatais pessoas de camadas mais privilegiadas, mas o vírus atinge mais contundentemente as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora.

O governo federal brasileiro demorou a dar respostas à pandemia de Covid-19, na verdade atrapalhou as ações tomadas, inclusive condenando estados e municípios que não estavam seguindo sua orientação. O presidente Bolsonaro passou a defender o isolamento apenas de alguns grupos específicos, e pontuou que a economia não poderia parar.

Em junho de 2021, o país ultrapassa a barreira das 500 mil mortes por Covid-19. Apenas a partir do segundo semestre de 2021, com a aplicação da vacina, é que esses números de mortalidade e internamento por sintomas graves foram caindo, embora ainda tenhamos que enfrentar as variantes da doença que surgiram.

A pandemia de Covid-19 também atinge as pessoas vivendo com HIV/Aids, tanto pela questão de vulnerabilidade ao vírus, devido à sua imunodeficiência, quanto pela agudização das dificuldades para dar continuidade ao tratamento, para a realização de exames, além das perdas, dos medos, a articulação com os movimentos sociais que atuam com pessoas soropositivas.

A desigualdade social crônica se mostra mais latente na pandemia, com as medidas para enfrentar esse novo vírus. Foram criadas políticas para apoiar as empresas, através de medidas provisórias, a exemplo da nº 927 e nº 936, que dentre algumas ações foram a diminuição da jornada de trabalho e de salários, e suspensão de contratos sem demissão. O governo federal adotou medidas frágeis para amparar a classe trabalhadora mais vulnerável (BEHRING; SOUZA, 2020).

Nisso, concordamos com Matos (2021) de que a política do governo de Bolsonaro prioriza a economia, naturaliza a exclusão, não se preocupa com minorias, com soropositivos, com velhos, usuários de drogas, pessoas em situação de rua, fracos, incapazes, pessoas que são consideradas descartáveis. Esse contexto nos remete a um termo que ganha destaque no contexto atual, que é a *necropolítica*, em que uma de suas dimensões é a destruição material de corpos e populações de humanos tidos como descartáveis e supérfluos (MBEMBE, 2012).

Há o mito conveniente de que as doenças infectocontagiosas atingem a todos igualmente, sem distinguir classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, e de que ultrapassam barreiras e limites sociais. Porém, as pandemias que estamos vivenciando mostram o

contrário. Quando o perfil da epidemia ganha contornos da classe trabalhadora mais empobrecida, atingindo mulheres, negros(as), população LGBTQIA+, os impactos econômicos e sociais são diferentes.

1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente tese teve como objetivo geral analisar as mudanças e contradições no enfrentamento do HIV/Aids em Pernambuco, diante dos novos arranjos da política de saúde e convergência entre neoliberalismo e neoconservadorismo, os objetivos específicos foram identificar as tendências atuais da epidemia de HIV/Aids, principalmente entre as populações-chave e grupos mais vulneráveis; discutir as estratégias das diretrizes estaduais de prevenção combinada e tratamento direcionadas às pessoas com HIV/Aids; e analisar como as diretrizes nacionais são incorporadas na agenda de HIV/Aids em Pernambuco.

Nesse sentido, a partir da discussão teórica e histórica do problema real das atuais tendências das políticas de saúde no Brasil, com caráter de reforma regressiva, adotado nos últimos dez anos, que vêm seguindo as propostas da contrarreforma do Estado sobre a política de saúde. Além da compreensão de que com a influência das diretrizes do neoliberalismo atrelado ao avanço do conservadorismo sobre a política de saúde, os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids ficam comprometidos.

A hipótese levantada foi de que as orientações neoliberais e neoconservadoras vêm se configurando na realidade de Pernambuco e acarretam em contradições na política de enfrentamento da epidemia de HIV e Aids e na efetiva adoção das estratégias globais firmadas.

Temos a seguinte questão de pesquisa: quais as contradições no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco a partir da adoção, pelo Brasil, de estratégias do UNAIDS desde 2016 que visam acabar com a pandemia de Aids até 2030, tendo em vista o aprofundamento da perspectiva neoliberal com corte de recursos financeiros para políticas públicas de saúde, atrelado à onda neoconservadora no âmbito do governo federal que vem se fortalecendo na última década?

A pesquisa foi fundamentada no materialismo histórico-dialético, uma vez que a interpretação dos dados estará pautada na compreensão da totalidade social para analisar a realidade, tendo em vista que a epidemia de HIV/Aids está no interior das relações produtivas e reprodutivas, e de todo sistema político, cultural e social, estruturado dialeticamente em torno da contradição entre a produção coletiva de riqueza e sua apropriação privada.

Busca-se entender, na perspectiva da totalidade, as contradições e mudanças no enfrentamento ao HIV e à Aids na realidade de Pernambuco, tendo em vista as estratégias adotadas e o compromisso do Brasil com diretrizes internacionais da UNAIDS assumido pelo país, que faz parte do grupo de 35 Fast Track Countries (tais diretrizes fazem parte do Fast Track para acabar com a Aids até 2030), num momento em que se vivencia o acirramento da neoliberalização com cortes nas políticas sociais que comprometem sua concretização, e da crescente onda neoconservadora.

A compreensão das contradições no enfrentamento do HIV e da Aids exigiu o recurso à historicidade, com a intenção de avançar no desvendamento das contradições presentes nas políticas sociais, num país com crescente pobreza e desigualdade social, em que a epidemia adquire características distintas dependendo da região, e com agravamento da atenção às pessoas com HIV e Aids, crescimento da epidemia entre jovens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), dificuldades de redução de novos casos entre mulheres, e aumento da mortalidade geral e por Aids, num momento em que internacionalmente se verifica a redução de novos casos de Aids e mortes, com a utilização em larga escala de antirretrovirais, administrados desde a detecção do vírus HIV.

A tendência à universalização do uso de antirretrovirais, presente nas diretrizes internacionais para HIV e Aids, se confronta com a redução de gastos públicos nacionais com políticas sociais, o que interfere no controle da epidemia. Será necessário, portanto, identificar e discutir as mediações que se ocultam na intrincada construção do real, destacando as suas múltiplas determinações ontológicas.

No que se refere à análise da realidade do objeto de estudo, realizamos aprofundamento teórico sobre conceitos e categorias que orientaram o processo de pesquisa, como: contrarreforma do Estado, neoliberalismo, neoconservadorismo, saúde, direitos, desigualdade social, integralidade, descentralização entre outros que surgiram ao longo da pesquisa.

Portanto, é necessário partir do problema real que se apresenta através da falta de medicamentos ARVs, falta de insumos, dificuldades nos serviços de referência, o ainda crescente número de novos casos de HIV/Aids e das mortes no Norte e Nordeste, principalmente entre pessoas negras, dificuldade da implantação de novas estratégias de prevenção (PrEP e PEP), não só no panorama nacional como no estado de Pernambuco, para ir em direção à essência, para assim iniciar a apropriação do objeto.

Compreender os meandros que permeiam as estratégias para enfrentar a epidemia de HIV e Aids, bem como a garantia de acesso a direitos em uma perspectiva marxista implica

aprofundar as determinações desse objeto, ir em direção à sua essência, ou seja, é preciso ir além da aparência ou da forma como o problema se apresenta, é necessário buscar as conexões, mediações e determinações que constituem esse fenômeno. Por isso, deve-se ir além de como o problema está posto. Nesse percurso, identificam-se as determinações do objeto com o fim de desvendar sua essência (KOSIK, 1976).

O conhecimento da expressão singular do fenômeno será confrontado com outras mediações, como as orientações neoliberais para a política de saúde e as ações de saúde para pessoas com HIV/Aids. Confrontadas com a universalidade, a reflexão sobre políticas sociais no capitalismo financeirizado, em tempos em que todos os espaços de reprodução social tendem a ser objeto de acúmulo de capital, poderemos avançar na direção da particularidade, entendendo melhor o real, reconstruindo nosso pensamento sobre o real, agora enriquecido com as mediações.

Nesse percurso, foi realizada coleta de dados sobre HIV/Aids no Brasil e em Pernambuco, através de análise de documentos oficiais de domínio público do governo federal e estadual sobre as ações e serviços desenvolvidos, tais como: boletins epidemiológicos nacional e de Pernambuco, relatórios de monitoramento clínico, agenda estratégica para HIV, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Plano Estadual de Saúde (2016-2019 e 2020-2023). Foram analisadas, ainda, as diretrizes internacionais da UNAIDS, OMS, Banco Mundial, FMI em relação à HIV/Aids.

Os documentos do UNAIDS analisados foram: *Getting to zero; Fast Track to end HIV 2030* (2016-2021); *Miles to Go*; Declaração Política de 2016 que estabeleceu o compromisso dos países; metas 90-90-90; e *Fast Track: end inequalities, end Aids* (2021-2026), Declaração de Paris, metas 95-95-95.

Para nossas análises, identificamos os documentos publicados entre 2016 e 2021, pois esta foi nossa linha temporal delimitada em que observamos uma gama de mudanças e inovações, além de retrocessos no que se refere às estratégias de enfrentamento ao HIV e Aids. Período em que o Brasil assinou o compromisso de adotar as diretrizes da UNAIDS para acabar com a epidemia de Aids até 2030, Fast Track (2016-2021). Esses documentos foram escolhidos, pois apresentam objetivos, metas, diretrizes e compromissos para acabar com a Aids e foram documentos usados como base pelo Brasil. O Fast Track 2021-2026 foi escolhido a partir do avanço da pesquisa, que evidenciou a necessidade de compreender o que não deu certo na proposta anterior e o que influenciou o documento atual.

Nesse processo, identificamos quais diretrizes foram adotadas pelo Brasil e por Pernambuco para fazer análise para assim compreender o que de fato o país adota enquanto estratégia e, conseqüentemente, o que o estado de Pernambuco vai adotar.

Realizamos, então, revisão bibliográfica, abarcando documentos sobre tendências do HIV/Aids; da perspectiva do neoliberalismo; conservadorismo, crise do capital, conjuntura brasileira, levantamento de documentos produzidos por diferentes autores com relação às estratégias de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Com foco em publicações que discutiram as diretrizes internacionais da UNAIDS e as ações do Brasil. Dentre eles: publicações de artigos, livros, monografia, dissertações, teses. Alguns autores utilizados foram: Harvey (2014;2020); Mészáros (2011); Dardot e Laval (2016); Escorsim Netto (2011); Castelo (2013); Hayek (1977); Katz (2016); Mandel (1990); Maranhão (2012); Grangeiro (2015); Nemes (2015); Parker (2016); Cooper (2017); Brown (2019); Correia (2016), dentre tantos outros autores que contribuíram para a construção desta tese.

Nesse processo de construção da tese e coleta de dados, foram analisadas publicações eletrônicas de entidades da sociedade civil que atuam e discutem HIV/Aids (como ABIA, Agência Aids, Gestos, GTP+, Articulação Aids, RNP+ etc.). Essa etapa foi importante, pois, com a pandemia de Covid-19 e com o conseqüente isolamento imposto à população, as mídias sociais foram um mecanismo muito utilizado pelos Movimentos Sociais/ONGs.

Como parte da metodologia proposta nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas em profundidade com gestor e coordenações do Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV e Aids de Pernambuco, seguindo os preceitos éticos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, o qual, após aprovação em janeiro de 2021, teve o CAAE nº 39887020.3.0000.5208.

Foram quatro entrevistas (uma com gestor e as outras com as três coordenações do Programa Estadual, que são: a de Prevenção e Educação, a de Vigilância Epidemiológica e a de Apoio à Assistência). Realizamos, também, entrevistas com movimentos sociais/organizações não governamentais. Foram escolhidos: A ONG Gestos, a ONG GTP+, Articulação Aids de Pernambuco e Núcleo de Pernambuco do Movimento Nacional de Cidadãos Positivos (MNCP). Essas quatro instituições foram escolhidas por terem atuação política e assistencial com pessoas que vivem com HIV e Aids no estado de Pernambuco e por ainda representarem um movimento de resistência e luta.

Para análise e exposição das falas na tese, foram criados codinomes para cada sujeito entrevistado, procurando respeitar o sigilo de cada um/a que participou. Assim, foi atribuído

um código e apenas a pesquisadora sabe a identificação dele. Abaixo, segue tabela com as codificações que serão observadas nas discussões dos capítulos:

Gestão do Programa Estadual de HIV	ONGs HIV/Aids
GPE HIV 1	ONG 1
GPE HIV 2	ONG 2
GPE HIV 3	ONG 3
GPE HIV 4	ONG 4

A tese foi dividida em cinco seções. A primeira seção foi composta pela introdução, em que apresentamos a problematização, a justificativa da pesquisa, a questão de pesquisa, além de algumas reflexões iniciais da temática e o procedimento metodológico adotado com objetivos geral e específicos.

A segunda seção teve como título *Quatro décadas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids*, em que abordamos as interseções entre neoliberalismo e neoconservadorismo e suas repercussões no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. O cenário global da epidemia de HIV/Aids, no que se refere à sua materialização, pode ser entendido a partir do contexto político e econômico configurado no neoliberalismo. As mais de três décadas de hegemonia dos princípios do projeto neoliberal, que impactaram de forma negativa na expansão da assistência e qualidade dos serviços de saúde, ampliando a mercantilização da saúde.

A terceira seção foi intitulada *Os novos arranjos da política social no contexto de contrarreforma do Estado brasileiro*. Nela, fez parte de nossa discussão a política social que é reconhecida como um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, específico do modo de produção e reprodução capitalista, a partir do reconhecimento da questão social inerente às relações sociais sob o capitalismo e do momento em que os trabalhadores assumem um papel político e revolucionário. No que tange às políticas de saúde, estas passaram por um longo processo para que se viabilizassem direitos sociais. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não se pode dissociá-las.

Na quarta seção foi intitulada *A política de enfrentamento da epidemia de HIV e Aids: das estratégias globais às adotadas pelo estado de Pernambuco*. Nesta seção, fazem parte de nossas análises as ações e estratégias internacionais do UNAIDS desde 2016, especificamente do Fast Track (2016-2021), tentando fazer paralelo com as adotadas pelo Brasil e, conseqüentemente, pelo estado de Pernambuco. Analisamos as contradições da política de

enfrentamento no estado de Pernambuco, mas para isso precisamos antes compreender como foi construída a resposta governamental à epidemia no estado, desde os primeiros casos. As análises foram fundamentadas nas entrevistas realizadas com a equipe que compõe a coordenação do Programa Estadual de IST/HIV/Aids e com representantes de movimentos sociais/ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids.

Na quinta e última seção, abordamos as considerações finais da tese, que procurou desenvolver reflexões acerca das contradições e mudanças no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids em Pernambuco, considerando as inflexões do neoliberalismo e neoconservadorismo que acirram as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais e repercutem nas políticas de HIV e Aids. Buscou-se entender, na perspectiva da totalidade, as contradições e mudanças no enfrentamento ao HIV/Aids na realidade de Pernambuco, tendo em vista o compromisso com diretrizes internacionais do UNAIDS assumido pelo país, que faz parte do grupo de 35 Fast Track Countries para acabar com a Aids até 2030, num momento em que se vivencia o acirramento da neoliberalização com cortes nas políticas sociais que comprometem sua concretização, e de crescimento de uma onda neoconservadora.

2 QUATRO DÉCADAS DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Neste capítulo, abordaremos as interseções entre neoliberalismo e neoconservadorismo e suas repercussões no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. O cenário global da epidemia de HIV/Aids, no que se refere à sua materialização, pode ser entendido a partir do contexto político, cultural e econômico configurado no neoliberalismo. Trata-se, portanto, de compreender as mais de três décadas de hegemonia dos princípios do programa de ajuste neoliberal, que impactaram de forma negativa na expansão da assistência e qualidade dos serviços de saúde, ampliando a mercantilização da saúde.

O capitalismo não se dissocia da história de suas metamorfoses, das lutas que o transformam, das estratégias que o renovam. O neoliberalismo transformou o capitalismo e, consequentemente, transformou a sociedade (DARDOT; LAVAL, 2016). Essa articulação entre neoliberalismo e neoconservadorismo evidencia o processo de concentração de casos nos setores mais pauperizados e precarizados da classe que vive do trabalho e os grupos mais subalternizados segundo as hierarquias de gênero, idade, raça, cor, etnia (ROCHA *et al.*, 2019). Assim, reforça desigualdades, racismo estrutural, heteronormatividades, estigma, preconceito, discriminação.

Concordamos com Barbosa Filho e Rocha (2018) quando afirmam que o neoliberalismo parece ter moldado a dinâmica global da epidemia de HIV/Aids, que se concentra entre os grupos social e economicamente mais explorados na sociabilidade capitalista, ou seja, sofrem mais impacto pelos programas de ajustes e reformas neoliberais.

No caso da epidemia de HIV/Aids, no Brasil, tem se observado uma crescente e permanente moralização da doença, a partir dos governos social-liberais do PT, que construíram políticas de coalizão com partidos e grupos conservadores da sociedade civil que relacionam a patologia a práticas promíscuas. Grupos conservadores da sociedade, como igrejas evangélicas e bancada política conservadora, têm contribuído para essa moralização.

Assim, a educação sexual, os direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo, são atacados por diversas frentes, retirando a discussão do âmbito escolar e transferindo-a, exclusivamente, para a família. Além disso, sem uma política de prevenção bem estruturada e a educação sexual sem tabus, a política de tratamento e acesso a medicamentos não são suficientes, a garantia ao direito humano à saúde para mulheres e homens com HIV/Aids, gratuito, universal, integral e humanizado são necessários (BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021; ROCHA *et al.*, 2019).

Os Estados têm adotado o discurso de despolitização da epidemia de HIV/Aids, em que a biologização do corpo e o tratamento é mercantilizado, sob a orientação mundial de organismos internacionais. Mas é importante destacar que, desde 2014, a UNAIDS passou a adotar perfil mais promissor e houve mudança expressiva. Alguns dos documentos serão analisados neste capítulo.

O poder da indústria farmacêutica de antirretrovirais é crescente, em que nos novos protocolos de prevenção são utilizados alguns antirretrovirais, combinados a outras formas de prevenção. Assim, no Brasil, a política nacional de resposta ao HIV/Aids, ancorada nos direitos humanos, que na década de 1990 foi tida como referência, vai sendo marginalizada. Vemos, então, a diminuição de recursos financeiros, o apoio às ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, a diminuição na prevenção para além da medicalização, da educação em saúde, do empoderamento e da articulação entre as políticas.

A constituição do neoliberalismo tem relação de diversos tipos com algumas narrativas discursivas como o neoautoritarismo, o neoconservadorismo e o liberalismo clássico. As ideologias conservadoras como representações religiosas, tribalismos e o patriarcado entram nessa articulação com o Estado e repercutem nas ações e estratégias políticas dos Estados-nação.

Uma representação clara é o programa adotados pelos EUA, o *Abstinence-only, Be faithful, use a condom* (ABC), que se traduz como *Abstinência, mantenha-se fiel e use camisinha*, que traz o discurso religioso, neoliberal e de controle dos corpos. Esse programa foi referência para vários países, sendo exportado por meio de agências internacionais de desenvolvimento, com destaque para a *United States Agency for International Development* (USAID)¹¹.

No Brasil, foi um pouco diferente, pois fomos de encontro a essa política estadunidense, com resistência às estratégias de cunho muito conservador, com diálogo mais avançado no que diz respeito à educação sexual e direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids, reflexo da pressão de movimentos sociais e de autoridades sanitárias progressistas.

Seguindo essa lógica neoliberal de enfrentamento à epidemia, temos uma outra abordagem global de prevenção e assistência. Em 2003, foi criado o *President's Emergency*

¹¹ Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Oferecimento de assistência técnica a outros países, com ênfase em atividades de desenvolvimento econômico e social de longo alcance, especialmente nas áreas de educação e saúde, bem como nos processos de reforma da administração pública e da justiça social, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável nos níveis nacional e regional. No Brasil, as prioridades da USAID concentram-se nos temas de meio ambiente e de saúde.

Plan for Aids Relief (Pepfar) pelo então presidente George W. Bush. Foi apresentado como o maior compromisso de uma nação para combater uma única doença. A respeito do Pepfar, Barbosa Filho e Rocha (2018) Apontam que:

O Pepfar cresceu rapidamente e, em 2008, já estava sendo implantado em 87 países, majoritariamente países em desenvolvimento da África Subsaariana, contando com um orçamento de 48 bilhões de dólares americanos para os cinco anos seguintes, destinados a apoiar atividades de controle global de HIV/Aids, malária e tuberculose. Desde então, o Pepfar vem trabalhando em cooperação com os países beneficiados por meio do *Prevention-treatment and control*. Parte dos recursos desse programa vem sendo utilizado no treinamento de profissionais de saúde, com meta de treinar os 140.000 profissionais de saúde considerados necessários para tratar com antirretrovirais 3 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids e oferecer ações preventivas e de cuidado para outras 12 milhões. A implantação do Pepfar é de responsabilidade do governo norte-americano, seus departamentos e suas agências internacionais [...]. Obviamente, tanto o ABC como o Pepfar estão sendo implantados com a anuência de governos que aderiram aos programas de ajuste e políticas neoliberais (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 48).

Os autores pontuam que esses programas têm algumas características centrais, uma delas é a tendência a responsabilizar os indivíduos pelas medidas de prevenção e tratamento. Nisso, as pessoas vivendo com HIV/Aids tornam-se clientes com autonomia para escolher os benefícios da globalização econômica, sem levar em consideração suas condições sociais e econômicas. A centralização na responsabilização do indivíduo repercute no planejamento, na formulação e na implementação de programas e políticas de HIV/Aids.

A outra tendência é a construção discursiva acerca das relações de gênero, presente nos programas de controle da epidemia, tendo em vista que se tornou, até hoje, um desafio mundial de saúde pública, e se dissemina através de diversos significados e sentidos do sexo e das relações de gênero associadas a ele (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018).

A seguir, iremos debater as origens do neoliberalismo e do neoconservadorismo e como eles influenciaram e influenciam o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no mundo. Depois, traremos para a discussão a realidade brasileira.

2.1 NEOLIBERALISMO, NEOCONSERVADORISMO E SUAS INTERSEÇÕES COM A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

As origens do neoliberalismo o situam como fenômeno distinto do liberalismo clássico. O novo modelo nasceu após a II Guerra Mundial, especificamente na Europa e na América do Norte, onde o capitalismo era predominante. Surgiu como uma reação política e teórica, e também econômica ao então vigente Estado de Bem-estar social e intervencionista.

Teve como defensor o economista Friedrich Hayek, que em 1944 escreveu o livro *O caminho da servidão*, considerado o texto de origem do pensamento neoliberal. Hayek (1944) afirmava que apesar das boas intenções, a social-democracia moderada inglesa conduziria ao mesmo desastre que o nazismo alemão, ou seja, a uma servidão moderna.

As discussões internacionais, iniciadas na década de 1970, sobre o neoliberalismo apontaram as suas raízes teóricas no pensamento econômico neoclássico. Esta corrente foi definida como uma ofensiva capitalista sobre o trabalho para recompor a taxa de lucro. O seu aparecimento foi também justificado pelo esgotamento do crescimento do modelo Keynesiano/fordista (KATZ, 2016).

Nos anos de 1980, prevaleceram as reformas de primeira geração com prioridades de ajuste anti-inflacionário. Na década seguinte, houve o predomínio do Consenso de Washington, com transformações complementares de abertura comercial, privatizações e flexibilização do trabalho. Nos anos 1990, a sua hegemonia ideológica foi firmada mundialmente; e mesmo com poucos resultados nessa década, a direita foi fortalecida a partir do enfraquecimento de sindicatos e da inquietação gerada pela desigualdade social.

Katz (2016) aponta que o neoliberalismo latino-americano, no plano econômico, passou por duas etapas distintas. Na primeira fase, podemos destacar as políticas de choque para cortar o gasto público social e elevar as taxas de lucro, dando ênfase à primazia de mercado na destinação de recursos e exaltando a soberania da oferta e da procura, questionando a ingerência do Estado. Na segunda fase, “[...] afirmou-se que o saneamento do cenário macroeconômico regional já permitia abrir as comportas da eficiência, desmantelando empresas estatais e eliminando proteções tarifárias” (KATZ, 2016, p. 83).

Nesse processo, a segunda fase do neoliberalismo incentivou a privatização das propriedades estatais e a abertura maciça às importações. Sob o pretexto de restabelecer padrões de risco, esforço e produtividade, propiciaram-se a diminuição dos rendimentos da população e o aumento da desigualdade. Assim, deixa evidente a apropriação da renda pelos poderosos às custas dos trabalhadores.

Autores como Katz (2016) e Harvey (2007) apontam as crises e fracassos do neoliberalismo no estímulo ao crescimento no âmbito econômico. Esse projeto de restauração do poder de classe da burguesia manteve a atividade econômica em níveis baixos. Corte nos salários e nos gastos sociais não incentivaram o investimento, e as privatizações também não propiciaram o crescimento esperado.

Harvey acrescenta, ainda, que existem evidências de que a vaga neoliberal esteja associada, até certo ponto, com o projeto de restaurar ou reconstruir o poder das classes altas. O referido autor coloca ainda que:

Poderíamos analisar a história do neoliberalismo não só como um projeto utópico fornecendo um modelo teórico para a reorganização do capitalismo internacional, mas também como um projeto político visando tanto restabelecer as condições para a acumulação de capital como restaurar o poder de classe. O neoliberalismo não se mostrou bom para revitalizar a acumulação de capital global, mas foi muito bem sucedido em restaurar o poder de classe. Consequentemente, a utopia teórica do discurso neoliberal funcionou mais como sistema de justificação e legitimação para tudo o que fosse necessário no sentido de restaurar o poder de classe. Os princípios do neoliberalismo são abandonados rapidamente, sempre que entram em conflito com esse projeto de classe (HARVEY, 2007, p. 10).

Dialogando um pouco com os autores Dardot e Laval (2016), concordamos que o neoliberalismo tem história e coerência. Para combatê-lo é necessário não se deixar iludir e fazer uma análise lúcida. É indispensável conhecimento e crítica, além de ultrapassar *slogans* e denúncias, muitas vezes confusos, parciais e atemporais.

O neoliberalismo, que surge também como alternativa à crise do capital, não é apenas uma ideologia ou um tipo de política econômica, mas é também um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida. Os autores citados acima trazem ainda que:

O neoliberalismo não destrói apenas regras, instituições, direitos, ele também produz certos tipos de relações sociais, certas maneiras de viver, certas subjetividades. Ou seja, o que está em jogo é a forma como somos levados a nos comportar com nós mesmos e a nos relacionar com os outros. O neoliberalismo define certa norma de vida nas sociedades ocidentais e, para além dela, em todas as sociedades que as seguem no caminho da “modernidade”. Essa norma impõe a cada um de nós que vivamos num universo de competição generalizada, intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns contra os outros, ordena as relações sociais segundo modelo de mercado, obriga a justificar desigualdades cada vez mais profundas (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16).

Deve-se entender essa razão de mundo, primeiramente o sentido global, que vale para o mundo inteiro; e no sentido de não se limitar à esfera econômica, que vai além de uma ideologia ou política econômica. Desse modo, incentiva o indivíduo a conceber a si mesmo e a portar-se como empresa. O sucesso normativo pode ser descrito por aspectos políticos, sociais, econômicos e subjetivos.

O neoliberalismo não é apenas uma doutrina econômica que defende a restrição do Estado intervencionista na economia e preconiza o fundamentalismo de livre mercado. Retoma a clássica metáfora de Adam Smith, presente no livro *A riqueza das Nações*, de 1776,

de que a mão invisível conduziria o capitalismo ao equilíbrio econômico. Para isso, bastaria ter o controle inflacionário e do déficit público. Propõe, ainda, que o bem-estar humano seja maximizado, gerando as liberdades e capacidades empreendedoras dos indivíduos no âmbito das estruturas institucionais orientadas pelo mercado.

Dardot e Laval (2016) defendem que o neoliberalismo antes de ser uma ideologia ou política econômica, é fundamentalmente uma racionalidade e, como tal, tende a estruturar e organizar as ações dos governantes e a conduta dos governados. A racionalidade neoliberal tem como característica principal a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação.

No caso da epidemia de HIV e Aids, as intersecções com neoliberalismo e a ascensão de casos criaram uma lógica global de respostas, em que se afastam da perspectiva ampliada de saúde e a relação com a produção social e se aproximam da perspectiva neoliberal da saúde. Nesse caso, os indivíduos são os responsáveis por responder às suas necessidades sociais em saúde, tendo o mercado como melhor provedor (ROCHA *et al.*, 2019).

O neoliberalismo foi a opção escolhida para salvar o capitalismo da crise estrutural de 1970 (HARVEY, 2011), e as políticas atuais seguem a mesma proposta tendo em vista que propõem sair da crise com uma classe capitalista mais consolidada e com poder centralizado. Nessa perspectiva, a previdência, a saúde, a educação e o lazer são produtos que os indivíduos têm a liberdade de escolher e adquirir (DARDOT; LAVAL, 2016).

Para Harvey (2011):

O neoliberalismo é um projeto de classe mascarado por um discurso retórico sobre liberdade individual, autonomia, responsabilidade pessoal, e livre-mercado, que legitimam políticas draconianas destinadas a restaurar e consolidar o poder da classe capitalista. Um exemplo desta situação foi o princípio de que o Estado deve proteger as instituições financeiras a todo custo, privatizando os lucros e socializando os riscos, salvando os bancos e colocando os sacrifícios nas pessoas (2011, p. 16).

Segundo Behring (2012), a crise contemporânea do capitalismo delineou novas configurações para o fundo público e as políticas sociais. A autora pontua ainda que o suporte material do Estado tem sido fundamental para o processo de reprodução ampliada do capital, fazendo do fundo público “uma mediação decisiva no capitalismo”.

A função do Estado no projeto neoliberal fica clara, ele teria que ser fortalecido para diminuir o poder dos sindicatos e combater a suposta ineficiência das instituições estatais, sobretudo na área social, nas políticas sociais, através da redução da oferta de serviços sociais e de seu repasse ao mercado. O Estado adota ações que atendem às necessidades do capital.

A crise econômica do modo de produção capitalista é justificada por diagnósticos de órgãos multilaterais como desequilíbrio financeiro e os excessivos gastos do Estado. Sendo

assim, o antídoto seria a redução das ações do Estado social, atrelado a medidas de austeridade fiscal. Medidas essas que irão disputar a concepção dos papéis do Estado e dos direitos sociais na sociedade capitalista madura, bem como o *status* do trabalho assalariado e as formas de assalariamento (COSTA II; LIMA, 2021).

Para autores como Harvey (2008); Dumenil; Lévy (2014); e Anderson (1995), o neoliberalismo se apresenta como uma política de classe com inspiração da ideologia econômica que busca ampliar a mercadorização, originando as formas de “acumulação por espoliação”. Com ênfase na expansão e renovação dos mercados globais, da privatização, da financeirização, dos modelos de gestão e da exploração do trabalho, expandindo as áreas e intensificando as formas de acumulação capitalista.

O neoliberalismo e neoconservadorismo são ideologias gestadas em trajetórias diferentes que ganharam formas em meados dos anos de 1970, período de crise e de transição do capitalismo monopolista “organizado” fordista-keynesiano para o capitalismo financeiro, flexível. Ambos, porém, são aliados de forma bastante expressiva, de defesa da moral, da ordem e da família heteronormativa; com ascensão de grupos de extrema direita, com pautas anticomunistas, e valorização do capital. O que repercute nas políticas e direitos sociais, com consequências para a liberdade e igualdade.

O neoconservadorismo, para Harvey (2008), é perfeitamente compatível com o programa neoliberal de governança da elite, desconfiança da democracia e manutenção das liberdades de mercado. No entanto, se afastou dos princípios do puro neoliberalismo, em que remoldou práticas neoliberais em dois aspectos fundamentais: primeiro, na preocupação com a ordem como resposta ao caos de interesses individuais e, em segundo, na preocupação com uma moralidade inflexível como o cimento social necessário à manutenção da segurança do corpo político vis-à-vis perigos externos e internos.

A gênese do conservadorismo clássico se dá no contexto pós 1789, constituindo-se como sistema de ideias e posições políticas marcadamente antimodernas, antirrepublicanas e antiliberais, ou seja, antiburguesas. Souza (2015) coloca que é possível caracterizá-lo como uma reação ideológica e política aos avanços da modernidade. “Avanços esses identificados, naquele momento, no desenvolvimento das forças produtivas e nas transformações das relações de produção, que implicaram profundas mudanças socioinstitucionais e culturais” (2015, p .4).

A ação política dos conservadores girava em torno da defesa de determinadas características institucionais do Antigo Regime, tendo como principal aquela referente ao princípio da autoridade constituída. Além do irracionalismo e da organização da vida com

base nas narrativas moralistas e moralizantes, são partes centrais do pensamento conservador de ontem e hoje.

O pensamento conservador surge e se desenvolve no contexto da moderna sociedade de classes, marcado por seu dinamismo, por suas múltiplas e sucessivas transições; como função dessa sociedade, não é um sistema fechado e pronto, mas sim um modo de pensar em contínuo processo de desenvolvimento [...]. Estruturado como reação ao Iluminismo e às grandes transformações impostas pela Revolução Francesa e pela Revolução Industrial, o conservadorismo valoriza formas de vida e de organização social passadas, cujas raízes se situam na Idade Média. É comum entre os conservadores a importância dada à religião; a valorização das associações intermediárias situadas entre o Estado e os indivíduos (família, aldeia tradicional, corporação) e a correlata crítica à centralização estatal e ao individualismo moderno; o apreço às hierarquias e a aversão ao igualitarismo em suas várias manifestações; o espectro da desorganização social visto como consequência das mudanças vividas pela sociedade ocidental (FERREIRA; BOTELHO, 2010, p. 11-12).

De acordo com Souza (2015), alguns princípios do conservadorismo clássico ganharam dimensão “científica” através de Augusto Comte, Herbert Spencer e Émile Durkheim. E, com a chancela de “ciência social”, valores da tradição conservadora são elevados a conceitos: “[...] ideias conservadoras clássicas acerca das relações entre indivíduos, Estado e Sociedade passam a receber o anteparo da solidariedade orgânica, da harmonia e da coesão social” (2015, p. 5).

O positivismo deu impulso ao sistema de ideias conservador, modificando-o através da reconciliação com a sociedade capitalista consolidada e sua institucionalização. Tratou de realinhar o foco das disputas políticas dos conservadores de posições antiburguesas para antiproletárias e contrarrevolucionárias (SOUZA, 2016).

Seria aceitável supor os finais da década de 1910 até as décadas de 1960/1970 como período de formação do pensamento conservador moderno; após esse período, mudanças sensíveis ocorrem. O conservadorismo moderno incorporou o conceito de totalitarismo nesses termos niveladores das experiências fascistas e socialistas e, com ele, elaborou uma concepção de mundo que encastela o significado ontológico do tempo presente, esvaziando-o do devir histórico. Por fim, desde que veio à tona na metade do século XX, o conceito de totalitarismo tem servido como uma das pedras angulares da tradição conservadora moderna.

O conservadorismo de nosso tempo pretende, portanto, ser um terceiro termo entre as propostas revolucionárias e as revanches reacionárias.

A mudança de significado, ampliando o leque... aproximada às tendências do pragmatismo¹², constrói a possibilidade para uma aproximação com o pensamento liberal. Em matéria de conservação da ordem burguesa madura e consolidada, que é o conteúdo objetivo e histórico do conservadorismo moderno da contemporaneidade, poucas correntes de pensamento e ação são tão sólidas quanto o liberalismo (SOUZA, 2015, p. 11).

Para Escorsim Netto (2011), o conservadorismo contemporâneo deita raízes no conservadorismo clássico, é evidente também que o conhecimento deste último é fundamental para a crítica daquele. Mas não devemos nos enganar, pois o conservadorismo contemporâneo apresenta inúmeros traços de que carece o conservadorismo clássico, e esses são tantos que fazem da constelação conservadora atual algo bastante diverso daquela do século XIX.

Para a autora, a característica mais imediata do conservadorismo contemporâneo consiste em que ele não se apresenta como conservadorismo e, portanto, oculta e escamoteia a sua raiz e os seus conteúdos conservadores. Ao contrário, entendemos que, desde 2010, o conservadorismo, o neoconservadorismo, ou até os reacionários e irracionaisistas se apresenta orgulhosos e vêm se fortalecendo. A ascensão de Donald Trump à presidência dos EUA e de Jair Messias Bolsonaro no Brasil fortaleceram esses grupos e lhes deram liberdade para atuar e se posicionar.

Lacerda (2019) pontua que o movimento intelectual precede o político. Enquanto o primeiro faz referência à produção acadêmica de defensores do liberalismo econômico e anticomunistas, na década de 1950, o segundo remonta à coalisão neoconservadora que possibilitou a eleição de Ronald Regan para presidente dos EUA em 1980. O neoconservadorismo indica um movimento e uma forma de pensar, ou até um conjunto de preferências resultantes desse movimento. Nos Estados Unidos da América, é o movimento político mais profícuo, que expressa um movimento tanto político quanto intelectual.

Intelectuais como Leo Strauss, considerado o precursor, e seu discípulo Irving Kristol, dentre outros intelectuais pertencentes ao City College of New York, foram os responsáveis pelo avanço do neoconservadorismo como movimento intelectual. A intelectualidade

¹² O pragmatismo é uma corrente filosófica americana dos princípios dos anos de 1870. Tendo por base o pensamento de Charles S. Peirce e Willian James, essa corrente se expressa numa relação dualista, entre teoria e prática, pensamento e ação e, sobretudo, significação e verdade. Foi pensado por Peirce como um método ou critério de significação. John Dewey também é uma figura importante na discussão do pragmatismo, embora ele prefira utilizar o termo instrumentalismo, e sua linha filosófica tenha sido particularmente empirista e utilitarista. O pragmatismo se reflete de uma maneira bastante evidente na teoria educacional de Dewey, que procurava conciliar os aspectos teóricos e práticos da aprendizagem, na ligação entre ensino e prática cotidiana, dando grande ênfase à ideia de experiência como um processo ativo, um processo contínuo de criação de conexões de saberes.

(COSTA; SILVA, 2011; MEDEIROS, A., 2019).

neoconservadora tomou forma no início da Guerra Fria com o ideário de construir um movimento baseado na liberdade econômica, na tradição moral e no anticomunismo.

Até os anos de 1970, os neoconservadores eram liberais, em oposição à intervenção do Estado na economia, com uma visão crítica ao poder público que teria o papel de destaque em enfrentar as desigualdades sociais, vistas como necessárias ao bem comum. Mas, à medida que o liberalismo foi mudando, já na década de 1960, para incluir demandas da “nova esquerda”, os intelectuais neoconservadores foram adotando posição mais conservadora ou mais à direita. Suas pautas comuns viabilizaram a agenda interna de valores morais tradicionais, prioridade da nova direita e da direita cristã, a luta contra o comunismo, a favor de Israel e política externa, prioridade de intelectuais neoconservadores e a defesa da não intervenção do Estado na economia (LACERDA, 2019).

A virada neoliberal nos EUA exigiu a construção de um novo projeto de hegemonia que foi possível a partir da aliança com o neoconservadorismo. Mas, entre eles, existem diferenças que precisamos destacar. O neoliberalismo apresenta uma retórica de defesa da liberdade individual, não é a princípio incompatível com o multiculturalismo, nem com os movimentos pela liberdade artística, ou pela diversidade dos estilos de vida. Sua racionalidade implica a criação de necessidades para estimular o mercado, o que vai de encontro com a racionalidade neoconservadora de produzir uma ordem orientada para a repressão dos desejos (LACERDA, 2019).

Para Brown (2016), neoliberalismo e neoconservadorismo são dois ideários políticos convergentes em muitos aspectos. Ambos contribuem para produzir e propagar a irresponsabilidade do governo em relação ao fundamento de suas decisões; ambos atuam contra a liberdade política e a igualdade entre os cidadãos, porque o primeiro a desvaloriza em favor dos critérios do mercado e o segundo valoriza o uso do poder do Estado para fins morais.

Concordamos com a autora que o neoliberalismo transforma problemas coletivos em individuais com soluções de mercado e defende o “estatismo no modelo de empresa”¹³, em

¹³ O gerencialismo é atinente às aludidas “reformas orientadas para o mercado”, por sua vez sustentáculo do capitalismo flexível. Mesmo que o gerencialismo tenha aparecido como alternativa à burocratização excessiva do Estado e da prestação de serviços públicos, por meio da promessa de se preocupar primordialmente com os resultados das ações públicas do que com os “meios”, tais promessas ou não se cumpriram ou simplesmente implicaram espécie de “governo empresarial”. Segundo Dardot e Laval (2016, p. 276): “A homogeneidade dos modos de pensar, a semelhança dos instrumentos de avaliação e validação das políticas públicas, as auditorias e os relatórios dos consultores, tudo indica que a nova maneira de conceber a ação governamental deve muito à lógica gerencial predominante nos grandes grupos multinacionais”. Sendo assim, o Estado estaria se reconfigurando segundo lógicas privadas, empresariais: finanças e orçamento, ferramentas gerenciais,

que normas democráticas são substituídas por critérios de eficiência e lucro. O neoconservadorismo, por outro lado, prepara o terreno para as características autoritárias do governo neoliberal, pois o discurso político-religioso permite mobilizar uma cidadania submissa.

Para Harvey (2005), o neoconservadorismo é a manifestação explícita do autoritarismo implícito ao neoliberalismo. O ideário neoliberal é contrário a qualquer forma de solidariedade que ameace a competitividade e a acumulação material, além de demandar que as formas de solidariedade sejam dissolvidas em favor do individualismo, da propriedade privada e da responsabilidade pessoal, o qual foi estendido às políticas públicas, para justificar as privatizações e cortes. Disso resulta uma desagregação preenchida por valores morais rígidos, pela família e pela religião.

Ou seja, o neoconservadorismo é um conjunto de preferências, um modo de pensar, uma mentalidade que une militarismo externo e interno, absolutismo de livre mercado e valores da direita cristã; defende o poder da família e das corporações, a interferência pública em aspectos da vida pessoal, contrário à intervenção do Estado para diminuir as desigualdades e se opõe a movimentos reivindicatórios que buscam maior igualdade de direitos.

Lacerda (2019) pontua que o neoconservadorismo se enquadraria melhor em um modelo de bem-estar corporativo, que é moldado pela igreja e compromisso com a família tradicional. A seguridade e políticas sociais seriam acessadas na falha da igreja. Nesse modelo, atrelado ao neoconservadorismo, não há preocupação com as mulheres e suas sobrecargas de trabalho, e muito menos com direitos sexuais e reprodutivos, discussões sobre aborto, direitos de pessoas vivendo com HIV e Aids e a população LGBTQIA+ seria marginalizada ou totalmente suprimidas do debate público.

A perspectiva neoliberal atrelada ao neoconservadorismo é representada pela ascensão da nova direita, que se utiliza do neoliberalismo na economia, baseada no livre mercado e pelo individualismo, e se utiliza do neoconservadorismo nos aspectos sociais, políticos e culturais, primando pela autoridade do Estado, pela disciplina, pela ordem e pelo resgate de valores tradicionais.

Essa coalisão possibilitou a eleição de Ronald Regan, em 1980, e posterior eleição de George W. Bush, em 2000, nos Estados Unidos da América. Entre os dois citados acima, houve a eleição do democrata Bill Clinton, em 1992, mas a direita cristã se fortaleceu no

indicadores, métricas e as referidas conceituações de eficácia e eficiência das políticas públicas e dos cidadãos como consumidores de bens e serviços públicos.

interior do Partido Republicano, confirmando os evangélicos como uma força política considerável (LACERDA, 2019). Mais recentemente, temos a eleição de Donald Trump, nos EUA, e de Jair Messias Bolsonaro, no Brasil. Esses últimos fortalecem o discurso conservador, moralista, com proximidade de entidades religiosas, de combate à corrupção.

A família e a religião são os fios que conduzem os discursos e percepções da moral pretendida pelos neoconservadores. O núcleo familiar torna-se uma arma potente na tentativa de destruir quaisquer valores que supostamente rivalizem com os seus. De acordo com essa lógica, a família funciona como uma rede de proteção, reservatório de disciplina e estrutura de autoridade. Ela é vista como um possível entrave aos excessos da democracia e das agendas emancipatórias às minorias. Assim, fica claro que um dos focos desse neoconservadorismo é a destruição de qualquer coisa que faça alusão à justiça social (BROWN, 2016).

Melinda Cooper em seu livro *Family Values*, de 2017, traz à tona o período de crise de estagflação¹⁴ que atingiu os EUA e perdurou até o governo de Barack Obama. Aponta a família no centro da formação da ordem capitalista pós-keynesianismo para o Estado de bem-estar capitalista. Cooper (2017) segue a mesma perspectiva de Brown (2016), de que o neoliberalismo e o neoconservadorismo devem ser pensados em conjunto, com suas convergências, colisões e simbioses, para entender a racionalidade do poder nos EUA hoje.

A autora supracitada apresenta, em suas discussões, o termo “novo conservadorismo social”, que faz referência a movimentos conservadores que surgiram no final dos anos de 1960, incluindo movimentos neoconservadores, extrema direita, nova direita religiosa, novo paternalismo e novo comunitarismo. Entretanto, em suas discussões, ela opta por utilizar os dois termos, e em nossas discussões comungamos do termo neoconservadorismo.

A junção entre neoliberalismo e neoconservadorismo foi pano de fundo para ascensão da nova direita, que privilegia a moralidade, a família tradicional autossuficiente, com marcante regressividade nas políticas sociais. Com negação dos direitos das mulheres, da comunidade LGBTQIA+ e de pessoas vivendo com HIV/Aids.

No Brasil, desde 2016, estamos vivenciando o que muitos estudiosos, como Soares (2020; 2021), Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), Freire e Cortes (2020), nomeiam de ultraneoliberalismo, que com suporte e compromisso de governos que implementam medidas

¹⁴ O termo *estagflação* é um neologismo criado pela junção das palavras “estagnação” e “inflação”. Termo cunhado por Lain Macleud, utilizado pela primeira vez em 1965. A estagflação acontece quando um país passa por uma recessão (ou seja, queda da atividade econômica) simultaneamente a uma forte disparada dos preços. Em termos econômicos, podemos afirmar que a estagflação é caracterizada pelo avanço das taxas de inflação e desemprego, acompanhado de uma desaceleração do PIB. A palavra estagflação tem origem no “aportuguesamento” do termo em inglês *stagflation*, que deriva da união entre *stagnation* e *inflation* (ESTAGFLAÇÃO..., 2021).

expressivas e aviltantes, gera condições favoráveis para a acumulação e concentração do capital. Nesse processo, temos a restrição de gastos públicos com políticas de reprodução social da classe que vive do trabalho e grupos subalternizados, a aceleração do desmonte dos direitos constitucionais (como a reforma trabalhista e da previdência) conquistados através de muita luta da classe trabalhadora.

Fontes (2020) coloca, ainda, que enquanto política de Estado, o atual ultraneoliberalismo novamente vai favorecer os grandes proprietários, colocando-os como destinatários privilegiados de benefícios fiscais, das rendas derivadas das dívidas públicas, além de garantir, sob intensas pressões, a redução seletiva de impostos para os grupos dominantes.

2.2 RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS: AVANÇOS E RETROCESSOS

Dentre as tendências atuais da política de saúde, podemos citar a privatização, a precarização da atenção à saúde e a ampliação restrita da rede de serviços como algumas das quais têm reflexo nas práticas de assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids. Tais tendências evidenciam a dificuldade de aplicabilidade das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da política de HIV/Aids, e evidenciam, especificamente, a negação do direito, velada ou não, das pessoas vivendo com HIV/Aids de exercer de forma plena e saudável sua vida e cidadania. Essas são tendências que, no SUS, se expressam através do mercado privado e mercantilizado, denominado sistema suplementar, com planos e seguros de saúde, redes de hospitais privados, de farmácias, indústria medicamentosa e equipamentos de saúde (SOARES, 2010).

Desde o início, a epidemia de HIV/Aids se disseminou rapidamente pelo mundo. No final da década de 1990, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS)¹⁵ e a Organização Mundial de Saúde (OMS) já indicavam a existência de mais de 14 milhões de casos no continente africano e mais 5 milhões na Ásia. Estimava-se, nesse mesmo período, que mais de 1,6 milhão de pessoas estivessem com o vírus na América Latina e no Caribe, o que era cerca de 2 vezes mais o número de casos na América do Norte.

¹⁵ É o programa das Nações Unidas criado em 1996 e que tem a função de criar soluções e ajudar nações no combate à Aids. Tem como objetivo prevenir o avanço do HIV, prestar tratamento e assistência aos afetados pela doença e reduzir o impacto socioeconômico da epidemia.

Refletir a respeito da resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids é uma tarefa apropriada devido à importância da reflexão crítica e permanente sobre as estratégias adotadas pelos governos desde a década de 1980, as conquistas da sociedade civil que teve posicionamento firme e de cobrança e os principais desafios no enfrentamento da epidemia.

É necessário entender a atual dimensão da epidemia no Brasil, bem como o seu enfrentamento. A epidemia da Aids surgiu na década de 1980, atingindo predominantemente homossexuais, mas, ao longo dos anos, ela foi crescente entre a população heterossexual e cisgênero. A partir da década de 1990, as mulheres brasileiras passaram a ter um aumento significativo e preocupante quanto às estatísticas da exposição ao vírus (GUIMARÃES, 2001). Quando surgiram os primeiros casos de Aids no Brasil, a razão homem/mulher era de 38,0 no ano de 1983, caindo para 2,3, no ano de 2019 (BRASIL, 2019).

Desde 2013, no Brasil, os homens jovens, entre 13 e 19 anos, principalmente homossexuais, apresentam tendência de crescimento nas notificações, passando as mulheres na mesma faixa etária (BRASIL, 2018). O que levanta questionamentos sobre o que vem sendo implementado pelo governo brasileiro para alcançar esses jovens no que se refere à prevenção ao HIV/Aids, além de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

A infecção pelo HIV e a Aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017), sendo que a Aids é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestantes, desde 2000; e a infecção pelo HIV, desde 2014 (BRASIL, 1986;2000;2014;2017).

Tabela 1 – Dados do Brasil de HIV, Aids e óbitos

Casos	HIV 2007 a jun. 2022	Aids 1980 a jun. 2022	Óbitos 1980 a 31/12/2022
Casos notificados	434.803	1.088.536	371.744 NE 22,9% (2021) N 12,0% (2021)
Taxa de detecção	-	16,5 por 100 mil/hab.	-
Homens	305.197 (70,2%)	719.229 (66,1%)	261.043 (70,2%)
Mulheres	129.473 (29,8%)	369.163 (33,9%)	110.563 (29,7%)
Pessoas negras (pretas e pardas)	Entre brancos com HIV, 33,0% (2021); Entre homens negros, 59,8% (2021); As mulheres negras são 63,2%; Geral – 60,6% (2021).	2011 a 2021 Queda de 12,3 pontos entre pessoas brancas. Aumento de 13,4% pardas e 1,3% pretas. Desde 2010, as mulheres negras são maioria em relação	58,9% entre pessoas negras; 2011-2021 queda de 7,6% entre brancos e aumento de 9,2% entre negros.

		aos homens negros.	
Escolaridade Maior concentração	Ensino Médio completo 34,7%	5ª a 8ª série incompleta 20,8%	-
Razão de sexo 2022	2:8 (M/F) 28 homens para cada 10 mulheres	Brasil – 2:5 NO 2:4 e NE 2:5	2:1 (M:F) 21 homens para cada 10 mulheres
Faixa etária	15-24 anos – 23,7%; Em 2021, na faixa de 15-34 anos foi de 45,6% em mulheres. A faixa de 50 anos ou mais também teve aumento entre 2011 e 2021, de 12,2% para 17,9%.	25-39 anos 51,7% homens 47,4% mulheres	60 anos ou mais: aumento de 32,8%

Fonte: BRASIL, 2022.

Ao analisar os boletins epidemiológicos, podemos observar que o perfil das pessoas vivendo com HIV é, majoritariamente, com escolaridade até o Ensino Médio (34,7%), já aqueles com Ensino Fundamental II incompleto representam um percentual de 11,3%, mas o preocupante nesses dados é que a porcentagem de escolaridade ignorada chega a 25,1%, o que prejudica a avaliação dessa variável.

Com relação à raça/cor autodeclaradas, em 2021, foram 60,6% entre negros – que são os pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas de 12,5% e 48,1%, respectivamente (BRASIL, 2022). Esse cenário evidencia a grande porcentagem de negros sendo diagnosticadas com o vírus, e as mulheres vêm sendo as mais afetadas. Isso mostra a urgente necessidade de criar políticas para essa população.

Os jovens também estão sendo vítimas do vírus. Como podemos ver na Tabela 1, a faixa etária de 15-24 anos tem porcentagem elevada. Tanto que o PCDT da PrEP, lançado em 2021, apresenta a alteração da faixa etária para início da PrEP, que anteriormente era a partir de 18 anos e baixou para 15 anos. As mulheres nessa faixa etária também estão se contaminando. Dentre elas, outra faixa etária elevada é a de 50 anos ou mais, o que representa a ainda vulnerabilidade das mulheres ao vírus, mesmo que os dados gerais estejam menores.

Com relação aos dados de Aids, o Brasil tem apresentado uma média anual de 36,8 mil novos casos nos últimos cinco anos. Em 2019, foram registrados 37.308 novos casos de Aids e, em 2020, foram 29.917 novos casos, enquanto no ano de 2013 tivemos 43.368 casos confirmados.

A taxa de detecção vem caindo no país nos últimos dez anos, registrando 22,2 casos por 100 mil habitantes em 2011 e 16,5 casos por 100 mil habitantes em 2021. Esta tendência de queda vem sendo seguida pelas regiões Sul e Sudeste, com queda de 30,3% e 33,6%, respectivamente. Com relação às regiões Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento na taxa de detecção nos últimos dez anos, apresentando aumento de 24,4% para a região Norte e de 11,3% para o Nordeste (BRASIL, 2021).

A maior concentração de casos de Aids no Brasil está entre os indivíduos com idade de 25 a 39 em ambos os sexos, ou seja, homens e mulheres em idade produtiva e reprodutiva. Entre os homens, de 2010 a 2020, houve incremento na taxa de detecção de Aids nas faixas etárias de 15 a 19 anos (29,0%) e de 20 a 24 anos (20,2%). Entre as mulheres houve decréscimo em todas as faixas etárias. A razão de sexo no ano de 2020 foi de 2,4. No acumulado dos anos, a maior concentração de casos de Aids ocorreu entre indivíduos com a 5ª a 8ª série incompleta (20,8%) (BRASIL, 2021).

Na análise dos dados entre 2011 e 2022, no quesito raça/cor, observou-se uma queda de 12,3 pontos percentuais entre pessoas brancas, e um incremento de 13,4 pontos percentuais entre pessoas pardas e 1,3 entre pretas. Desde 2010, os casos são mais prevalentes entre mulheres negras do que em homens negros. Em 2020, as proporções foram de 58,3% e 60,0% entre homens negros e mulheres negras, respectivamente (BRASIL, 2021).

Até 2008, houve um aumento no número de casos de Aids em mulheres. A partir de 2009, “[...] observa-se uma redução nos casos de Aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou a ser de 22 casos de Aids em homens para cada 10 em mulheres em 2017” (BRASIL, 2018).

Essa redução dos casos em mulheres levou o Ministério da Saúde na época a considerar que a tendência de feminização tem perdido força, ainda que nas regiões Norte e Nordeste, que são regiões mais pobres e desiguais, se observe crescimento ou diminuição lenta entre mulheres. Ou seja, a tendência da feminização ainda existe e persiste e deve ser problematizada e enfrentada com elaboração de políticas eficazes e que tragam acesso não só para as mulheres, mas para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2020).

No que se refere à mortalidade, em 2019, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) um total de 10.565 óbitos por causa básica Aids, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100 mil habitantes. De acordo com o boletim epidemiológico de 2021, a taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 29,9% entre 2010 e 2020. Mas, no próprio boletim, é ressaltado que esse decréscimo pode estar relacionado a problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS. Além da demora no registro das

notificações e alimentação da base de dados do SINAN, devido à mobilização em todas as esferas dos profissionais de saúde, ocasionada pela pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2021).

Desde o início da epidemia até dezembro de 2022, foram notificados 371.744 óbitos tendo a Aids como causa básica. No ano de 2021, foram notificados 11.238 óbitos, em que 37,8% foram no Sudeste, 17,9% no Sul, 14,5% no Nordeste, 5,6% no Norte e 5,4% no Centro-Oeste. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, no período de 2010 a 2020, a tendência de mortalidade é de queda, mas essa tendência não está presente em todas as regiões no Brasil. Mas, as regiões Norte e Nordeste apresentam aumento no coeficiente em nove estados: Amapá (240,2%), Sergipe (30,0%), Piauí (28,5%) e Ceará (27,1%), Paraíba (15,4%), Acre (15,0%), Tocantins (11,8%), Pará (6,5%) e Maranhão (2,5%), (BRASIL, 2021).

Ao se analisar o coeficiente de mortalidade das unidades federativas, em 2021, treze apresentaram coeficiente superior ao nacional (que foi de 4,0/100.000 hab.), dentre elas está o estado de Pernambuco, com 4,2/100 mil habitantes.

A tendência significativa de queda é observada nas regiões Sul e Sudeste, talvez por contarem com melhor acesso às tecnologias e serviços de saúde. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste a tendência é de crescimento nos últimos 10 anos. É observado, também, um aumento estatístico de óbitos entre mulheres, dentre elas as mulheres negras, e uma estabilização entre homens.

As taxas de mortalidade diminuíram consideravelmente desde a implantação da política de acesso universal e gratuito ao tratamento com antirretrovirais através da Lei nº 9.313, de novembro de 1996, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), indo de encontro com as diretrizes do Banco Mundial e da USAID, que defendiam a gratuidade universal apenas das ações de prevenção. No Brasil, até outubro de 2014, quase 400 mil pessoas vivendo com HIV/Aids estavam realizando o tratamento antirretroviral (BRASIL, 2015).

Apesar do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (2020) apontar que a taxa de detecção está diminuindo no Brasil, entre 2012 e 2019, podemos observar uma variação regional e entre grupos populacionais, o que torna impossível assumir a média nacional isoladamente como indicador de um quadro positivo. Entre 2007 e 2019, a taxa de detecção de Aids cresceu em todos os estados do Nordeste, em quase todos do Norte e em 3 dos 4 estados do Centro-Oeste e no Distrito Federal. Essas três regiões, que apresentam crescimento do HIV/Aids, são responsáveis por quase 44% da população brasileira (BRASIL, 2020).

Desde o início da epidemia, 77,5 milhões de pessoas foram infectadas no mundo; 37,6 milhões de pessoas viviam com HIV em 2020; 21,7 milhões estavam em terapia antirretroviral; e foram registradas 1,8 milhão de novas infecções no mesmo ano; 690 mil morreram por causa relacionada à Aids em 2020; e 34,7 milhões morreram desde o início da epidemia. Em 2020, 84% de todas as pessoas vivendo com HIV sabiam de seu *status* sorológico; e cerca de 6 milhões desconheciam (UNAIDS, 2021).

A epidemia foi crescendo sob influência de complexos processos econômicos e sociais que lhe deram forma. Entendemos que a epidemia não pode ser tratada como uma situação de emergência, deve, sim, ser encarada como um desafio a longo prazo para os sistemas públicos de saúde e de seguridade social; nisso, é “[...] ainda mais difícil de enfrentar porque desmascara formas de desigualdade social que tanto os governos como alguns setores da sociedade civil preferiram ignorar ou esconder” (PARKER; TERTO JR.; RAXACH, 2000. p. 1).

Construir alianças que tragam resultados e que sejam capazes de sustentar uma resposta ao HIV/Aids persiste como um dos maiores desafios até hoje. O surgimento do HIV/Aids no Brasil foi quase que simultâneo ao cenário internacional e sua gravidade já conhecida sinalizava o surgimento de um problema de saúde pública (VILLARINHO *et al.*, 2012).

A epidemia de Aids surgiu num período que a população achava que epidemias eram coisas do passado. Entendida como fenômeno social, mobiliza comunidades a revelar comportamentos que incorporam e reafirmam valores sociais e modos de compreensão (ROSENBERG, 1995 *apud* MARQUES, 2002).

As primeiras movimentações governamentais, em nível federal, para articular respostas nacionais frente à epidemia da Aids, ocorreram em 1985. As primeiras medidas eram decididas a partir de reuniões com técnicos e especialistas de vários estados brasileiros. Dentre essas, estão a vigilância epidemiológica, definição dos chamados grupos de risco – homens homossexuais, homens bissexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), hemofílicos.

Neste contexto, o Programa Nacional de Aids iniciou, em 1989, o Projeto PREVINA, que abrangia ações de prevenção direcionadas a profissionais do sexo, homossexuais, internos no sistema penitenciário e usuários de drogas injetáveis. O PREVINA se constituiu como o referencial para o campo das práticas de prevenção até as assinaturas dos acordos com o Banco Mundial (BM) cujos projetos foram popularmente chamados de Aids I, II, III e IV (ROCHA, 2011).

A Aids foi incluída na agenda internacional na década de 1990, como uma questão estratégica para o desenvolvimento social. Em 1997, o Banco Mundial disponibilizou mais de 500 milhões de dólares para empréstimos, visando a prevenção do HIV em 41 países. No Brasil, as estratégias para o setor da saúde tinham três áreas prioritárias: a ampliação do acesso na atenção básica; orientações políticas e econômicas e estudos sobre a eficiência do sistema de saúde; e, por último, o controle de doenças transmissíveis, como a Aids. No período entre 2000 e 2015, o BM financiou 32 projetos, sendo 71,8% direcionados a estados e municípios, e apenas 28,2% sob gestão da União, reforçando a gestão descentralizada (BARBOZA, 2021).

Os acordos entre BM e Brasil, para os projetos Aids I, II, III e IV duraram entre os anos de 1994 e 2014, a cada projeto o valor dos empréstimos do BM foi diminuindo. Porém, a postura adotada pelo organismo no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e o seu papel no setor saúde recebeu críticas por priorizar gastos com a prevenção e as ONGs, deixando de lado a assistência e o tratamento com oferta gratuita dos ARVs (GALVÃO, 2000).

O Aids I foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Aids, obteve um orçamento total de 250 milhões de dólares, dos quais 160 milhões eram do Banco Mundial e 90 milhões do Brasil, com duração de quatro anos (1994-1998). Tinha como objetivo reduzir a incidência e a transmissão do HIV/DST e fortalecer as instituições públicas e privadas para o controle da epidemia (ROCHA, 2011).

Em 1998, finalizaram-se as negociações para um novo projeto, conhecido como o Aids II: *Desafios e Propostas*, que garantiria para os anos seguintes um empréstimo de 165 milhões de dólares do Banco Mundial em contrapartida de 135 milhões do Brasil, o qual durou de 1999 a 2003. O novo projeto tinha como objetivo diminuir a incidência da infecção do HIV/DST e melhorar a assistência para as pessoas que vivem com HIV/Aids, através da qualificação de acesso, diagnóstico e tratamento (ROCHA, 2011).

O Aids III cobriu o período entre 2004 e 2006, com o valor de U\$ 100 milhões do empréstimo junto ao BIRD/ BM e U\$ 100 milhões de contrapartida nacional. Também visava diminuir a incidência do HIV/DST, melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids e promover a resposta nacional (ROCHA, 2011).

Só em 2010 é que foi assinado o empréstimo para o Aids IV, um acordo de U\$ 200 milhões, U\$ 67 milhões pelo Banco Mundial e uma contrapartida nacional de US\$ 133 milhões. Ao longo do tempo, aumentou a contrapartida nacional e diminuiu o valor do empréstimo do Banco Mundial. Os recursos foram destinados para o enfrentamento da Aids e

de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Essa é a primeira vez em que o repasse de recursos é condicionado ao cumprimento de metas estabelecidas até 2014 (ROCHA, 2011).

No ano de 2013, foi regulamentada a Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013, de incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e Hepatites Virais. O incentivo teve como objetivo garantir a estados, distrito federal e municípios a manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle, incluindo o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção da casa de apoio e aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV (BRASIL, 2013).

O repasse era realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do ente federativo, seja estado, distrito ou município (BRASIL, 2013). Nesta portaria, era possível consultar o anexo com os valores a serem repassados para cada estado no ano de 2014, sendo que a quantia para o estado de Pernambuco foi de 7.372.835,00 de reais (BRASIL, 2013).

O recurso destinado aos estados e municípios devia ser definido em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), apresentada a Resolução CIB, o Ministério da Saúde fazia a distribuição diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipais. O valor devia ser repassado em 12 parcelas mensais.

O Fundo Nacional de Saúde também repassava ao Fundo de Saúde do ente federado os recursos para exames de CD4 e de carga viral, compra de insumos, como preservativos masculino e feminino, gel. Os procedimentos individualizados de diagnóstico, acompanhamento ambulatorial e internação eram regulados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001).

No que se refere à rede ambulatorial de assistência houve um crescimento progressivo nos anos 2000. Foram instituídos, através do Ministério da Saúde, projetos de Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (VILLARINHO *et al.*, 2012).

No estado de Pernambuco, a ADT não é ofertada, essa vem sendo uma luta antiga dos movimentos/ONGs que atuam com PVHA. Em nossas entrevistas, foi possível saber que a Articulação Aids/PE encabeça a reivindicação por casa de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids, mas essa conquista ainda está longe de ser alcançada.

A Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, estabelece a classificação dos serviços de atenção às DST/HIV/Aids, define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento; que compreende além do Serviço de Assistência Especializada (SAE), os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA), os Centros de

Referência e Treinamento (CRT), a Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013).

O Serviço de Assistência Especializado (SAE) tem caráter ambulatorial e presta assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DSTs, propiciando o vínculo do paciente portador com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Sua implantação se deu de forma descentralizada, a partir de 1994, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS), às coordenações locais de DST e Aids (BRASIL, 2006). Existem, atualmente, 38 SAE no Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2021).

Dentre as principais atividades previstas para acontecer nos SAEs para as pessoas vivendo com HIV/Aids, vale destacar: as ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas aos pacientes e seus parceiros, a assistência clínica e psicossocial individual e/ou coletiva, as referências para serviços de apoio, diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, a quantificação de carga viral, os exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes, a assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou a referência estabelecida para os mesmos, a assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo as referências e contrarreferências, organizadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013).

Outro serviço que está situado tanto na assistência quanto na prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são espaços fundamentais aos processos educativos na unidade e no território e para as práticas de aconselhamento individual ou coletiva pré e pós-teste. Existem 33 CTAs, em Pernambuco, onde são diagnosticados os casos de HIV/Aids (PERNAMBUCO, 2021). Quando o resultado do teste é reagente, as pessoas são encaminhadas aos SAEs para acompanhamento e tratamento.

Para Villarinho *et al.* (2012), a estruturação de uma rede assistencial em HIV/Aids, contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade não tem sido suficiente para garantir integralidade da atenção à saúde. Apontam, ainda, que a descentralização dos serviços talvez seja o maior desafio para que a luta contra o HIV/aids contemple a permanência dos princípios igualitários e a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais, além das diferenças culturais, regionais e sociais.

De acordo com Mattos (2001), a resposta brasileira à Aids talvez seja a que mais se aproxima da integralidade, no sentido de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto a perspectiva assistencial. Isto porque assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os

antirretrovirais, sem descuidar das práticas preventivas, concebendo a Aids como um mosaico de epidemias, envolvendo diversos modos de transmissão, abarcando um elenco abrangente de estratégias e intervenções.

Concordamos, em parte, com esta afirmação, pois a garantia de acesso aos medicamentos antirretrovirais não é suficiente. Ainda faltam medicamentos para tratar doenças oportunistas, acesso a consultas com especialistas e a exames de alta complexidade (SILVA, 2016; SOARES *et al.*, 2018). Além disso, existem as determinações sociais, que têm igual importância.

É necessário o acesso à moradia adequada, à renda suficiente, a serviços sociais, à proteção previdenciária, à assistência psicossocial. Com relação às práticas preventivas, deve-se garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, principalmente, para que a resposta à Aids realmente demonstre eficácia.

No início da epidemia no Brasil, na década de 1980, o perfil era bem diferente do que vemos atualmente. As pessoas vivendo com HIV ou Aids eram majoritariamente de classe média e escolaridade alta, o que não vemos mais de forma tão expressiva. O perfil epidemiológico atual é de pessoas pobres, de baixa escolaridade, pardas e negras, ou seja, vulneráveis nos aspectos sociais, econômicos e culturais.

Concordamos com Rocha *et al.* (2019) que, no Brasil, temos uma “[...] epidemia concentrada em grupos e populações-chave que corporificam as desigualdades de classe, raça e sexo de um país machista, racista, heteronormativo, profundamente desigual e de capitalismo periférico” (p. 198).

Em pesquisa recente de Leite (2020), constata-se a mudança no perfil epidemiológico. A autora observa, também, que apesar das políticas globais de testagem e prevenção combinada, ainda existe um hiato entre o plano normativo e o das práticas cotidianas. Os achados da autora demonstram que a realidade requer políticas que trabalhem a prevenção do HIV em cada grupo específico (principalmente entre as populações-chave em relação ao HIV), com estratégias descentralizadas de prevenção, testagem oportuna, início imediato de tratamento, estímulos à adesão ao tratamento.

A aprovação da Lei nº 9.313, no ano de 1996, foi de suma importância para viabilizar maior tempo e qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/Aids e, portanto, veio como uma grande vitória para essas pessoas. A referida lei, que garante acesso universal aos medicamentos ARV para todos e de forma gratuita, fomentou a necessidade de discutir a política de acesso a medicamentos no Brasil e no mundo.

No âmbito internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgava o relatório final do painel de alto nível sobre acesso a medicamentos, que confirmava com dados alarmantes a brutal desigualdade que impactava esse campo no mundo, em 2016. O painel formulou um conjunto de recomendações concretas para ajudar a melhorar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias de saúde e o acesso da população a tratamentos vitais cujos preços estavam fora do alcance de pacientes e governos (ONU, 2016).

Foi também em 2016 que se completaram os 20 anos do anúncio do uso dos ARVs em combinação, da aprovação da Lei nº 9.313 e da Lei nº 9.279, esta conhecida como Lei Brasileira de Patentes, que impactou na produção de ARVs genéricos e no preço dos novos medicamentos. A Lei de Patentes regula os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Esta lei também se aplica aos pedidos de patente ou de registro provenientes do exterior e depositados no país por quem tem proteção assegurada por tratado ou convenção em vigor no país (BRASIL, 1996).

Aqui, vale discutir um pouco sobre o que vem a ser o acordo TRIPS, assinado em 1994 pela Organização Mundial do Comércio (OMC). O *Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) é um tratado internacional que regulamenta a propriedade intelectual (OMC, 1994).

A Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, realizada em Doha, Catar, em 2001, reconhece a gravidade dos problemas de saúde pública que afligem muitos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, em especial no que diz respeito àqueles decorrentes do HIV/Aids, da tuberculose, da malária e outras epidemias. Reconhece também a importância em proteger a propriedade intelectual para produção de novos medicamentos; prevê a aplicação de flexibilidades para atender interesses públicos de saúde. Ou seja, cada país pode personalizar suas leis nacionais de propriedade intelectual para cumprir suas obrigações em saúde pública.

A declaração concorda que o Acordo TRIPS não impede e não deve impedir as medidas de proteção à saúde pública e que o acordo pode e deve ser interpretado e implementado de modo a implicar apoio ao direito de proteger a saúde pública e promover o acesso de todos ao medicamento.

Nesse sentido, a declaração reafirma o direito dos países membros da OMC de fazer uso, em toda sua plenitude, da flexibilidade implícita nas disposições do Acordo TRIPS. O que significa que: na aplicação das tradicionais regras de interpretação da legislação internacional pública, cada cláusula do acordo deverá ser entendida à luz do seu objeto e da sua finalidade, na forma expressa em seus objetivos e princípios; cada membro tem direito de

conceder licenças compulsórias, bem como liberdade para determinar as bases em que tais licenças são concedidas; cada membro tem o direito de determinar o que constitui emergência nacional ou outra circunstância de extrema urgência, subentendendo que crises de saúde pública, inclusive epidemias, são passíveis de constituir emergência nacional; e cada membro pode emitir licença compulsória para importar as versões genéricas de outros países.

Concordamos com Parker (2017) que estes 20 anos significaram muitos avanços no acesso aos medicamentos, mas ainda falta incluir mais de 20 milhões de pessoas nos tratamentos. Não só as incluir, como também mantê-las em tratamento. Também é preciso lembrar que o medicamento é uma questão de direitos humanos, e não apenas uma questão técnica a ser solucionada ou tratada somente em arenas de comércio internacional ou em decisões técnico-jurídicas.

De acordo com Marques (2002), a evolução das políticas de saúde em relação ao HIV/Aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas, considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos em relação à doença, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na construção das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais.

Para Rocha (2003), as possibilidades para o enfrentamento da epidemia passam a ter que ser repensadas no cotidiano a partir de questões a respeito de qual projeto de desenvolvimento se quer para a humanidade e quais as garantias para usufruir os direitos humanos. Ressalta, ainda, que as causas estruturais do crescimento da epidemia de Aids sempre estiveram no âmbito do debate dos movimentos sociais que lutam contra ela.

Apesar de o Brasil ter um programa modelo para muitos outros países, com boas respostas, tem um programa estruturado num contexto de contrarreforma neoliberal do Estado, com privatizações, cortes de investimentos para saúde e sucateamento dos serviços. Embora na década de 1990 as estratégias do país tenham avançado qualitativa e quantitativamente devido à influência da mobilização de setores progressistas da sociedade civil, ONGs, movimentos sociais, movimento gay, a política de HIV/Aids sofreu e sofre com os impactos do desmonte da política de saúde.

Além do que, no início da epidemia, as pessoas que estavam morrendo por Aids eram integrantes da classe média e alta brasileira. Com a mudança no perfil desses sujeitos, impõe-se a necropolítica, em que as pessoas pobres, negras, sem escolaridade podiam morrer. “Necropolítica aplicada, porque o projeto neoliberal do governo atual tende a concentrar ainda mais a renda e reduzir as políticas sociais, aumentando a miserabilidade e a morte” (CAZEIRO *et al.*, 2021).

Para Seffner e Parker (2016), o momento atual da resposta à aids é marcado, pela dupla tensão entre o fazer viver, com a ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral, e o deixar morrer, com o reforço das situações de estigma e discriminação às populações vulneráveis.

Ainda a esse respeito, Cazeiro *et al.* (2021) apontam o seguinte:

Pensar que o modo de gerir a vida nos remete às condições maiores ou menores de exposição ao adoecimento também nos mobiliza para dialogar além dos dados estatísticos para buscar descobrir como determinados caminhos têm sido condenados à repetição. Um exemplo disso foi a suspensão dos benefícios previdenciários que afetou milhares de pessoas, como as soropositivas. Tais beneficiários soropositivos estão há anos fora do mercado de trabalho e enfrentam problemas crônicos de saúde. Assim, como é possível retirar um salário mínimo dessa pessoa e fazê-la voltar a trabalhar depois de tantos anos, já na faixa dos 50/60 anos? Essa discussão chegou a Brasília e terminou – não sem divergências – com a sanção do Projeto de Lei nº 10.159/2018, encampado pelo movimento social, que prevê que pessoas com HIV/aids, aposentadas por invalidez, podem ser dispensadas da reavaliação pericial. Apesar do resultado, esta disputa revela novos desafios à vida soropositiva, ainda marcada pela dinâmica do estigma, do poder e da necropolítica (2021, p. 5366).

Fazendo uma análise crítica da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, percebe-se ser importante integrar prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do SUS, utilizando os direitos humanos como referência. Isto permite analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/Aids no plano individual, social e programático, levando em conta as relações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza, e pode também orientar o planejamento, a organização e a avaliação de serviços (PAIVA *et al.*, 2006).

Na contramão do cenário mundial, os dados brasileiros apontaram que a Aids está longe de ser controlada. Em 2015, percebe-se o crescimento no número de casos entre homossexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH), acompanhados da maior concentração da epidemia nos centros urbanos e aumento da razão masculino/feminina, devido a uma redução heterossexual, embora ainda se percebam as taxas elevadas entre mulheres (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

O jogo de fazer viver e deixar morrer se expressa de muitos modos. A epidemia explode entre adolescentes, ofertamos exame e tratamento, mas temos muitas restrições para estabelecer debates sobre sexualidade e culturas juvenis. Com o tratamento, as pessoas vivem com HIV e apresentam carga viral indetectável, mas a transmissão é criminalizada. Ofertamos teste e tratamento a usuários de drogas injetáveis, mas recuamos nos programas de redução de danos, e conseguimos ficar na contramão dos países que são nossos vizinhos na criminalização do uso das drogas (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 301).

A adoção das metas 90-90-90, do UNAIDS, trouxe para o centro do debate a capacidade dos sistemas de saúde em absorver um grande contingente de pessoas infectadas e a qualidade do cuidado prestado a elas. Desde o início da epidemia, ações de prevenção, tratamento e cuidado às pessoas com HIV foram implantadas no país, baseadas nos princípios da integralidade e interdisciplinaridade. Mas, nos últimos anos, parte dessa rede tem sido penalizada, devido ao desfinanciamento do SUS e ao enfraquecimento da resposta à Aids (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

Parker e Seffner (2016) colocam que a situação da resposta à Aids no Brasil está em articulação com algumas marcas fortes do seu passado e com estratégias de caráter neoliberal, que desenham um futuro de fim da epidemia altamente medicalizado e com transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, sem considerar os traços da diversidade cultural e a política do país. Em conformidade com essa situação, está a adoção da estratégia que considera todos os indivíduos como iguais.

A segunda década dos anos 2000 marca o surgimento de novas tecnologias e técnicas utilizadas no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids no Brasil. Tivemos, em 2010, a recomendação de uso da Profilaxia Pós-Exposição (PEP)¹⁶ e, em meados de 2014/2015, foi a vez da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)¹⁷.

Precisamos compreender o momento atual da epidemia vivenciada no país, que está diante de novas respostas biomédicas que vêm substituindo as respostas políticas e sociais. Essas últimas tidas como a grande conquista da resposta brasileira, por se voltarem de fato ao enfrentamento das relações sociais de classe, raça, sexo, sexualidade, reprodução e identidades, que tornaram os grupos mais pauperizados mais vulneráveis ao HIV/aids.

Autores como Parker (2015); Parker; Seffner (2016), entre outros estudiosos da temática, tecem críticas à atual valorização das respostas biomédicas na prevenção, principalmente se pensarmos a situação atual da epidemia. Tendo em vista que o futuro do enfrentamento da epidemia passa a depender, acima de tudo, de técnicas e tecnologias desenvolvidas pela ciência e por empresas baseadas nos países ricos do chamado primeiro mundo.

¹⁶ A **PEP** – Profilaxia Pós-Exposição – é o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). Fonte: BRASIL, 2010.

¹⁷ A **PrEP** – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus. A PrEP deve ser utilizada se você acha que pode ter alto risco para adquirir o HIV. Fonte: BRASIL, 2014.

Percebe-se certa contradição no que se refere à caracterização da situação do HIV e Aids no Brasil. Em 2014, o GAP Report¹⁸ do UNAIDS falava de uma epidemia crescente entre populações-chave, enquanto que para o Ministério da Saúde do Brasil a epidemia era caracterizada como “estabilizada”. Mas, para os que estão na linha de frente no enfrentamento, nas comunidades, e nas populações mais afetadas, essa estabilização não é percebida, muito menos o fim da epidemia (PARKER, 2015).

Parker (2015) questiona boa parte da ideologia recente sobre o fim da Aids, que está vinculada à promoção da ideia de uma nova era de respostas biomédicas que substituiriam as respostas políticas e sociais, como já foi dito anteriormente. Falar de prevenção biomédica é falar de coisas distintas que são apresentadas como se fossem algo unificado; porém, quando se fala de abordagens e da prevenção biomédica, está se falando de temas e questões muito diferentes.

Sob esse aspecto, o autor traz ainda três categorias que merecem ser sinalizadas:

- As novas tecnologias que ainda estão em fase de desenvolvimento, que não estão disponíveis para uso da população. Tais como, vacinas e microbicidas antiHIV;
- A segunda inclui as tecnologias e técnicas antigas, mas que foram recicladas devido ao enfrentamento da epidemia. Que seriam a camisinha e as práticas de circuncisão masculina hospitalar, esta última muito usada na África;
- A terceira categoria, ou terceiro tipo de tecnologia, são as tecnologias novas, basicamente produtos farmacêuticos, já prontos para uso. Neste caso, estamos falando do uso de medicamentos como o PEP e PREP, usados como novas formas de prevenção da transmissão pós e pré-exposição ao HIV.

Concordamos com Parker (2015) ao dizer que essa diversidade de tecnologias e técnicas não está unificada, nem integrada, e todas dependem de profundas mudanças de comportamento para serem utilizadas.

A prevenção combinada surge como uma estratégia que utiliza diferentes tipos de abordagem de prevenção, de forma simultânea (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias e relacionamentos, comunitário,

¹⁸ Semelhante ao relatório Global, o objetivo do Gap Report é fornecer os melhores dados possíveis, mas, além disso, fornecer informações e análises sobre as pessoas que estão sendo deixadas para trás. Apresenta dados da evolução da epidemia entre populações-chave e prioritárias. Fonte: UNAIDS, 2014.

social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV (BRASIL, 2017).

As intervenções biomédicas são ações voltadas à redução do risco de exposição mediante intervenções na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Essas estratégias podem ser divididas entre as intervenções biomédicas clássicas que empregam barreiras físicas ao vírus, como, por exemplo, o uso de preservativos externo e interno e gel lubrificante; e a outra estratégia dá-se por meio das intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARVs), como, por exemplo, o Tratamento como Prevenção (TcP), a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PREP) (BRASIL, 2017).

As intervenções comportamentais são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição do HIV e para a sua redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido. Como exemplo, tem-se o incentivo à testagem, adesão às intervenções biomédicas, vinculação e retenção nos serviços de saúde, redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas e estratégias de comunicação e educação entre pares (BRASIL, 2017).

As intervenções estruturais são ações voltadas aos fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade do indivíduo ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação, ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana, como exemplo, tem-se as ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia e demais preconceitos; promoção e defesa dos direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização (BRASIL, 2017).

Para subsidiar gestores estaduais e municipais para o planejamento e implementação das ações de Prevenção Combinada, o então Departamento das ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais apresentou um conjunto de recomendações, através da publicação *Guia Orientador da Política Nacional de Prevenção Combinada do HIV/Aids* (BRASIL, 2017). A intenção do documento é de que gestores locais tenham mais elementos para responder às necessidades específicas de determinados públicos às determinadas formas de transmissão do vírus. Além de pretender ajudar a consolidar a ideia das populações-chave e prioritárias e a importância de que as ações de prevenção do HIV sejam endereçadas aos seus diferentes riscos e vulnerabilidades.

Outro ponto importante sobre a nova era da prevenção é a do tratamento como prevenção (TcP). Em 2011, foi publicado um estudo clínico conhecido como HPTN 052¹⁹, que demonstrou que o início precoce da TARV resultaria em importante redução na carga viral e redução em 96% da taxa de transmissão do HIV. Com isso, a antecipação do início do tratamento passou a ser considerada como uma forma de prevenir a epidemia com a medicalização das pessoas diagnosticadas e de viabilizar a forma indetectável do vírus e consequentemente, intransmissível (Indetectável=Intransmissível).

Em dezembro de 2013, entre os países em desenvolvimento, o Brasil foi pioneiro ao adotar novas estratégias para controlar a epidemia de Aids, oferecendo tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico e contagem de CD4. Até então, o protocolo usado no SUS garantia medicamentos apenas para aqueles com menos de 500 células de CD4 por milímetro cúbico de sangue, ou seja, em estágios mais avançados da infecção, já com risco de contrair doenças oportunistas. Mas foi em setembro de 2015 que a OMS incluiu, em suas diretrizes para tratamento do HIV/Aids, a recomendação para inclusão do TcP para todas as pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, independentemente do estado imunológico e contagem de CD4.

Para Parker (2015, n.p), “[...] na ausência de políticas mais amplas de prevenção social e política, e como uma forma de enfrentar reduções de orçamentos de programas de Aids no mundo inteiro, muitos países, além do Brasil, estão adotando o TcP”. Essa alternativa também possibilita o abandono de um leque mais amplo de atividades preventivas, e representa um terreno fértil às frações mais conservadoras da sociedade, que atuam contra os direitos humanos, as populações que vivem com HIV/Aids, direitos sexuais, direitos reprodutivos, discussões de gênero no debate público e como responsabilidade do Estado.

O discurso da eficácia das abordagens biomédicas está entrelaçado com os discursos que justificam políticas neoliberais de ajuste econômico e redução de recursos para o setor saúde. Essa prática também vem sendo adotada no Brasil e em Pernambuco. O tratamento como prevenção (TcP) faz parte do processo neoliberal de redução de gastos, de ajustes estruturais no setor saúde. Devido à pressão política e econômica, em vez de ser mais uma iniciativa dentre várias outras ações no plano de enfrentamento ao HIV/Aids, o TcP tem sido

¹⁹ O estudo HPTN 052 é um ensaio clínico randomizado de Fase III. O objetivo principal é avaliar se os antirretrovirais, medicamentos que são atualmente licenciados para tratar a infecção pelo HIV, podem prevenir a transmissão sexual do HIV entre casais em que um dos parceiros está infectado pelo HIV e o outro não (casais sorodiscordantes). Além disso, o estudo foi desenhado para avaliar o tempo ideal para iniciar a terapia antirretroviral, a fim de reduzir as doenças e morte entre pessoas infectadas com HIV/AIDS. Iniciado em 2005 e o recrutamento foi finalizado em 2010. Traduzido por Jorge A Belóqui (GIV, ABIA, RNP+).

proposto como a única política ou a principal, que pode ser utilizada com os recursos disponíveis no momento (PARKER, 2015).

Diante disso, precisamos refletir que o TcP é uma abordagem que pode dar muito certo, como parte de um programa mais amplo, mas não podemos abandonar as outras metodologias da prevenção combinada. A partir do momento que o tratamento como prevenção passa a ser a única alternativa ou a mais incentivada, ele perde sentido e precisa ser criticado.

Outra dimensão sobre as novas abordagens biomédicas que deve ser analisada é a do Testar e Tratar, que caminha em sintonia com o tratamento como prevenção. Isso porque só é possível usar o TcP se a sorologia positiva for confirmada. Então, o Testar e Tratar se associa ao TcP de uma maneira muito significativa dentro de uma lógica programática.

Inicialmente, as recomendações de tratamento em âmbito global e no Brasil incidiam em pacientes com contagem de CD4 abaixo de 350 células/mm³, posteriormente, mudou para 500 células/mm³. A partir de dezembro de 2013, o Brasil passou a recomendar o início do tratamento com antirretrovirais o mais rápido possível, independente de contagem de CD4, através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Em setembro de 2015, a OMS estabeleceu novo protocolo com o mesmo direcionamento utilizado no Brasil, de tratar todas as pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, independente de estado sorológico e contagem de CD4. O Brasil foi apresentado pela OMS como exemplo no pré-lançamento do protocolo (WHO, 2015; BRASIL, 2013).

Em 2019, os protocolos de tratamento ARV foram revisados pela OMS. O Dolutegravir combinado ao Inibidor de Transcriptase Reversa Nucleotídeo (ITRN) passa a ser recomendado no lugar do Efavirenz, o que representa uma grande mudança na linha de tratamento (WHO, 2019).

O tratamento como prevenção e a proposta do Testar e Tratar têm possibilidade de sucesso, mas é preciso levar em consideração a possibilidade concreta de quem teve acesso aos ARVs dar continuidade ao tratamento, como vai garantir os direitos humanos, o apoio psicológico, médico, social, o acolhimento e aconselhamento de forma humanizada, entre outros; e se na atual lógica neoliberal de redução de gastos na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) vai dar conta de cuidar integralmente das pessoas testadas com resultado positivo, tendo em vista o longo processo de sucateamento das políticas sociais e da seguridade social.

O estado de Pernambuco segue essa orientação do TcP, adotando os protocolos e estratégias recomendados pelo Ministério da Saúde. Com isso, as pessoas com o vírus ou as

que estão em risco de adquiri-lo são tratadas como consumidores individuais de medicamentos e ocorre o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda complexidade da epidemia (PARKER; SEFFNER, 2016).

A PrEP é uma intervenção biomédica, mas com aplicabilidade que depende de várias questões políticas, econômicas e sociais para ser usada e disponibilizada. Em 2014, a OMS atualizou as diretrizes para uso de medicamentos ARV para prevenção e tratamento de infecções pelo HIV para inserir a nova recomendação para utilização da PrEP, principalmente, em homens que fazem sexo com outros homens (HSH). A PrEP passou a ser recomendada como uma escolha adicional, dentro de um rol de outras possibilidades de prevenção do HIV (WHO, 2014).

Com isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) colocou no âmbito das políticas globais de resposta à epidemia de HIV e Aids o uso da PrEP como uma nova tecnologia para ser utilizada como prevenção ao HIV. Em 2015, atualizou mais uma vez suas diretrizes para recomendar que todas as pessoas em risco de infecção utilizem a PrEP como forma de prevenção. A nova estratégia de prevenção consiste no uso dos medicamentos *tenofovir* e *emtricitabina* combinados em um comprimido.

No Brasil, a PrEP foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em maio de 2017, através da Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017, que incorpora a PrEP; e da Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP, tornando oficial a inclusão do medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS). É direcionada para populações-chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH), gays, pessoas transgêneros, transsexuais, profissionais do sexo, e casais sorodiferentes; e as populações prioritárias que são jovens, negros, indígenas e população em situação de rua, além das práticas de risco de cada pessoa (as práticas sexuais e os contextos associados a um risco maior de infecção) (BRASIL, 2017).

Com relação ao uso da PrEP, surgem discussões sobre o abandono do uso do preservativo que já é frágil em nossa sociedade. De acordo com Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira (PCAP), realizada em 2013, foi observado que 94% dos brasileiros sabem que o uso do preservativo é a melhor forma de prevenção às IST e HIV/Aids. Mesmo assim, 45% da população sexualmente ativa do país não usou preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses. Um dado alarmante e preocupante, que demonstra a necessidade de mais investimentos em educação, aconselhamento e direitos sexuais e reprodutivos e conscientização para a população.

A partir de posicionamentos das ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, a PrEP não está acessível para todos, não chega aos grupos mais vulneráveis à infecção por HIV/Aids, como negros (homens e mulheres), pessoas trans, menos escolarizados, pessoas privadas de liberdade, pois estão se infectando com mais facilidade. Basta analisar os boletins epidemiológicos (GTP+; Gestos; ARTICULAÇÃO AIDS, 2021).

A PREP precisa ser ampliada para além dos grandes centros urbanos. Esta forma de prevenção vem sendo implementada de forma ainda lenta, pode ser encontrada em poucos serviços de saúde. Em Pernambuco, foi implantada em 2018, está disponibilizada atualmente em sete serviços de saúde, os três primeiros localizados na capital do estado, que são: no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), no Hospital das Clínicas, no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes (Policlínica Lessa de Andrade), e no SAE de Petrolina, UBS Bernardino Campos Coelho de Petrolina e no SAE de Caruaru e no CTA de Caruaru (PERNAMBUCO, 2021). A implementação da PrEP nos serviços traz à tona questionamentos, como, por exemplo, a capacitação da equipe, a contratação de mais profissionais, a estruturação dos serviços, além dos recursos direcionados para os municípios implantarem a PrEP em seus serviços de saúde.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é recomendada para ser utilizada após provável exposição ao vírus, sendo de forma ocupacional (por profissionais de saúde) ou via sexual. É recomendado que a PEP sexual esteja disponível para todas as pessoas elegíveis das populações chaves, para uso voluntário, após possível exposição ao HIV.

No Brasil a PEP é recomendada pelo Ministério da Saúde desde 2010. É indicada ainda nos casos de violência sexual contra mulheres ou homens, e consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais por um período de 28 dias após a exposição, devendo ser iniciado em até 72 horas após a ocorrência.

O resultado mais evidente em termos de políticas públicas de HIV/Aids é a ênfase no chamado “testar e tratar” e na estratégia de tratamento como prevenção, de modo íntimo, vinculadas ao que se pode denominar de neoliberalização da prevenção, em que não ocorre financiamento para ações de educação e saúde ou redução da discriminação e estigma (PARKER; SEFFNER, 2016).

A perspectiva de gênero é uma abordagem de grande importância para se discutir o enfrentamento da feminização do HIV/Aids, além de outras categorias com igual relevância, como desigualdade social e econômica, racismo, classismo, raça, etnia, patriarcado. Este tema é amplamente debatido pelos movimentos feministas e se transformou em bandeira de luta no

Brasil, desde a década de 1990, período que se percebeu o aumento na taxa de incidência nas mulheres (ROCHA, 2010; ROCHA; BARBOSA FILHO, 2018).

O uso da abordagem de gênero implica considerar as relações entre os sexos, relações de poder e de hierarquia. As relações de gênero podem constituir-se como elementos tanto da organização social quanto das relações de poder, de dominação e de subordinação, que são construídas nas culturas a partir da distinção de masculino e feminino, estabelecendo e organizando as relações sociais em geral (BANDEIRA, 1999).

Concorda-se com Taquette (2009) quando esta afirma que ser mulher na sociedade brasileira significa um contexto de vulnerabilidade ao HIV, devido às violências sexual e doméstica e a vários outros fatores, entre eles, a desigualdade de gênero, em que a mulher se encontra em posição inferior ao homem. Essa desigualdade se expressa de forma desfavorável às mulheres, pois resulta em menos acesso a emprego, educação, moradia e renda.

Para controlar o aumento do HIV/Aids, são necessários a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, o acesso universal a insumos de prevenção, o atendimento das ISTs/HIV/Aids. São imprescindíveis, também, ações de combate à pobreza, à baixa escolaridade, às desigualdades regionais, de gênero, raça e geração. E mais, as ações de prevenção devem contar com uma estratégia abrangente que inclua educação, informação e insumos. É preciso, ainda, abordar as populações mais vulneráveis com foco de gênero e a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (TAQUETTE, 2009).

Fica claro que não se pode discutir a Aids e o seu enfrentamento sem compreender os papéis de gênero, as relações sociais de sexo/gênero e todas as implicações que esses têm nas relações entre homens e mulheres. É importante ter clareza que a vulnerabilidade, individual ou coletiva, ao vírus é variável e depende de inúmeras determinações sociais, econômicas, culturais e biológicas. A vulnerabilidade feminina ao HIV necessariamente remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, à dinâmica de poder que perpassa tais relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do atual perfil da epidemia (BARBOSA, 1999).

O Brasil passou por grandes avanços no que se refere ao tratamento de pessoas com HIV/Aids, viabilizando os medicamentos necessários, incluindo os antirretrovirais. Com isso, as pessoas vivendo com HIV/Aids puderam ter um tempo de vida maior e o diagnóstico deixou de ser sinônimo de morte. Em 2017, foi divulgado pelo Ministério da Saúde que a partir do ano seguinte todas as pessoas vivendo com HIV/Aids teriam acesso a um novo

medicamento, o Delutegravir, considerado mais moderno e eficaz. Complementamos nossa reflexão com a colocação de Vieira (2018):

Entre esses medicamentos, incluem-se os antirretrovirais, que diminuem a vulnerabilidade a doenças correlacionadas à Aids, reduzem a carga viral a níveis indetectáveis e inibem a transmissão do vírus a outras pessoas. Mas não somente esses medicamentos são necessários: quando ocorrem infecções correlacionadas, são necessários outros medicamentos, exames, internação, nem sempre disponíveis na rede do SUS dos municípios onde residem as pessoas necessitadas. Além disso, precisamos considerar os rumos da epidemia em nosso país e as novas diretrizes em relação ao HIV (VIEIRA, 2018, p.77-78).

Para o enfrentamento do HIV/Aids, o favorecimento do capital se concretiza pelo predomínio de uso de medicamentos antirretrovirais, inclusive com mudanças no protocolo em 2014, garantindo a todos os que são diagnosticados com infecção pelo HIV, antes mesmo que tenham sintomas de Aids ou independente de carga viral, o acesso aos medicamentos. Essa tendência segue orientação internacional. Como ponto favorável, destaca-se a possibilidade de reduzir o risco das infecções oportunistas, garantindo melhor condição de saúde, além da redução do vírus (VIEIRA, 2015).

Em contrapartida, tem-se os efeitos colaterais do medicamento e a dificuldade em aderir ao tratamento quando a pessoa não tem os sintomas da doença. Pode-se destacar também a diminuição da importância da prevenção, assume-se a falência das estratégias baseadas nas mudanças de comportamento e responsabilidade com sexo seguro, que requer profundas mudanças nas estruturas patriarcais e heteronormativas. A lógica da medicalização torna-se predominante através da indústria farmacêutica (VIEIRA, 2015).

O Brasil tem dimensões continentais com grandes disparidades sociais, econômicas e demográficas, por isso não surpreende que essas diferenças tenham reflexo na maneira que a epidemia se espalha na população brasileira. O conjunto de transformações econômicas tem gerado novas formas de desigualdade extrema, intensificando diferenças de renda, pobreza e miséria.

A adoção de políticas sociais e econômicas com diretrizes neoliberais, orientadas à produção de crescente integração no sistema capitalista global, tem implementado medidas restritivas no SUS, o desmonte das políticas públicas e reforçado a rápida redução nos programas de saúde no geral e para o enfrentamento ao HIV/Aids, educação e proteção social.

A desigualdade social tem sido tipificada por crescente polarização entre ricos e pobres. Os impactos negativos do neoliberalismo são ingredientes estruturais da produção de

vulnerabilidade à infecção e da capacidade do Estado de dar respostas à epidemia (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

As transformações estruturais públicas e privadas de bem-estar social, mesmo que fundamentais para as classes e grupos mais vulneráveis para infecção do HIV e outras, sofrem limites estruturais para transformar as relações sociais que reproduzem essa mesma vulnerabilidade (ROCHA *et al.*, 2019).

Apesar dos dados mostrarem redução no número de casos no Brasil, na publicação da ABIA (2016), pode-se observar o alerta do retrocesso brasileiro na resposta à epidemia de HIV/Aids. Observamos a tendência de queda nas regiões Sul e Sudeste, enquanto as regiões Norte e Nordeste a curva é crescente. A redução de casos entre as mulheres e de óbito nessas duas últimas regiões é menor em relação às duas primeiras.

O Brasil deixou de lado a expertise para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e participação social. Reflexo da política adotada no país, que, com o golpe de 2016, teve o neoliberalismo aprofundado, com avanço da mercadorização da saúde, desfinanciamento e invalidação dos espaços de controle e participação social na política de saúde.

A ABIA vem com o alerta para o momento imperativo que o mundo experimenta hoje no enfrentamento da epidemia de Aids. Argumenta que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais. A biomedicalização como forma privilegiada de enfrentar a epidemia pode servir como uma cortina de fumaça que esconde uma série de retrocessos. Entretanto, devemos refletir que as respostas dadas à epidemia vão além de uma cortina de fumaça, fazem parte de um projeto estrutural do neoliberalismo atrelado ao neoconservadorismo com diretrizes específicas para a política de HIV/Aids.

Concordamos com Rocha *et al.* (2019) que a epidemia de HIV/Aids surge em um momento histórico em que as responsabilidades dos Estados com a efetivação dos direitos de cidadania são questionadas, tendo em vista que o posicionamento assumido foi de mercantilização das políticas sociais e sistemas de saúde, ou da oferta de uma cobertura básica de serviços sociais e de saúde, educação, assistência social para as camadas mais pauperizadas.

Concorda-se com Correa (2016) que não é trivial que essas definições de política tenham sido tomadas num contexto mais amplo em que já prevalecia a lógica neoliberal para políticas sociais, de focalização, privatização, pacotes básicos. A autora aponta ainda que,

atualmente, a resposta brasileira ao HIV/Aids apresenta déficits flagrantes nos âmbitos da prevenção e da assistência no que diz respeito à aderência aos direitos humanos.

A possível reemergência da Aids torna-se mais preocupante diante do fato de a sociedade civil ter sido refreada do seu envolvimento na resposta à epidemia nos últimos anos. Marcados pela redução de recursos por parte do Estado, da filantropização nacional e internacional e do contexto político de retrocessos democráticos, o movimento social de Aids, bem como os movimentos sociais progressistas brasileiros, passaram e continuam passando por grande dificuldade para manterem-se abertos. Muitas ONGs que tinham história de liderança encerraram suas atividades e as que permanecem encontram muitas dificuldades para continuar funcionando (TERTO JR., ABIA, 2021).

Essa estratégia não acompanha as questões estruturais, que estão na base das determinações da epidemia; a estrutura dos serviços de saúde, precariedade no trabalho dos profissionais, insuficiência nas estratégias de acolhimento e retenção dos usuários, a violência e a marginalização de populações mais expostas ao vírus. O preconceito e o estigma também não são levados em consideração. O quadro apresentado hoje, de redução de gastos com saúde, impõe limites à política de HIV/Aids. A regressividade da política gera negação do direito à saúde por parte das pessoas vivendo com HIV/Aids. Aqui, trazemos a contribuição do trabalho de Fabíola Sulpino Vieira (2017), em que ela coloca que:

O agravamento do arrocho econômico e social, a quebra da institucionalidade com a derrubada da presidente eleita Dilma Rousseff, a disparada da instabilidade política e econômica, e a aprovação da Emenda Constitucional 95, com o congelamento das despesas primárias da União por 20 anos, mostram como o Brasil tem sido usado como laboratório de um ampliado e aprofundado movimento neoliberal e como esse debate é central para a sobrevivência de milhares de brasileiras e brasileiros, cada vez mais excluídos da distribuição social da riqueza (VIEIRA, 2017, p. 7).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), são entidades da sociedade civil que vêm contribuindo desde a década de 1980 para efetivar o compromisso constitucional com o direito à saúde. Em janeiro de 2019, vieram a público para manifestar a preocupação das duas entidades com os rumos da política de HIV/Aids no Brasil. Apontam que o quadro preocupante de avanço da epidemia em direção a populações vulneráveis torna imprescindível assegurar a sustentabilidade da política de ações para controle de IST/HIV/Aids e colocam como prioridade o enfrentamento dos fatores estruturais (ABRASCO, 2019).

Para Richard Parker (2016), o Programa Nacional de Combate ao HIV/Aids, criado pelo governo em 1986, “[...] andou contra a corrente do neoliberalismo”, porque grande parte

dos recursos usados vieram do tesouro público do Estado, já que o Banco Mundial concentrava recursos apenas na prevenção primária, e ao Estado cabia a cobertura da assistência e tratamento. Assim, para o autor, o país ficou menos submetido às decisões e condicionalidades de doadores externos.

Concordamos com essa afirmação, mas, já na década de 1990, o Estado adotou diretrizes afinadas com os moldes neoliberais, que condicionaram os direitos sociais aos recursos disponíveis, fragilizando a proteção social e, nos últimos anos, após golpe de 2016²⁰, vem promovendo de forma severa o desmonte e a privatização dos serviços de saúde, incluindo os direcionados às pessoas vivendo com HIV/Aids.

A adoção das premissas neoliberais atreladas ao neoconservadorismo vem intensificando o processo de desmonte das medidas implementadas pelo modelo brasileiro de enfrentamento à epidemia desde 2012, período em que houve uma guinada conservadora no discurso político governamental, com desmonte de algumas das principais estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids. Com censuras a campanhas informativas e educativas (no carnaval, para profissionais do sexo, que discutem preconceito, homofobia, sexualidade etc.), proibição de materiais pedagógicos em escolas, além de corte de verbas para pesquisas. Essas são algumas das posições adotadas por governos que passam a adotar uma política comprometida com o conservadorismo religioso para ganhar votos e apoio político (BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021).

No início da epidemia de HIV/Aids, era evidente a infecção por pessoas com maior poder aquisitivo, tanto que autores como Caires (2000) apontam que esse pode ter sido um dos motivos para o investimento em pesquisas (mesmo que insuficientes na época) e o interesse da mídia. Com o passar dos anos, a Aids tomou dimensões mundiais e foi se deslocando para os mais pobres, em que cada região apresentava a cara social do seu país (CAIRES, 2000).

No Brasil, podemos observar essas características mencionadas acima. Atualmente, o perfil epidemiológico da epidemia é de pessoas pobres, com baixa escolaridade e autodeclaradas pardas ou negras vivendo com o vírus. Trata-se de um perfil que tem dificuldade de acesso a recursos públicos ou particulares para atendimento, tratamento e

²⁰ Em maio de 2016 termina a era dos governos petistas, com o golpe jurídico-parlamentar de Estado que destituiu a presidenta Dilma Rousseff da presidência do Brasil. Com isso, passamos a vivenciar “[...] o ultraneoliberalismo ou processo de radicalização neoliberal que representa ao mesmo tempo continuidade e mudanças na trajetória do neoliberalismo, sendo um dos resultados regressivos da crise capitalista de 2008” (BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021, p. 136).

prevenção. De acordo com dados de 2018, do Boletim Epidemiológico, a mortalidade caiu 20% em pessoas brancas e aumentou 20% em pessoas autodeclaradas negras ou pardas.

Para as pessoas pobres e doentes, estar com HIV/Aids é um drama duplo: o de ser pobre e o de sofrer as consequências de uma epidemia que ainda está longe do controle e da cura, e principalmente o de saber que seu tempo de vida vai ser tão roubado quanto seu salário, suas esperanças, sua qualidade de vida e sua cidadania (CAIRES, 2000).

Os dados brasileiros apontam que a epidemia está longe de ser controlada, e que apesar de ter atingido bons indicadores nos mais de 30 anos da doença, existem ainda regiões (Norte e Nordeste) no país com alta incidência de diagnóstico e mortalidade. Desde 2011, a barreira dos 40 mil novos casos de Aids foi ultrapassada; em 2019, foram diagnosticados 41.919 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids.

A geração que nasceu na década de 1990 começou a apresentar taxas de incidência maiores do que entre os que iniciaram a vida sexual logo após o início da epidemia. Isto demonstra um perfil epidemiológico que volta a assumir características similares ao observado no início da epidemia, quando a doença começou a fazer suas primeiras vítimas e apresentou uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

O recrudescimento da Aids no Brasil ocorre quando os conhecimentos científicos acumulados no campo lançam perspectivas promissoras para o controle da epidemia no mundo. Isto suscita a reflexão de que a morte por Aids deveria ser um evento cada vez mais raro.

No entanto, a redução no Norte e Nordeste é menor que em outras regiões, e podemos perceber, através dos dados epidemiológicos, que as pessoas que estão morrendo em decorrência de complicações relacionadas à Aids são pobres, negros, com pouca escolaridade e mulheres, e que a juventude também está entrando nessa estatística. Isto nos direciona a perceber que a juvenilização vem se apresentando como uma nova tendência da epidemia de HIV/Aids. E estratégias eficazes precisam ser elaboradas para essa população.

A respeito do cuidado contínuo do tratamento, as cascatas de cuidado²¹ têm sido, nos últimos anos, instrumentos fundamentais para nortear as tomadas de decisão em saúde e para o desenho de políticas sanitárias baseadas em informações qualificadas. Da mesma maneira,

²¹ A cascata de cuidado contínuo é um conceito já descrito na literatura internacional e se refere à utilização de modelagens matemáticas inicialmente aplicadas a programas de controle da tuberculose. Seu intuito é ilustrar a cadeia de eventos que levam ao acesso à saúde, desagregando o diagnóstico do tratamento e introduzindo, ainda, a dimensão dos serviços de saúde. No caso do HIV/Aids, o termo cascata do cuidado contínuo se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, a supressão viral (BRASIL, 2017).

por meio delas, pode-se analisar o avanço e os resultados dos esforços empreendidos para o alcance das metas 90-90-90 propostas para 2030.

Estima-se que, ao final de 2018, havia aproximadamente 900 mil PVHIV no país, das quais 766 mil (85%) estavam diagnosticadas; 81% (731 mil) haviam sido vinculadas²² a algum serviço de saúde; e 643 mil (71%) estavam retidas²³ nos serviços. Observa-se cobertura antirretroviral de 66% (594 mil) e supressão viral (CV inferior a 1.000 cópias/ml) de 62% (554 mil) entre todos os indivíduos infectados pelo HIV (BRASIL, 2019).

Com relação ao alcance das metas 90-90-90, temos os seguintes números: a proporção de PVHIV diagnosticadas aumentou aproximadamente 23%, entre 2012 e 2018, passando de 69% para 85%, respectivamente. Houve um aumento de 22% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em TARV (de 64%, em 2012, para 78%, em 2018). Das pessoas em TARV, durante pelo menos seis meses, em 2018, 93% delas atingiram supressão viral (CV < 1.000 cópias/ml); proporção essa 9% superior à observada em 2012, que foi de 86% (BRASIL, 2019).

Seguindo o direcionamento de desmonte da resposta à Aids no Brasil, em maio de 2019 é instaurada nova estrutura do departamento responsável pela resposta à epidemia, após aprovação do Decreto nº 9795 (que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS) por Funções Comissionadas do Poder Executivo (FCPE). Para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, essa mudança significa o desmonte de equipes, inclusive premiadas internacionalmente, a exemplo da equipe de comunicação do Programa Nacional de HIV/Aids, que foi desfeita no processo de integração dos programas.

Dentre as medidas, está a renomeação do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST (DCCI). Essa nova estrutura caracteriza mais uma etapa do desmonte da resposta à Aids.

As patologias, agora reunidas no DCCI, possuem diferenças significativas nas formas de transmissão, escalas de impacto, segmentos populacionais diretamente afetados, dinâmicas sociais, indicadores e fatores epidemiológicos, dentre outros. Portanto, a ausência de questões em comum pode fragmentar o novo departamento. Além disso, haverá uma possível disputa

²² Ou seja, devidamente cadastradas no serviço de referência após diagnóstico.

²³ Pessoas em tratamento ARV nos serviços em que foram cadastradas.

por recursos, o comprometimento da produção de indicadores epidemiológicos e da eficiência da política de saúde pública, tendo em vista a união de patologias tão distintas. A fragmentação poderá ocasionar a precarização nas respostas a doenças que já possuem uma longa história de fragilidades, além da saída de profissionais que já atuam e têm expertise com a epidemia.

O Decreto nº 9795/2019, de mudança do Departamento de IST/HIV/Aids e extinção de equipe com expertise no enfrentamento à epidemia, repercute também em relação ao cenário mais amplo do orçamento da saúde, setor que, sob o efeito da Emenda Constitucional – EC nº 95 de 2016, a qual impõe o congelamento do piso de aplicação em saúde –, já perde R\$8,5 bilhões em 2019.

A política brasileira de enfrentamento do HIV/Aids vem sofrendo com os cortes nos gastos com a saúde pública. Tem, ainda, a Portaria MS/GM nº 3.992/2017, que determinou o fim dos blocos de financiamento do SUS, que pode vir a ter implicações para manutenção e ampliação de ações de prevenção e assistência à epidemia do HIV/Aids nos níveis estaduais e municipais. Esta portaria alterou a Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017, e contempla a Portaria nº 204, de 2007 (BRASIL, 2017).

Na atual portaria, os repasses de recursos pelo Ministério da Saúde para estados e municípios passaram a ser feitos em apenas 2 blocos de financiamento (investimento e custeio). Antes, os repasses eram divididos em 6 áreas (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos). Nesse processo, após essa nova estrutura, temos que refletir e ficar alarmados com a proposta orçamentária de 2020.

Essa mudança suscita o debate sobre o repasse de verbas federais para estados e municípios, em especial, o impacto das novas regras nas políticas de vigilância, prevenção e controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Em dezembro de 2018, foi promovida, pelo então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), uma audiência pública. Nela, foram discutidos justamente esses impactos, com a participação de diretores do DIAHV e representantes da sociedade civil que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids.

Os primeiros casos da Covid-19, no Brasil, em fevereiro de 2020, vieram agudizar os desafios ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Com as graves emergências e rápido impacto da Covid-19 sobre a população, recursos humanos e materiais precisaram ser deslocados para enfrentar o novo desafio.

Segundo Terto Jr. (2021), informações levantadas pela própria ANAIDS, uma das redes de organizações mais atuante do movimento social, a própria Aids e outras doenças crônicas, como a Tuberculose (TB), sofrem o impacto da Covid-19. Isto ocorre, por exemplo, com a transferência de consultas já marcadas no SUS, com a diminuição de profissionais de saúde que precisaram também ser deslocados, com ações de educação coletiva, na disponibilidade de metodologias de prevenção, como a Profilaxia Pré-Exposição, entre outras. No entanto, apesar das dificuldades, o movimento social de Aids tem sido convocado pela sociedade a se pronunciar sobre a Covid-19, seus impactos e suas possíveis respostas (TERTO JR., 2021).

Concordamos com Galvão-Castro *et al.* (2021) que a epidemia de HIV/Aids e a Covid-19 são doenças que possuem características epidemiológicas, biológicas e perfis clínicos. Mas, ao se deparar com ambas as infecções, a comunidade científica respondeu prontamente com a identificação e o sequenciamento dos agentes causais, desenvolveram testes diagnósticos, caracterizando cada doença, estabelecimento de ensaios clínicos para avaliar potenciais tratamentos e fornecer instalações clínicas para cuidar de indivíduos infectados.

Os autores citados evidenciam, também, que a EC 95/2016, que limitou os gastos públicos para 20 anos, com a eclosão da Covid-19, contribuiu para o colapso dos sistemas de saúde em muitas cidades, bem como a escassez de suprimentos médicos.

As duas epidemias apresentam várias diferenças entre elas, mas também muitas semelhanças e paralelos. Podemos pontuar, aqui, que as diferenças estão resumidamente relacionadas às vias de infecção e formas de adoecimento e tratamento. Por exemplo, a Covid-19 tem cura para um número significativo de pessoas, diferentemente da infecção pelo HIV.

Por outro lado, ambas as epidemias têm sua disseminação influenciadas pela desigualdade social, por decisões políticas equivocadas – no caso do negacionismo do governo Bolsonaro –, juízos de valor estigmatizantes em que a Aids é a doença de gay e a Covid-19 é o vírus chinês, entre outros (TERTO JR., 2021).

Fica evidente o aumento da incidência de novos casos de HIV e Aids nos extratos sociais mais baixos e oprimidos, além do aumento do desemprego, da fome e da pauperização, a qual desnuda por si a contradição de se ter avançado no campo científico com novas tecnologias mais potentes, mas, em contrapartida, não ter alcançado os processos de vulnerabilização que atingem diversas pessoas (CAZEIRO *et al.*, 2021).

O boletim epidemiológico da Aids, de 2019, evidencia tal contradição quando demonstra que a população negra (59,8%) continua a morrer mais pela Aids do que a população branca (39,5%). Neste recorte racial, quando falamos entre mulheres, percebe-se que a mortalidade por Aids é maior entre mulheres negras (proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à de homens negros: 61,5% e 59,0%, respectivamente). Demonstra, ainda, que é a população trans e de homossexuais que figura o topo da incidência de novos casos de HIV (51,3% dos casos) (BRASIL, 2019).

Ainda a respeito dos paralelos entre HIV/Aids e Covid-19, a UNAIDS em relatório publicado em 2020, destaca que:

Quatro décadas de aprendizado com o HIV demonstraram a relação essencial entre os direitos humanos e a saúde pública e, portanto, como uma referência para esse aprendizado, o UNAIDS recebeu o mandato de ajudar a colocar essas lições em prática. Para superar a Covid-19 e evitar atrasos no progresso da superação da Aids, os países precisarão construir respostas à Covid-19 com base no respeito aos direitos humanos e na escuta dos mais marginalizados. O objetivo deste relatório é ajudar os governos e outras partes interessadas nacionais a fazer exatamente isto. Quando a transmissão de doenças ocorre entre humanos, os direitos humanos devem ser o motor fundamental da resposta. Discriminação, estigmatização e criminalização de comunidades marginalizadas são ruins para a saúde de todas as pessoas (UNAIDS, 2020, p. 2).

Em fevereiro de 2021, o atual diretor do DCCI, Gerson F. Mendes Pereira, teve um artigo publicado na *The Lancet*, em que afirma que o Brasil sustentou a resposta ao HIV durante a pandemia de Covid-19. Ele pontua que o novo departamento tem mais recursos humanos e financeiro para responder às doenças que supervisionam (HIV, Tuberculose, Hanseníase). Nisso, mostra dados que evidenciam o aumento anual de recursos. Em 2018, era de 1.719.214.056 para 2.446.639.943, em 2019; e para 2.673.212.503, em 2020. Mas, é preciso refletir criticamente que os recursos são destinados para toda a pasta, ou seja, todas as doenças crônicas que a compõem. Nesse contexto, o combate à Aids deixa de ter verbas exclusivas (PEREIRA, 2021).

Pereira (2021) informa também que a oferta de PrEP tem crescido constantemente nos últimos 3 anos, em que 26.764 pessoas iniciaram tratamento (com 8.108, em 2018; 8.536, em 2019; e 10.120, em 2020). Desde o início da pandemia, o atual diretor do DCCI vem monitorando os efeitos da Covid-19, em PVHA, e informa que não houve diminuição no número de pessoas em TARV (que era de 709 mil, em 2020), além de incremento na mediana de cobertura de medicamentos, aumento na dispensa de ARV para 90 dias e para PrEP de 120 dias, teste para pessoas com síndrome respiratória aguda, redução de consultas, exames, telemedicina.

Por um lado, se afirma que essa mudança na forma de repasse de recursos não traz rebatimentos para o enfrentamento da epidemia, e que essas ações estão previstas na programação orçamentária e nos planos estaduais e municipais, principalmente nos municípios prioritários que registram maior incidência de casos. E, ainda, se argumenta que a modalidade anterior dificultava a execução de recursos pelos gestores.

Em contrapartida, surge a preocupação dos representantes de organizações da sociedade civil com a possibilidade de redução nos recursos destinados à prevenção e ao tratamento, pois essas mudanças trazem impacto direto na manutenção dos programas estaduais e municipais de enfrentamento ao HIV/Aids, às ISTs e às hepatites virais. Nesse novo modelo, no nível municipal, por exemplo, áreas como de combate à dengue, zika vírus e chikungunya podem ter maior prioridade na alocação de recursos. E, desde 2020, diante da emergência da pandemia de Covid-19, recursos humanos e financeiro de HIV/Aids foram realocados para o enfrentamento da pandemia.

Em 2020, a Agência Aids²⁴ iniciou uma pesquisa com objetivo de analisar o impacto da Covid-19 nas políticas de Aids e Tuberculose no Brasil. Os dados preliminares foram publicizados no mesmo ano e apontaram que 40% da equipe técnica do programa de HIV/Aids diminuiu e a oferta de PrEP foi reduzida em 35% nos locais analisados. A mesma porcentagem foi identificada nas consultas médicas periódicas, que não foram mantidas, mas foram substituídas por ações pontuais com estratégias de não deslocamento. Não houve adesão à recomendação do Ministério da Saúde de distribuir o TARV para 90 dias, devido a problemas com logística e estoque dos medicamentos (AGÊNCIA AIDS, 2020).

É uma preocupação a redução nos recursos para as organizações da sociedade civil, que ajudam o governo na política de combate ao HIV/Aids, com desenvolvimento de projetos de prevenção, incluindo testagem, aconselhamento e acolhimento de pessoas vivendo com HIV/Aids. A escassez de editais públicos para movimentos sociais/ONGs que trabalham com PVHA foi comprovada em nossas entrevistas. Desde o início dos anos 2000, vemos uma drástica diminuição de movimentos sociais que atuam nessa temática. No capítulo de análise, aprofundaremos essa discussão.

Durante o XI Fórum UNGASS Aids Brasil, realizado em Recife-PE no mês de outubro de 2019, foram discutidos os impactos da EC nº 95/2016, que segundo cálculos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) já provocou 29 bilhões de perda para a saúde desde 2016. A questão do HIV/Aids, diante do cenário político e econômico atual, incluindo os

²⁴ Para mais detalhes da pesquisa, seguir *link*: <https://agenciaaids.com.br/noticia/pesquisa-aponta-diminuicao-de-orcamento-e-recursos-humanos-para-tuberculose-e-hiv-aids-desde-inicio-da-pandemia-da-covid-19/>.

orçamentos disponíveis para a elaboração e a execução de políticas públicas, foi um dos temas principais em discussão.

Os participantes do fórum debateram também que o impacto direto da redução orçamentária para a saúde, no caso das políticas de prevenção ao HIV/Aids, tem acontecido diretamente nas ações educativas, no acesso a informações e nos meios de prevenção e na falta de medicamentos e insumos. A análise da execução orçamentária da Saúde pelo CNS aponta um cenário em que os recursos reservados para executar as políticas públicas têm sido continuamente contingenciados.

O XI Fórum UNGASS Aids Brasil reuniu organizações não governamentais, entidades que atuam no campo do HIV e da Aids de todas as regiões do país, representantes das quatro redes de pessoas vivendo com HIV e Aids no Brasil e integrantes de movimentos sociais de mulheres, LGBTI, tuberculose, direitos humanos, entre outros. O resultado do encontro foi a elaboração de estratégias coletivas para monitorar as políticas públicas e os orçamentos públicos de prevenção combinada ao HIV/Aids no Brasil (GESTOS, 2019).

O cenário orçamentário vem em paralelo à diminuição da participação da sociedade civil nas instâncias de decisão das políticas de saúde, com invisibilização de diversos segmentos da população; falta de acesso às políticas de prevenção de forma ampla e democrática; e criminalização dos movimentos sociais.

No caso do HIV/Aids, em 2019, houve o fim do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, através do Decreto nº 9.795, que passou a se chamar Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Podemos citar, também, a redução de recursos, cortes de benefícios previdenciários e assistenciais ou dificuldade em acessá-los, que vão além do tratamento do HIV/Aids.

Concordamos com a ABIA que é flagrante que essa alteração semântica no nome do departamento tem como objetivo ocultar o HIV/Aids, terminologia que desde os anos de 1980 é, no Brasil, sinônimo de participação cidadã, luta contra as desigualdades, proteção de direitos humanos e respeito às diversidades. Ao invisibilizar o HIV/Aids, o atual governo brasileiro restaura a política de silêncio e morte, pois essa mudança semântica permite que o Estado se “desresponsabilize”, de forma gradual, de respostas efetivas aos efeitos de uma epidemia que afeta quase 1 milhão de brasileiros e causa cerca de 12 mil mortes por ano (ABIA, 2019).

O futuro da compra de medicamentos é um motivo de preocupação, pois com o Decreto nº 9795/2019 (BRASIL, 2019) a responsabilidade de aquisição e distribuição dos insumos estratégicos, tais como medicamentos, são transferidos para o Departamento de

Assistência Farmacêutica (DAF). Com isso, o decreto debilita estruturas e funções relacionadas às atividades de licitação, compra, armazenamento e distribuição de medicamentos antirretrovirais (ABIA, 2019).

A experiência brasileira na resposta à Aids contribuiu para consolidar convicções de que o sucesso das estratégias de cuidado está fortemente relacionado às políticas de promoção da saúde e na abordagem em saúde fundamentada na abordagem dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

Partimos do entendimento de que a epidemia de HIV/Aids deve ser enfrentada via constituição de políticas universalistas e abrangentes de Estado, que não dependam das oscilações de políticas governamentais, e que inclua nas discussões as dimensões sociais, as quais determinam a efetiva resposta da epidemia. A partir das contribuições dos autores elencados aqui, fica claro que as desigualdades sociais, as questões de raça, gênero, orientação sexual, direitos sexuais e direitos reprodutivos se aprofundam no contexto de hegemonia neoliberal e neoconservadora (ROCHA *et al.*, 2019; BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021).

Concordamos com Cooper (2017); Rocha *et al.* (2019); e Barbosa Filho e Vieira (2021) que as implicações da hegemonia neoliberal são mais deletérias às condições de vida nos países capitalistas periféricos e que a prevenção ao HIV/Aids e a qualidade de vida das PVHA dependem do acesso a serviços de saúde, previdenciários e de assistência social, bem como do acesso a medicamentos ARV e da desconstrução de valores culturais machistas, patriarcais, homofóbicos, sorofóbicos e transfóbicos. Ou seja, remonta a projetos sociais antagônicos ao projeto neoliberal e neoconservador, atualmente defendidos, em sua maioria, por grupos e partidos de extrema direita.

3 OS NOVOS ARRANJOS DA POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA²⁵ DO ESTADO BRASILEIRO

A política social é reconhecida como um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, específico do modo de produção e reprodução capitalista, a partir do reconhecimento da questão social inerente às relações sociais e do momento em que os trabalhadores assumem um papel político e revolucionário (BEHRING, 2008). Esse papel se generaliza, no trânsito do imperialismo clássico para o capitalismo tardio, trazendo um conjunto de tendências e contra tendências que acarretam consequências importantes para as políticas sociais, apontando para a diminuição dos gastos sociais (BEHRING, 2015).

Para Pereira (2008), o termo política aponta dois significados: um faz referência aos temas clássicos da política e o outro, mais restrito e recente, refere-se às ações do Estado face às demandas e necessidades sociais da sociedade, desde que se torne interventor. É necessário, portanto, conhecer o termo política para entender a política social como política pública e direito de cidadania. Com o passar dos anos, o termo política foi perdendo o seu sentido original e adquirindo várias conotações, mas mantendo o Estado como centro da atividade política. Na sua configuração recente e restrita, a política tem a conotação de política pública, a qual engloba a política social.

A política de saúde, universal e pública, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo e sendo confrontada com reformas regressivas (VIEIRA, 2018). Como as demais políticas públicas, está inserida num contexto que segue a lógica do capital, em meio a contradições e lutas de classes.

A atual conjuntura difere significativamente da que se apresentava no final dos anos de 1980, de forte mobilização social pela democratização e que exigia direitos sociais, agora se veem novos parceiros e novos sujeitos corporativos, como igrejas evangélicas, agronegócio e outros (VIEIRA; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2017).

Nas últimas décadas, o Estado brasileiro vem adotando uma política de ajuste fiscal, com rebatimento nas políticas sociais, especificamente nas políticas de Seguridade Social.

²⁵ De acordo com Bravo (2008), a contrarreforma é uma estratégia e parte do pressuposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. Cabe dizer, ainda, tendo por base a autora Santos (2017), que o termo reforma esteve historicamente ligado às conquistas do ponto de vista da classe trabalhadora por condições melhores de vida e trabalho. Sendo assim, a proposta da Reforma Sanitária foi um exemplo de reforma nos termos históricos. Nesse sentido, o processo de regressão que se está nomeando como contrarreforma na saúde é o processo de desmonte da Reforma Sanitária Brasileira e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso, as medidas adotadas vêm sendo mais nefastas, através de regras ditadas pela contrarreforma, que responsabilizam essas políticas pelos déficits públicos do Estado brasileiro (MARTINIANO *et al.*, 2011).

Segundo Behring (2018), a política social vem sendo pensada para compensar a intensificação da exploração, que contribui no processo de pauperização absoluta e relativa combinados. Assim, no âmbito do neoliberalismo, as dimensões emergenciais e focalistas das políticas sociais e da assistência social como política pública apresentam crescimento. As políticas sociais também vêm sendo utilizadas como impulso para a rotação do capital em contexto de crise estrutural.

Abordar o tema das políticas sociais no Brasil, atualmente, não vem sendo tarefa fácil para os estudiosos. O país vem passando por cenário regressivo e de total desmonte de direitos sociais. Neste cenário, o governo de Jair Messias Bolsonaro limita/corta os gastos públicos com as políticas sociais e de Seguridade Social, dando continuidade e aprofundando restrições às políticas sociais, já presentes nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.

Concorda-se com Vieira; Barbosa Filho; e Rocha (2017) que a atual conjuntura difere, e muito, da que se apresentava no final dos anos de 1980, em que havia forte mobilização social pela democratização e em que se exigia direitos sociais; agora, se vê novos parceiros e novos sujeitos corporativos, como igrejas evangélicas, agronegócio e outros.

Os direitos trabalhistas, humanos e sociais vêm sendo retirados da classe trabalhadora. Esta está fragmentada, atônita, e sofre influência das ideias veiculadas pela mídia, pela cultura da crise, como aponta Mota (2011), cujo intento é criar o consenso entre as classes. Assim, a estabilidade da classe dominante não será afetada.

Entretanto, esse processo não é homogêneo, pelo contrário, foi e continua sendo marcado por lutas e tensionamentos dos dois lados. Do lado capital, temos ações e proposições de grupos e intelectuais que vão às ruas com discursos antidemocráticos e anticomunistas, que, em 2016, fez coro em favor do impeachment da então presidenta Dilma Rousseff; trata-se de grupos que vestiram o verde e amarelo da bandeira nacional como símbolo de aversão ao vermelho da esquerda e que adotaram discurso conservador e moralista, de retorno à Ditadura Civil-Militar.

Por outro lado, temos projetos que implicam na retomada da Reforma Sanitária Brasileira, iniciada na década de 1980. Os movimentos sociais e mobilizações sociais, com as greves, passeatas e manifestações, têm sido atores importantes na resistência ao desmonte da Seguridade Social, da defesa dos direitos humanos, civis e sociais. Porém, não podemos

esquecer que a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) representam a resistência ao processo de contrarreforma no âmbito intelectual e de produção de conhecimento.

Os interesses do Estado capitalista são privados e, a partir dos anos 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. Segundo Harvey (2008):

Setores antes geridos ou regulados pelo Estado têm de ser passados à iniciativa privada e desregulados. O Estado neoliberal deve buscar persistentemente reorganizações internas e novos arranjos institucionais que melhorem sua posição competitiva como entidade diante de outros Estados no mercado global (HARVEY, 2008, p. 76).

Isto é, livres de qualquer interferência. Nisso, os recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal são disputados pelo capital, pois têm papel relevante na manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social (SALVADOR, 2012).

Para isso, se faz necessário discutir a origem desse Estado, antes de prosseguirmos. Adam Smith (1999), considerado o principal representante do liberalismo econômico, afirmava que cada homem é capacitado a avaliar suas ações, e apontava o papel da não intervenção demasiada do Estado sobre o mercado. Smith, então, defende a livre concorrência econômica e a geração de riqueza, assim como defende a ideologia doutrinária do *laissez-faire, laissez-passer*²⁶, perspectiva sob a qual a liberdade individual abre competição entre si, sem a intervenção do Estado, assim causando um equilíbrio social.

Ainda sob a luz de Smith, as necessidades humanas seriam satisfeitas pelo mercado, aberto aos esforços empreendedores isoladamente, dependendo das habilidades e capacidades individuais desenvolvidas por cada pessoa. Ou seja, mínimo para o social e máximo para o capital. Através do Estado, é construída uma reversão do coletivo e do social. Portanto, o Estado, nesse contexto, não é um agente passivo e assume parte integrante de uma lógica concreta, a lógica capitalista.

A evolução das políticas sociais está intimamente associada às ações do Estado e à influência do grande capital. Na fase monopolista do capitalismo, as políticas sociais se tornaram possíveis e necessárias do ponto de vista da luta de classes. Tanto a política social quanto a de saúde supõem seu financiamento através de recursos públicos arrecadados pelo sistema tributário brasileiro. Nas últimas décadas, ganharam a marca da regressividade, se contrapondo ao que foi posto na Constituição Brasileira de 1988 (VIEIRA, 2018).

²⁶ A expressão francesa *laissez faire, laisser passer* pode ser traduzida por Deixa fazer, deixa passar.

Na lógica do neoliberalismo, as diversas expressões da questão social são globalizadas. Nisso, podemos citar o desemprego estrutural, os baixos salários, o aumento da pobreza e da extrema pobreza, a perda de direitos sociais, o aumento de doenças trabalhistas, com destaque para transtornos mentais. Ou seja, diante disso, vê-se que o neoliberalismo ocasiona enorme regressão social da classe trabalhadora (BATISTA, 2017).

Amartya Sen²⁷ recupera o pensamento de Adam Smith para defender intervenções pontuais do Estado na garantia do bem-estar. No que se refere às políticas sociais, o foco de sua concepção é que estas não podem ameaçar o equilíbrio financeiro, ou seja, ele defende veementemente o livre mercado. Sen defende que tem que se pensar a pobreza com outros fatores que não se reduzam à renda, mas é importante pontuar que suas análises sobre pobreza negligenciam a dinâmica de acumulação do capital e naturalizam os problemas sociais (BATISTA, 2017).

Engels (2017), em seu livro *A origem da família, propriedade privada e do Estado*, trata, especificamente, no capítulo IX, do conceito, natureza, essência e função social do Estado. Ele o fundamentava no conflito entre classes sociais antagônicas em que o Estado surgiria como terceiro poder, acima das classes, com a função de administrar os conflitos com a participação de todos e as decisões seriam tomadas coletivamente, de forma democrática. O Estado é concebido e constituído pelo desenvolvimento histórico da sociedade e não é um poder com autonomia das classes. Por isso, é um Estado de classe, da classe dominante economicamente, que por intermédio dele passa também a ser classe dominante politicamente (ENGELS, 2017).

Marx e Engels (2009) trazem o pensamento de que a formação do Estado foi uma necessidade devido ao desenvolvimento da sociedade. Ou seja, ele é produto da sociedade civil, refutando a afirmação de Hegel, que supunha o contrário.

O Estado emerge das relações dominantes de produção, como podemos ver no trecho abaixo, do livro *A Ideologia Alemã*:

A estrutura social e o Estado nascem [...] do processo de vida de indivíduos determinados [...] tal e como atuam e produzem materialmente e, portanto, tal e como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressuposto e condições materiais, independentes de sua vontade (MARX; ENGELS, 2009, p. 30).

²⁷ Amartya Sen é um economista indiano. Em seus trabalhos teóricos discute uma nova compreensão dos conceitos de miséria, fome, pobreza, desemprego, desigualdade e bem-estar. Para autores como Siqueira (2012) e Maranhão (2012), Sen retoma os princípios do liberalismo, como propriedade privada, liberdade, igualdade de oportunidade para livre concorrência. O autor foi referência teórica do Banco Mundial. “Apesar de ser citado como autor progressista, uma leitura mais atenta de suas concepções e conceitos podem revelar o verdadeiro intento de seu esforço intelectual” (MARANHÃO, 2013, p. 88).

Assim, para Marx e Engels, o Estado surge das relações de produção e expressa os interesses da estrutura de classe intrínseca às relações de produção.

Mandel (1982) se utiliza dos escritos marxianos para discutir a teoria do Estado, compreende que as funções desempenhadas pelo Estado não precisam ser necessariamente transferidas ao aparato separado da maior parte dos membros da sociedade, o que só acontece sob condições específicas e historicamente determinadas.

Assim, o autor classifica as principais funções do Estado da seguinte forma: criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exército, da polícia, do sistema judiciário e do penitenciário; e de integrar as classes dominadas e garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, conseqüentemente, que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas.

Pontua, ainda, que nem todas as funções do Estado são hoje puramente superestruturais, da mesma forma que não eram nas formações sociais pré-capitalistas (MANDEL, 1982).

O Estado moderno é constituído no interior do modo de produção capitalista, e é essencial para a manutenção da ordem sociometabólica do capital (MÉSZARÓS, 2011). Para esse autor, “[...] o capital não é apenas uma entidade do material, nem um mecanismo racionalmente controlável, mas é, em última análise, uma forma incontrolável de controle sociometabólico” (p. 96).

O Estado moderno, ainda utilizando as contribuições do autor citado acima, é imensamente poderoso e totalizador, se ergue sobre a base deste metabolismo socioeconômico que domina tudo e o complementa de forma indispensável (MÉSZARÓS, 2011). Ou seja, está caracterizado pela divisão da sociedade em classes antagônicas e pela existência da propriedade privada, mas no capitalismo ele não existe só para prestar serviços ao capital.

Assim, o Estado moderno se torna cada vez mais presente e auxilia o próprio capital na sua base reprodutiva. Por regra geral, assume certa conformação, em que não está diretamente ligado a nenhuma classe social, momento em que está em um processo de reacomodação de sua dominação (SANTOS, 2016).

A autora Ivanete Boschetti (2018) apresenta importante reflexão sobre o Estado Social capitalista, em que, a partir da compreensão no campo da tradição marxista – sob a perspectiva da historicidade e totalidade –, não se pode negar que o Estado Social teve suas funções ampliadas para assegurar importantes condições para a reprodução do capital.

Tanto no campo da produção quanto da distribuição de bens e serviços públicos antes inexistentes, como seguro saúde, educação, aposentadoria, moradia, assumiu papel decisivo na socialização dos custos da reprodução da força de trabalho e na garantia de acesso ao mercado e sem superar a estrutural concentração da propriedade privada (2018, p. 79).

Diante disto, o Estado Social Capitalista busca designar a regulação das relações sociais econômicas e sociais capitalistas através das políticas sociais; e, ao incorporar feições sociais, não o afasta da sua natureza essencialmente capitalista.

O capitalismo conhecido atualmente apresenta mudanças importantes na sua evolução nas últimas cinco décadas, conforme apontam muitos autores e muitas interpretações recentes, dentre elas a de Carcanholo (2008). O autor aponta que:

[...] por maior que tenha sido a mudança observada, há algo que o capitalismo não conseguiu inventar ainda: que é como criar riqueza econômica, excedente e lucro a partir do nada... a riqueza econômica é e continuará sendo resultado do trabalho, do trabalho produtivo (2008, p. 1).

Ou seja, o capitalismo transforma e potencializa o trabalho vivo, isto é, a exploração do trabalho. Além disso, ele sempre se renova.

O avanço do capitalismo no século XXI antagoniza com a sobrevivência de grande parcela da população. Com isso, está cada vez mais nítida, no sistema capitalista, a relação contraditória entre crescimento econômico e desenvolvimento social e humano (MARANHÃO, 2012).

Para Marx e teóricos socialistas do século XIX, a lógica do sistema capitalista consiste em amplificar incessantemente a desigualdade entre duas classes sociais opostas, os proletários e os capitalistas, e isso tanto nos países industrializados quanto entre os países ricos e os países pobres (PIKETTY, 2014).

A desigualdade é, assim, descrita como uma oposição entre aqueles que detêm o capital, ou seja, os meios de produção, e que recebem então os seus rendimentos, e aqueles que não detêm e que, portanto, devem se contentar com os rendimentos do seu trabalho. A origem fundamental da desigualdade seria, então, a repartição desigual da propriedade do

capital. A desigualdade dos rendimentos do trabalho é vista como secundária (PIKETTY, 2014).

De acordo com Pereira (2013), o conceito de igualdade, para Marx, vai ao encontro da superação das classes na sociedade, deslocando-se da esfera do Estado, na medida em que este representa uma instituição que reverbera os interesses da classe dominante.

Para Marx, a propriedade privada que deverá ser suprimida é a dos meios de produção, ficando as pessoas livres para preservarem as suas diferenças e manterem e/ou cultivarem hábitos e valores que melhor correspondam aos estímulos e rendimentos materiais de uma coletividade que priorize a satisfação das necessidades sociais. Dessa feita, o conceito de igualdade guarda afinidade com o de liberdade, haja vista que só em uma sociedade de bem-estar econômico e social, livre da preocupação com a sobrevivência, os homens serão capazes de incorporar o patrimônio cultural e os valores morais que se encontrarão à disposição de todos; e também de realizarem plenamente as suas capacidades e potencialidades (PEREIRA, 2013, p. 40).

Aliados à situação de pobreza e desigualdade social à qual a população pobre está submetida, estão o desemprego, o trabalho precarizado, o não acesso a direitos sociais básicos, a discriminação por sexo, cor, local de moradia, dentre tantas outras formas de negação de direitos e expressões de violência que atingem sua própria condição humana. A reprodução da desigualdade social na América Latina tem particularidades que explicam o grau de concentração de riqueza que assola a população dessas nações.

Concordamos com Oliveira e Moreira (2010), que se deve aprofundar o estudo sobre a reprodução social a partir de contextos nacionais e internacionais, suas relações estruturais e socioeconômicas, políticas e econômicas e as conexões entre Estado e mercado; desvendar seus agentes, o processo histórico de exploração, opressão e privilégios que reproduzem a vida de forma desigual.

Estamos de comum acordo com os autores supracitados quando estes afirmam que existem números que demonstram a melhoria das condições gerais de vida da população; podemos datar a partir de 2003, período que os índices de pobreza e extrema pobreza mostraram redução e inegável avanço no acesso a bens e serviços. Mas, a partir de 2016, os indicadores de pobreza, desemprego, insegurança alimentar passam a aumentar. Reflexo do golpe de Estado orquestrado contra Dilma Rousseff, que deu fim ao pacto de concertação social dos governos petistas. Sendo assim, temos ataques contínuos aos direitos sociais e trabalhistas (FREIRE; CORTES, 2020).

No entanto, é indispensável avaliar o impacto desses programas na estrutura da desigualdade social, e isso parece que pouco avançou. É preciso aliar políticas diretamente

vinculadas à chamada área social, tais como: seguridade social, educação, habitação, transporte, lazer, etc. àquelas de caráter econômico, tanto no que diz respeito ao crescimento produtivo como que se dirijam à esfera dos tributos, fiscal, e ainda ao âmbito da financeirização do capital.

A pobreza e as desigualdades na sociedade capitalista precisam ser explicadas a partir das relações sociais de produção, as quais regulam a distribuição dos meios de produção e os produtos, bem como a apropriação dela e do trabalho. Essas ações se dão através da exploração pela classe capitalista, que monopoliza os meios de produção e concentra, em forma de capital, a maior parte da riqueza socialmente produzida de uma classe de trabalhadores assalariados despossuídos e desprovidos da propriedade de seus meios de produção.

Para se reproduzir o modo de produção capitalista, são gerados processos sociais como a pobreza e as desigualdades, na medida em que se pauta na acumulação via exploração da força de trabalho, que precisa incessantemente ser explorada pelo capital como meio de expandi-lo.

Partimos do entendimento de que a pobreza e as desigualdades que se apresentam na história das sociedades, salvo as particularidades sócio-históricas de cada uma, resultam da luta de classes. Esses processos são acentuados pelo modo de produção capitalista, que tem natureza dinâmica como forte característica.

Concordamos com Prates; Carraro; e Zacarias (2020) que a produção capitalista está proporcionalmente ligada à geração de pobreza e desigualdades, à concentração de riqueza nas mãos de poucos e ao aumento da massa de populações descartáveis.

Nas obras marxianas, as contradições entre capital-trabalho são problematizadas não apenas com as manifestações nas fábricas, mas em todas as relações sociais. As desigualdades são enfrentadas por políticas públicas, criadas pelo Estado, pois seu enfrentamento, em conjunto com a pobreza, exige investimentos que não são do interesse do Estado (PRATES; CARRARO; ZACARIAS, 2020).

Para que se assegure um padrão aceitável de desigualdade, são necessárias políticas sociais para regular o mercado e garantir sua ativa participação no acesso ao consumo e estabelecer um suposto bem-estar social (BOSCHETTI, 2018).

Refletindo um pouco mais sobre o neoliberalismo, entendemos que se trata de uma teoria política e econômica em que o bem-estar humano será tanto maior quanto mais livres os indivíduos sejam para empreender; pressupõe-se um arcabouço institucional caracterizado pela proteção forte do direito de propriedade e do livre mercado. Como já abordamos

anteriormente, trata-se de um modelo que conta com a intervenção mínima do Estado, privilegiando a garantia de integridade do dinheiro e mantendo um aparato de defesa militar e policial, além de um sistema jurídico que defenda a propriedade. Assim, procura-se trazer toda ação humana ao domínio do mercado (HARVEY, 2005).

Para Brown (2006), nos países capitalistas centrais, no Norte, o neoliberalismo implica políticas que favorecem o capitalismo, privatizam bens públicos, e desmantelam o estado de bem-estar social. No Sul, formado pelos países de capitalismo periférico, o neoliberalismo destroça os esforços para soberania democrática ou autodestinação dos países em desenvolvimento. Em ambos os casos, contribui para o aumento dos níveis de desigualdade.

As primeiras medidas de proteção social surgem no final do século XIX, na Europa Ocidental. No Pós-Segunda Guerra Mundial, as medidas de seguridade social no capitalismo se generalizam, vemos a experiência do Estado de Bem-Estar Social (do inglês, Welfare State), na qual o Estado deveria reestabelecer o equilíbrio econômico e garantir o incremento das políticas sociais, com a ampliação de direitos mínimos para todos, a fim de assegurar a produção e reprodução do capital (BEHRING, 2008).

Este modelo vai de encontro aos preceitos liberais, em que o Estado deve apenas fornecer base legal para o mercado livre maximizar os benefícios aos indivíduos. Um Estado mínimo que teria apenas que defender-se contra os inimigos externos, proteger os indivíduos de ofensas dirigidas por outros, e prover obras públicas que não pudessem ser executadas pela iniciativa privada (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Por volta do século XIX e início do século XX, as bases materiais e subjetivas do liberalismo começam a enfraquecer, como resultado de alguns processos político-econômicos. Isso ocorre devido, principalmente, ao crescimento do movimento operário, que obrigou a burguesia a reconhecer direitos de cidadania política e social, e também pelo processo de concentração e monopolização do capital. Desse modo, os monopólios passaram a liderar o mercado, demandando mais investimentos dos bancos para criação de novas empresas, o que gerou uma fusão entre o capital financeiro e o industrial (BEHRING, 2008).

A concorrência intercapitalista gerou o confronto aberto entre as empresas, com isso as elites político-econômicas começam a reconhecer os limites do mercado a partir da crise estrutural de 1929/33. A crise traz a desconfiança de que os pressupostos do liberalismo econômico poderiam estar errados ou serem insuficientes para garantir o pleno desenvolvimento metabólico do capital.

Para conter a crise, foram adotadas medidas que conjugaram o abandono do liberalismo ortodoxo e a adoção de medidas econômicas e sociais condizentes com o

capitalismo sustentado por um liberalismo mais heterodoxo. Essas medidas, geridas pela social-democracia, sustentaram-se em três pilares: o fordismo, com a produção em massa para o consumo de massa; o keynesianismo, com seu padrão de regulação econômica e social e, por último, a ampliação dos direitos mínimos para todos. Nisso, caberia ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. Nessa intervenção global, caberia também o incremento das políticas sociais (BOSCHETTI, 2010).

O estudioso Esping-Andersen (1990) define três tipos de Welfare State, combinando Estado, mercado e família, teríamos o modelo liberal, o corporativo e o social-democrata. O modelo liberal é definido pela defesa da assistência apenas aos mais pobres, comprovadamente, e com transferências universais reduzidas e planos de seguridade social mínimos. Como já sabemos, nesse modelo o Estado é mínimo para o social e máximo para o livre mercado.

O segundo modelo trazido pelo autor é denominado corporativo, é moldado pela igreja e tem compromisso com a preservação da família tradicional. Encoraja a maternidade através dos benefícios e a previdência social exclui mulheres que não trabalham fora. O Estado só interfere quando a família não possui mais meios de servir seus membros.

O modelo da social-democracia é o terceiro definido pelo autor, nele vemos os princípios do universalismo das políticas de proteção social e de desmercadorização dos direitos sociais. Nesse caso, não se deve esperar o fim da capacidade da família de arcar com suas necessidades para que o Estado intervenha.

Entre as décadas de 1970 e 1980, tem início o que pode ser chamado de reinvenção do liberalismo, acompanhado de ataque às políticas keynesianas, o desenvolvimento do Fordismo e o Estado de Bem-Estar Social, além dos direitos derivados da relação salarial. No que diz respeito aos programas sociais, existe a articulação entre focalização, privatização e descentralização. A nova fase de acumulação do capital será conduzida pela esfera financeira e, no campo ideológico, o antigo liberalismo adquire nova roupagem (SALVADOR, 2010).

Os neoliberais responsabilizam a ampliação dos direitos sociais, das políticas sociais e dos direitos relacionados ao trabalho por uma nova crise do capital. As medidas para conter esta nova crise (1969-1973) abrangem fortes retrocessos aos direitos conquistados pela classe trabalhadora, restrição das políticas sociais e abandono da universalidade e redistributividade. Assim, os “Anos de Ouro” do capitalismo “regulado” iniciam um processo de exaustão no final dos anos de 1960.

O Chile foi o primeiro país na América Latina a vivenciar a experiência sistemática da reforma orientada pelo neoliberalismo, através do governo ditatorial do general Pinochet, em 1973. Com isso, houve a efetivação da perspectiva neoliberal, que causou redistribuição da riqueza em favor da burguesia, alta nas taxas de desemprego, repressão de sindicatos, desregulamentação da economia. No entanto, essas experiências tiveram características distintas entre os países latino-americanos.

Como bem coloca Behring (2008), as taxas de crescimento, as funções mediadoras civilizadoras do Estado, a absorção das novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, não são mais as mesmas, o que contrariou as expectativas de pleno emprego, que era a base fundamental da experiência do Welfare State.

No Brasil, percebe-se uma falta de sincronia entre o tempo histórico do país e os processos internacionais. Na década de 1960, ainda estava em curso a expansão do fordismo nos moldes brasileiro, através do chamado Milagre Brasileiro. Essa foi a alternativa para introduzir a produção de automóveis e eletrodomésticos para o consumo de massa restrito, que já vinha sendo implantado desde 1955, com o Plano de Metas, mas que ganhou contorno mais agressivo com a Ditadura Civil-Militar.

Tais mecanismos são introduzidos sem o pacto social-democrata e sem os consensos dos anos de crescimento na Europa e EUA, e com redistribuição muito restrita dos ganhos de produtividade do trabalho...de outro lado, expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 135).

Ainda nesse processo, houve o crescimento das dívidas pública e privada, a explosão da juventude em 1968 e a primeira grande recessão, atrelada à alta dos preços do petróleo em 1973-1974; “[...] foram os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetivamente” (BEHRING, 2008, p. 24).

A partir do final dos anos de 1980, surge um movimento das esquerdas latino-americanas e de resistência ao neoliberalismo, levando ao poder governos de esquerda e centro-esquerda, com discursos que tinham como pilares fundamentais o crescimento econômico com desenvolvimento social, e posicionamento anti-imperialista e de defesa do

desenvolvimento nacional, autossustentável, desde o ponto de vista econômico e social. Essa perspectiva passa a ser chamada de *novo desenvolvimentismo*.

De acordo com Boschetti (2010), em fins dos anos de 1990, com a negação das políticas sociais, percebe-se o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade. O Brasil vive, então, um tensionamento permanente entre a reconstituição do Estado democrático, com a ampliação dos direitos e políticas sociais, e sua materialização em contexto mundial de crise e de reestruturação do capital em uma orientação neoliberal.

A autora apontou, ainda, que a tendência mundial na primeira década dos anos 2000 era de aumento da terceirização, da informalidade, da prestação de serviços precarizados, com frágil regulação econômica e social pelo Estado, destruição de postos de trabalho, menos emprego na indústria e na agricultura e manutenção ou leve crescimento no setor de serviços. Outra tendência no âmbito das políticas sociais é a mercantilização de serviços públicos, como educação, saúde, previdência, de modo a criar novos nichos de mercado, como, por exemplo, os cursos de Ensino a Distância (EaD) e os planos privados de previdência social e saúde.

Os defensores do novo desenvolvimentismo sustentam que o consenso neoliberal e seus preceitos privatizantes de desregulamentação do trabalho, enxugamento do Estado, dentre outros, não conseguiriam resolver questões centrais que afetam a humanidade. Podemos compreender, portanto, que esse modelo está além do neoliberalismo, mas não rompe com o capitalismo. As desigualdades sociais persistem e aumentam, mas as estratégias para seu enfrentamento são outras, privilegiando política de inclusão, cotas e mínimos sociais.

Concordamos com Castelo (2013) que o novo desenvolvimentismo auxilia o neoliberalismo no aparato estatal, via planejamento de políticas econômicas que garantem a manutenção da produção, e tem como ponto-chave o BNDES, que financia as operações diretas e indiretas para a concentração e financeirização dos capitais nacionais, voltada à formação dos grandes monopólios. Além disso, o desenvolvimento capitalista depende da intervenção estatal desde o seu início, através da liberalização de políticas fiscais, cambiais, tributárias, monetárias e com a criação das empresas estatais.

As mudanças engendradas no capitalismo, a partir da crise da década de 1970, atingem todos os espaços sociais, com forte impacto nas políticas sociais. “A consideração de tais determinações é relevante para compreender as transformações socioeconômicas e políticas que estão na base do processo de redefinição do Estado” (SANTOS, 2017, p. 94).

Santos (2017) aponta, ainda, que essas mudanças se materializam através das contrarreformas do Estado, que no Brasil são empreendidas na década de 1990. A

implementação das reformas estruturais recomendadas por organismos internacionais, como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), se dá através do Consenso de Washington²⁸. Essas medidas foram implementadas a partir dos governos de Fernando Collor e de Fernando Henrique Cardoso, ou seja, os governos posteriores continuaram seguindo as mesmas diretrizes. Com isso, o Brasil passa a adotar políticas de contenção de gastos públicos, com cortes no gasto social (MARTINIANO *et al.*, 2011).

No governo de FHC, sob a égide do ideário neoliberal que avançava no Brasil, o tamanho do Estado passa a ser central para o debate. Uma das primeiras iniciativas do governo foi a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) cujo titular Luiz Carlos Bresser Pereira institui o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), analisando a crise brasileira como “uma crise do Estado” que se desviou de suas funções básicas devido ao modelo de desenvolvimento dos governos anteriores (SILVA, 2017).

Para Montaño e Duriguetto (2010), a chamada “reforma do Estado” é criada na necessidade do grande capital de liberalizar, desimpedir e desregulamentar os mercados, em que se concebe como parte do desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. Ou seja, tais reformas deixam claro que seu caráter não é um ajuste positivo meramente administrativo-institucional, centrado no plano político-burocrático, mas está articulado à reestruturação produtiva à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital geral.

Soares (2020) ressalta que essa contrarreforma está fundada numa racionalidade que, apesar de conter elementos da racionalidade hegemônica mundial, possui conteúdos particulares à nossa estrutura social e ao nosso Estado.

Assim, a ofensiva do capital em busca de novos nichos para a retomada de sua acumulação vem ditando as contrarreformas nos Estados nacionais, em especial nos países dependentes, e redefinindo a atuação do Estado, de forma que as requisições do capital sejam atendidas; e, conseqüentemente, ocasionando o desmonte das políticas sociais (SANTOS, 2017).

²⁸ O Consenso de Washington foi um encontro convocado pelo Institute for International Economics na capital dos EUA, em 1989, com a participação de funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais, como FMI, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, e especialistas em assuntos latino-americanos. O objetivo do encontro foi proceder uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nesses países, reafirmando a proposta neoliberal. A partir desse encontro, FMI e Banco Mundial passaram a orientar as políticas econômicas adotadas pelos Estados latino-americanos mediante a imposição da adoção de programas de estabilização e de ajuste estrutural (SANTOS, 2016).

As políticas compensatórias, reconhecidas pelos subsídios destinados aos pobres, como o programa de transferência de renda, a exemplo do agora extinto Programa Bolsa Família²⁹, se tornaram o carro chefe nos governos que geriram o Brasil desde o início dos anos 2000, mais especificamente desde 2003 – ano em que foi percebida expressiva redução da pobreza e extrema pobreza.

Em 2014, foi alcançado o menor nível no indicador de pobreza, com 14,1 milhões de pessoas em situação de pobreza; mas, a partir dos anos 2015 e 2016, esses números começam a crescer novamente. Como reflexo dos efeitos deletérios da crise de 2008 e da política de austeridade, a pobreza e extrema pobreza foram significativamente atingidas (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUZA, 2018).

Apesar dos avanços nos conteúdos, abrangência e institucionalização desses programas de transferência de renda, permanece latente a pobreza e as desigualdades na América Latina, pois o fetiche do novo desenvolvimentismo é que ele comporta crescimento com equidade, sustentabilidade ambiental e enfrentamento das desigualdades sociais, mas na realidade nega essas dimensões.

Os governos petistas no Brasil, com as presidências de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, entre 2003 e 2016, deram continuidade e ampliaram essas políticas neodesenvolvimentistas. A esse respeito, vejamos a fala de Ariel Goldstein (2019):

Apesar de um começo mais ortodoxo de Lula em termos de política econômica quando chegou à presidência, o que inclui a “Carta ao Povo Brasileiro”, de 2002, e a designação do Antônio Palocci ao Ministério da fazenda, com o desdobramento dos mandatos, os governos petistas foram virando uma estratégia nacional-desenvolvimentista. Isso ficou mais evidente com a designação do Guido Mantega à frente do Ministério da Fazenda, dando ao governo esse perfil mais desenvolvimentista. O nacional-desenvolvimentismo foi um relato organizador da sociedade durante os governos da hegemonia petista, projetando os anseios e as expectativas da sociedade como país emergente e anunciando sua projeção no cenário internacional (2019, p. 20).

O governo de Dilma Rousseff, apesar de ser considerado como representante do projeto mais à esquerda, no seu segundo mandato, iniciado em 2015, adotou medidas que se caracterizaram exatamente pela sua rendição à pauta neoliberal e conservadora (CISLAGHI,

²⁹ O Programa Bolsa Família foi finalizado em outubro de 2021, tendo durado 18 anos. Teve início nos programas de transferência de renda do governo de Fernando Henrique Cardoso e no governo de Lula foi unificado. No final de 2021, foi substituído pelo Auxílio Brasil, que disponibiliza 400 reais de benefício. Meses antes das eleições presidenciais de 2021, o então presidente Bolsonaro aumentou esse benefício para 600 reais. Sua aprovação foi considerada por muitos intelectuais como eleitoreira e foi condicionada a PEC dos precatórios, que possibilitou o parcelamento das dívidas judiciais da União (CORREIO BRASILIENSE, 2021).

2016); nesse período, também ficou evidente um processo de esgotamento e desaprovação do modelo de conciliação de pacto neodesenvolvimentista.

A crise do capital, iniciada em 2008, e seus efeitos no Brasil, já em 2012/2013, desencadearam as manifestações de junho de 2013 e os ajustes econômicos aplicados pelo então Ministro da Fazenda Joaquim Levy, além dos escândalos de corrupção que foram o cenário perfeito para a derrocada do PT e do projeto neodesenvolvimentista. Isso culminou no golpe jurídico-parlamentar e midiático, em 2016, que ocasionou o impeachment de Dilma.

Com o fim do governo petista, começa a ser gestada no país uma transformação na cultura política. A extrema direita começa a se fortalecer e tem início um novo momento do neoliberalismo no Brasil. Primeiro, temos Michel Temer, que governa entre 2016-2018, segue a direção da supercapitalização e desenvolve medidas de austeridade fiscal e redução do orçamento social do governo.

Em 2019, vivenciamos o início do governo de Jair Bolsonaro, que se elegeu através de discurso conservador, de cunho religioso, de ataques à chamada “ideologia de gênero”, à comunidade LGBTQIA+ e às pessoas soropositivas, promovendo Fake News³⁰ e defendendo o neoliberalismo. A equipe ministerial do governo de Jair Bolsonaro tem nomes como Paulo Guedes, ministro da economia e grande defensor das premissas neoliberais, sendo um dos seguidores do núcleo neoliberal mais ortodoxo da Escola de Chicago e entusiasta da experiência chilena de neoliberalização.

Diante do exposto acima, concordamos com a fala de Paiva (2017), que diz:

Em cada ciclo histórico que se pretenda demarcar, há elementos singulares que exigem a apreensão das dinâmicas específicas, sob pena de obscurecermos, sobretudo, uma dimensão essencial para a análise das estruturas que permitem e sustentam as políticas sociais em cada realidade concreta, qual seja a dinâmica da luta de classes, tomada aqui não só enquanto expressão da disputa política pela riqueza socialmente produzida, mas ainda como centro mesmo da produção de valor e da expropriação do valor-trabalho pautados pelos antagonismos entre capital e trabalho, associados aos seculares processos de opressão das classes dominantes encasteladas no Estado contra os anseios e reivindicações dos povos originários e trabalhadores latino-americanos, submetidos a extermínios étnicos, culturais, sociais, econômicos e políticos permanentes (PAIVA, 2017, p. 8).

Para discutir políticas sociais é preciso entender os processos políticos e econômicos que geram a subordinação de decisões e interesses políticos e expropriação de riquezas desde

³⁰ Com a popularização e acesso facilitado aos meios de comunicação, o conceito de *fake news* ganhou forma. Empregado às notícias fraudulentas que circulam nas mídias sociais e na *Internet*, o conceito é aplicado principalmente aos portais de comunicação *on-line*, como redes sociais, *sites* e *blogs*, que são plataformas de fácil acesso e, portanto, mais propícias à propagação de notícias falsas, visto que qualquer cidadão tem autonomia para publicar (O PERIGO, 2019).

a acumulação primitiva do capital. O modo de produção capitalista no Brasil tem um caráter singular na exposição das leis econômicas que influenciam as políticas. A atual conjuntura brasileira retoma uma ofensiva conservadora do capital contra a classe trabalhadora, que destrói os direitos sociais (PAIVA, 2017).

A política de saúde, como as demais políticas públicas, está inserida num contexto que segue a lógica do capital, em meio a contradições e luta de classes. A política social, em geral, é reconhecida como um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, a partir do reconhecimento das expressões multifacetadas da questão social inerente às relações sociais e do momento em que os trabalhadores assumem um papel político e revolucionário (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Para a política social brasileira, a discussão e as tendências do papel do Estado, em tempos de crise, apontam consequências como o acirramento das disputas pelos recursos públicos como pressuposto exclusivo do capital e o estreitamento dos laços entre Estado e setor privado (SILVA, 2011).

O Brasil adotou tardiamente as premissas neoliberais das chamadas políticas de ajuste estrutural. Tanto que a seguridade social foi integrada à Constituição de 1988. Mas as medidas neoliberais acarretaram consequências políticas e sociais significativas, instituindo a seletividade e focalização, estabelecendo condicionalidades e testes para acessar as políticas sociais, criando critérios rigorosos de acesso e abandono de princípios como a universalidade e a redistributividade.

Essas políticas de ajuste, tanto como propostas e medidas econômicas quanto como estratégias político-institucionais, partem do entendimento de que o neoliberalismo é um projeto global para a sociedade, com políticas articuladas, que não se limitam a medidas econômicas de efeito conjuntural ou transitório, com consequências graves ao social.

Assim, as políticas são articuladas no campo econômico com as propostas da chamada “reforma do Estado”, aliadas a programas de “alívio” para pobreza, com a proposta de uma globalização mais humanizada, mesmo que retoricamente. O ajuste brasileiro ganhou contornos recessivos, com queda nos salários, redução de emprego, informalidade nos negócios, evasão de impostos e diminuição da base de arrecadação tributária, custos ao setor público, cortes de gastos essenciais e desequilíbrio patrimonial (SOARES, 2001).

O grande capital tem interesse no Brasil contemporâneo, e para isso necessita de um governo condizente com suas propostas, que não vai favorecer a classe trabalhadora, pelo contrário, vai retirar o pouco já conquistado.

Nesse processo cíclico de crises do capital, em 2008, vemos mais uma crise estrutural a nível mundial. No Brasil, ela não é sentida logo de início, tanto que o então presidente Lula afirma que ela seria apenas uma “marolinha”, mas seus efeitos são sentidos alguns anos mais tarde, embora não tenha um efeito tão devastador quanto em outros países. Todavia, acarretou mudanças e adoção de medidas econômicas, como: superávit elevado, controle da dívida pública, através de sangria dos orçamentos que deveriam ser direcionados para as políticas sociais, crescimento econômico em 5% ao ano e taxa crescente de desemprego.

Tais medidas repercutem negativamente nas políticas sociais, pois se trata de uma crise estrutural do capitalismo e não uma crise conjuntural, que poderia acabar com algumas medidas de regulação econômica e social de curto prazo. Essas estratégias contra a crise aumentam o fosso entre ricos e pobres e agravam a concentração de renda. A ampliação do consumo se deu às custas do endividamento das famílias, visto que o acesso às mercadorias só foi possível em decorrência da contratação de dívidas de longo prazo, uma vez que não ocorreu aumento efetivo de rendimentos (BOSCHETTI, 2010).

A crise de 2008 e os seus efeitos no Brasil nos anos posteriores e a insatisfação com o Estado brasileiro evidenciaram novos movimentos horizontais de participação política da esquerda e da direita (GOLDSTEIN, 2019). O autor afirma ainda que:

É nas grandes crises políticas, econômicas e sociais que emergem as demandas pelas lideranças fortes. O'Donnell criou o conceito de “democracia delegativa” para explicar essa situação quando as demandas por lideranças fortes e salvadoras emergem frente a uma situação de anomia social exigindo a restauração da ordem e o fim da crise. A restauração da ordem, nesses contextos, aparece como a demanda principal acima de outras demandas da população, podendo relegar outras exigências democráticas em prol da manutenção da ordem (GOLDSTEIN, 2019, p. 22).

Para Iasi (2022), em 2015 e 2016, ainda sob efeito da crise de 2008, levaram ao esgotamento do pacto social dos governos do PT e exigiram uma alteração na forma política, em que a ideologia³¹ aparece em todas as dimensões apontadas por Marx. Assim, as verdadeiras determinações da crise, encontradas na raiz da própria dinâmica da acumulação, precisam ser ocultadas e apresentadas como fenômeno natural. Ao contrário da crise econômica, ela tem que ser apresentada como crise política, originada na corrupção, também apresentada como natural e inevitável.

³¹ Para se aprofundar a leitura sobre ideologia, recomendamos Gramsci e Zizek. Aqui, entendemos ideologia a partir dos escritos de Marx e Engels. Os pensadores alemães afirmam que ela opera por meio de cinco processos interligados: toda forma ideológica oculta as determinações do fenômeno, naturaliza aquilo que é social e histórico, inverte e apresenta como real aquilo que é inversão, é o exercício de justificar e legitimar o real; e, por fim, apresenta o particular como se fosse universal. Assim, a ideologia opera para legitimar e reproduzir a dominação de uma classe sobre outra (IASI, 2022).

O autor analisa, ainda, que setores da classe dominante e do centro-esquerda apostam no desgaste do atual governo, devido ao seu desastroso governo, aos ímpetus golpistas e à ofensiva midiática, sendo esse cenário suficiente para derrotá-lo nas eleições presidenciais que ocorrem este ano. Ou, ainda, que possibilite a mítica terceira via, como aposta parte da direita.

Entretanto, Iasi (2022) afirma que:

[...] o risco dessa aposta, que pode como boa ideologia abrigar sob suas asas desde empedernidos reacionários golpistas até santos salvadores da centro-esquerda, é que desconsidera aquelas raízes mais profundas da ideologia que ocupou o lugar do manto legitimador de uma ordem em ruínas (2022, p. 5).

No Brasil, a extrema direita ganha mais força no mesmo período que o projeto do neodesenvolvimentismo do PT começa a ruir, especificamente na crise do segundo mandato de Dilma Rousseff. Embora a ofensiva conservadora já estivesse colocada no campo do HIV, do combate à LGBTQIA+fobia, discriminação do aborto.

Nesse contexto, inicia-se o processo de transformação na cultura política em termos de debate público. Discursos moralistas e conservadores são fortalecidos na representação de jornalistas como Reinaldo Azevedo, filósofos como Olavo de Carvalho e novos movimentos digitais como o Movimento Brasil Livre (MBL) ou o Escola Sem Partido; e com caráter neoliberal (GOLDSTEIN, 2019).

Sujeitos neoconservadores se fortalecem nesse processo, tais como antidemocratas, intelectuais, homens e mulheres brancos. Em suma:

[...] o neoconservadorismo nasce de uma aliança literalmente profana, que é apenas desigual e oportunisticamente religiosa, embora mais tarde assumamos a importância da religião para facilitar o apelo do neoconservadorismo a uma base popular e, especialmente, para construir uma recepção para seu autoritarismo (BROWN, 2006, p. 696).

Os períodos de crise do capital podem redundar no aprofundamento do reacionarismo xenófobo, do conservadorismo e do Estado totalitário (BROWN, 2019).

A combinação perversa entre reestruturação recessiva da economia e do setor público, que acarreta novas situações de exclusão social; o agravamento das já precárias condições sociais de uma parcela da população já em situação de pobreza é chamado por Soares (2001) de *custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil*. As políticas econômicas e sociais não foram capazes de reverter o quadro de pobreza e desigualdade social.

De acordo com matéria divulgada pelo *Correio Brasiliense*, em junho de 2021, apesar de discreto crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (de 1,2%) ainda passamos por crescente desigualdade social. A pandemia do novo coronavírus, iniciada em 2020, e que já matou mais de 600 mil pessoas, trouxe também aumento da pobreza, do desemprego, do trabalho informal, dentre outros problemas estruturais.

Em 2020, a taxa de pobreza ficou em 20%, isso com auxílio emergencial³²; sem esse benefício, em 2021, pode chegar a 30%. Já a extrema pobreza já teria passado dos 10%. Com isso, teremos um acréscimo de aproximadamente 9 milhões de pessoas em situação de pobreza ou insegurança alimentar. Vale destacar que o aumento da pobreza reflete nas desigualdades regionais, raciais e de gênero (IBGE, 2021).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) contínua, de 2021, no trabalho informal houve crescimento de 40%. O número de empregados com carteira de trabalho assinada no setor privado foi de 29,8 milhões de pessoas, uma queda de 4,2% (menos 1,3 milhão de pessoas) frente ao mesmo período de 2020. Já a taxa de desemprego chega à alarmante porcentagem de 14,6% no primeiro trimestre de 2021, o que equivalia a 14,8 milhões de pessoas desempregadas no país, com acesso a direitos trabalhistas e previdenciários negados (IBGE, 2021).

Os ajustes sobre as políticas sociais provocaram restrições e cortes quantitativos e lineares no funcionalismo público, com modificações importantes no caráter público dos serviços sociais; com a inserção da lógica privada, via mercantilização e/ou privatização dos serviços públicos.

A ofensiva neoliberal às políticas sociais se materializa no âmbito das reformas trabalhista (2017); da previdência social (2019); da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que limita os gastos públicos por 20 anos, afetando diretamente as políticas de saúde e educação. E temos ainda as Propostas de Emenda Constitucional – PEC nº 186, 187, 188 –, que propõem maior controle fiscal do fundo público, além de estabelecer relação de ajuste fiscal liberalizante.

É preciso reconhecer que os ajustes fiscais não iniciaram agora, são permanentes e tiveram sua expressão mais draconiana com a EC nº 95/2016. Desde década de 1990, medidas

32 O benefício foi criado em abril de 2020, com valor de R\$ 600, que podia chegar a R\$ 1.200 para mães solo chefes de família. Foram pagas cinco parcelas nesses valores cheios e outras quatro com os valores reduzidos pela metade, num total de R\$ 295 bilhões. Em 2021, a população de baixa renda ficou sem auxílio nenhum de janeiro a março. Em abril, o pagamento começou a ser feito, primeiramente, apenas através do aplicativo da Caixa, o que dificultou o uso do recurso por parte das famílias, que têm dificuldade de acesso à *internet*. O valor do benefício foi reduzido a uma média de R\$ 250, variando entre R\$ 150 para pessoas que moram sozinhas, R\$ 250 para domicílios com mais de uma pessoa e R\$ 375 para mães solo (Correio Brasiliense, 2021).

vêm sendo implantadas, do governo de Fernando Henrique Cardoso aos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) cujo objetivo é blindar o pagamento dos juros e amortização da Dívida Pública, além de assegurar a inserção do país no capitalismo mundial financeirizado (BOSCHETTE, 2022).

Algumas medidas que podemos citar aqui são: Plano Diretor de Reforma de Estado (1995); Contrarreforma da Previdência Social-RGPS (no regime geral do Previdência Social) (1998); Lei de Responsabilidade Fiscal, em 2000, que estabeleceu limite com gastos com pessoal em todas as instâncias federadas; Desvinculação de Receitas da União (DRU) (2000), que desvinculava anualmente 20% do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Foi designada de Fundo Social de Emergência, em 1993, e de Fundo de Estabilização Fiscal, em 1996; Superávit primário (2002), geração de “economia” entre 1,9% e 3,5% do PIB desde então, as custas do contingenciamento dos gastos públicos; Contrarreforma da Previdência Social (serviço público) (2003); PEC nº 87, de 2015, e EC nº 93/2016 prorrogou a DRU até 2023 e aumentou a desvinculação para 30%; Mini Contrarreforma da Previdência (2015) que altera o seguro desemprego e abono salarial (MP nº 665/2014/Lei nº 13.134/2015), restringe a pensão por morte e auxílio doença (MP nº 664/2015/Lei nº 13.135/2015) e modifica o Fator Previdenciário, com ampliação da idade para acessar a aposentadoria (Lei nº 13.135/2015); Lei da Terceirização (Lei nº 13.429/2017) e Contrarreforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), essas duas representaram a redução de direitos da classe trabalhadora e precarização das relações de trabalho, e disponibiliza os trabalhadores ainda mais para a exploração do capital (BOSCHETTI, 2022).

Essas medidas governamentais são tomadas em consonância com as agendas dos órgãos multilaterais. Com caráter austericida, irão disputar a própria concepção dos papéis do Estado e dos direitos sociais na sociedade capitalista. O austerismo estatal toma forma de expropriação quando o Estado passa a minimizar as políticas de proteção social em função da viabilidade do desenvolvimento econômico-financeiro.

A adoção dessas medidas citadas acima tem como principal beneficiário os credores da dívida pública. Isso fica ainda mais claro quando avaliamos o orçamento público e verificamos que a maior parte é gasta com pagamento dos juros e amortização da dívida pública, que, em 2021, consumiu em média 50,78% (o que corresponde a R\$ 1,96 trilhão), enquanto as áreas da previdência social (19,58%), saúde (4,18%), assistência social (4,11%) e

educação (2,49%)³³. Sendo assim, fica claro que importante fração do fundo público é repassado para o capital financeiro.

Na análise de Boschetti (2018;2022), no Brasil, o fundo público é estruturado sob a configuração de um Estado Social restrito, que não se preocupa em reduzir a desigualdade social e socializa os custos da crise com a classe trabalhadora, que é quem paga a conta, ou seja, participa minimamente da socialização dos custos da reprodução da força de trabalho, contribuindo mais fortemente para a exploração e para acumulação.

3.1 AS CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE E O DESMONTE DO SUS: DISCUTINDO AS ATUAIS TENDÊNCIAS

No que tange às políticas de saúde, estas passaram por um longo processo para que se viabilizassem direitos sociais. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não se pode dissociá-las (POLIGNANO, 2008).

A partir dos anos 1920/1930, teve início um sistema de proteção social para trabalhadores formais, levando ao crescimento dos serviços privados de saúde. Com ênfase nas campanhas sanitárias, que objetivavam o controle de endemias e epidemias. A assistência privatista se configura como curativa e não contempla os problemas de saúde. Para ter acesso à saúde, o trabalhador formal tinha que contribuir; quem não atendia a essa exigência, recorria às Santa Casa de Misericórdia.

O projeto privatista ganha mais robustez durante a Ditadura Civil-Militar, iniciada em 1964, e continua com suas investidas sobre a saúde pública até hoje. Segue, portanto, a lógica do mercado e fundamenta-se pela exploração da doença como fonte de lucro. A vigilância da saúde ganha forma a partir da Reforma Sanitária, discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com a atuação de profissionais de saúde e de movimentos sociais. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na década de 1990, através das leis nº 8080/90 e nº 8142/90, tal reforma garantiu o atendimento integral e o acesso universal à saúde.

No Brasil, a década de 1980 é caracterizada pela participação de novos sujeitos sociais discutindo as condições de vida da população. Nesse período, houve intensa mobilização social com o intuito de lutar pela democratização e pelo fim da Ditadura no país, o que

³³ Auditoria cidadã. Orçamento Federal executivo. 2021.

ocasionou o surgimento de diversos movimentos. Nesse contexto, surge o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SILVA, 2011).

As determinações do capital em usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro são confrontadas pelo Movimento da RSB em torno da defesa da saúde pública. Questionam a privatização da medicina previdenciária, consolidadas na autocracia burguesa no período da Ditadura Civil-Militar (CORREIA, 2017).

Sob influência da RSB, a proposta de acesso universal e atendimento integral à saúde passa a ser garantida legalmente na Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas seguintes diretrizes: universalidade, descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado em 1990, através das Lei Federal nº 8.080, de 1990, e Lei Federal nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990). Este sistema possibilitou o acesso universal às políticas de saúde, mas não se pode esquecer que a sua implantação ocorreu sob o contexto das reformas neoliberais. Assim, o avanço do SUS é prejudicado pelo descumprimento dos seus princípios básicos e por uma omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (PAIM, 2003; POLIGNANO, 2008; BRAVO, 2008; SILVA, 2011).

No âmbito dos princípios do SUS, a descentralização é o processo de transferência de responsabilidade de gestão para os municípios, assim atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definindo atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

As instâncias de pactuação são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde deve ocorrer o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. Nesses espaços, as decisões devem ocorrer por consenso, com estímulo ao debate e à negociação entre as partes. Para tanto, foram criadas comissões com representação paritária.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é formada por pessoas indicadas pelo Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário de saúde e dos secretários municipais de saúde, indicados

pelo órgão de representação do conjunto dos municípios, geralmente denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 2009).

A municipalização exige novas competências locais. A descentralização estimula também novas capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalidade de recursos. Nisso, cabe aos estados e à União contribuir para a descentralização técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2009).

Desde o início da década de 1990, o SUS tem publicado periodicamente normativas que recriam instrumentos de gestão no intuito de operacionalizar a regionalização das ações e dos serviços de saúde. Porém, a cada novo instrumento, aparecem novas dificuldades de adesão pelos gestores municipais e estaduais. A municipalização a todo custo, em detrimento do comando e da regulação exercida no nível estadual de governo, torna mais penoso e complexo o processo de pactuação entre entes governamentais, bem como retira a eficácia dos incentivos federais à adesão a políticas de cunho nacional e universal (SANCHO *et al.*, 2017).

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das garantias instituídas pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos (BRASIL, 1988).

Para Cohn *et al.* (2002), as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços de saúde como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes. Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como arcabouço legal a legitimidade de princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, pautados no direito humano à saúde. Mas esse arcabouço sofre influências externas de direcionamentos neoliberais e torna possível o capital privado ininterruptamente, e sob alcunha de ser complementar, avance representando:

[...] o touro num único corpo, cobrando sua parte dos tributos em forma de isenções fiscais bilionárias para grandes hospitais, pela transferência de recursos do SUS para planos de saúde, via imposto de renda e pela venda de sua capacidade instalada para o SUS (SILVA, 2016, p.131-132).

No contexto de crise estrutural do capital, iniciada na década de 1970, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Por estar diretamente relacionada às condições de vida e de trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social (BRAVO, 2013).

O sucateamento do SUS, fruto do seu histórico subfinanciamento, serviu, por um lado, a uma ideologia que abriu caminho para os mercadores da saúde, em que as dificuldades de acesso aos serviços, a falta de leitos e de profissionais criou o pânico necessário para a opção por planos de saúde, daqueles que podiam pagar, e até a reivindicação de planos coletivos de saúde para a classe trabalhadora com vínculos formais de trabalhos. Por outro lado, o atual desfinanciamento do SUS poupou o fundo público que foi repassado como esteio do capital, ou através de pagamento de juros da dívida, ou por financiamento direto e indireto aos empresários da saúde (CISLAGHI, 2016).

Ao passo que o orçamento do SUS é reduzido pelo governo, o setor privado recebe recursos direta ou indiretamente por vários meios. Um deles é o gasto tributário, com as isenções fiscais, através dos tributos federais da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), que são os dois principais que sustentam a saúde e o conjunto da seguridade social.

Outro meio de favorecimento do setor privado se dá através da compra de planos de saúde para funcionários públicos, dos subsídios e isenções fiscais às empresas, do repasse de recursos orçamentários e compra de serviços de entidades sem fins lucrativos, a exemplos de grandes hospitais, como Sírio-libanês e Albert Einstein. Essas entidades podem, ainda, ser qualificadas como Organizações Sociais (OSs) e assumir a gestão dos serviços públicos, recebendo recursos do Estado (CISLAGHI, 2016; CORREIA, 2017).

O direito à saúde se configura como importante nicho da ofensiva do capital, devido ao seu potencial de mercantilização. Está inserido no rol dos direitos e políticas sociais que vêm sendo alvo da atual expropriação capitalista, como parte das estratégias das tendências do capitalismo contemporâneo, que nas palavras de Harvey são as atuais expropriações de direitos contra a classe trabalhadora.

No Brasil, o neoliberalismo tem limitado o acesso aos direitos sociais, embora os indicadores das condições de vida da população tenham apresentado melhora. Assim, a universalidade do direito sofre ruptura com a focalização da política de assistência social direcionada às parcelas mais pobres, com a privatização de serviços de saúde, e com a oferta

limitada desses serviços, também direcionados à população mais empobrecida (VIEIRA *et al.*, 2014).

Silva (2018) coloca que, mesmo com todos os avanços, o SUS sempre esteve preso e servindo ao metabolismo da besta³⁴. Em que mais de 90% dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) estão no setor privado; mais de 90% dos serviços de hemodiálise são privados ou filantrópicos enquanto o custeio deste procedimento é quase todo do SUS; menos de 30% de mamógrafos e de 14% dos equipamentos de ressonância magnética estão na rede própria do SUS, da qual depende 75% da população. Sem falar na recente abertura ao capital estrangeiro, cada vez mais fatias deste mercado estão em mãos não públicas, com pouca ou sem nenhuma regulamentação. É a este modelo de expansão híbrido e contraditório que o autor chama de “Minotauro da saúde”.

O autor coloca que o SUS – como conhecemos – está para acabar, devido a dois elementos que, após as eleições de 2018, convergem para um único fim: a financeirização e a mudança da força dirigente do bloco no poder. Se antes o padrão de acumulação da finança a nível global era responsável pelo arrocho de recursos para o SUS a nível macroeconômico, garantindo pagamento de juros da dívida pública, nos últimos anos vem impondo uma reorganização em nível de processos de trabalho e prática profissional.

Nesse contexto, o neoliberalismo representou uma reação conservadora de natureza claramente regressiva, na qual se situa a contrarreforma do Estado. Parcelas consideráveis dos recursos que servem de financiamento para as políticas que compõem a seguridade social, no Brasil, acabam sendo desviadas de suas finalidades. Os recursos que deveriam ser aplicados em políticas sociais são destinados para o pagamento da dívida pública, em que os credores são os rentistas do capital financeiro (SALVADOR, 2008).

Isso nos faz lembrar a passagem de *O Capital*, em que Marx destaca a importância da dívida pública na acumulação primitiva que “[...] como uma varinha de condão, ela dota o dinheiro de capacidade criadora, transformando-o assim em capital, sem ser necessário que seu dono se exponha aos aborrecimentos e riscos inseparáveis das aplicações industriais e mesmo usurárias [...]” (MARX, 2014, p. 876).

O orçamento público é um espaço de luta política, nele diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses. A financeirização da riqueza acarreta pressão na política

³⁴ “A lenda do Minotauro sempre serviu aos estudiosos para ilustrar demonstração da força geopolítica de Creta sobre as demais cidades-Estado sob seu domínio. Para alimentar o monstro, Minos, rei de Creta, exigia que seus dominados enviassem vidas humanas em forma de “oferendas” a fim de saciar a criatura metade homem, metade touro. Nascido sob a Hegemonia global do *Touro de Wall street*, a história do Sistema Único de Saúde (SUS) guarda semelhanças com este mito” (SILVA, 2016, n.p.).

social, em especial na Seguridade Social, uma vez que esta é o nicho dos produtos financeiros. Assim, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social para o mercado (SALVADOR, 2010).

A voracidade das necessidades capitalistas sobre o fundo público brasileiro evidencia a racionalidade destrutiva do capital na atualidade (SOARES, 2018). O fundo público vem sendo utilizado como eixo essencial de política contra a crise do capital, via mediação do Estado.

O fundo público vem exercendo o papel de socorrer a crise do capital, o que acarreta o retrocesso dos direitos sociais conquistados, trazendo rebatimentos para o financiamento de políticas sociais. Em sua disputa, estão os interesses empresariais que na área de saúde vêm conseguindo a aprovação de medidas que facilitam seu acesso aos recursos (SALVADOR, 2010).

As políticas sociais, incluindo as políticas de saúde, são atacadas também nas suas fontes de financiamento exclusivo. Então, o estudo do orçamento deve ser considerado como elemento importante para compreender a política social, pois é uma peça técnica que vai além da sua estruturação contábil, refletindo a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como em quem vai arcar com o ônus do financiamento dos gastos orçamentários (SALVADOR, 2012).

A contrarreforma do Estado foi implantada num contexto político e econômico de ajuste fiscal, com implicações político-ideológicas que demarcam as atuais tendências de mercantilização, retorno à filantropia para o enfrentamento das expressões da questão social, sob a égide das ideias neoliberais (MARTINIANO *et al.*, 2011). Concorde-se com os autores que, desde a década de 1990 aos governos atuais, há uma priorização da política econômica neoliberal que impede o financiamento para as áreas sociais, em especial a saúde.

Concorde-se com Boschetti (2010) que a adoção de medidas como o superávit elevado, controle da dívida pública e crescimento econômico têm um efeito amargo para as políticas sociais, e não imunizam o Brasil, por esta ser uma crise estrutural do capital e não uma crise conjuntural que seria superada com algumas medidas de regulação econômica e social em curto prazo. Boschetti (2010) afirma, tendo por base a perspectiva marxista, que esta é mais uma crise do capital, iniciada em 2008, provocada pela ampliação da acumulação no capitalismo. Tratando-se, portanto, de uma crise estrutural do capitalismo na sua permanente busca por superlucros.

O ajuste fiscal não é recente no país, nem é restrito ao Brasil, e foi aprofundado nos últimos anos com objetivo de favorecer os interesses do grande capital – seguindo ainda a

falácia de que a causa da crise é dos excessos de gastos públicos. Além disso, a radicalidade do ajuste fiscal só reafirma que o golpe de 2016 não foi para coibir a corrupção, mas foi motivado pelo interesse e compromisso ideopolítico de ampliar a atuação do Estado na canalização de recursos públicos para amortecer os efeitos da crise junto aos interesses do capital (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019).

A respeito da expropriação dos direitos sociais, Boschetti e Teixeira (2019) dizem o seguinte:

A expropriação de direitos sociais é compreendida como processo de subtração de condições históricas de reprodução de força de trabalho mediada pelo Estado Social por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do fundo público antes destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora por intermédio de sucessivas e avassaladoras contrarreformas nas políticas sociais, que obrigam a classe trabalhadora a oferecer sua força de trabalho no mercado a qualquer custo e a se submeter às mais perversas e precarizadas relações de trabalho, que exacerbam a extração da mais-valia relativa e absoluta (2019, p. 81).

Ainda de acordo com Boschetti e Teixeira (2019), o ajuste fiscal traz implicações na expropriação dos direitos da seguridade social, expressos na redução de recursos para o orçamento da seguridade social, impactando nas políticas de saúde, assistência social e previdência social. Esse desvio de recursos é realocado na amortização da dívida e pagamento de juros.

Como Behring (2008) já apontava, as medidas de contrarreforma liberais não reverteram o quadro macroeconômico de instabilidades e de crise, com parcos índices de crescimento, mas geraram graves consequências, como o aumento do desemprego, do trabalho informal, o arrocho salarial, a piora nas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora em toda América Latina.

Em 1978, foi publicado o primeiro documento produzido pelo Banco Mundial (BM) sobre saúde, intitulado *Salud: documento de politica sectorial*. Compõe o conjunto de publicações de documentos de políticas setoriais elaborados a partir de estudos setoriais da economia e da sociedade dos países devedores, os quais apontavam os problemas existentes em cada área e propunham políticas governamentais a serem seguidas para resolvê-los (CORREIA, 2008).

Desde a década de 1980, o BM é protagonista na orientação de políticas econômicas no Brasil e em outros países latino-americanos. A saúde entra no rol de interesses do Banco e, na década de 1990, elaborava documentos com recomendações ao SUS de focalização das políticas públicas e quebra da universalidade do sistema.

De acordo com Simionatto (2000), no âmbito da saúde, um dos grandes articuladores da reforma na área é o Banco Mundial, que, para agilizar as políticas econômicas ortodoxas, tem buscado subordinar os gastos em saúde ao sucesso do ajuste estrutural, delimitando a ação do Estado à providência de um pacote básico de serviços clínicos e saúde pública.

A influência do Banco Mundial permanece nessas duas décadas dos anos 2000, com eixo que propõe o reordenamento dos modelos de prestação de serviços e o financiamento do SUS. Há destaque para o papel do Estado no setor saúde, em que Banco Mundial questiona a execução direta da assistência e recomenda a desresponsabilização do Estado na prestação dos serviços, como alternativa para aumentar a eficiência do sistema (NETO, 2017).

A partir daí, o Banco Mundial apresenta as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde, direcionadas aos países por ele subsidiados. Conforme aponta Correia (2008), as principais diretrizes eram: quebra na universalidade no atendimento à saúde; a priorização da atenção básica; a utilização de mão de obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos; a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres. Ou seja, quem tivesse condições de arcar com os custos com os serviços de saúde deveria fazê-lo.

O Banco Mundial utiliza indicadores como má alocação de recursos, iniquidades, ineficiência, baixa qualidade de serviços e explosão de custos para redirecionar a agenda da política de saúde, cabendo ao Estado apenas a atenção primária, e ao mercado a oferta dos serviços de alto custo para quem pode pagar.

Seguindo essa lógica, o BM preconiza a descentralização da administração dos serviços de saúde, que são financiados pelo Estado, passando-os para organizações não governamentais, como alternativa de estímulo à atuação da iniciativa privada.

Seus propostas têm interesse maior na apropriação do fundo público, para atender as necessidades atuais dos padrões de acumulação do setor, tais como o escoamento das inovações tecnológicas das indústrias de bens de saúde, o estímulo aos seguros-saúde e facilidade dos arranjos, entre indústria e seguro (NETO, 2017, p. 62).

Gomes (2014) trata, em seu artigo *A Inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão*, que esse movimento de contrarreformas na saúde ocorre a partir de sucessivas emendas. A seu ver, tais contrarreformas se caracterizam como antidemocráticas e inconstitucionais.

Nisso, surgem novos modelos de gestão que gradativamente transferem a assistência à saúde da esfera dos direitos para a esfera do mercado, com o incentivo dos planos de saúde. O

setor privado de saúde que era para ser complementar é privilegiado com os recursos arrecadados e vem disputando o fundo público, criando estratégias para retirar os recursos dos serviços públicos para transferi-los para o setor privado.

Na saúde, a mercantilização destrói o SUS direta ou indiretamente. Percebe-se cada vez mais a transferência dos serviços de saúde para as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que utilizam o aparato público, desde equipamentos a servidores públicos. Outro problema que surge no ano de 2011 é a proposta de gestão dos hospitais universitários através do modelo privado da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), autorizada pela Lei nº 12.550/2011.

Inepto, ineficaz, ineficiente e responsável pelo déficit público foram alguns dos adjetivos atribuídos para designar a crise do Estado (SIMIONATTO, 2000), que desenvolve políticas sociais e gasta muito com o “social”. Para a autora, esse discurso vem fortalecendo a dicotomia entre “público” e “privado”, caracterizando como público tudo que é ineficaz, sem eficiência; e por privado o que é tido como de qualidade. O setor público passa, então, a atuar com as funções essenciais, como justiça, segurança interna, relações exteriores, e ao privado cabe a atuação nas políticas públicas de saúde, educação, previdência e assistência.

Soares (2009) aponta algumas tendências quanto à implementação e organização do SUS, que abarcam velhos padrões e modelos de atendimento focados nos serviços emergenciais e assistenciais; de inovações técnico-organizacionais e de gestão que são apresentadas como solução para os problemas do sistema ou mesmo como modernização da reforma sanitária, um cotidiano de negação e, dialeticamente, afirmação de direitos, de forma que, apesar dos ganhos expressivos, como a diminuição da taxa de mortalidade infantil, a estabilização da infecção por HIV/Aids e da feminização, o sistema ainda está longe de atender de forma universal às necessidades sociais da população brasileira.

O cenário atual da política de saúde expressa a violação do direito à saúde de qualidade e humanizada, apesar das políticas que respaldam esses direitos. No cotidiano dos serviços, a insuficiente oferta de profissionais, de materiais, e até as precárias condições do espaço físico dos serviços de referência podem contribuir com a negação do acesso a serviços de saúde.

Pode-se observar, também, que o pouco tempo de consulta e o grande tempo de espera indicam, possivelmente, muitos usuários para um pequeno número de médicos e demais profissionais de saúde. O déficit de profissionais na saúde, a precarização do serviço e seu desfinanciamento histórico integram um movimento de superexploração do trabalho na saúde,

que pode interferir na qualidade das práticas em saúde nos diversos serviços (SOARES, 2011; 2018).

O projeto neoliberal, com seu grande poder destrutivo, interfere na política de saúde, a qual sofre impactos inerentes à sua efetivação, e está assentado em três princípios orientadores do neoliberalismo: a descentralização, a privatização e a focalização.

A descentralização ao mesmo tempo que aproxima a gestão do cidadão também atua sob outro sentido que é a utilização deste princípio como uma estratégia do governo para fins de obrigar municípios e estados a assumirem grande parte dos gastos sociais, sem haver o aumento dos recursos financeiros.

A focalização compreende a redução dos gastos sociais com a assistência aos grupos mais vulneráveis, através da adoção de uma política seletiva. Seu objetivo é apenas garantir a sobrevivência deste grupo social. Já o princípio da privatização visa aliviar a crise fiscal, racionalizar o uso dos recursos, induzido pela gratuidade de certos serviços públicos.

Políticas restritivas na seguridade social reverberam fortemente na população, pressionando a saúde de forma ainda mais ampla. De acordo com Soares (2018) as populações que passam por essas políticas sofrem com a piora da saúde mental, depressão, angústia, ansiedade etc.

A articulação entre o público e o privado torna-se imperativa nas políticas de saúde, o privado passa a prover os serviços de saúde, como já foi dito anteriormente, e cada vez mais o Estado atua via políticas seletivas e focalizadas na pobreza. As políticas sociais, como um todo, seguem uma lógica mercantil e econômica, que favorece o grande capital, e garante o mínimo possível aos trabalhadores.

Em pesquisa de Paes-Souza; Rasella; e Carepa-Souza (2018), foi observado que além das evidentes consequências da política austericida – adotada no país para sair da crise –, a mobilização social de filhos de famílias de baixa renda para chegar a uma renda menos desfavorecida é um grande desafio. Os autores apontam que, no Brasil, são necessárias, aproximadamente, nove gerações para que a condição de baixa renda seja superada, evidenciando as dificuldades enfrentadas na tentativa de ascensão social.

A política de saúde é uma das mais afetadas pelo recrudescimento da ofensiva neoliberal e do neoconservadorismo, com amargos remédios utilizados para sair da crise, caracterizando uma piora na condição de saúde e de vida da população.

Concordando com o pensamento de Paiva (2017) que a ideologia neoconservadora ganha volume através de seus interlocutores, quais sejam, na mídia, nas igrejas, nas universidades, nas instituições políticas burguesas, que cumprem o papel de ocultar o real

problema, que é a geração do endividamento público e supremacia do capital financeiro na totalidade da vida econômica do país.

O neoconservadorismo se sedimenta no tecido social brasileiro. Em várias instâncias da sociabilidade burguesa periférica, a hegemonia conservadora é visível. Sendo assim, está presente na política, na economia, nas expressões artísticas, na educação, na saúde, nos esportes, nas relações afetivas e domésticas (DEMIER, 2016).

Para Bianchi (2016, p. 121):

[...] nuvens carregadas preocupam aqueles que se encontram engajados na crítica política e ideológica ao capitalismo. A sociedade brasileira parece, nos últimos anos, ter se tornado mais intolerante, autoritária e individualista. O tradicionalismo comportamental, o conservadorismo político, o liberalismo econômico e o fundamentalismo religioso aparentemente estão dando as cartas.

O autor pontua, ainda, que essas correntes estão mais evidentes, entre outros fatores, por seus antagonistas também se tornarem mais fortes e visíveis. As greves, ocupações, passeatas por legalização da maconha, do aborto, marcha das vadias, parada LGBTQIA+ influenciaram a reação das correntes citadas.

Bianchi (2016) afirma, também, que é no terreno da cultura as correntes tradicionalistas, conservadoras, liberais e fundamentalistas estão ganhando a guerra. O sistema de significações que organiza e dá sentido aos modos de vida existentes na sociedade adquire crescentemente características que produzem e reproduzem a heteronomia no lugar da autonomia, a sujeição no lugar da emancipação, o consumo no lugar da fruição. É entre os que vivem em condições precárias que a cultura da violência se espalha, é sobre as mulheres vulneráveis que o machismo se faz presente, é nas favelas que o racismo é mais intenso, é entre os grupos culturalmente diversificados que a intolerância religiosa cresce.

Nisso, o autor refletir sobre as mudanças na política de saúde no governo de Michel Temer e deixa evidente os dois projetos distintos e antagônicos que disputam o Sistema Único de Saúde (SUS), que estão em curso desde antes da Constituição Federal de 1988. Nisso, temos o projeto da reforma sanitária, que ainda é defendido por movimentos que lutam contra o desmonte do SUS; o projeto do SUS possível, que ganham terreno durante governo Lula; e o projeto privatista em curso já nos governos do PT e amplamente defendido nos governos de Temer e Bolsonaro (SOARES, 2010; 2020).

No ano de 2015, o governo realizou cortes em diversos ministérios, o da saúde foi um dos mais afetados, com o bloqueio de 11,7 bilhões. Essa redução reflete diretamente nos serviços de saúde ofertados. Nos governos seguintes (de Michel Temer e de Jair Bolsonaro)

também visualizamos diversas medidas de contingenciamento no orçamento federal. Nos dois anos de mandato de Michel Temer, foi aprovada a EC nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que congela os gastos da união por 20 anos, gerando grandes impactos para a saúde e a educação.

As principais consequências das contrarreformas do governo Temer foram: o agravamento das condições de vida dos trabalhadores, devido ao aumento nas taxas de desemprego, associada à contrarreforma trabalhista, o desfinanciamento da política de saúde, e a ampliação da privatização da saúde. Os impactos negativos da Emenda Constitucional nº 95/2016, também conhecida como Emenda do Teto de Gastos, vêm sendo amplamente discutidos por pesquisadores.

A pesquisadora Fabiola Sulpino Vieira (2017) fez uma análise sobre o teto dos gastos da união e seu potencial retrocesso para a saúde. A autora critica a política econômica de congelamento de gastos na saúde e na educação.

À época, Temer afirmava estar poupando as áreas de saúde e educação, mas o que se apresenta na realidade é a perda de recursos frente a essa nova regra, abalando e agravando a política de investimentos em saúde no Brasil. Como justificativa para os cortes, o governo usa a necessidade de retorno do crescimento da economia, o que é no mínimo intrigante, pois os efeitos práticos desse arrocho tendem a ser exatamente o contrário.

O atual debate diante da contrarreforma do Estado brasileiro é condição para desvelar as necessidades sociais que fundam essa ofensiva contra as conquistas adquiridas pela classe trabalhadora (SOARES, 2018). A autora refere que:

Na atualidade, a população brasileira, particularmente a classe trabalhadora, vem enfrentando a maior ofensiva da história deste país contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado. Tal argumento pode ser evidenciado nas diversificadas e inúmeras medidas tomadas desde a posse de Michel Temer: autorização para privatização de aquíferos, avanço no processo de privatização da Petrobrás, aprovação de Reforma Trabalhista, aprovação de teto de gastos por 20 anos, encaminhamento de projeto de reforma da previdência social draconiano, entre outros. Todas essas proposições levaram autores a afirmar que o conjunto de tais medidas não configuram simplesmente um programa de ajuste, mas um austericídio (2018, p. 24).

Ainda corroborando com as ideias de Vieira (2017), entendemos que a saúde e a educação são pilares do capital humano, além de contribuírem também com o crescimento econômico. A estratégia de manutenção de subsídios fiscais para as grandes empresas às custas dos cortes de investimentos em políticas públicas não apenas tem pouco impacto na recuperação econômica como aprofunda as diferenças sociais.

A contrarreforma do governo de Temer tem como marca a radicalização do projeto neoliberal pautada na privatização da infraestrutura econômica e social. Sua política econômica atuou em duas frentes, uma foi o desmonte do Estado na promoção de políticas públicas e a fragilização da posição dos trabalhadores, via comprometimento de gastos sociais, reformas trabalhistas e da previdência social – esta última só foi efetivada no governo de Bolsonaro. A outra frente foi o dismantelamento da capacidade do Estado de induzir o crescimento e transformar o quadro econômico, impondo limites ao investimento público e privatizando empresas estatais (BRAVO *et al.*, 2020).

Na política de saúde, tivemos a redução do SUS e o seu financiamento, proposta de planos de saúde acessíveis (Portaria nº 1.482/2016, que institui um grupo de trabalho para discutir os planos de baixo custo); corte no programa Farmácia Popular; diminuição de poder de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e de Saúde Mental, tudo isso sem participação da sociedade.

A PNAB é reconfigurada e são estabelecidos novos padrões de ação e cuidado, ocasionando a segmentação do acesso à Atenção Básica em Saúde (ABS). Nesse processo, são estabelecidas duas modalidades de equipe de saúde: a equipe de saúde da família e as equipes tradicionais de Atenção Básica, excluindo o Agente Comunitário de Saúde da equipe tradicional. A Equipe de Saúde da Família (ESF) é descredenciada através da Portaria nº 1.717, de 12 de junho de 2018, sob a justificativa de descumprimento de prazo para cadastramento no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

A reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi aprovada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e vem como um retrocesso ao fortalecer a internação em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais e ambulatorios. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a Associação Brasileira de Saúde Mental são contra essas mudanças na RAPS.

Ainda a respeito das características do governo Temer, as autoras Bravo, Pelaez e Menezes (2020) pontuam que:

Outra característica do governo Temer foi a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde. O documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços (2020, p. 197).

No governo Bolsonaro, percebeu-se a continuidade das medidas adotadas no governo Temer. Inclusive, o presidente eleito em 2018 já havia dito em entrevistas que estava dando continuidade à forma de gestão adotada por seu antecessor. Nos primeiros oito meses de exercício na presidência, vimos que Bolsonaro efetivou a contrarreforma da previdência; promoveu o desmonte e o aparelhamento político dos órgãos de defesa do meio ambiente e de comunidades indígenas e quilombolas; fomentou o ensino cívico-militar na educação municipal brasileira a partir de 2020; empreendeu o privilegiamento aos interesses do capital financeiro; a reorganização da atenção básica e a nova forma de financiamento; dentre outras medidas. Nesse cenário, a prevenção do HIV/Aids ficou pautada no medo, e sob cunho conservador.

Em 2021, o governo de Bolsonaro determinou cortes de mais de 5 bilhões de reais para a educação, incluindo as universidades públicas e os institutos federais. Além disso, empreendeu cortes em outros ministérios, o que caracteriza um processo de desmonte das políticas sociais, com graves impactos para a classe trabalhadora, demandatária dessas políticas.

Concordamos com Caitete (2019) que é de fundamental importância analisar as transformações e reconfigurações impostas às políticas e lutas sociais na América Latina, bem como é importante entender que a política social é financiada tanto pelo trabalho necessário quanto pela mais-valia social.

É necessário compreender o processo de expansão da privatização da saúde e o papel do fundo público no atual momento de desenvolvimento do capitalismo, assim como é importante compreender como o capitalismo se desenvolve em países periféricos e dependentes como o Brasil.

Por fim, a premissa “saúde é um direito de todos e dever do Estado” está passando por grave ameaça. O processo de mercantilização não é novo, até porque o Estado compra equipamentos, medicamentos, serviços etc. Assim, a saúde está cada vez mais submissa aos ditames do mercado, para obtenção de lucro e valorização do capital.

A partir do governo de Michel Temer, fica evidente uma avalanche ultraneoliberal, que demonstra os problemas sociais mais aprofundados nessa quadra histórica que estamos atravessando e esse não representa apenas uma retórica, mas um processo com profundas raízes em nossa sociedade. Essa avalanche colocou o país em um cenário de extremos retrocessos sociais, aprofundados no governo Bolsonaro, que contou com aliados neoconservadores que radicalizam diversos elementos da hegemonia aprofundada pelos governos do PT (FREIRE; CORTES, 2020).

No ano de 2020, o Brasil e o mundo passaram a vivenciar uma pandemia devastadora, provocada pelo novo coronavírus, que ocasionou milhões de mortes em diversos países. Em março do referido ano, teve início a preocupação com o vírus SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19. Se trata de um vírus semelhante ao da gripe, e pode evoluir para uma infecção respiratória grave, demandando a utilização de respiradores e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

No início, as únicas formas de prevenção eram o isolamento social e o distanciamento físico, além de utilização de máscaras e adoção de intensa higienização pessoal, dos alimentos comprados e da casa. As primeiras mortes foram de uma empregada doméstica no estado do Rio de Janeiro, e de um porteiro no estado de São Paulo. Também foram vítimas fatais da doença pessoas de camadas mais privilegiadas. No entanto, o vírus atinge mais contundentemente as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora.

Durante o crescimento nos números da pandemia, tanto de pessoas com a doença quanto de óbitos, o Brasil ficou por mais de 90 dias sem ministro da saúde. No início do mandato, o ministério era comandado por Luiz Henrique Mandetta, que se mostrava receptivo às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS); depois de sua saída, Nelson Teich assumiu a pasta até meados de março de 2020.

No dia 2 de junho de 2020, Bolsonaro nomeia o general Eduardo Pazuello para assumir o posto como interino. Já no início da gestão, Pazuello retirou do *site* do governo federal todas as estatísticas oficiais sobre novos registros e mortes por Covid-19, acabando com toda a publicização de dados sobre a doença. Essa decisão foi em conjunto com o presidente cujo interesse era de encobrir a realidade do país no enfrentamento à pandemia, característica de uma gestão genocida.

Com isso, a publicação de dados da pandemia é divulgada por um consórcio entre veículos de comunicação e secretarias de saúde de estados. Em 2021, a pasta passa a ser comandada por Marcelo Queiroga, sendo então o 4º ministro da saúde do governo Bolsonaro em meio à pandemia, que fica até o final do mandato do presidente.

O governo federal brasileiro demorou a dar respostas à pandemia de Covid-19; na verdade, atrapalhou as ações tomadas, inclusive condenando estados e municípios que não estavam seguindo sua orientação. Nisso, o presidente Bolsonaro passou a defender o isolamento apenas de alguns grupos específicos, alegando que a economia não poderia parar.

A respeito do isolamento, os autores Tosi e Torelli (2020) afirmam que:

A ideia do isolamento social, ou mesmo de um total *lockdown*, para que o vírus tenha uma velocidade menor de contágio e o sistema de saúde possa suportar a pressão, exige que os Estados tenham de executar políticas de assistência social, de garantia de renda, de proteção aos mais vulneráveis que as urnas não conseguiram impor desde a década de 1980. Além disso, a demanda por ficar em casa, cuidar de si e dos seus, propõe uma reflexão mais profunda sobre o significado da reprodução social num contexto imediatamente anterior onde as pessoas dedicavam-se quase que integralmente ao trabalho para a garantia da sobrevivência (2020, p. 253).

A pandemia, ao longo do ano de 2020, apresentou um curso exponencial de crescimento, atingindo não prioritariamente os idosos ou pessoas com comorbidades, mas também o público jovem. Em junho de 2021, o país ultrapassa a barreira das 500 mil mortes por Covid-19. Apenas a partir do segundo semestre de 2021, com a aplicação da vacina, é que esses números de mortalidade e internamento por sintomas graves foram caindo, embora ainda tenhamos de enfrentar as variantes da doença que surgiram.

O contexto econômico no Brasil e no mundo antes da pandemia já se encontrava em crise, com a lucratividade do capital apresentando uma tendência de queda. Para Harvey (2020), além da crise de valorização, também já havia problemas de insuficiência de demanda diante da capacidade de produção de valor do capital antes do Covid-19. E que 40 anos de neoliberalismo deixaram a população vulnerável, exposta e mal preparada para enfrentar a crise de saúde pública na escala do novo coronavírus.

A desigualdade social crônica se mostra mais latente na pandemia, com as medidas para enfrentar esse novo vírus. Foram criadas políticas para apoiar as empresas, através de medidas provisórias, a exemplo das medidas nº 927 e nº 936, que dentre algumas ações foram a diminuição da jornada de trabalho e de salários, e suspensão de contratos sem demissão. O governo federal adotou medidas frágeis para amparar a classe trabalhadora mais vulnerável (BEHRING; SOUZA, 2020).

O auxílio emergencial foi proposto, inicialmente, com valor de 200 reais e, posteriormente, a partir de deliberação do congresso, vai para 600 reais. Teve como beneficiários os usuários do Bolsa Família e cadastrados no CadÚnico. Nesse contexto, houve uma imensa procura pelo benefício, gerando filas imensas nas agências da Caixa Econômica Federal, o que só evidencia a já conhecida desigualdade social brasileira (BEHRING; SOUZA, 2020).

Dentro desse contexto, tivemos a criação do nomeado orçamento de guerra, que ofertou R\$ 13,8 bilhões para a saúde, em 2020, o que é um número irrisório se comparado ao R\$ 1,2 trilhão destinado às empresas bancárias com suas operações de crédito, além da abertura de possibilidade de compra de títulos pobres com recursos do tesouro nacional. Isso

evidencia, nas palavras de Behring e Souza (2020), que não estamos falando de guerra contra o vírus, mas de salvamento das empresas no contexto de crise.

A respeito da resposta adotada pelo governo federal para enfrentar a pandemia, vamos destacar o relatório de execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19, elaborado, em 2021, por Élidea Graziane Pinto – por solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a pandemia (CPI da pandemia).

O relatório teve como objeto a execução orçamentária empreendida no âmbito do SUS para enfrentamento da pandemia, no período de 13 de fevereiro de 2020 a 30 de junho de 2021. Teve, ainda, como marco inicial da análise, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus.

A autora identifica que:

Para se indagar acerca da tempestividade, suficiência e qualidade dos gastos sanitários realizados por todos os níveis da federação ao longo do período considerado, é preciso contrastar a execução orçamentária voltada para o enfrentamento da pandemia com o planejamento que concedeu (ou deveria ter concedido) seus parâmetros operacionais nucleares e suas finalidades a serem alcançadas. Em igual medida, deveria ter coordenado efetivamente o sistema e mobilizado as redes de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Mas o Plano de Contingência Nacional não foi executado como núcleo da política de saúde durante a pandemia, tampouco orientou os demais eixos de enfrentamento à Covid-19 nas searas econômica e social. A despeito do bônus temporal de alguns meses para incorporar a experiência e o aprendizado construído concreta e duramente pelos gestores de saúde dos países asiáticos e europeus onde a pandemia primeiro evoluiu, a resposta sanitária brasileira foi lenta, errática e insuficiente (PINTO, 2021, p. 10-11).

No relatório, foi possível perceber que, do ponto de vista administrativo-orçamentário, o Plano de Contingência Nacional faz recomendações emergenciais que implicavam desde fevereiro/2020 demandas imediatas de aplicação de gastos anteriormente previstos no âmbito do SUS, bem como a geração de gastos públicos novos.

As ações que reclamavam rápida e suficiente garantia de custeio para enfrentar a Covid-19 eram de: vigilância, assistência, suporte laboratorial, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão. Para o cumprimento do planejamento sanitário, era preciso que o MS celeremente pactuasse sua execução com as secretarias estaduais e municipais de saúde no âmbito da CIT.

A autora afirma que as ações e omissões acumuladas no primeiro semestre de 2020 foram determinantes para o agravamento da calamidade sanitária decorrente da Covid-19 nos semestres subsequentes. No relatório, a autora evidencia como a morosidade e o descaso do governo, além do impasse fiscal, agravaram a crise sanitária no segundo semestre de 2020.

O Plano de Contingência Nacional foi descumprido através de impasses federativos e do atraso orçamentário-financeiro de resposta sanitária, ao que se somam duas transições de comando no Ministério da Saúde. Houve também lenta e insuficiente transferência de recursos fundo a fundo no primeiro semestre de 2020 (PINTO, 2021).

O sistema de saúde foi mostrando seus limites, tanto nos serviços públicos quanto no privado. Deixando claro o processo de desmonte e desfinanciamento do SUS, no caso específico do Brasil, que é mantido no atual governo. A pandemia foi mostrando os limites do neoliberalismo, levantando questionamentos sobre a capacidade dos sistemas de saúde e da seguridade social no geral.

A pandemia de Covid-19 também atinge as pessoas vivendo com HIV/Aids, tanto na questão de vulnerabilidade ao vírus, devido à sua imunodeficiência, quanto pela agudização das dificuldades para dar continuidade ao tratamento, representando impasse à realização de exames, trazendo a experiência de perdas, medos e, devido ao contexto de distanciamento, a dificuldade de articulação com os movimentos sociais que atuam com pessoas soropositivas. Sendo assim, entendemos que a saúde fica mais agravada nessa população mais vulnerável e pauperizada. As PVHA são também diretamente afetadas pela pandemia de Covid-19.

De acordo com relatório do UNAIDS, publicado em 2021:

Os *lockdowns* e outras medidas restritivas de combate à Covid-19 interromperam gravemente a testagem para HIV em muitos países, isso levou a quedas acentuadas nos diagnósticos e encaminhamentos para serviços de cuidados e de início de tratamento de HIV. Em KwaZulu-Natal, na África do Sul, por exemplo, houve uma queda de 48% nos testes de HIV depois que o primeiro *lockdown* nacional foi imposto em abril de 2020. Também houve redução de novos diagnósticos de HIV e uma queda acentuada no início do tratamento, na medida em que 28 mil profissionais de saúde comunitária atuando com HIV passaram por uma transferência de trabalho de testagem de HIV para o rastreamento de sintomas de Covid-19 (2021, n.p).

A política do governo de Bolsonaro (MATOS, 2020) em que prioriza a economia, naturaliza a exclusão, não se preocupa com minorias, com soropositivos, com velhos, usuários de drogas, pessoas em situação de rua, fracos, incapazes, pessoas que são consideradas descartáveis, nos remete a um termo que ganha destaque no contexto atual, que é a necropolítica, em que uma de suas dimensões é a “[...] destruição material dos corpos e populações de humanos julgados como descartáveis e supérfluos” (MBEMBE, 2012).

O conceito de necropolítica foi cunhado por Achille Mbembe, filósofo e teórico político camaronês. O autor discute a construção de políticas de exclusão pelo Estado, tendo como base a ideia do inimigo social; a partir daí, elenca os grupos que são úteis ou

descartáveis. O conceito de necropolítica é tido como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulariza e regulamenta o poder de gestão sobre as vidas, definindo quem vive e quem deve morrer para, assim, garantir o funcionamento da máquina capitalista.

Dessa forma, a concepção de necropolítica corrobora com o entendimento das diferentes ações do Estado em relação a determinados grupos e a como o direito à vida é garantido (MBEMBE, 2012). Desse modo, é preciso refletir a necropolítica relacionada à epidemia de HIV/Aids e quais os direcionamentos e sentidos atribuídos. Esse processo é percebido nas campanhas de prevenção, promoção e tratamento.

Vemos também a culpabilização do indivíduo. Seguindo uma campanha de ação neoliberal, em que nega o direito à saúde, desmonta e desfinancia o SUS em favor da mercantilização e apresenta um Estado neoliberal cada vez mais comprometido com poder de morte no lugar da vida.

Há o mito de que as doenças infectocontagiosas atingem a todos igualmente, sem distinção de classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, ou seja, acredita-se que as doenças ultrapassam barreiras e limites sociais. Porém, as pandemias que estamos vivenciando mostram o contrário; aqui, nos referimos, principalmente, ao HIV/Aids, que teve início na década de 1980, e a mais atual do novo coronavírus. Quando o perfil da epidemia ganha contornos da classe trabalhadora mais empobrecida, atingindo mulheres, negros(as), população LGBTQIA+, os impactos econômicos e sociais são diferentes.

No governo de Jair Bolsonaro, podemos perceber claramente que as políticas para pobres são direitos sociais transitórios, pois não ajudaram a formação de subjetividades coletivas, necessárias à adesão a um projeto voltado aos interesses da classe que vive do trabalho. Esvaziaram o Estado de conteúdo político, ampliaram valores morais, dicotomizando a pobreza da desigualdade de classe e, conseqüentemente, serviram como mais um pretexto para as elites brasileiras construírem discursos moralizantes com relação a essas políticas. Sendo assim, no Brasil atual, é necessário radicalizar urgentemente a crítica e cobrar as promessas contidas no conceito de democracia (FREIRE; CORTES, 2020).

Nesse tensionamento constante entre público e privado, se faz importante destacar que o governo de Bolsonaro atualiza o projeto privatista da saúde em que o SUS está submisso aos interesses do mercado. Nesse interim, o direito universal à saúde é desconstruído e ocorre cada vez mais a consolidação da contrarreforma da saúde, via acesso privado ao fundo público.

As demandas das empresas de seguros de saúde vêm sendo atendidas por planos de saúde acessíveis, com propostas de flexibilização de cobertura, redução de serviços e de

custos, para assim seduzir a clientela mais pobre. O SUS é, então, utilizado para garantir que o fundo público assuma os serviços de saúde para a população, em especial as que utilizam exclusivamente os serviços públicos (VIEIRA, 2018). Nisso, Vieira (2018) aponta ainda que:

No entanto, na medida em que o SUS trata os serviços privados não como complementares aos serviços públicos, mas garantindo que o fundo público seja acessível aos interesses privados, de forma ampla, seja através de pagamento de serviços de média e alta complexidade, seja através do gerenciamento de unidades de saúde, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), de policlínicas, de hospitais, como os universitários e outros, esse gerenciamento privado do público significa que o Estado precisa despender mais recursos para pagamento dos serviços prestados pelos entes privados, em detrimento da ampliação e melhoramento dos próprios serviços (2018, p. 76-77).

A privatização do setor saúde que está em curso tem um capítulo a mais, a partir da fala em entrevista do então ministro da saúde. Em março de 2022, Marcelo Queiroga deu uma entrevista à revista *Folha*, nela, ele afirma que a pandemia de Covid-19 trouxe a necessidade de fortalecer a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em nível global, com imposição de mudanças no modelo de remuneração e transparência em relação à adoção de políticas públicas e entre os diversos segmentos do setor privado. O ministro pontua que o sistema financeiro brasileiro pode ser exemplo para a saúde privada, ao falar do *open banking* (que permite que o cliente compartilhe seus dados não só entre bancos, mas entre instituições financeiras de diferentes tipos: seguradoras, cooperativas de crédito, corretoras de câmbio etc.).

Segundo Queiroga, o *open health* traria novo ambiente de negócios no setor privado de saúde e seria um sistema moderno, eficaz, transparente e que traria concorrência ao mercado de planos de saúde, significando um avanço para a saúde suplementar do Brasil. A criação de um modelo de compartilhamento de dados entre planos de saúde também facilitaria a portabilidade e reduziria custos para os usuários sem que estes tivessem sua privacidade ameaçada ou ficassem reféns e qualquer sistema de intermediação.

Em síntese, o *open health* teria dois pilares: o financeiro e o assistencial. Este com um prontuário eletrônico, com dados atualizados pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS0, para assim o sistema ficar mais eficiente. No caso dos dados financeiros, teria um cadastro positivo de saúde, em que as operadoras poderiam visualizar o perfil dos usuários, sua assiduidade financeira, tipos de cobertura, características dos contratos e quanto pagam. Já os usuários teriam como benefício a opção de contratar um plano de saúde negociando condições mais favoráveis, sem intermediários (QUEIROGA, 2022).

Concordamos com Lígia Bahia (2022) que um sistema de informação de base populacional abrangente e qualificado é bem-vindo, pois possibilita o compartilhamento dos dados de saúde de forma mais eficiente, evitando os calhamaços de exames carregados de um lado a outro. A unificação de informações possibilita o avanço no monitoramento das tendências de adoecimento e mortalidade e a avaliação da efetividade de diagnósticos e tratamentos. Por outro lado, um instrumento de controle de bons clientes para os planos parece inútil.

A esse respeito, os autores Ocké e Vianna (2022) afirmam que o *open health* é um passo atrás que aumentará os lucros dos planos de saúde. Para eles, o mercado de planos de saúde passou a funcionar como uma plataforma de acumulação de agentes econômicos que operam na bolsa de valores, favorecendo um movimento selvagem de concentração, por meio de fusões e aquisições entre donos de planos, hospitais, farmácias, organizações sociais (OSs) e laboratórios. A criação do *open health* vai além da portabilidade dos planos individuais, com compartilhamento de dados e oferta de produtos mais baratos a serem comercializados para pessoas que potencialmente utilizam menos serviços, ou seja, com menor probabilidade de adoecer.

Ainda refletindo sobre o processo atual de desmonte do SUS e os novos arranjos da política de saúde, a agenda da austeridade aumenta as desigualdades na saúde. Em 2019, foi publicado na revista *The Lancet* uma pesquisa inédita, elaborada por 12 instituições e liderada pela Universidade de Harvard, que analisa os primeiros 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa visava apontar perspectivas para o setor saúde com base em projeções e na situação fiscal do país. Para tanto, utilizaram quatro indicadores: mortalidade infantil; cobertura pré-natal; cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF); e mortalidade evitável por doenças cardiovasculares. Tais indicadores foram analisados em face de quatro cenários: a EC nº 95/2016, com transferências federais corrigidas apenas pela inflação dos 12 meses anteriores, e os demais com repasses incorporando crescimentos de 1%, 2%, 3% do PIB (CASTRO *et al.*, 2019).

Os resultados da pesquisa apontam deterioração dos quatro indicadores citados acima, em que o financiamento não aumenta e o avanço das políticas austericidas pioram a situação da saúde. Os municípios menores e mais pobres são fortemente impactados por sua capacidade menor de arrecadação e maior dependência de verba da União.

Castro *et al.* (2019) apontam que as restrições fiscais implementadas pela EC nº 95 marcaram o início de um período de retrocessos nas conquistas obtidas pelo Sistema

Universal de Saúde (SUS), embora, em paralelo, tenhamos diretrizes ambientais, educacionais e de saúde do governo atual que podem reverter muito rapidamente os progressos, comprometer a sustentabilidade do SUS e a capacidade de cumprimento da obrigação constitucional na prestação de cuidados com saúde.

Diante do exposto, vemos que as inflexões em curso desde 2016 tiveram e vêm tendo um impacto enorme na política de saúde e estruturação do SUS. Concordamos com Soares (2020) que a racionalidade hegemônica no âmbito da política de saúde no governo atual que orienta a contrarreforma da saúde adensa elementos da racionalidade instrumental burguesa que organiza e conforma a concepção de um Estado gerencialista ultraneoliberal e comprometido com o atendimento das necessidades do mercado. Nisso, apresenta como novo o alinhamento dessa racionalidade com elementos do neoconservadorismo, fundamentalismo religioso e negacionismo científico.

Diante disso, fica evidente que a estrutura do SUS e das políticas e programas de enfrentamento à epidemia se dá através das contradições da contrarreforma neoliberal do Estado, iniciada na década de 1990. Conquistas como acesso universal, sistema público, descentralização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, entre outros, alcançados com a reforma sanitária foram ameaçadas e até desfeitas.

Assim, a política de enfrentamento ao HIV e Aids assume contornos conservadores e defasados. Nos anos 2000, fica claro que a ousadia, a criatividade e o diálogo constante, com participação da sociedade civil, identificados nas primeiras décadas da epidemia no Brasil, são substituídas por uma política moralista. Isso evidencia, inclusive, o isolamento e o enfraquecimento dos programas de Aids nacional, estaduais e municipais.

Ou seja, os serviços de referências em HIV e Aids foram se estruturando e se organizando em meio às contradições da política e, mesmo com reconhecimento internacional como um dos programas de controle da epidemia mais eficazes do mundo, ele se materializa em meio às fragmentações, deficiências e tendências perversas da contrarreforma neoliberal na saúde pública (SOARES *et al.*, 2018).

4 A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV E AIDS: DAS ESTRATÉGIAS GLOBAIS ÀS ADOTADAS PELO ESTADO DE PERNAMBUCO

4.1 ESTRATÉGIAS GLOBAIS EM RELAÇÃO AO HIV E À AIDS

Nesse capítulo, fazem parte de nossas análises as ações e estratégias internacionais do UNAIDS desde 2016, especificamente do Fast Track (2016-2021), fazendo paralelo com as adotadas pelo Brasil e pelo estado de Pernambuco.

Nos anos 2000, vemos ações adotadas por este programa com posicionamentos que relacionam o controle da epidemia com a transformação das relações de exploração, opressão e desigualdades estruturais. Teve início um período em que propostas audaciosas são apresentadas, e que vão de encontro com a lógica posta do neoliberalismo, pois propõem que desigualdades de gênero, social, cultural, racial sejam ultrapassadas para que o fim da pandemia de Aids seja alcançado. E este vem se mostrando como um obstáculo muito grande para alcançar as estratégias estabelecidas.

Vamos destacar o *Getting to zero* (2011-2015), lançado em 2010, com estratégias globais que deveriam ser alcançadas até 2015. Essas estratégias abarcam em suas propostas discussões mais amplas de prevenção, tratamento e garantia de direitos humanos. As 3 principais estratégias eram: 1. Revolucionar a prevenção ao HIV; 2. Catalisar a próxima fase do tratamento do HIV, cuidado e suporte; e 3. Avançar nos direitos humanos e igualdade de gênero para resposta ao HIV (UNAIDS, 2010).

Essas estratégias serão unificadas a outras criadas pelo UNAIDS, tais como diminuir transmissão sexual do HIV, principalmente entre jovens, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e trabalhadores do sexo; eliminar a transmissão vertical e diminuir pela metade a morte materna relacionada à Aids; garantir o acesso universal ao tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2010).

O *Getting to zero* tinha o compromisso de deter e reverter a propagação do HIV e contribuir para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Alcançar estas metas nos levaria a zero novas infecções com HIV; zero mortes relacionadas à Aids e zero discriminação. Chegar aos três zeros ainda faz parte das metas que pretendiam acabar com a epidemia de Aids até 2030. Após 2015, deixa de lado a busca por um progresso gradativo na resposta à epidemia e busca promover a responsabilização e união de diversos atores em um esforço compartilhado para estabelecer novas metas para intensificar o tratamento do HIV (UNAIDS, 2010).

Em 2016, foi assinada a Declaração Política do HIV, com o *Fast Track* para acelerar a luta contra o HIV e acabar com a epidemia de Aids até 2030. Essa agenda, considerada histórica e urgente, representou o compromisso dos países que assinaram – dentre eles o Brasil – em adotar medidas e políticas que ampliem o acesso universal à testagem, tratamento e cuidados para HIV e contribuam para o fim dos níveis epidêmicos de Aids até 2030 (UNAIDS, 2016).

A Declaração Política proporciona um mandato global para a Aceleração da Resposta à Aids no período de 2016-2021, sendo adotada pelos Estados-membros das Nações Unidas, na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Fim da Aids, realizada em junho de 2016, em Nova York. Ela abarca o *Fast Track*, as metas 90-90-90, deixando clara a necessidade de investimento em prevenção, tratamento e cuidado para adultos, jovens e crianças vivendo com HIV/Aids.

Entram em suas discussões as populações-chave, relação de gênero, empoderamento das pessoas com HIV/Aids, sexualidade, direitos reprodutivos. A promoção de leis, políticas e práticas para acessar os serviços e acabar com estigma e preconceito e superar normas culturais e relações sociais opressivas também fazem parte das propostas citadas na Declaração.

Desta forma, podemos observar que essas propostas ganham grande peso e precisam do real compromisso dos países que assinaram a Declaração e concordaram em atingir as estratégias do *Fast Track*. Mas, em tempos de neoliberalismo extremo, como se pode promover leis, políticas e práticas de acesso a serviços para acabar com estigma, preconceito e desigualdades?

No âmbito do neoliberalismo, as dimensões emergenciais e focalizadas das políticas sociais e da assistência social como política pública apresentam crescimento. As políticas sociais também vêm sendo utilizadas como impulso para a rotação do capital em contexto de crise estrutural, o que dificulta e muito o alcance de tais estratégias.

O financiamento é, então, um ponto muito importante nesse processo. Os países envolvidos e comprometidos com as estratégias e metas do *Fast Track* precisam investir financeiramente no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Diante disso, a proposta foi de aumentar o investimento em HIV para 26 bilhões de dólares até 2020. Esse foi um dos grandes desafios para o alcance das metas, já reconhecido pelo UNAIDS, que já admite que esse objetivo não foi alcançado.

Nesse caso, precisamos refletir como esse investimento será feito, tendo em vista que as políticas reducionistas e restritivas adotadas pela maioria dos países, em que as premissas

do neoliberalismo têm hegemonia, são atreladas ao conservadorismo que tanto retrocedem nos avanços alcançados. Entendemos que os recursos para HIV e Aids devem ser direcionados para saúde e bem-estar das pessoas, em especial as populações-chave e pessoas em maior vulnerabilidade, e devem ir além da garantia de medicamentos.

O Fast Track (2016-2021), definido em agosto de 2015, também apresenta alinhamento com a Agenda 2030 e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que estabeleceram o marco para a política de desenvolvimento global nos próximos 15 anos, incluindo o fim da epidemia da Aids até 2030. Assim como previsto na Declaração Política, a Estratégia do UNAIDS visa promover o progresso global no alcance de metas estabelecidas por países para acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio para HIV e para conter e reverter a propagação do vírus.

Os 10 Compromissos de Aceleração da Resposta para Acabar com a Epidemia de AIDS até 2030 são:

1. Garantir que 30 milhões de pessoas vivendo com HIV tenham acesso ao tratamento por meio do cumprimento das metas 90-90-90 até 2020;
2. Eliminar novas infecções até 2020, garantindo, ao mesmo tempo, que 1,6 milhão de crianças tenham acesso ao tratamento para HIV até 2018;
3. Garantir o acesso a opções de prevenção combinada a, pelo menos, 90% das pessoas até 2020;
4. Eliminar as desigualdades de gênero e pôr fim a todas as formas de violência e discriminação contra mulheres e meninas, pessoas vivendo com HIV e populações-chave até 2020;
5. Garantir que 90% dos/das jovens tenham habilidades, conhecimento e capacidade para se proteger do HIV e tenham acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2020;
6. Garantir que 75% das pessoas vivendo com HIV, sob risco de contrair-lo e afetadas pelo vírus sejam beneficiadas por medidas de proteção social sensíveis ao HIV até 2020;
7. Garantir que pelo menos 30% de todos os serviços de HIV prestados sejam liderados pela comunidade até 2020;
8. Garantir que os investimentos em HIV aumentem para US\$ 26 bilhões até 2020, incluindo 25% para prevenção e 6% para facilitadores sociais;
9. Empoderar as pessoas vivendo com HIV para que conheçam seus direitos e tenham acesso à justiça para prevenir e enfrentar violações de direitos humanos;

10. Comprometer-se a tirar a Aids do isolamento por meio de sistemas centrados em pessoas, para melhorar a cobertura universal de saúde.

Os compromissos mencionados estão alinhados com as metas do Fast Track (2016-2021). Foram estabelecidos marcos estratégicos para serem alcançados até 2020, que foram: menos de 500 mil mortes relacionadas à Aids; menos de 500 mil novas infecções por HIV e eliminação da discriminação relacionada ao HIV, que corroboram com o ODS 3. Boa saúde e bem-estar; ODS 5. Igualdade de gênero; ODS 10. Desigualdades reduzidas; ODS 16. Paz, justiça e instituições fortes; e o ODS 17. Parcerias para os objetivos.

Tais compromissos tinham como princípios: a ambição; o foco; a mudança; a rapidez; a saturação e os direitos humanos. Assim, trabalhando para o cumprimento do mais alto padrão de saúde possível, inclusive por meio de serviços de saúde acessíveis e de qualidade e revogando leis, reformando políticas e acabando com as práticas punitivas para uma resposta eficaz e equitativa à Aids; desse modo, avançando numa agenda de desenvolvimento mais ampla, baseada em direitos (UNAIDS, 2015).

A partir da análise desses objetivos e dos compromissos estabelecidos no *Fast Track*, podemos ver que as propostas são promissoras e audaciosas, mas para que sejam alcançadas é necessário que os países que assinaram a Declaração Política trabalhem para que as políticas de enfrentamento à epidemia sejam efetivadas, que garantam acesso à prevenção e ao tratamento a todas e todos que necessitem, livres de preconceito e estigma para as pessoas vivendo com HIV e Aids. Sobretudo, precisam ultrapassar as barreiras do neoliberalismo e do neoconservadorismo, que atuam conjuntamente para minimizar as ações de enfrentamento.

O Fast Track é uma agenda de implementação global, liderada localmente, com foco particularmente forte nos 30 países que respondem pela maior parte das novas infecções por HIV no mundo. Desses 30 países, apenas dois são de renda alta (Rússia e EUA), o restante é de renda baixa ou média. O Brasil está entre os países de renda baixa e média que correspondem por 89% de todas as novas infecções.

Nisso, podemos citar outros países, como Angola, Moçambique, África do Sul, China, Índia, Nigéria, Lesoto, entre outros. Cada país projetaria sua própria abordagem e definiria seu próprio marco para 2020, tendo por base as metas globais. O UNAIDS focaria seu trabalho em lhes dar suporte e apoio. As abordagens regionais e locais também são de autonomia de cada estado ou município.

É importante, porém, refletirmos que o fim da Aids não significa acabar com o HIV; e se o mundo não tiver mais Aids em 2030, teremos pelo menos 35 milhões de pessoas vivendo

com HIV por mais de 30 anos, e que precisarão de cuidados e apoio, acesso a serviços, a menos que se encontre a cura da Aids (WILLIAMS; GRANICH, 2017).

Para se alcançar essas metas, é defendido o início precoce do tratamento. Desde 2015, é recomendado pela OMS o início do tratamento com ARV para todas as pessoas diagnosticadas com HIV. No Brasil, essa recomendação foi anterior, em 2013, através dos programas Tratamento como Prevenção e o Testar e Tratar, que estão alinhados com a proposta de intensificação do tratamento do HIV para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2013).

Em 2018, foi publicado pela UNAIDS o relatório intitulado *Miles to go – closing gaps, breaking barriers, righting Injustice*, que significa *Um longo caminho a percorrer – fechando lacunas, quebrando barreiras, corrigindo injustiças*. Nele, foi dito pela primeira vez que as metas globais para eliminar a epidemia da Aids até 2030 corriam o risco de não serem alcançadas. O número de novas infecções estava aumentando em cerca de 50 países, e as novas infecções globais caíram 18% entre 2010 e 2018. De acordo com o UNAIDS, esse declínio não era rápido o bastante para alcançar a meta de menos de 500 mil até 2020.

O documento apontou que apenas 26% das crianças e 41% dos adultos que vivem com HIV na África Ocidental e Central tiveram acesso ao tratamento, se comparadas com os 59% e 66% de acesso de crianças e adultos, respectivamente, na África Oriental e Austral. O progresso entre as crianças diminuiu, as novas infecções tiveram queda apenas de 8%. De todas as crianças, só 52% estavam recebendo tratamento. Com relação às populações-chave, estas representam 47%, isto é, quase metade das novas infecções no mundo (UNAIDS, 2018).

A ABIA (2018) avalia que o UNAIDS foi assertivo em assumir posição mais realista sobre a epidemia no mundo. Desde 2015, a agência, em conjunto com outras instituições no Brasil e no mundo, alertava para os números alarmantes da epidemia em expansão e para as barreiras estruturais que impedem o acesso ao tratamento e à prevenção de milhões de pessoas no globo.

Concordamos com a ABIA que o cenário traçado no relatório é resultado da inércia dos países e de seus governantes no desenvolvimento de políticas e ações em saúde pública. Podemos destacar alguns fatores que mais influenciam de forma negativa a resposta à Aids, as medidas neoliberais, o contexto social conservador que impulsiona a violência estrutural e dificulta a prevenção nas populações mais vulneráveis; além da falha no abastecimento, que tem colocado em risco a sustentabilidade do acesso a antirretrovirais e favorecido o abandono e interrupção no tratamento.

As metas 90-90-90 foram sendo revisadas desde sua implantação, para verificar evolução ao longo do quadriênio proposto. A nível global, temos que, em 2020, das pessoas vivendo com HIV, 84% sabiam de seu status sorológico; 73% tinham acesso ao tratamento e 66% estavam em supressão viral (UNAIDS, 2021). Como os números nos mostram, o quadriênio 2016-2021 termina sem que as metas sejam alcançadas. Ainda a esse respeito, o UNAIDS afirma o seguinte:

Os ganhos na eficácia do tratamento, bem como o aumento no número de pessoas que conhecem seu estado e estão em tratamento, refletem-se no fato de que os níveis de supressão da carga viral entre todas as pessoas que vivem com HIV aumentaram 18 pontos percentuais entre 2015 e 2019. Quase 59% das pessoas vivendo com HIV mundialmente tiveram cargas virais suprimidas em 2019. No entanto, atingir as metas 90-90-90 resulta em um mínimo de 73% das pessoas que vivem com HIV tendo cargas virais suprimidas, portanto, é improvável que a meta global para o fim de 2020 seja cumprida. A pandemia de Covid-19 também pode ter impacto na carga viral. A modelagem inicial mostrou que uma interrupção severa no tratamento de HIV poderia resultar em mortes adicionais relacionadas à AIDS na África Subsaariana. Alguns países relataram reduções no fornecimento de medicamentos de até 20% em algumas áreas e houve vários relatos de pessoas que vivem com HIV não tendo medicamentos antirretrovirais suficientes para um *lockdown* de mais de 60 dias, bem como relatos de pessoas que abandonaram seus tratamentos de HIV por falta de comida. No entanto, os dados mensais de janeiro a junho de 2020, relatados ao UNAIDS pelos países, não mostraram quedas substanciais no número de pessoas atualmente em tratamento durante o período de seis meses (UNAIDS, 2020, n.p.).

A constatação de que as metas propostas para o quadriênio 2016-2021 não foram alcançadas faz com que o UNAIDS reavalie suas estratégias e publique novas propostas para os anos seguintes. Em 2021, ocorreu um encontro com os Estados-membros que adotam um conjunto novo de metas ambiciosas para acabar com a Aids até 2030. Com isso, a Declaração de Paris é atualizada para ficar alinhada com as novas estratégias, e para esse quadriênio são inseridas as metas 95 95 95, em que 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu *status* sorológico, 95% das pessoas que conheçam seu *status* sorológico estejam sob tratamento antirretroviral, e 95% das pessoas em tratamento antirretroviral estejam com a carga viral suprimida (UNAIDS, 2021).

Assim, em março de 2021, foi lançado o *Global Aids Strategy 2021-2026. End inequalities, end Aids*. A estratégia é baseada em direitos humanos, igualdade e dignidade de gênero, livre de estigma e discriminação para todas as pessoas vivendo com e afetadas pelo HIV, e é o resultado de uma análise extensiva dos dados sobre HIV e de um processo inclusivo de consulta com países, comunidades e parceiros (UNAIDS, 2021).

Nas entrelinhas, percebe-se que as metas não alcançadas até 2021 são remodeladas e relançadas como novas estratégias. Porém, precisamos analisar criticamente o porquê dessas metas não terem sido alcançadas.

A Declaração política e os programas de metas globais citados evidenciam que, mesmo que as ações de combate à epidemia adotadas atualmente tenham continuidade ou apenas expandam a sua cobertura, se não houver uma mudança radical nas estratégias e epistemologias, os resultados serão parcos frente a uma epidemia que tende a se concentrar entre os grupos sociais, regiões, etnias e minorias mais vulnerabilizadas, estigmatizadas e subalternizadas na sociabilidade capitalista. Além de mudança radical, se faz necessário políticas eficazes, combate às desigualdades, financiamento adequado.

Deve-se ir além da oferta de ARV, prevenção combinada, distribuição de preservativos e profilaxias pré e pós exposição. As políticas sociais precisam ser fortalecidas, com financiamento condizente para que as metas globais sejam alcançadas pelos países que assinaram o compromisso internacional. Mas, no neoliberalismo, as ações mercantilizadas e as desigualdades sociais e contradições do capitalismo têm repercussões na resposta ao HIV e à Aids.

Na lógica do neoliberalismo, as diversas expressões da questão social são globalizadas, podemos citar o desemprego estrutural, baixos salários, aumento da pobreza e extrema pobreza, perda de direitos sociais, aumento de doenças trabalhistas, com destaque para transtornos mentais, ou seja, o neoliberalismo ocasiona enorme regressão social da classe trabalhadora (BATISTA, 2017). Para superar as desigualdades como é proposto, se faz necessário vencer o capitalismo e o neoliberalismo.

Para esses programas, o enfrentamento da epidemia deve focar na promoção de mudanças nas relações de poder que fazem com que homens e mulheres, especialmente na periferia capitalista, continuem a ser vulneráveis a novas infecções ou mortes em decorrência da sua condição de subalternização material, política, identitária ou simbólica (UNAIDS, 2013; 2016). Mas, na prática dos países capitalistas periféricos com conservadorismo enraizado, as mudanças nas relações desiguais de poder não fazem parte das estratégias políticas; o mesmo ocorre com as populações-chave, prioritárias e pessoas mais vulneráveis ao vírus.

De acordo com Cooper (2017) e Brown (2019), o neoliberalismo e o neoconservadorismo devem ser pensados em conjunto, com suas convergências, colisões e simbioses, para entender a racionalidade do poder hoje. Os períodos de crise do capital podem redundar no aprofundamento do reacionarismo xenófobo, do conservadorismo e do Estado

totalitário (BROWN, 2019). As relações de dominação/exploração dão suporte à reprodução da sociabilidade capitalista e atingem as classes mais vulneráveis e subalternizadas – grupos esses mais expostos ao vírus HIV.

O autor Michel Löwy também traz importantes contribuições sobre a ascensão da extrema direita, principalmente na Europa. Para o autor, a extrema direita conservadora é diversa e não homogênea, seus grupos têm traços neonazistas, fascistas, que têm em comum o nacionalismo reacionário extremo, o racismo e a xenofobia. Além de ódio ao povo cigano e aos imigrantes, são conhecidos por islamofobia, misoginia, homofobia e anticomunismo (LÖWY, 2015).

Para Löwy (2015), o sucesso da extrema direita tem como uma das explicações o processo de globalização capitalista neoliberal e também um poderoso processo de homogeneização cultural forçada que produz e reproduz, em escala europeia e planetária. Löwy (2015) cita Bensaïd ao falar dos *identity panics* [pênicos de identidade]³⁵, que representam “[...] a obsessiva procura por fontes e raízes que levam a formas religiosas de nacionalismo, além de alimentar conflitos étnicos e confessionais” (LÖWY, 2015, p. 657). A crise do capitalismo também favorece a extrema direita, e o capitalismo se adapta a ela, da mesma forma que se adaptou a outros regimes, como ditaduras, social-liberalismo, democracia.

O autor aponta, ainda, que a extrema direita conservadora na Europa e no Brasil têm algumas similaridades. Destacam-se dois aspectos importantes da agitação reacionária conservadora, que são: a ideologia repressiva, o culto da repressão policial e o outro aspecto é a intolerância com as minorias sexuais, principalmente com homossexuais. Esse é um tema importante de mobilização da extrema direita conservadora que, no Brasil, se apresenta na predominância da direita evangélica, que se espalhou nos partidos políticos.

Embora esses programas de metas globais apontem necessidades urgentes de transformações nas estratégias, e construam metas como: garantir o fim do estigma sobre o HIV e diminuir a expressiva carga de adoecimentos entre as populações-chave, defendem também a expansão e fortalecimento das redes e sistemas de proteção social, em nível nacional, regional ou comunitário, como fator central para reduzir de maneira drástica ou acabar com a Aids; no entanto, se o neoliberalismo não for enfrentado, as metas estabelecidas não serão alcançadas.

³⁵ Termo cunhado por Daniel Bensaïd em seu trabalho intitulado *Mythes identitaires et République imaginaire*, Paris: Lignes, 2005. Michel Löwy utiliza o termo em seu artigo e o traduz para o português.

As políticas sociais do Estado são mais problematizadas dentro das ações progressistas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, mas fenômenos que determinam o declínio dos sistemas de bem-estar originados na sociedade civil – onde ocorrem as relações de produção – não são citados pelos documentos criados nos programas citados acima.

As organizações não governamentais que atuam com PVHA também são chamadas por esses programas para participar das estratégias. Em contrapartida, sofrem com cortes de financiamento ao longo dos últimos anos, o que dificulta o trabalho com as pessoas que vivem com HIV/Aids.

A eliminação do preconceito e estigma são centrais nas discussões e estratégias dos programas internacionais, e para isso é necessário que os países comprometidos com essa agenda trabalhem para essa finalidade. Em 2019, foi realizada pela primeira vez uma pesquisa no Brasil sobre o Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV/Aids, em parceria com organizações e instituições. A pesquisa foi realizada em sete capitais: Manaus, Salvador, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Brasília.

Nela, foi possível identificar que o preconceito e estigma estão presentes e há muito que avançar para erradicá-los. Foi identificado, na pesquisa, que 46,3% sofreram algum tipo de preconceito ou discriminação de forma geral, e 41% dos comentários partiram de seus familiares. Os casos de assédio verbal foram de 25,3%, os casos de agressão física foram de 6,0%, e perda de fonte de renda ou emprego por ser soropositivo foi de 19,6%.

Esses dados evidenciam quão frágeis são as estratégias implementadas atualmente devido à coalizão entre o neoliberalismo, o neoconservadorismo e a extrema direita já consolidados no Brasil. Com isso, os soropositivos, as populações-chave e a população em geral são mais vulnerabilizados diante de políticas e programas alinhados com esse pensamento.

Entre os que vivem em condições precárias que a cultura da violência se espalha, é sobre as mulheres vulneráveis que o machismo se faz presente, é nas favelas que o racismo é mais intenso, é entre os grupos culturalmente diversificados que a intolerância religiosa cresce e é entre as populações-chave e grupos mais vulneráveis que o HIV e a Aids crescem. Nesse interim, o Estado nega direitos e políticas específicas.

No Brasil, o fundo público é estruturado sob a configuração de um Estado Social restrito, que não se preocupa em reduzir a desigualdade social e socializa os custos da crise com a classe trabalhadora, que é quem paga a conta, ou seja, participa minimamente da socialização dos custos da reprodução da força de trabalho, contribuindo mais fortemente para a exploração e para a acumulação (BOSCHETTE, 2018; 2021).

Se as desigualdades sociais, econômicas, culturais, legais e de gênero não forem combatidas, será muito difícil acabar com a Aids, como é proposto pelos programas e metas internacionais. Ao se pensar no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids, deve-se pensar as desigualdades estruturais que criam barreiras para que as ações e políticas cheguem a todas e todos.

A articulação entre o público e o privado torna-se imperativa nas políticas de saúde, o privado passa a prover os serviços de saúde, como já foi dito anteriormente, e cada vez mais o Estado atua via políticas seletivas e focalizadas na pobreza. As políticas sociais, como um todo, seguem uma lógica mercantil e econômica que favorece o grande capital e garante o mínimo possível aos trabalhadores.

Com isso, as mudanças têm que ser amplas, com medidas políticas, econômicas e sociais fortes, que protejam os direitos de todos, com atenção às comunidades marginalizadas, grupos mais vulneráveis e esquecidos. O compromisso das lideranças políticas também é urgente, além do financiamento para a saúde e o enfrentamento da epidemia que já se encaminha para a quinta década.

4.2 ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA RESPONDER À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

O processo de redemocratização política no Brasil marca um período de diversas conquistas para as políticas sociais, entre elas, a de saúde. A Constituição Federal de 1988 amplia o conceito de saúde, que passa a ser um direito universal e de responsabilidade do Estado. Mas, a aproximação do ideário neoliberal no país implica em dificuldades para a implementação da Constituição.

O projeto privatista ganha mais robustez durante a Ditadura Civil-Militar, iniciada em 1964, e continua com suas investidas sobre a saúde pública até hoje. Assim, segue a lógica do mercado e fundamenta-se pela exploração da doença como fonte de lucro. A vigilância da saúde ganha forma a partir da Reforma Sanitária que contou com a atuação de profissionais de saúde e de movimentos sociais, discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que vem garantir o atendimento integral e acesso universal a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na década de 1990, através das leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

No contexto de crise do capital, o ajuste estrutural do Estado é identificado como opção de reprodução dos interesses do capitalismo e de elevação das taxas de lucros. Os interesses do capital repercutem de diversas formas na política de saúde, com a privatização,

mercantilização, um histórico subfinanciamento, que com a EC nº 95/2016 já é classificado como desfinanciamento e implementação de modelos privatizantes de gestão.

O sucateamento do SUS, fruto do histórico subfinanciamento, foi forjado, por um lado, por uma ideologia que abriu caminho para os mercadores da saúde, com seus *lobbies*, com as bancadas do congresso que foram eleitas com apoio de empresas de saúde, em que as dificuldades de acesso aos serviços, a falta de leitos e de profissionais criou o pânico necessário para a opção por planos de saúde para aqueles que podiam pagar, e até a reivindicação de planos coletivos de saúde para a classe trabalhadora com vínculos formais de trabalhos. Por outro lado, o desfinanciamento do SUS poupou o fundo público que foi repassado como esteio do capital, ou através de pagamento de juros da dívida, ou por financiamento direto e indireto aos empresários da saúde (CISLAGHI, 2016).

A área da saúde se configura como importante nicho da ofensiva do capital, devido ao seu potencial de mercantilização. Está inserido no rol dos direitos e políticas sociais que vêm sendo alvo da atual expropriação capitalista, como parte das estratégias das tendências do capitalismo contemporâneo, que nas palavras de Harvey (2008) são as atuais expropriações de direitos contra a classe trabalhadora.

A política pública de HIV/Aids no Brasil, levando em conta sua estruturação organizacional e operacional, foi marcada por diferentes fases. Num primeiro momento, com respostas locais desenvolvidas por estados e municípios ao identificarem os primeiros casos de Aids no país. Depois, pela criação do Programa Nacional de DST/Aids, quando se observou um processo de concentração financeira e de poderes de decisão técnica e política na instância federal (GRANGEIRO *et al.*, 2010), atrelado a um sistema público de saúde que garantiu acesso a tratamento e a medicamentos, aumentando assim a expectativa de vida das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids.

A epidemia de HIV/Aids no Brasil tem apresentado nos últimos anos um recrudescimento. Tal fato difere do discurso utilizado até a primeira década dos anos 2000, período em que se ressaltavam os sucessos da resposta brasileira à epidemia, com destaque às tendências de heterossexualização, feminização, pauperização, interiorização e juvenilização, assim como a estabilização da epidemia.

Ainda no ano 2000, a epidemia ganha o caráter concentrado³⁶ no país, conforme orientação do UNAIDS. E as populações-chave abarcam as maiores porcentagens nos últimos

³⁶ Epidemias concentradas são definidas pelo UNAIDS como aquelas em que a prevalência de HIV é alta em um ou mais grupos populacionais (com prevalência maior que 5%) e baixa na população geral (prevalência menor que 1%).

anos. Entre 2010 e 2018, o Brasil teve um aumento nos novos casos notificados, influenciando inclusive a alta na porcentagem da América Latina, que ficou em torno de 7% nesse período (UNAIDS, 2019).

O Brasil dava resposta de alto nível à epidemia nos anos 1990, através do acolhimento de todos. A partir de 2008, percebe-se uma inflexão no sentido oposto com uma abordagem de culpabilização das pessoas vivendo com HIV/Aids. Entre 2010 e 2018, há um aumento de 21% de casos novos de HIV, de acordo com dados publicados pelo UNAIDS (2019) e pelo Boletim Epidemiológico Nacional.

O que evidencia o retrocesso no âmbito das respostas e ações governamentais e a fragilização da autonomia e da capacidade de controle social por parte de ONGs. A doença é associada às práticas consideradas impróprias e promíscuas, que reforçam a ideia de que quem tem Aids, por adotar práticas sexuais fora dos padrões heterossexuais e heteronormativos.

Nesse período, vemos o fortalecimento do conservadorismo, que resultou em apreensão de materiais informativos, censura de campanhas educativas, proibição de propagandas de prevenção para populações-chave. Como bem diz Richard Parker³⁷, a Aids torna-se moeda de troca com a bancada religiosa no parlamento, deixando o executivo refém de negociações instáveis, o que acarreta impactos negativos nas políticas públicas, principalmente as que defendem pautas sensíveis, tais como sexualidade, direitos reprodutivos, educação sexual, prevenção, HIV e Aids.

O Estado foi esvaziado de conteúdo político, com ampliação de valores morais, dicotomizando a pobreza da desigualdade de classe e consequentemente serviram como mais um pretexto para as elites brasileiras construírem discursos moralizantes com relação a essas políticas. Sendo assim, no Brasil atual, é necessário radicalizar urgentemente a crítica e cobrar as promessas contidas no conceito de democracia (FREIRE; CORTES, 2020).

O Brasil sempre esteve alinhado com as orientações internacionais, até porque, até início dos anos 2000, recebia recursos do Banco Mundial, que tinha metas claras que deveriam ser seguidas pelos países beneficiados por ele, embora concordemos que o BM não tivesse influência direta no êxito da política brasileira para HIV. Já em 2014, o país assumiu o compromisso com as metas 90-90-90; e, em 2016, na ocasião da Declaração Política para

³⁷ É diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), professor titular emérito de Ciências Sociomédicas e Antropologia e membro do Comitê de Pensamento Global na Universidade de Columbia (Nova York). É também fundador e co-presidente do Observatório de Sexualidade e Política (SPW, sigla em inglês), uma coalizão global de pesquisadores, formuladores de políticas e ativistas de uma ampla gama de países e regiões e fundador e presidente do Observatório Global de Políticas de AIDS (GAPW, sigla em inglês), uma iniciativa de vigilância política centrada na epidemia mundial de HIV.

aceleração da resposta à Aids e fim da epidemia até 2030, reafirmou seu compromisso. A partir daí são elaboradas estratégias para alcançar as metas propostas.

O Brasil adota, então, o modelo de prevenção combinada ao HIV, em 2017, e é definida pelo Ministério da Saúde uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levam em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017).

De acordo com o UNAIDS, a prevenção combinada ao HIV teve como principal alicerce o entendimento de que em uma determinada região ou território nem todas as pessoas estão sujeitas ao mesmo tipo de risco ou estão igualmente suscetíveis a adquirir ou transmitir o vírus. Por isso, no Brasil, as estratégias foram adaptadas ao perfil do país.

Após a adoção do modelo de Prevenção Combinada ao HIV, em 2017, foi publicada pelo Ministério da Saúde a cartilha com as orientações e bases conceituais, direcionadas aos profissionais, trabalhadores e gestores de saúde (BRASIL, 2017).

No âmbito das intervenções biomédicas, tem-se o que se chama de intervenção clássica, que é a oferta de preservativos internos e externos como método de barreira, e há intervenções baseadas em antirretrovirais, que abarcam a PEP, PrEP e o Tratamento como Prevenção (TcP), que vem como principal estratégia, vinculada ao Testar e Tratar, para assim alcançar as metas globais 90-90-90.

A adoção do TcP trouxe alguns questionamentos na ocasião de sua implantação, tais como: se havia comprovação de benefícios clínicos; possível restrição da autonomia do sujeito em decidir quando iniciar o tratamento e o risco de testagem obrigatória e não sigilosa; possível criminalização das pessoas vivendo com HIV que decidissem não iniciar o tratamento como forma de prevenção da transmissão, sobretudo quando não apresentassem carga viral indetectável.

Essas inquietações acerca do TcP foram minimizadas à medida que foram publicados novos estudos que demonstravam que a estratégia era eficaz. Aqui, podemos citar o Estudo HPTN 052 (2011) e o Estudo START (2015). O primeiro publicou êxitos no uso precoce de ARV, que resultavam na redução da carga viral e consequente redução na transmissão do vírus; o segundo demonstrou os benefícios clínicos em tomar os medicamentos para a pessoa com HIV/Aids, e não apenas como forma de prevenção para terceiros. Essas evidências clínicas justificaram a criação de novos critérios para o início do TARV (BRASIL, 2017).

O sucesso do Tratamento como Prevenção depende da ampliação dos testes para HIV, que devem ser ofertados pela rede de saúde e direcionados principalmente para as populações-chave e prioritárias; após a identificação dos casos positivos, essas pessoas devem ser inseridas em um serviço especializado para ter acompanhamento e tratamento adequados. Para tanto, como estratégia, foi criada a ampliação dos locais de testagem, que vão além dos serviços de saúde. Assim, domicílios, ONGs, locais de sociabilidade e interação sexual tornaram-se locais alternativos para realizar o teste em horários ampliados (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Monteiro *et al.* (2019) apontam que se trata de uma biomedicalização da resposta à epidemia da Aids, que orienta o tratamento individual e a racionalidade da prevenção. Tem foco prioritário no indivíduo já com o vírus, sendo necessário identificá-lo e tratá-lo. A diminuição da carga viral passa a ser o objetivo do tratamento individual e do controle sanitário.

A ampliação da testagem do HIV, entre 2008 e 2014, teve a parceria e o apoio do Ministério da Saúde com a USAID³⁸ para o desenvolvimento e avaliação do projeto Quero fazer³⁹ nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Fortaleza e Recife. Os gays, travestis e HSH foram os grupos prioritários nesse projeto, que buscou comparar a oferta de teste em três contextos, o CTA, as ONGs e a unidade móvel de testagem (USAID, 2014).

O programa Quero fazer teve como objetivo principal as estratégias de prevenção e oferta de teste antiHIV em homens que fazem sexo com homens (HSH), lésbicas e travestis. Para isso, foram utilizadas duas estratégias de ação: uma itinerante, com os trailers personalizados, e a outra com ONGs parceiras do programa.

Os objetivos específicos: aumentar a cobertura geográfica de aconselhamento e testagem voluntária em HIV; aumentar o número de gays, HSH e travestis que receberam os resultados de seus testes em serviços alternativos e convencionais; e fortalecer a interação e a conexão entre as comunidades gays e de travestis e os serviços públicos de saúde locais, ampliando o conhecimento sobre estratégias de aconselhamento e testagem voluntária, promovendo o maior envolvimento e a inclusão desses grupos populacionais nos serviços de saúde.

A esse respeito Lise *et al.* (2020) dizem que:

³⁸ A Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) possui parcerias com o governo federal, a sociedade civil e o setor privado, com ações de planejamento e implementação para garantir sustentabilidade e desenvolvimento econômico-social equitativo.

³⁹ O programa Quero-fazer foi financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e executado por uma organização não governamental denominada de Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH), no ano de 2010 (LISE *et al.*, 2020).

O Quero-fazer pressupõe que a interação entre os serviços de saúde e as comunidades vulneráveis viabilize, por meio da expansão da cobertura geográfica, do aumento da aceitabilidade e da satisfação dos usuários, o acesso à informação, à testagem, ao referenciamento das pessoas com HIV e à consolidação de comportamentos saudáveis para pessoas soronegativas. O programa foi iniciado em 2010 com dois municípios piloto, sendo um serviço itinerante trailer em Brasília e o outro em uma ONG no Rio de Janeiro capital, denominada de Arco-Íris. Em 2013, o Quero-fazer já possuía sete serviços à disposição da população-alvo, entre eles: quatro trailers itinerantes distribuídos nas capitais do Distrito Federal, Rio de Janeiro, Recife e São Paulo; dois em ONG nas capitais Rio de Janeiro e Recife, e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (LISE *et al.*, 2020, p. 130).

Os autores citados acima apontaram em sua pesquisa que a acessibilidade da população-alvo ao programa pode ter influência dos meios de divulgação dos locais onde as atividades são realizadas. A intervenção dos educadores de pares foi um dos fatores que interferiu na publicização do programa, além do fortalecimento do acolhimento nos locais de testagem, facilitando a interação entre a equipe e os usuários.

Apontaram, ainda, uma fragilidade na divulgação do local e horário do trailer itinerante, e que a utilização das redes de comunicação e mídia teria dado um resultado melhor na procura e conhecimento do programa. Se faz importante destacar que o programa era executado em horários em que o serviço público não funcionava, o que oportunizava populações-chave a ter acesso ao teste.

Embora não seja problematizado no texto dos autores citados, podemos observar que apenas 7 serviços não dariam conta das necessidades da população, nem agora nem na época da implementação do projeto. Se faz necessária maior oferta e ampliação do teste. Em nossas pesquisas, não fica clara a expansão do projeto Quero-fazer, isto é, se o projeto ficou concentrado nos estados que o piloto foi realizado.

Em Recife, foi identificado que a maioria dos testes foram realizados em heterossexuais, o que evidencia que a acessibilidade ao programa de saúde itinerante aumenta a possibilidade dos usuários em realizar a testagem. Já a participação da população HSH e LGBTQIA+ foi superior no Rio de Janeiro, possivelmente devido à ONG que atua com essas populações específicas (LISE *et al.*, 2020). Eles concluem seu estudo dizendo que o programa pode contribuir para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids nos locais não habituais, facilitando o acesso ao diagnóstico precoce, devendo ser considerado como uma estratégia eficiente.

O projeto Quero-fazer continua como uma das estratégias do estado de Pernambuco para ampliar a testagem para populações-chave, e vem sendo direcionado à Região

Metropolitana do Recife; ademais, um outro projeto – Prevenção para todos – cobre os municípios do interior, com foco maior nos que têm números inexpressivos de testes antiHIV. Este projeto sendo mantido pela Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a AIDS Healthcare Foundation (AHF), mas não fica claro como se dá essa parceria e as questões de financiamento⁴⁰.

De acordo com Monteiro et al (2019), atualmente, organizações internacionais, como AHF têm apoiado governos estaduais e municipais, e ONGs no país na implementação de Unidade Móvel de Testagem-UMT, uma característica do Projeto Quero-fazer, priorizando as populações com maior prevalência do HIV.

Para além dos programas financiados por agências estrangeiras, o Brasil reforça e descentraliza a oferta de testes pelo SUS e atualiza os *protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT)*⁴¹ para o manejo da infecção de HIV/Aids em adultos, antecipando o tratamento com TARV para todas as pessoas diagnosticadas com HIV, mesmo sem a manifestação de sintomas clínicos da infecção e contagem de CD4. Também foram elaborados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o uso da PEP, PrEP, realização de diagnóstico e ações de prevenção à transmissão vertical do HIV.

Além dos PCDT, o Ministério da Saúde dispõe de uma série de normas técnicas que devem ser observadas no planejamento, na estruturação e sobretudo na oferta das ações de intervenções biomédicas que compõem os fluxos assistenciais desenhados para a implementação da Prevenção Combinada do HIV (BRASIL, 2013).

O monitoramento clínico é atualmente uma das principais ferramentas para o acompanhamento dos avanços e esforços necessários para melhoria da atenção à pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA). Através do monitoramento, é possível visualizar os dados referentes à dispensação de ARV e o número de pessoas vivendo com HIV vinculadas ao serviço de saúde. É também um importante instrumento para guiar a tomada de decisão e planejamento das ações de saúde voltadas para o controle do HIV.

De acordo com o Painel de Monitoramento Clínico, no ano de 2021, foram dispensados 3.928.384 antirretrovirais e 772.191 pessoas vivendo com HIV/Aids estavam vinculadas ao serviço de saúde. Com relação à dispensação de PrEP, foram 103.588 e a PEP

⁴⁰ Falaremos mais sobre esses projetos na discussão sobre as estratégias para o enfrentamento ao HIV e à Aids em Pernambuco.

⁴¹ Os PCDTs formam um conjunto de orientações que guiam as decisões clínicas ao longo da atenção, sendo elaborados a partir de evidências científicas. Têm por objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico de cada agravo, o algoritmo de tratamento, as respectivas doses (conforme o caso) e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e à farmacovigilância, ou seja, a supervisão de possíveis efeitos adversos (BRASIL, 2017).

foi o equivalente a 323.920, também em 2021. No estado de Pernambuco, tivemos no mesmo ano 183.124 antirretrovirais dispensados e 31.918 pessoas vivendo com HIV/Aids estavam vinculadas a um serviço de saúde. A quantidade de PrEP dispensada foi de 1.694, e de PEP foi de 16.210.

Nesse sentido, desde 2016, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), divulga periodicamente o relatório do monitoramento. Através da cascata do cuidado contínuo⁴², foi possível acompanhar a evolução das metas 90-90-90. O entendimento e a interpretação da cascata devem nortear a tomada de decisões em saúde e o desenho das políticas sanitárias.

A nível global, temos que: em 2021, das pessoas vivendo com HIV, 85% sabiam de seu *status* sorológico; 88% tinham acesso ao tratamento; entre as pessoas com acesso, 92% estavam em supressão viral. De todas as pessoas que vivem com HIV, 85% [75 – 97%] sabiam seu *status*; dentre essas, 75% [66 – 85%] tinham acesso ao tratamento; e dentre essas últimas, 68% [60 – 78%] atingiram supressão viral em 2021 (UNAIDS, 2022).

De acordo com o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2021, publicado em 2022, estimava-se que a cascata do cuidado contínuo para as metas 95-95-95, ao final de 2021, tinha aproximadamente 960 mil PVHIV no país, das quais 852 mil (89%) estavam diagnosticadas; 800 mil (82%) haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde; e 730 mil (76%) estavam retidas nos serviços. Observou-se uma cobertura antirretroviral de 73% (700 mil) e supressão viral (CV inferior a 50 cópias/ml) de 65% (627 mil) entre os indivíduos que tomam o antirretroviral (BRASIL, 2022).

No mesmo relatório, já foram inseridos dados das metas 95-95-95 no período entre 2012 e 2021, que iremos apresentar agora: no período analisado, em geral, há um avanço importante em todas as metas. No entanto, observa-se uma ligeira queda na proporção de PVHIV diagnosticadas entre 2019 e 2020. Essa proporção aumentou aproximadamente 28% entre 2012 e 2021⁴³, passando de 69% para 89%, respectivamente. Houve um aumento de 29% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em TARV (de 64%, em 2012, para 82%, em 2021). Das pessoas em TARV, há pelo menos seis meses, em 2021, 95% atingiram

⁴² A cascata do cuidado contínuo das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) serve para elucidar o contexto epidemiológico e caracterizar o cuidado dos indivíduos com HIV/Aids em um período específico. Essa ferramenta também tem o intuito de auxiliar nas discussões dos processos de trabalho dos serviços de saúde dos municípios. É possível identificar, com a cascata de PVHA, a estimativa de pessoas diagnosticadas, vinculadas, retidas, em tratamento antirretrovirais (TARV), e com carga viral indetectável. Em uma situação ideal, essas seis colunas deveriam estar alinhadas.

⁴³ No relatório de monitoramento clínico, não fica claro o porquê de terem decidido analisar o *status* de alcance das metas 95-95-95 dentro do período de 2012 a 2021, tendo em vista que tais metas não estavam em execução desde 2012.

supressão viral (CV<1.000 cópias/ml), proporção 11% acima da observada em 2012 (86%) (BRASIL, 2022).

Podemos observar por esses dados que, apesar do avanço no diagnóstico das pessoas com HIV ultrapassar 80%, a cobertura com ARV e a supressão viral, tão importante para evitar a contaminação entre pessoas sorodiferentes, não evoluiu da forma que deveria. Uma das causas pode ser a pandemia do novo coronavírus (Covid-19) que, desde 2020, assola o mundo, impactando no andamento e fortalecimento dos serviços de referência e na continuidade de tratamento. Porém, a Covid-19 não pode ser responsabilizada exclusivamente, pois a fragilidade e redução de investimento na política de saúde também são centrais nessa questão. O histórico processo de desmonte do SUS dificulta as ações de prevenção e tratamento, embora o atual diretor do DDCCI Gerson Pereira ter dito, em entrevista dada em 2021 à *The Lancet*, que a pandemia de Covid-19 não interferiu na resposta ao HIV/Aids, afirmando que desde a liberação de recursos até a dispensação de ARV, PrEP e exames não sofreram impactos.

No entanto, vemos que as pessoas vivendo com HIV/Aids sofreram, sim, com a pandemia, seja pela fragilidade imunológica, que as coloca em grupo de risco, seja pela diminuição de equipes técnicas, pelo cancelamento de consultas periódicas, pela demora para realizar exames de CD4 e carga viral, fragilidade na distribuição de TARV para 90 dias.

Outro dado interessante e que merece destaque é a cascata do cuidado contínuo estratificada por sexo para o ano de 2021. Aproximadamente 625 mil homens e 335 mil mulheres estavam infectados pelo HIV no Brasil. Quando calculadas as proporções em relação ao número de PVHIV, nota-se que, no que se refere ao diagnóstico, os homens (565 mil – 90%) apresentam resultado melhor que as mulheres (287 mil – 86%). Além disso, quando se analisam os *leakages* entre cada barra e a seguinte, a partir do diagnóstico, as perdas são proporcionalmente maiores entre as mulheres (BRASIL, 2022).

Assim, o acesso ao diagnóstico, à vinculação (homem: 530 mil – 85% e mulheres: 272 mil – 81%) e retenção nos serviços (homem: 485 mil – 78% e mulheres: 245 mil – 73%), a retenção ao tratamento (homem: 469 mil – 75% e mulheres: 231 mil – 69%) e a supressão viral (homem: 425 mil – 68% e mulheres: 202 mil – 60%) são todos menores em relação aos homens (BRASIL, 2022).

Esses dados nos mostram o quanto as mulheres, que historicamente procuram mais os serviços de saúde (LEVORATO *et al.*, 2014), estão vulneráveis ao vírus e enfrentam a dificuldade no acesso e permanência do tratamento. A nível global, as mulheres e meninas são 20,2 milhões vivendo com HIV, constituem mais de 50% dos 37,7 milhões de pessoas

vivendo com HIV. Na América Latina e Caribe, o Brasil é o país com maior número de mulheres e meninas com HIV (330 mil). Já a África do Sul tem 5 milhões e Moçambique tem 1,3 milhão. Esses números colocam as mulheres e meninas no centro das respostas à epidemia, mas para isso são necessárias políticas específicas eficazes.

Quando se fala da resposta brasileira ao HIV/Aids está se falando de iniciativas do governo e também do envolvimento da sociedade, que se mobilizou e pressionou os governos municipais, estaduais e federal para que atuassem. O êxito da resposta brasileira foi reflexo da decisão política em associar acesso a serviços de saúde aos direitos humanos, na década de 1990, influenciada pela Constituição Federal de 1988. Mas, nos últimos anos, vemos um grande retrocesso na política de saúde e também na de HIV/Aids.

Por isso, não se pode esquecer que a resposta à epidemia nunca foi apenas biomédica, a resposta brasileira no que se refere a aspectos sociais e políticos também influenciou no sucesso do enfrentamento já no início da epidemia. Mas, o que vemos atualmente é que a epidemia está longe de acabar. Pertencer a um grupo vulnerável combinado a práticas sexuais desprotegidas, carência de políticas de prevenção, negação de direitos, racismo, sexismo, LGBTfobia, sorofobia, transfobia, pobreza fazem com que as pessoas se infectem pelo HIV.

O processo de desmonte da política nacional de HIV/Aids tem também como aliado um conjunto de práticas e crenças irracionais e discriminatórias contra as populações-chave e as pessoas que vivem com HIV e Aids, tais práticas e crenças foram nomeadas de sorofobia por Barbosa Filho e Vieira (2021). Inclusive, essas populações-chave e prioritárias recebem atenção especial nas estratégias para o quadriênio 2021-2026.

Concordamos com Barbosa Filho e Vieira (2021) que a sorofobia é sustentada em discursos e dispositivos de poder que vão desde a tutela, a interdição, a segregação, a punição e o controle sobre os corpos soropositivos até o extremo de reduzir vidas humanas à condição de despesas que devem ser evitadas pelo Estado. Tal perspectiva ganha força sob influência do neoliberalismo e do neoconservadorismo, que refletem os interesses do capital na política de saúde e de HIV/Aids.

Em 2016, o Brasil assumiu o compromisso com o Fast Track (2016-2021) e a Declaração Política, que têm objetivos claros para acabar com a epidemia de Aids até 2030. As estratégias dos países devem abarcar a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, fim da discriminação e estigma, além de acesso e cuidado em saúde, e ao tratamento e prevenção para todos que vivem com HIV/Aids, principalmente as populações-chave e prioritárias. Mas, nesse mesmo ano, o país aprova a EC nº 95/2016, que atinge

ferozmente a política de saúde e, conseqüentemente, a política de HIV e Aids, já fragilizadas e agora com a marca do desfinanciamento.

Tivemos a redução do SUS e seu financiamento, a proposta de planos de saúde acessíveis (Portaria nº 1.482/2016, que institui um grupo de trabalho); corte no programa Farmácia Popular; diminuição de poder de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e de Saúde Mental, tudo isso sem participação da sociedade. A reformulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi aprovada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e vem como um retrocesso ao fortalecer a internação em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais e ambulatórios. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e a Associação Brasileira de Saúde Mental são contra essas mudanças na RAPS. Essas são apenas algumas das ações dos dois últimos governos que têm como marca o projeto neoliberal.

No início da pandemia de Covid-19, vivenciamos um período tenebroso com as atitudes nefastas do presidente Jair Messias Bolsonaro, de negação da ciência, da gravidade da doença, da alta taxa de mortalidade, da vacina. A pandemia, ao longo do ano de 2020, apresentou um curso exponencial de crescimento, atingindo não mais prioritariamente os idosos ou pessoas com comorbidades, mas também o público jovem.

A desigualdade social crônica se mostra mais latente na pandemia, com as medidas para enfrentar esse novo vírus. Foram criadas políticas para apoiar as empresas, através de medidas provisórias, a exemplo da MP nº 927 e MP nº 936, que dentre algumas ações permitiram a diminuição da jornada de trabalho e de salários e suspensão de contratos sem demissão. O governo federal adotou medidas frágeis para amparar a classe trabalhadora mais vulnerável (BEHRING; SOUZA, 2020).

A partir do momento que o Brasil assume o compromisso com as metas internacionais de acabar com a epidemia de Aids até 2030, ele deveria seguir e se esforçar para alcançar os principais objetivos do *Fast Track*, mas, ao invés disso, vemos que o país foca exclusivamente em intervenções biomédicas, no que se refere à prevenção e tratamento, através de início do tratamento a partir do diagnóstico, a implantação de medicalização como forma de prevenção, deixando em segundo plano as questões sociais e políticas estruturantes da epidemia. As decisões políticas e econômicas do governo federal em nada beneficiaram as pessoas com HIV/Aids, pelo contrário.

A medicalização da prevenção avança, enquanto as intervenções comportamentais e estruturais não, impossibilitando mudanças concretas na epidemia. As questões comportamentais, no que se refere a práticas sexuais, direitos sexuais e reprodutivos vêm

sendo deixadas de lado nos últimos anos. As vulnerabilidades individual, social e programática precisam ser melhor abordadas. As políticas e programas direcionados ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids necessitam ser fortalecidas.

No caso das intervenções estruturais, temos que pensar nos impactos do preconceito, discriminação, racismo estrutural, desigualdades de gênero e social, machismo, LGBTfobia, além do grande impacto causado pela redução de recursos em diversas áreas da saúde. No governo de Jair Messias Bolsonaro, tivemos o desmonte da Secretaria das Mulheres, passando a integrar outra: o Ministério da mulher, da família e Direitos Humanos, que teve como ministra Damare Alves, que adotou desde o início o discurso conservador e moralista. Além disso, houve diminuição de verba para combate à violência contra a mulher durante os 4 anos de exercício da referida ministra, acarretando grandes retrocessos e aumento de casos de violência doméstica e feminicídio.

Assim, o enfrentamento da violência, saúde, prevenção ao HIV para as mulheres foi cada vez mais enfraquecido. No período em que foi ministra, houve redução de recursos para o combate à violência contra as mulheres. A população LGBTQIA+ também foi invisibilizada nesse governo, além das populações-chave e prioritária.

Ainda abordando a redução de recursos, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) divulgou, em outubro de 2022, um Boletim de Monitoramento do Orçamento da Saúde. O documento realizou análises orçamentárias pertinentes de doze programas do SUS e uma comparação dos valores destinados no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), de 2022, com o PLOA, de 2023. Dentre os programas analisados, iremos destacar o de Atendimento à População para Prevenção, Controle e Tratamento de HIV/Aids, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Esse programa teve uma redução orçamentária de 17,4%, em que em 2022 teve liberado R\$ 2.335.864.755 e a projeção para 2023 foi de R\$ 1.928.100.000, ou seja, redução de R\$ 407 milhões (IEPS, 2022). O IEPS pontua ainda que:

Na pandemia de Covid-19, 4% das pessoas HIV positivo não estavam em tratamento antirretroviral, 67% relataram sentir alteração de humor em função da pandemia e 43% esperavam apoio do governo e de organizações não governamentais para o acesso a serviços de assistência social, incluindo alimentação, o que evidencia a necessidade de maiores cuidados e políticas visando ao atendimento para esse grupo social (2022, p. 6).

Sem políticas fortes, estruturadas e com investimento adequado não será possível vencer essas barreiras que impossibilitam o enfrentamento da epidemia. As pessoas vivendo

com HIV/Aids necessitam ter acesso à política de saúde, previdência e assistência social, além de medicamentos antirretrovirais, e as questões estruturais citadas acima precisam ser desconstruídas, para assim gerar qualidade de vida aos soropositivos e a prevenção ao HIV. Ou seja, essas questões vão de encontro ao projeto neoliberal e neoconservador defendido por partidos e grupos políticos de extrema direita.

A adoção das metas internacionais, que não se restringem às metas 95-95-95, envolve questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, raça, empoderamento, direitos humanos, combate ao estigma, ao preconceito e à violência, além da inclusão dos sujeitos vivendo com HIV/Aids nas discussões e elaboração e execução de políticas. As ações em parceria com ONGs que atuam com PVHA são também importantes nesse processo.

Em contrapartida, vemos que, no Brasil, essas questões não são privilegiadas. Uma das principais causas é o conservadorismo que cresce no país, e que está presente na política. Como já citamos anteriormente, interfere em campanhas de prevenção na mídia, nas escolas, repassa essas discussões para o âmbito familiar, reforça discursos de ódio. O acolhimento deixou de ser a abordagem utilizada e no lugar veio a culpabilização do indivíduo.

Ainda refletindo sobre o conservadorismo, o número de evangélicos no Brasil atualmente ultrapassa 40 milhões de pessoas. Nesse ritmo, poderão vir a constituir a maioria religiosa no país antes de 2030. Nesse vasto universo de pastores e buscadores da fé, há igrejas hegemônicas, como a Assembleia de Deus, com mais de 12 milhões de fiéis, fincando posturas rígidas no campo da sexualidade. A homossexualidade, por exemplo, é transferida para o terreno do pecado, da transgressão (AGÊNCIA AIDS, 2019). Como consequência, temos mais LGBTfobia, mais estigma e preconceito e diminuição da prevenção.

O governo de Jair Bolsonaro foi responsável pelo corte de mais de 400 milhões de reais, ou seja, a falta de financiamento impactou negativamente nas campanhas de prevenção e cuidado. Mais uma evidência do desmonte e desfinanciamento do programa de enfrentamento ao HIV/Aids é a negligência com os jovens. Em dez anos (de 2010 a 2020), houve crescimento nos casos de Aids na faixa etária masculina de 15 a 24 anos, indo de 27,3, em 2010, para 33,1, em 2020, tendo diminuído nas outras faixas etárias (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021). As estratégias e campanhas de saúde não alcançam as mudanças geracionais, de comportamento e os novos espaços de sociabilidade.

O tratamento como prevenção e a testagem se tornam ferramentas da prevenção ao HIV/Aids e condição necessária para alcançar as metas 90-90-90, equacionadas ao tratamento, carga viral indetectável e não transmissão. No plano social e programático, a

testagem perde seu caráter de exceção e o aconselhamento deixa de ser importante na dinâmica dos serviços (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Como já vimos, as metas 90-90-90 não foram alcançadas ao término de 2021, nem no Brasil e nem no restante dos países aderentes; os números foram mais expressivos na supressão viral. A falta de investimentos, a preferência pelas intervenções biomédicas em detrimento das comportamentais e estruturais, parcas políticas sociais, permanência de estigma e preconceito, negação de direitos humanos, enfraquecimento dos movimentos que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, conservadorismo e acirramento do neoliberalismo são algumas determinações e mediações que podem justificar esse fracasso.

Arelado a isto, temos um Sistema Único de Saúde (SUS) em crise, sucateado, com déficit de profissionais, desabastecimento de medicamentos ARV e para doenças oportunistas e falta de alguns insumos de prevenção. Por isso, precisamos refletir criticamente as atuais estratégias adotadas pelo Brasil e, conseqüentemente, pelos estados brasileiros, além das implicações negativas da biomedicalização da prevenção ao HIV/Aids, sem desconsiderar outras questões sociais, estruturais e comportamentais.

Mesmo estando fadado ao ajuste fiscal provocado pela EC nº 95/2016, o SUS ainda dispõe de campanhas publicitárias, insumos de prevenção (preservativo interno e externo, e gel), teste rápido, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids e outras ISTs. Dispõe, ainda, de programas de redução de danos, protocolos para o uso dos medicamentos para soropositivos, soronegativos, pré ou pós exposição ao HIV. Mas, a oferta de insumos e medicamentos não é suficiente, é preciso que haja a diminuição da desigualdade social, discussão das questões de gênero, raça, classe, combate ao preconceito e ao estigma, dentre outras questões estruturais e comportamentais.

Os recursos são restritos e não chegam a todos que deveriam ser beneficiados por sua utilização. Os serviços não têm profissionais de saúde suficientes, o que faz com que neguem o cadastro de novos usuários, como ocorreu com a oferta da PrEP no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC). Sob essa ótica, vemos que a Lei de Responsabilidade Fiscal e o gerencialismo na política de saúde limitam a abertura de novos concursos públicos, abrindo caminho para as parcerias com a iniciativa privada. Essa determinação legal, criada para contribuir à manutenção do ajuste fiscal, sob a lógica neoliberal, reduz os gastos com políticas sociais, em detrimento das necessidades sociais.

Como bem colocam Scheffer e Rosenthal, em artigo publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 2017, a política moralista não reconhece os mais vulneráveis como cidadãos plenos, sujeitos de suas escolhas, e ainda se alia a legisladores obcecados em retirar ou negar

direitos e responsabilizar os indivíduos por suprir suas necessidades, deixando o Estado isento de gastos sociais, seguindo a lógica neoliberal.

Enfim, assistimos à diminuição anual dos novos casos de Aids desde 2013, período em que registrava 43.493 casos, chegando a 29.917 casos em 2020 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021), mas com o adoecimento de grupos mais vulneráveis, atrelados ao aumento da fome, da pobreza, do desemprego, evidencia-se a contradição em se ter um aparato tecnológico, com intervenções inovadoras, mas que não alcança os extratos sociais mais vulnerabilizados.

Em 2019, o Brasil registrou 41.919 novos casos de infecção pelo HIV, número 7% menor que os 45.078 casos registrados no ano anterior. Dos casos registrados em 2019, 53,8% concentram-se em homens homossexuais e bissexuais. Em 2020, foram notificadas 32.701 infecções por HIV. Os números também apontaram queda no número de casos de infecção por Aids nos últimos anos: de 2012 para 2019, o Ministério da Saúde identificou no país uma diminuição na taxa de detecção da doença de 21,9/100 mil habitantes para 17,8/100 mil habitantes, um decréscimo de 18,7% (BRASIL, 2020).

Mesmo assim, a taxa de detecção da doença segue em alta entre homens nas faixas etárias mais jovens. Comparando-se os anos de 2009 e 2019, por exemplo, a taxa cresceu de 3,7% para 6,1% na faixa de 15 a 19 anos; na faixa de 20 a 24 anos, evoluiu de 20,6% para 36%; de 25 a 29 anos, foi de 41,3% para 52%. Entre homens com 60 anos ou mais houve avanço, também, ainda que em menor escala: passou de 11,6% em 2009 para 12,2% em 2019 (BRASIL, 2020).

Concordamos com Cazeiro *et al.* (2021) que a sistemática negação e negligência de populações-chave e mais vulneráveis ao vírus e a não interferência nessas dimensões evidencia a necropolítica praticada pelo Estado. Condizente com o projeto neoliberal do atual governo, que tende a concentrar mais renda e reduzir as políticas sociais.

Em notícia publicada na Agência Aids, em 2019, César Muñoz, diretor regional do UNAIDS para a América Latina e o Caribe, indica que, para que o Brasil alcance um programa mais forte, tem que vencer o desafio de adaptar uma resposta mais focada à epidemia com a introdução de abordagens inovadoras, mantendo uma plataforma sobre direitos humanos, em que o estigma e a discriminação relacionados ao HIV sejam claramente abordados, além de trabalhar de perto com as comunidades mais afetadas pela epidemia.

O Brasil perde oportunidades e retrocede cada vez mais, deixa de dialogar e trabalhar em conjunto com as ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, que já têm história. O país que já foi pioneiro na oferta de medicamentos antirretrovirais vem se tornando

um exemplo a não ser seguido. E essas ações ou omissões têm mediações ou se particularizam nos estados brasileiros.

O que se apresenta é a expressão particular de um processo de desestruturação da rede pública de saúde, impetrado pela contrarreforma de acordo com os interesses do mercado privado nacional e internacional, em que a intensa privatização de serviços se coaduna com a precarização e o alto investimento tecnológico com sucateamento de serviços (SOARES *et al.*, 2018).

4.3 AS CONTRADIÇÕES NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO

Neste ponto, faremos a análise das contradições da política de enfrentamento no estado de Pernambuco, mas para isso precisamos antes compreender como foi construída a resposta governamental à epidemia no estado, desde os primeiros casos. As análises foram fundamentadas nas entrevistas realizadas com a equipe que compõe a coordenação do Programa Estadual de IST/HIV/Aids e com representantes de movimentos sociais/ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em 1987, teve início o segundo governo de Miguel Arraes, que na ocasião nomeou um médico seu para o cargo de secretário de saúde do estado, cujo nome era Ciro de Andrade Lima. Nesse período, já havia no estado um movimento de sanitaristas, influenciados pela reforma sanitária, que impulsionaram o debate sobre as políticas de saúde. Nesse período, a médica Ana Brito foi nomeada coordenadora de epidemiologia do estado, e dentre suas responsabilidades estavam as atividades referentes a hanseníase, IST e HIV/Aids.

O Programa Estadual de IST/Aids foi criado em 1987. Teve como primeiro coordenador o epidemiologista Jarbas Barbosa. Sua primeira medida no cargo foi organizar uma base de dados com as notificações dos casos de Aids. O programa organizou-se em torno das áreas de epidemiologia, prevenção, assistência e laboratório, estrutura vigente até hoje. À época, a equipe era formada pelo próprio coordenador, mais uma psicóloga, uma médica dermatologista sanitarista e 2 técnicas (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O coordenador tinha a função de solicitar os exames e enviar o material para um laboratório da Fiocruz no Rio de Janeiro. O resultado poderia demorar até 4 meses para ficar pronto, e cabia ao coordenador dar o diagnóstico e encaminhar os casos positivos para iniciar o tratamento em serviço de saúde. A criação do Laboratório Central de Saúde Pública

(LACEN) possibilitou a realização dos testes no estado, e foi referência para todos os estados do Nordeste (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Em Pernambuco, não foi diferente do que ocorreu no restante do país, no que se refere às medidas adotadas nos primeiros anos da epidemia. Tinha-se insuficiência de leitos, recusa de internações, o preconceito já era presente no tratamento dado às pessoas diagnosticadas com Aids.

No início da epidemia, já era evidente a necessidade de estratégias de prevenção abordando os riscos sexuais e o uso de drogas injetáveis. Mas as iniciativas de prevenção com abordagem de práticas sexuais seguras e uso de preservativo foram alvo de reações negativas devido a posturas conservadoras por parte de gestores, que criavam barreiras no enfrentamento.

Em 1990, houve o fortalecimento do Programa Estadual e, com ampliação das ações, ganhou mais visibilidade e tornou-se referência nacional. O envolvimento emocional e a solidariedade dos profissionais de saúde engajados no controle da doença também foram marcantes nos primeiros 10 anos da epidemia em Pernambuco (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Em 1995, o médico François Figueiroa assume a coordenação do Programa Estadual e permanece nessa função até 2018. Depois dele, assume a enfermeira Camila Dantas que já fazia parte da equipe do programa, e está na gestão até hoje (2022). Junto a ela, existem mais três coordenações: a de Prevenção e Educação em saúde; a de Apoio à Assistência; e de Vigilância Epidemiológica. Camila Dantas assume como a quarta gerente do Programa Estadual; antes dela, cronologicamente, tivemos: Jarbas Barbosa (1987), Ana Brito (1990) e François Figueiroa (1995).

Na década de 1990, as políticas públicas de HIV/Aids vão se consolidando no âmbito nacional, e passam a contar com os recursos do Aids 1, financiado pelo Banco Mundial. O estado de Pernambuco vai fortalecer suas políticas a partir desses recursos.

4.3.1 EPIDEMIOLOGIA E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PERNAMBUCO

No estado de Pernambuco, entre 2014⁴⁴ e 2022, foram notificados 23.742 casos de HIV. De 2016 a 2018, a taxa de detecção do HIV vinha numa crescente, mas, em 2020, foi de 27,43%, valor abaixo do ano anterior – que ficou em 38,77%, mas voltou a subir em 2021, ficando em 32,4 (PERNAMBUCO, 2022). Podemos entender que a descentralização da testagem rápida para HIV/Aids possibilitou que as pessoas tivessem conhecimento de seus *status* sorológicos. A essa diminuição em 2020 podemos associar a pandemia de Covid-19, que impactou negativamente na testagem e outras ações de saúde.

Levando em consideração o período de 2017 a 2021, entre os casos notificados de HIV, predominam pessoas identificadas ao nascer como sendo do sexo masculino (70,4%) em relação ao feminino (29,6%), com razão de sexo de 2,6. Em relação à categoria de exposição hierárquica nos homens, de 50,3% de transmissão homossexual, 36,3% heterossexual e 11,0% bissexual. Nas mulheres, a incidência é na exposição hierárquica de transmissão heterossexual, com 94,6%. As pessoas que se autodeclararam pardas são maioria (70,0%), seguidas de brancas (17,4%) e pretas (11,8%) (PERNAMBUCO, 2022).

No que se refere à escolaridade, 31,7% têm Ensino Fundamental incompleto, 30,8% Ensino Médio completo, 10,7% Ensino Superior completo, 8,6% Ensino Médio incompleto, 8,0% Ensino Superior incompleto, 7,1% Ensino Fundamental completo e 3,1% não alfabetizadas (PERNAMBUCO, 2021).

Com relação aos casos de Aids, no período de 1983 a novembro de 2021, foram notificados 30.263 casos. Entre 2016 e 2020, foram 5.212 casos; ainda nesse período, houve uma redução de 40,2% dos casos de Aids. A taxa de detecção foi de 7,7, em 2020; de 10,0, em 2019; de 11,8, em 2018; de 12,1, em 2017; e de 13,1, em 2016. Mas essa baixa taxa de detecção, em 2020, tem que ser analisada sob a perspectiva da pandemia de Covid-19, que impactou nas notificações de HIV/Aids (PERNAMBUCO, 2021).

As pessoas autodeclaradas pardas são maioria nas notificações (73,0%), seguidas de brancas (17,2%) e pretas (9,3%). E 39,1% têm Ensino Fundamental incompleto. As pessoas com sexo masculino ao nascer são maioria (67,7) na categoria de exposição hierárquica, tendo a transmissão sexual prevalente (97,6%) entre heterossexuais (46,5%). Com relação ao sexo feminino ao nascer tem a porcentagem de 32,3%, a transmissão sexual também é maioria (98,7%) entre heterossexuais (69,6%) (PERNAMBUCO, 2021).

⁴⁴ Nos boletins epidemiológicos de Pernambuco anteriores ao de 2021, não foram encontrados dados notificados de HIV anterior a 2014. Com isso, entendemos que o estado passou a notificar e quantificar esses casos a partir de 2014, diferente do boletim nacional que apresenta dados de HIV separados dos de Aids desde 2007.

Apesar das mulheres gestantes não serem uma população específica de nossas análises, se faz necessário apresentar alguns dados aqui, pois os números de grávidas diagnosticadas com HIV vêm crescendo nos últimos anos, a nível nacional e no estado pernambucano. No Brasil, em dez anos (2010-2020), houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes (BRASIL, 2022).

As regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores incrementos nesse mesmo período, de 111,3% e 73,8%, respectivamente. Em 2020, Pernambuco apresentou uma taxa de detecção de 3,3, superior à média nacional, que foi de 2,7. E a capital pernambucana apresentou taxa superior à nacional e estadual, com 4,6 (BRASIL, 2021).

De 2016 a 2020, Pernambuco apresentou um incremento de 37,1% casos de gestantes HIV+, e 2.218 crianças foram expostas ao HIV nesse mesmo período. No manejo clínico das gestantes, 91,5% fez pré-natal; 40,4% com diagnóstico do HIV no pré-natal; 77,7% usou ARV no pré-natal e 82,1% usou ARV no parto (PERNAMBUCO, 2021).

Esses dados mostram que as mulheres gestantes com HIV recebem acompanhamento, fazem uso do ARV na gestação e parto, mas é preocupante o aumento de notificações nos últimos 5 anos, que aponta a necessidade de olhar essas mulheres antes da gestação e de criar políticas que diminuam sua condição de vulnerabilidade.

Em Pernambuco, as gestantes foram incluídas na mandala da prevenção combinada⁴⁵, mas o que se monitora é a realização dos testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e C na atenção básica pelos municípios. Não identificamos projetos específicos para esta população, o que recai novamente na premissa de que as mulheres, as relações desiguais de poder, os direitos sexuais e reprodutivos não são prioridade na gestão tanto nacional quanto estadual, e se tornam barreiras para enfrentar o HIV/Aids.

No período de 1983 a 2021, foram notificados 13.434 casos de óbitos que tiveram a Aids como causa básica. Em 2021, foram notificados 517 casos de óbito. Entre 2016 e 2020, houve uma redução de 22,7% no número de óbitos, sendo 66,9% em pessoas identificadas ao nascer como do sexo masculino e 33,1% feminino. As faixas etárias de óbito predominantes são de 30 a 39 (27,7%) e 40 a 49 (28,9%). Com relação à raça/cor, 67,9% são pardas, seguidas de 20,6% brancas e 11,3% pretas (PERNAMBUCO, 2022).

⁴⁵ A Prevenção Combinada abarca várias tecnologias que podem ser usadas e combinadas para o gerenciamento das exposições e riscos em torno da transmissão das ISTs, Aids e HIV. O Ministério da Saúde lançou sua mandala da Prevenção Combinada, congregando 9 tecnologias que podem ser usadas para a prevenção e gerenciamento de risco. Em meados de junho de 2016, baseada na mandala do MS, foi lançado pelo Programa Estadual de Pernambuco a primeira versão da mandala estadual, a qual destacava 12 tecnologias para a prevenção do HIV e Aids no Estado (SILVA *et al.*, 2021).

Em um *ranking* dos 10 municípios com os maiores números de notificação de HIV no ano de 2021⁴⁶, Recife apresentou o maior número de notificações (607), seguido de Jaboatão dos Guararapes (253), Olinda (166), Caruaru (112), Paulista (89), Cabo de Santo Agostinho (77), Abreu e Lima (76), Petrolina (64), Ipojuca (43) e Camaragibe (39) (PERNAMBUCO, 2018). Para os casos de Aids, esse *ranking* muda um pouco, Recife aparece com 173 casos, seguido de Jaboatão (49), Olinda (31), Paulista (30), Caruaru (24), Garanhuns (19), Cabo (17), Camaragibe (17), Petrolina (16) e Ingazeira (11 casos).

De acordo com o Boletim do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais, da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2018), a epidemia está estabilizada desde 2002, mas em um patamar elevado. Precisamos salientar que, desde 2020, o boletim epidemiológico de Pernambuco vem sendo divulgado no modo de informativo, com uma diminuição considerável de informações e dados.

Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ/AB), que tinha como objetivo avaliar e incentivar financeiramente os municípios, melhorando a qualidade dos serviços. O PMAQ/AB trazia o aumento no repasse de recursos do governo federal para os municípios participantes que atingissem melhorias no atendimento da população (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi criado o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA/AB), através da Portaria nº 1.708, com o objetivo de fortalecer e possibilitar o acesso integral às ações e serviços de saúde de qualidade, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2013).

Esses incentivos contribuíram para a descentralização da testagem rápida nos municípios (uma vez que um dos indicadores para alcançar as metas era a realização de teste de HIV e para sífilis, com cobertura às gestantes), para o recebimento de recursos financeiros. No entanto, não resolveram totalmente a dificuldade de implantação no estado.

Em pesquisa de doutorado de Jardim (2018), foi observado que a descentralização da testagem rápida ainda é um processo em construção em Pernambuco. O Programa Estadual passou a ministrar capacitações nas Gerências Regionais de Saúde (GERES) e nos municípios do interior para realização de testes, mas, de acordo com a equipe responsável pelo treinamento, existia – e ainda existe – uma grande dificuldade em encontrar profissionais sensíveis e dispostos. Então, o trabalho foi intensificado a fim de mobilizar profissionais e dar

⁴⁶ Os dados de 2021 foram atualizados em novembro no mesmo ano.

continuidade às ações. Desse modo, o processo de implantação ocorre de forma gradual e conjunta com as coordenações da Atenção Básica nos municípios (JARDIM, 2018).

Em 2014, a partir do momento que foi estabelecida a diretriz para descentralização do atendimento ao HIV para a Atenção Básica, a Articulação Aids de PE⁴⁷ mobilizou-se, reagindo de forma contrária à normativa do governo federal. Segundo eles, apesar da política de Aids fazer parte do SUS, a rede de serviços de saúde da Atenção Básica no estado não está preparada para realizar um atendimento tão complexo, principalmente no que diz respeito a questões de sigilo, devido às discriminações e preconceitos à doença.

Embora a Atenção Básica seja a porta de entrada preferencial do SUS, as unidades de saúde não estão devidamente equipadas. Com relação a essa discussão, temos a fala do representante da ONG 3, que enfatiza a necessidade de fortalecimento da Atenção Básica:

Então, a gente precisa muito melhorar a saúde de modo geral, a atenção básica tem que ser fortalecida, para que quando a gente chegar lá, por exemplo, foi encaminhado do SAE para ser atendido na atenção básica, tem que estar preparada para atender e acolher a gente, e não está.... os médicos e equipe ainda não estão capacitados para lidar com pessoas com HIV, por preconceito, às vezes tem medo de tocar numa pessoa com HIV. Então é preciso começar a fortalecer a atenção básica, a gente tem uma determinação do conselho de saúde daqui para as pessoas com HIV serem atendidas no SAE e a RNP vai brigar para isso acontecer, mas a gente precisa fortalecer os outros serviços também (ONG 3, 2021).

Na época da implantação dessa diretriz, as ONGs/Aids de PE participaram de discussões com gestores estaduais, locais e conselhos de saúde estadual e municipal para não mudar o fluxo de atendimento; então, em 2014, a SES acolheu as reivindicações e juntos encaminharam 3 resoluções estaduais. Dentre elas, teve a Resolução de nº 582⁴⁸, de 11 de junho de 2014), que deliberou a reestruturação dos SAEs e que a continuidade do atendimento ao HIV/Aids seria prioritariamente nesses serviços e nos CTAs, assim a descentralização do teste rápido foi o que prevaleceu na Atenção Básica (JARDIM, 2018).

De acordo com o Programa Estadual de IST/HIV/Aids, em 2016, a testagem rápida já havia sido implantada em 169 municípios e 16 ainda não tinham a disponibilização do teste. A cobertura na Atenção Básica era de 114 municípios, contra 71 que ainda não tinham teste

⁴⁷ Fundada em 1996, no Recife, a *Articulação Aids em Pernambuco* é o primeiro fórum de articulação política do Movimento de Luta Contra a Aids do Brasil. Congrega a sociedade civil organizada, redes, movimentos e ativistas independentes que atuam no campo das DSTs/HIV/Aids, sem distinções religiosas, raciais, étnico-raciais, ideológicas, de gênero, de orientação sexual, de faixa etária, partidária ou sorológica. Tem como objetivo formular propostas de políticas públicas, monitorar a política de saúde municipal e estadual, particularmente no campo da Aids, e fortalecer as ferramentas de controle social. Atualmente, a coordenação está com o representante da RNP+.

⁴⁸ Esta Resolução foi homologada no Diário Oficial do estado, em 17/09/2014, após deliberação em sessão ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco – CES/PE de nº 439, de 11/06/2014.

rápido na Atenção Básica. Mas esses dados não foram atualizados nem publicizados pela Secretaria Estadual de Saúde ou pelo Programa Estadual. Em 2020, foi publicada uma entrevista no próprio *site* da SES, com a atual gerente do Programa, que informa o crescimento de 122% na oferta de teste rápido, mas dados sobre a distribuição dos testes não foram divulgados.

A respeito da capacidade de cobertura de testagem na Atenção Básica:

A ideia da gente enquanto descentralização da testagem rápida, é de a gente diagnosticar cada vez mais, apesar da gente desconhecer qual nossa capacidade de cobertura, pois é um cálculo que ele foi feito pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde deixa muito claro que é muito difícil fazer esse cálculo e a gente não consegue, a gente já tentou de diversas formas ver com o Ministério como ele consegue ensinar a gente né... que bases a gente precisa acessar e aí eles colocam mil dificuldades, a gente só consegue calcular isso para o Brasil (PE-HIV 1, 2021).

Ainda sobre a implantação da testagem rápida nos serviços de Atenção Básica, o representante da ONG 3 tece algumas críticas, ele diz o seguinte:

A propaganda do governo é essa, mas não tem. Como você sabe, eu faço controle social e procuro sempre estar nos serviços procurando saber, por exemplo, eu tenho uma reunião com a gestão, a última que eu tive com uma coordenação municipal de Aids, disse olha... a gente está fazendo teste rápido na Salomão Kelner, é uma policlínica que fica aqui em Água Fria, como eu moro próximo, aí antes de ir fazer meus controles sociais, eu vou lá e não tá fazendo teste. Fazem umas ações espontâneas, e diz que estão fazendo teste rápido. Na Salomão tem uma pessoa que faz uma quinta-feira por mês, isso não é serviço implantado. Não é uma demanda espontânea que eu vá lá e faço o teste (ONG 3, 2021).

E as pessoas, se você perguntar na prefeitura, tá, mas faz o teste rápido onde nas unidades? Não tem essa resposta, porque eles dizem que nas unidades básicas tem teste rápido, mas se você perguntar quais, porque a gente já perguntou isso no Conselho de Saúde, diga aí a gente vai anotar pra gente a lista. Porque a gente incentiva nos grupos da gente a ir na unidade básica para ver o que tem de HIV, e não tem nada (ONG 1, 2021).

A falta de organização programática impacta na descentralização do diagnóstico e da assistência. Percebemos, ao longo de nossas análises, que as diretrizes federais vêm sendo colocadas de maneira verticalizada para estados e municípios, e são pouco dialogadas com os profissionais de saúde da Atenção Básica, que são os responsáveis pela execução das ações de saúde nos serviços de saúde local.

Na entrevista da representante da ONG 1, fica claro que a Atenção Básica não dá conta da testagem, não tem equipe suficiente, a estrutura é precarizada, não há capacitação.

Afirma, ainda, que já questionaram diversas vezes, em reuniões, a gerência do Programa Estadual sobre os locais da Atenção Básica que tem testagem e não obtiveram respostas.

Esses achados evidenciam a vulnerabilidade do programa, que conta com orçamento reduzido, não priorizam programas e ações de enfrentamento. O estado pernambucano segue ampliando as PPPs, não realizam concursos públicos, os recursos financeiros e humanos são incipientes; com a inserção de ONG internacional nos serviços de referência do estado, com equipe mantida por esta instituição, e que não vão ficar lá para sempre, o que levanta à indagação de como os serviços vão ficar quando não for mais vantajoso para a ONG.

Há a fragilidade na qualidade da atenção e na logística para realização do atendimento, existe a necessidade de mais investimentos na qualificação dos profissionais e na infraestrutura das unidades básicas de saúde. As ações de prevenção e promoção são incipientes, pois o modelo da Atenção Básica é pautado na assistência.

Pernambuco passou a seguir a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2013, seguindo as diretrizes nacionais, que determinou que até 2020 fossem cumpridas as metas 90-90-90.

A esse respeito, a representante do Programa Estadual coloca que:

A gente trabalha também com essas metas né, mas eu confesso que elas ainda são metas, assim que vem sendo ainda muito...está um pouco distante da nossa realidade, mas a gente caminha e a gente planeja com base nelas, então tudo que o Ministério da Saúde ele traz como proposta e meta a ser alcançada isso é direcionado para os estados e consequentemente são adotadas por nós, a gente vem caminhando nesses últimos 5 anos a gente teve...como que eu posso dizer a gente teve um...desempenho muito bom em relação à descentralização de testagem rápida né...na intenção do *testou tratou*, em contrapartida a gente tem um desafio do tratamento...em que sentido? Hoje, atualmente, nós temos 38 serviços de atenção especializada em HIV/Aids. Serviços nos quais as pessoas que são diagnosticadas serão vinculadas para dar início ao seu tratamento. Nessa perspectiva de que quando ela é diagnosticada, ela já deve ser vinculada ao serviço, já deve fazer coleta dos seus exames, iniciar o tratamento, já vem naquela perspectiva do 90-90-90 (PE-HIV 1, 2021).

Essa fala evidencia o desafio do acesso ao tratamento, e também a permanência no serviço, caracterizando mais uma vulnerabilidade programática. Isso porque fazer o teste de HIV por si só não resolve o problema. Pelo contrário, pode gerar outros ainda maiores e que necessitam a atenção da gestão. Existem obstáculos de ordem estrutural que se impõem aos serviços, como a escassez e rotatividade de pessoal e a burocracia da execução de recursos. Os SAEs precisam ser descentralizados e estar estruturados, com acesso a medicamentos,

consultas, profissionais de saúde qualificados e capacitados. Ter apenas 38 SAEs⁴⁹ em todo estado evidencia a dificuldade de acesso ao serviço e de continuação nele.

Dentro dessa perspectiva de ampliação da detecção e da prevenção combinada, o estado tem dois projetos em curso para alcançar a meta de diagnóstico, que são: o Prevenção para Todos e o Quero fazer. Mas, no período pandêmico, os projetos ficaram parados e no período das entrevistas, em 2021, estavam em processo de retomada. Na fala da coordenação de prevenção e educação podemos compreender melhor esses projetos:

A gente tem alguns projetos: o *Prevenção para Todos* e o *Quero-fazer*, que hoje estão parados por conta da pandemia, mas era um projeto que saiu aqui no eixo da testagem né, fazendo teste rápido aí o “Prevenção para Todos” no interior como um todo e o “Quero Fazer” na região metropolitana, mas também como espaço de educação permanente para os profissionais. O Prevenção para todos mais, então as vezes a gente chegava no município que a gente tinha pouca testagem ou pouca notificação de HIV, sífilis e hepatite, então a equipe do ônibus Prevenção para Todos eles chamavam alguns profissionais da rede para participarem da ação (PE-HIV 1, 2021).

A vigilância epidemiológica visa contribuir para o aprimoramento das ações dirigidas à promoção, prevenção e melhoria da saúde. Além disso, direciona informações relevantes para a elaboração, gestão e avaliação de políticas estratégicas. A pessoa entrevistada coloca que:

Desde 2018, respondo pela coordenação de vigilância epidemiológica das ISTs, junto com a equipe né, sou eu e mais 5 pessoas que compõem a equipe de vigilância atualmente né...Mas trabalhamos focados, direcionando os nossos esforços para fins de notificação dos agravos de IST/Aids para que a gente consiga fazer as análises epidemiológicas, a gente possa trazer alguns pontos principais do programa, identificar alguns gargalos. Hoje a gente trabalha também atrelado às notificações, a gente tem os Comitês de investigação e discussão dos casos de Transmissão vertical e de óbitos por Aids, não são todos, mas aqueles que se enquadram dentro dos critérios de inclusão para discussão desses casos e a gente tenta evitar novos casos, tanto os de Transmissão vertical quanto os casos de óbitos mesmo (PE-HIV 3, 2021).

Junto ao Sistema de Notificação oficial do Ministério da Saúde, trabalham o SINAN – mas também trabalham, em paralelo com sistemas que englobam ISTs, e especificamente HIV –, o SICLON, SISCEL, SIM e outros sistemas que contemplam a informação que tem neles para que possam gerar alguma demanda de trabalho mais específica, direcionado a um

⁴⁹ Os SAEs estão distribuídos na RMR, Agreste e Sertão, sendo 10 em Recife, mais a Clínica do Homem da AHF que apenas testa e dispensa o primeiro mês de ARV. Os outros municípios são: Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Lourenço da Mata, Serra Talhada e Vitória de Santo Antão.

público para ter o olhar do programa, da gestão, para aquele município, trazendo os principais problemas. Atuam, ainda, na identificação de gargalos nas notificações, municípios com pouca testagem e pouca notificação.

Percebem-se desafios na prevenção e no tratamento do HIV/Aids, principalmente em vincular as pessoas recém diagnosticadas a um serviço de referência. Muitas vezes as pessoas não querem fazer o tratamento em seu município de residência, e vão para outros serviços, normalmente em Recife, o que gera a superlotação, a exemplo do Hospital Correia Picano, que devido à grande demanda e baixo efetivo passou a restringir novos cadastros de pacientes, na tentativa de aloca-los em seu local de origem. Este cenário começou a mudar quando a AHF foi inserida no serviço.

A necessidade da adesão à prevenção combinada, estratégia essa que baseia-se na livre conjugação das ações presentes na mandala de prevenção combinada⁵⁰, sendo esta combinação determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas, população-chave (gays e outros HSH; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; trabalhadoras e trabalhadores do sexo), população prioritária (população de adolescentes e jovens; população negra; população indígena; população em situação de rua) ou geral, e pelos contextos nos quais estão inseridas. Não menos importante é equipar os serviços de referência e preparar as equipes que estão inseridas neles, trazendo as populações-chave para participar ativamente da política e das estratégias.

A prevenção combinada vem como uma proposta de ação, mas é necessário analisar a sua eficácia e se há fragilidade na articulação entre as políticas de saúde de HIV/Aids com outras políticas, como assistência social, habitação, redução de danos de drogas, educação e de atenção básica.

É um desafio bem grande, mas eu diria que é a nossa menina dos olhos hoje, assim que consegui...eu acho que quando eu assumi, assim, a gerência e a gente conseguiu implantar de fato uma coordenação de prevenção combinada e educação em saúde...ela ganhou um outro destaque né... a gente conseguiu um movimento muito melhor (PE-HIV 1, 2021).

A implantação da prevenção combinada no estado de Pernambuco segue a mesma diretriz nacional. Nas entrevistas foi colocado pelas coordenações do Programa Estadual que o Ministério da Saúde cria os protocolos, manuais, portarias e envia para os estados de forma

⁵⁰ Uma das maneiras de pensar a *prevenção combinada* é por meio da "mandala". O princípio da estratégia da Prevenção Combinada baseia-se na livre conjugação dessas ações, sendo essa combinação determinada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção estabelecidas (população-chave, prioritária ou geral) e pelos meios em que estão inseridas.

muito imbricada. A prevenção e educação em saúde são invisibilizadas nesse processo, e a assistência ganha *status* prioritário.

Para as ONGs, a prevenção combinada ainda é impactada pelo desconhecimento dos que estão na ponta, trabalhando diretamente com as pessoas que procuram a PrEP, por exemplo. A esse respeito, a representação da ONG 1 coloca o seguinte:

Isso se deve ao fato de uma política que foi feita sem a participação das pessoas que interessam. Agora é que está sendo feito esse diálogo, eu acho que deveria ser feito nas unidades, ou pelo menos nos locais que são referência para HIV, ter reuniões com as pessoas, tanto profissionais quanto usuários, para as pessoas que estão sendo atendidas ali entender o que é prevenção combinada. O que é que a gente tá falando né!?...tá falando que não existe separação, o cuidado também é prevenção (ONG 1, 2021).

Dentre outras questões, alguns pontos precisam ser discutidos para o real enfrentamento da epidemia, como sexualidade, reprodução, estigma, preconceito, direitos sexuais, direitos reprodutivos, direitos humanos; porém, tais pontos também são deixados de lado, principalmente no contexto de governos conservadores. A PE-HIV 2 traz um pouco disso em sua fala; pontua que, na atual gestão, a prevenção e a educação em saúde recebem um olhar diferenciado:

Dentro dessa invisibilidade, no geral, a temática HIV/Aids como um todo já vai ser invisível, e aí a prevenção e a educação vão ser mais invisíveis ainda. E aí nesse lugar o que mais vai chamar atenção e vai precisar é a assistência, vai precisar que as pessoas soropositivas tenham acesso ao tratamento, que elas não morram, enfim, não desenvolvam a doença e todo aquele processo que é complicado, mas esse lugar da prevenção, do gerenciamento de risco, isso vai ficar mais invisibilizado porque não vai ser prioridade. Associado a isso a gente vai ter um...ao meu ver, um processo num contexto político que não é favorável para discutir sexualidade, porque quando eu vou falar sobre prevenção eu preciso falar sobre sexualidade sobre questões de risco e sobre diversidade sexual, enfim, como as pessoas gozam, sentem, dão prazer né... aí nos últimos anos isso também foi uma potencialidade, potencialidade não, mas enfim isso fez com que a política também não conseguisse avançar a passos mais largos do que deveria por esse lugar do não se pode falar sobre sexualidade e o próprio contexto nacional né... enfim, com a saída de Dilma e coloca lá Temer e depois... o Bolsonaro. Retirando do Estado cada vez mais a responsabilidade, enfim, de garantir que a sociedade como um todo receba o mínimo e dentro desse mínimo fosse esse lugar das políticas de prevenção e de gerenciamento de risco. Aí tudo isso faz com que a política e o usuário cada vez menos receba o que lhe é de direito (PE-HIV 2, 2021).

Foi possível visualizar nas entrevistas, pelo menos em uma parte da equipe que traz de forma mais explícita, que discutir educação sexual, direitos sexuais e reprodutivos, gênero e gerenciamento de risco vem sendo cada vez mais difícil diante do atual contexto político, como podemos ver na fala acima. A vulnerabilidade do programa também se expressa através

da interdição do debate reforçado pelo neoconservadorismo do poder executivo, que está mais exacerbado desde 2016.

As pessoas entrevistadas colocam que a ascensão de sujeitos e partidos de cunho mais conservador de alguma forma interfere nas ações, principalmente de prevenção, embora deixem claro que entre a equipe o pensamento e posicionamento é muito compartilhado. A nível de governo do estado, não foi abordada pelos entrevistados algum tipo de repressão explícita. Mas ao se pensar a nível federal e Ministério da Saúde, há uma repressão – mesmo que velada.

Observamos que, em Pernambuco, as intervenções biomédicas são prioridade; mesmo com a reelaboração da mandala do cuidado, vemos que os outros eixos da mandala não são focados. Mas, a gerência do Programa Estadual coloca que na implantação e ampliação da prevenção combinada e do gerenciamento de risco foram realizadas capacitações com as coordenações municipais com o intuito de formar multiplicadores que repassariam para os profissionais que estão dentro dos serviços. Está em curso também a elaboração de um manual para os gestores municipais para orientar como implantar a PrEP e PEP no município.

A mandala do cuidado é lançada em 2018, com o objetivo de ser uma ferramenta pedagógica para que os profissionais conheçam minimamente o conceito da prevenção combinada, e para que entendam que existem outras possibilidades de gerenciamento de risco, além da camisinha externa. Fazem parte das ações do Programa Estadual as jornadas e o encontro de formação de multiplicadores, com objetivo de capacitar e formar novos agentes multiplicadores da prevenção combinada. Ainda sobre as ações do Programa Estadual, a PE-HIV 2 diz que:

A gente já fez jornadas né... jornada de prevenção da sífilis em que eu saí fazendo a oficina em todas as regionais de saúde com o profissional de saúde, a gente já fez jornada de hepatite e aí eu fiz oficina com o pessoal sobre aconselhamento pré e pós testagem na atenção básica, a gente fez um encontro que foi incrível em 2019, que foi o *encontro de formação de agentes multiplicadores da prevenção combinada*, então a gente trouxe um representante de cada SAE e CTA do estado e um representante de cada OSC (organização da sociedade civil) daqui da região metropolitana e aí todo mundo se juntou e passou 3 dias na formação de agente multiplicador de prevenção combinada.

A gente vai ter outra dificuldade que é acesso né... e isso é importante também não adianta eu fazer a formação linda e maravilhosa, profissionais estarem capacitados, mas faltam insumos ou falta a PEP ou falta a PrEP, enfim, a gente tem essa dificuldade também do acesso, de fato, a toda aquela mandala de possibilidades que a gente está muito longe do ideal sim.

O avanço da prevenção combinada nos municípios, principalmente os do interior do estado, sofre com um entrave muito grande, que é a contrapartida do estado ou a falta dela. São oferecidos testes antiHIV, medicamento ARV, capacitação, orientação, matriciamento⁵¹, mas o recurso financeiro que é extremamente importante para os municípios não ocorre. Eles têm que arcar com espaço físico, contratação de pessoal, e todo resto, o que evidencia a persistente dificuldade do estado em ampliar os serviços de referência no estado.

Então, a ampliação de SAEs e CTAs no interior não acontece na proporção necessária, muito menos das novas tecnologias (PrEP e PEP), pois os municípios têm seus limites de gestão e gerenciamento financeiro, e acabam optando por não implantar serviços que para eles não seriam tão importantes ou implantam de forma desorganizada, com equipe despreparada para receber esse público ou até acumulando tarefas. A falta de diálogo entre gestão estadual e municipal também dificulta esse processo, o que evidencia mais uma vulnerabilidade programática, com restrito poder decisório dos gestores e especialistas no interior do programa.

É que falta muito diálogo entre as coordenações, falta muito diálogo, é uma....Eu vou te dizer que às vezes tem coordenador municipal de IST que fica pedindo para gente provocar o governo. Eu acho isso uma doidice tão grande sabe, é como se o diálogo não fluísse, não tem importância (ONG 1, 2021).

No que se refere ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco, chama-se a atenção para a necessidade de planejamento de ações oportunas em todos os municípios do estado, objetivando a ampliação da detecção precoce do HIV/Aids, assim como o acesso à assistência especializada em tempo hábil. A estratégia adotada pelo estado, nos últimos anos, foi de ampliar a rede assistencial de cuidado através da criação dos Centros de testagem e Aconselhamento (CTA) e de Serviços de Atenção Especializada (SAE) no interior do estado. Atualmente, o estado tem 33 CTAs⁵² e 38 SAEs distribuídos entre Região Metropolitana do

⁵¹ O matriciamento visa alterar a lógica organizacional de cuidado em saúde a partir de especialidades, relativizando o princípio de hierarquização entre os profissionais e serviços de níveis de atenção distintos. A partir de trocas teóricas e práticas entre a equipe de referência (equipe de atenção primária) e a equipe matricial (equipe de profissionais do nível de atenção especializada), o matriciamento se propõe a repensar as políticas públicas de saúde presentes na rede de saúde de forma longitudinal nos três níveis de atenção (ROCHA *et al.*, 2016).

⁵² Os CTAs estão distribuídos na RMR, Agreste e Sertão, sendo 1 em Recife. Os outros municípios são: Abreu e Lima, Afogados da Ingazeira, Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bodocó, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Carpina, Caruaru, Escada, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Itambé, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Timbaúba e Vitória de Santo Antão. Essa lista foi obtida no site do Programa Estadual, dados de 2016; nela, constam 32 CTAs, mas atualmente são 33 centros.

Recife (RMR), Agreste e Sertão. Assim, o diagnóstico e tratamento poderiam ser realizados no município de residência ou próximo a ele.

Com relação às unidades dispensadoras de medicamento ARV, são atualmente 39, pois recentemente teve início a dispensação do primeiro mês de tratamento na Clínica do Homem, que é um serviço instalado em Pernambuco para diagnóstico e tratamento de ISTs, em parceria com Aids Healthcare Foundation (AHF). Então, o diagnóstico é feito na Clínica do Homem e é realizada a dispensação do primeiro mês do medicamento ARV; depois, o usuário tem que ser inserido em um serviço especializado para dar continuidade ao tratamento.

Então, dentro da perspectiva da prevenção combinada, através da descentralização da testagem rápida, temos a ampliação do diagnóstico para adultos e gestantes, com sua oferta em CTAs e unidades básicas de saúde. Vemos a implantação da PrEP em poucos serviços. Inicialmente, em 2018, era encontrada em 2 serviços; hoje, em todo estado pernambucano existem apenas 7 serviços ⁵³que ofertam essa técnica de prevenção, que são: Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Hospital das Clínicas, Ambulatório LGBT Patrícia Gomes, Policlínica Lessa de Andrade, CTA Caruaru, SAE Caruaru, SAE Petrolina e UBS Bernardino Campos Coelho em Petrolina. A PEP deveria estar em todos os SAEs, mas, na prática, isso não ocorre.

Em setembro de 2022, foi lançado o PCDT PrEP, com novas atualizações para descentralização em todos os serviços de saúde. Agora, qualquer médico ou enfermeiro da rede SUS pode prescrever a PrEP, no PCDT também foi orientado que adolescentes a partir de 15 anos podem ter a PrEP indicada. Em 2022, foi divulgado pelo Programa Estadual que atualmente estão habilitadas 35 unidades em Pernambuco para dispensar a PrEP.

Em Recife, capital pernambucana, há apenas um CTA e esse vem sendo um ponto de discussão entre o Programa Estadual e os movimentos sociais que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, devido à necessidade trazida pelos movimentos de se ampliar a quantidade de CTA na capital. E o centro de testagem ainda está envolto em problemas apontados pelos movimentos, como estrutura, profissionais de saúde, não atendimento à demanda que deveria atender por dia e horário de funcionamento que não contempla populações-chave específicas, como profissionais do sexo.

O CTA tem mais de 2 anos que a gente tem problema com CTA de Recife. Fechado, atendendo menos do que deveria atender por dia. Então é preciso fortalecer o serviço

⁵³ Informações passadas pela Coordenação de apoio à Assistência do Programa Estadual de IST/HIV/Aids.

de saúde, descentralizar o SAE, CTA, os testes. Por que Recife é uma cidade tão grande e só tem um CTA? (ONG 3, 2021).

Outra crítica levantada pela ONG 3 é a oferta de teste de fluído oral, na mucosa da boca, por não ser um teste definitivo. Criticam, inclusive, outros movimentos que realizam esses testes, através de financiamento do Ministério da Saúde. A realização de testagem na rua também é alvo de críticas. Para ele, as ONGs não têm que fazer o que é competência do serviço de saúde. Elas podem, sim, atuar em parceria, mas não substituir o que é de responsabilidade do Estado.

O abandono do tratamento também é uma preocupação da ONG 3, como podemos ver na fala a seguir:

Isso é abandono, faz um teste de fluído oral no meio da rua e não tem um acompanhamento, aí a pessoa abandona, aí você tá com medo né, com medo mesmo de ser visibilizado aí não vai procurar o CTA para repetir o exame fica infectado quando vai procurar o serviço de saúde, já está com Aids, já está morrendo. Aí é mais gasto pra saúde, que poderia ter sido evitado se o serviço de saúde acolhesse bem. Porque se a gente tivesse uma assistência boa de saúde, não precisa fazer o teste no meio da rua. Eu acho muito errado, a gente precisa avançar, mas não dessa maneira. Por que tem aquela determinação do Ministério da Saúde 90-90-90, não é?! Dizem que já está quase perto, mas será que está mesmo? O índice de abandono de serviço que tem, porque eu sou do Lessa de Andrade, e a gente tem mais de 400 usuários que abandonaram. E lá a gente tem 2400 cadastrados no Lessa de Andrade, no mínimo hoje tem 400 que não estão sendo acompanhados. Onde está esse pessoal? Ninguém sabe se morreu, se abandonou, não faz uma busca ativa nos serviços, não se preocupa com isso. Complicado...é muito complicado (ONG 3, 2021).

O início precoce do TARV viabiliza a prevenção e controle da doença, e até diminuição da mortalidade por Aids, elevando-a ao *status* de doença crônica. Para isso é necessária a adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso. Mas a fala acima nos faz refletir sobre adesão e permanência nos serviços de saúde, que têm como fatores primordiais a assiduidade às consultas, realização de exames e ingestão de ARV de forma contínua. A estrutura do serviço de referência, equipe capacitada, oferta de atendimento com outros especialistas é igualmente importante. Atualmente, a captura das pessoas que estão deixando de aderir ao tratamento vem sendo feita pela AHF, isso quando ela está inserida naquele serviço, mas quando não tem a equipe da referida ONG recai na antiga dificuldade de recursos humanos para busca ativa dessas pessoas.

A esse respeito, trazemos aqui a pesquisa de Moraes *et al.* (2021), que estudaram a adesão aos ARVs e a qualidade nos SAEs em Pernambuco entre 2017 e 2018. No estudo, identificaram, na classificação do nível de adesão, um elevado índice de baixa adesão (81,0%)

em todo o estado. Ressaltaram, ainda, que o nível de baixa adesão à medicação é maior no interior (91,5%) do que na capital (77,9%), sendo esse achado significativo. Concordamos com esses autores que a baixa adesão ao tratamento é preocupante, uma vez que o uso ininterrupto do ARV proporciona o sucesso terapêutico e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, além da carga viral indetectável e, consequentemente, intransmissível.

Com relação à qualidade dos serviços, os indicadores avaliados com padrão insuficiente foram: acompanhamento do uso de antirretroviral dos pacientes (95,1%), monitoramento das taxas de adesão à TARV (94,8%) e disponibilidade de medicamentos antirretrovirais (75,2%). Ou seja, o acompanhamento do uso de ARV e o monitoramento da taxa de adesão são quase nulos, de acordo com a pesquisa. O padrão de qualidade foi encontrado no intervalo das consultas para início ou troca de medicamentos ARV (MORAES *et al.*, 2021).

A implantação da PrEP também foi alvo de críticas das ONGs que atuam com HIV/Aids, pois os grupos que têm acesso assumem um perfil específico e que compre as condicionalidades. Foram citados problemas na descentralização, no acesso ao serviço, na falta de acolhimento:

A implantação da PrEP no caso que ficou mais implantada, a prevenção combinada não é só a PREP. Mas vamos falar da PrEP e PEP que é mais usada, a gente tem uma PrEP que funciona no Oswaldo Cruz, e só quem é atendido lá são ricos e brancos. Pobre não tem acesso à PrEP, botaram no serviço do Hospital das Clínicas, mas também não funciona, no Oswaldo Cruz está sem funcionar há um tempão, porque a demanda foi muito grande, e o serviço não acolhe todo mundo. Para fazer um serviço de PrEP precisa ser descentralizado, disseram que foi aberto em Caruaru, eu ligo pra lá e ninguém sabe de nada. *Esses serviços funcionam no papel, na prática não existem* (ONG 3, 2021).

A estrutura física e a quantidade de profissionais no serviço interferem na qualidade e, consequentemente, na adesão ao tratamento. Muitos municípios do interior contam com equipe reduzida, o que inviabiliza, por exemplo, implantar a PrEP, a PEP ofertada 24h.

A questão que eles falam é a quantidade dos profissionais. Porque eu tenho um serviço que vão ter mais de 10 profissionais e eu tenho serviços, em municípios menores que vão ter apenas 3 profissionais. É a questão da demanda em si, que em todo serviço tem (PE-HIV 4, 2021).

A interiorização da epidemia no país e as singularidades das diversas regiões fazem surgir a preocupação quanto à organização dos serviços para promover a adesão à TARV, uma vez que as barreiras geográficas podem tornar-se fator complicador para o

acompanhamento da condição de saúde das pessoas vivendo com HIV no interior (MORAES *et al.*, 2021).

4.3.2 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO: NOVOS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA E REBATIMENTOS NO HIV/AIDS

A área de saúde em Pernambuco está direcionada para o fortalecimento da parceria público-privada, expressão da privatização não clássica, o que não difere muito do direcionamento nacional. A contrarreforma na saúde se consolida a partir da apropriação de recursos do fundo público pelas Organizações Sociais de Saúde (OSs), que conformam um modelo privatizante de gestão de setores não exclusivos do Estado.

A partir de 2006, no governo de Eduardo Campos, surgiu a proposta de construção de hospitais que fossem gerenciados por OSs. A construção e aquisição de equipamentos das unidades foi com recursos do governo estadual, já os profissionais de saúde são contratados pelas OSs.

O plano de governo de Eduardo Campos lançou, em 2007, o Programa Todos por Pernambuco, que possibilitou que a área de saúde no estado fosse direcionada para o fortalecimento do gerencialismo, da Parceria Público-Privada (PPP) e novos modelos de gestão do SUS, expressão da privatização não clássica, o que não difere muito do direcionamento nacional.

A experiência pernambucana com as Organizações Sociais na área da Saúde, envolvendo hospitais conveniados com o SUS, teve destaque e impulsionou o estado, no final do ano de 2013, ao editar uma lei específica para qualificação de entidades desta área, bem como transferiu a atividade de supervisão desses contratos da Agência Reguladora de Pernambuco para a Secretaria de Saúde.

A responsabilidade formal pela administração das unidades de saúde é da OSs, que deve ter competência gerencial reconhecida em sua área de atuação e a SES negocia e firma, anualmente, os contratos de gestão com cada um dos gestores desses serviços, empenhando, assim, recursos orçamentários do tesouro estadual em troca de resultados de desempenho específicos (MALTA, 2019). Frisamos, ainda, que não há poder decisório e muito menos transparência nas instâncias de controle social.

A reforma gerencial foi introduzida, no Brasil, em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) por Bresser Pereira. Estava em consonância com o pensamento internacional

na área da administração pública e seguindo os princípios do neoliberalismo que se espalhava pelo país.

Bresser teve liberdade para montar sua equipe ministerial, que lhe permitiu a formulação de uma proposta considerada inovadora cujos temas da agenda política incluíram: ajuste fiscal, com redução de gastos públicos; reformas econômicas orientadas para o mercado, com ênfase na privatização de empresas estatais; reformas na previdência social; reforma do aparelho do Estado e maior capacidade de governo e governança (SANTANA; NETO, 2017). Mas, na verdade, essas propostas iam de encontro com os avanços alcançados no que diz respeito a direitos.

O fundo público é permeado de contradições de classe, em que as forças e os interesses antagônicos estão em disputa. Sua apropriação ocorre com a criação de diferentes mecanismos na Reforma do Aparelho Administrativo do Estado, iniciada em 1995. Dentre estes mecanismos, podemos elencar as Parcerias Público-Privadas (PPP), criadas para executar serviços estatais, via alocação de recursos para distintos grupos privados de diversas áreas (XIMENES *et al.*, 2018).

Em 1995, foi lançado o Programa Nacional de Publicização (PNP), com a proposta de implantar um novo modelo de gerenciamento de políticas sociais públicas, com discurso de obtenção de maior eficácia, eficiência e racionalidade dos gastos públicos e desburocratização das ações estatais. O PNP determina que a:

[...] reforma deve ser compreendida como uma proposta para redefinição do papel do Estado, em que este se desresponsabiliza pelo desenvolvimento econômico e social na produção de bens e serviços, para se fortalecer como promotor e regulador (BRASIL, 1995).

As organizações sociais foram criadas por meio da MP nº 1.591/1997, reeditada 7 vezes, convertida na Lei nº 9.637/1998, que dispõe sobre qualificação de entidades como OS. Poderiam ser qualificadas como OS: pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades fossem dirigidas ao ensino, à atividade científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

Em Pernambuco, a primeira lei que instituiu as OSs e também as Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) foi publicada em 2000, no governo de Jarbas Vasconcelos. Mas, o modelo de gerenciamento via OSs adotado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) teve início em 2010 apenas, com a inauguração do Hospital Miguel Arraes, na gestão de Eduardo Campos. Em 2013, foi publicada a Lei nº 15.210, que dispõe sobre as OSs

no âmbito do estado e que rege todo o funcionamento e monitoramento dos contratos de gestão celebrados entre a SES e a OSs (SANTANA; NETO, 2017).

De acordo com Correia (2008), a administração dos serviços públicos de saúde passou a ser pautada por medidas de flexibilização, visando maximizar a relação custo/benefício, assim resultando na privatização e na terceirização dos serviços de saúde, e também no repasse de serviços e recursos públicos para OSs, OSCIPs, fundações de apoio e cooperativas de profissionais médicos. O resultado foi a ampliação do acesso dos serviços privados ao fundo público, através da prestação de serviços.

O primeiro contrato de gestão firmado em Pernambuco foi em 2009, entre a SES e a Fundação Prof. Martiniano Fernandes (IMIP) hospitalar, para operacionalizar a gestão hospitalar e executar ações e serviços de saúde no Hospital Miguel Arraes.

Em 2014, haviam 8 OSs com contratos vigentes, atualmente são 12 OSs. Essas OSs administram 16 hospitais, 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 12 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), distribuídas na RMR e interior (SES, 2022) e 2 hospitais de campanha com atividades encerradas. Em 2014, o valor dos contratos foi de R\$ 713.643.307,44; em 2021, foi de R\$ 1.157.138,00 (PERNAMBUCO, 2021).

A gestão das novas unidades ficou sob a responsabilidade de organizações não lucrativas, numa parceria público-privada em que o governo estadual custeou a construção das unidades de saúde e as repassou às instituições não lucrativas, tanto a gestão como a admissão de pessoal fogem à recomendação constitucional de concurso público (VIEIRA, 2015).

Ainda refletindo sobre a apropriação de recursos do fundo público, podemos entender que sua alocação no Brasil é resultado de diversas medidas de ajustes fiscais resultantes do agravamento da crise estrutural do capital, iniciada em 1970, que atingiu os países centrais e periféricos. Para superar a crise, o Estado capitalista cria e implementa estratégias para diminuir suas funções, além de reduzir a intervenção na área econômica e reduzir os direitos sociais conquistados.

O fundo público vem desempenhando importante protagonismo para a manutenção do capitalismo, principalmente na expansão do mercado nos períodos de diminuição de atividades econômicas, através da ampliação das políticas sociais.

Desde o PNP até um período mais recente, os governos (sejam eles de direita ou de esquerda) apresentaram várias iniciativas de PPP, podemos destacar: as OSs e OSCIPs, entidades privadas consideradas sem fins lucrativos, iniciadas no primeiro governo de FHC; as Fundações Estatais de Direitos Privados (FEDP), regulamentadas no governo de Lula; e a

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), implantada no governo de Dilma Rousseff, em 2011.

Concordamos com Ximenes *et al.* (2018) ao pontuarem que esses novos modelos de gestão de serviços utilizam estruturas organizacionais historicamente adotadas pela lógica de mercado. Entende-se que, apesar das distinções no campo da natureza jurídica, as parcerias citadas acima estão situadas no campo dos novos modelos de gestão pública de serviços não essenciais, em que organizações sociais não lucrativas assumem o papel de executoras das políticas sociais financiadas pelo Estado. Além disso, o mecanismo utilizado – a terceirização de serviços não essenciais – pode ser caracterizado como privatização, mesmo que não se apresente na sua forma clássica.

Na primeira gestão de Eduardo Campos como governador do estado pernambucano, entre 2007 e 2010, foram feitas diversas modificações na política de saúde, com o objetivo de reduzir a superlotação das emergências, a partir da ampliação da rede de serviços de alta complexidade. O governo aderiu à terceirização de serviços, mediante transferência de recursos do orçamento para as OSs gerenciarem as unidades de alta complexidade do subsetor público de saúde (XIMENES *et al.*, 2018).

Entretanto, esse movimento de privatização não ocorre com os SAEs e CTAs. Esses continuam sob a responsabilidade gerencial do setor público municipal, no caso dos CTAs, e gestão estadual ou federal no caso dos SAEs. Os serviços de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids contam, nos últimos anos, com parceria da Aids Healthcare Foundation (AHF). Antes, vamos caracterizar essa instituição internacional para compreendermos o que trazem como proposta e quais as articulações com o Brasil e especificamente em Pernambuco.

A Aids Healthcare Foundation (AHF)⁵⁴ foi criada em 1987, é uma organização não governamental global que atua em 45 países e atende a mais de 1,6 milhão de pacientes. Tem como missão oferecer tratamento inovador e *advocacy* para as pessoas, sem importar sua condição financeira. A organização expandiu seus serviços para a América Latina em 2007; e iniciou suas atividades no Brasil em 2017, sendo o primeiro estado o Rio de Janeiro, depois Amazonas, São Paulo e Pernambuco.

Em 2018, inaugurou a Clínica do Homem na capital pernambucana, especializada em prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs com foco nos homens. A clínica é uma parceria da AHF com o Programa Estadual de IST/HIV/Aids. Recentemente, vem disponibilizando o primeiro mês de TARV para os casos positivos para HIV, como já apontamos anteriormente.

⁵⁴ As informações aqui apresentadas foram retiradas do *site* da AHF, onde podemos encontrar a história da ONG e alguns dados de sua atuação mundial.

Ela também atua dentro do SAE do Hospital Oswaldo Cruz (HUOC), do SAE Correia Picanço, SAE Jaboatão do Guararapes, SAE Olinda, com equipe própria que trabalha na vinculação dos usuários ao serviço. Tal equipe recebe uma bolsa por seus serviços, ou seja, não tem qualquer proteção trabalhista.

A atual parceria entre o governo do estado e a Aids Healthcare Foundation (AHF) também vem sendo alvo de críticas dos movimentos que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids. Mas, o que não está claro nessa parceria da AHF com o estado de Pernambuco são os recursos que eles dispõem, se são exclusivamente deles, se têm contrapartida do governo do estado. Também não é sabido se o único acesso da AHF é aos dados de HIV e Aids do estado.

Em suma, como se vê, os acordos firmados não estão claros. “O acordo do governo do estado com a AHF sequer passou pelo conselho estadual de saúde. Então é muito difícil. Não tem uma coisa de democratizar a gestão, da gente participar” (ONG 1, 2021). Evidencia-se, assim, o insulamento tecnocrático, tão característico da racionalidade neoliberal, em que a democracia tem a marca da tecnocracia que perpassa todas as esferas, e que faz do Estado uma empresa a serviço das empresas (DARDOT; LAVAL, 2016).

Essa ONG não discute a política, direitos humanos, empoderamento, relações de poder, nem abordagens mais amplas; eles trabalham o acesso ao tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids. No *site* da AHF Brasil, podemos observar que eles estão comprometidos com as diretrizes do UNAIDS, e as propostas de testar e diagnosticar e de adesão ao tratamento e permanência no serviço de saúde favorecem tanto a lógica da biomedicalização quanto as indústrias farmacêuticas – que ganham muito com isso.

A realização de concurso público deixa de ser opção, em parte pela Lei de Responsabilidade Fiscal, então a falta de profissionais de saúde nos serviços de referência para HIV/Aids passa a ser suprida pela AHF. Essa ONG oferece aos municípios profissionais para atuar especificamente no tratamento biomédico e agentes de retenção. Ou seja, uma equipe inteira é inserida no serviço especializado. Essa nova forma de gestão caracteriza o desperdício da experiência da pedagogia da prevenção, adotada no início da epidemia, e tão elogiada internacionalmente. Em trabalho publicado por Ximenes *et al.* (2018):

Entende-se que, embora, dentre as justificativas para implementar as PPP sob o argumento de maior eficácia e eficiência da gestão pública, leia-se equilíbrio fiscal, agilidade na contratação de profissionais de saúde, ampliação do acesso e qualidade dos serviços prestados à população usuária, o estudo em tela demonstrou a existência de um duplo movimento no tocante aos serviços de saúde no estado

pernambucano: expansão da rede *versus* aumento da oferta de serviços (XIMENES *et al.*, 2018, p. 126).

Como consequência, tem-se o aumento de usuários sendo atendidos; mas é preciso entender que esses profissionais ligados à AHF são remunerados através de bolsas, ou seja, não possuem qualquer cobertura de direitos trabalhistas, o que caracteriza a precarização do trabalho imposta nessa relação. Esses trabalhadores são avaliados por produtividade, inseridos na lógica de gestão por resultados, bem característico do gerencialismo adotado no estado.

Com relação à participação do Programa Estadual na elaboração das diretrizes nacionais, foi colocado pela equipe que ocorrem 2 encontros anualmente com o Programa Nacional, mas são encontros informativos, em que as demandas são apresentadas, não há um processo de construção coletiva, como podemos ver na fala de PE-HIV 1:

Então, a gente tem anualmente 2 encontros né, com todas as coordenações estaduais, que lá no Ministério da Saúde eles chamam a gente de coordenações estaduais de HIV/Aids e hepatites virais. Então eles basicamente tinham ali um núcleo de especialistas que vai discutir aquela proposta, né...e vai lançar algumas diretrizes. Mas basicamente é isso. Quando algumas coisas são muito inovadoras elas vêm na proposta de piloto e alguns estados entram como piloto de algumas atividades, a gente participa em vários momentos, como agora a gente está participando de um piloto que é para implantação de uma rede laboratorial de clamídia e gonococo, então assim...Pernambuco ele foi visto como um estado estratégico para isso, né, e a partir desse piloto, do desempenho disso, vai ser lançado como política e deve ser inserido na política de IST/Aids (PE-HIV 1, 2021).

Pudemos perceber, nas falas da gestão do Programa Estadual de IST/HIV/Aids, que a relação não é horizontal, de construção participativa. E todo documento lançado pelo DDCCI vai para o *site*. Mas a gestão também conta com *site* do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) gerencial, onde tudo que é relacionado ao tratamento e toda normatização ou mudança de esquema de tratamento são registrados. A depender do documento lançado pelo SUS, a gestão analisa a necessidade de gerar um documento estadual ou de compartilhar na íntegra. E essas informações são passadas por *e-mail* ou WhatsApp para as coordenações municipais.

E dependendo do documento que o Ministério ele mande para a gente, a gente analisa a necessidade de gerar um documento estadual ou de compartilhar o documento nacional, se for uma normatização, se for algo que tem que ser assim a gente vai divulgar por *e-mail*, WhatsApp. A gente tem um *site* também do estado, mas ele está parado porque está passando por um processo de manutenção e a gente não consegue inserir muita coisa não, a gente não está mais conseguindo inserir as documentações nele. Mas a gente sempre libera por meio de *e-mail*, WhatsApp que hoje virou uma via de comunicação muito eficaz. Mas a gente sempre faz essa análise, será que é necessário a gente filtrar algo, mudar algo para realidade de Pernambuco ou compartilhar já a normatização nacional (PE-HIV 1, 2021).

Com relação a ter algum tipo de barreira, foi possível perceber nas análises que todos os integrantes da equipe do Programa Estadual falam abertamente sobre algum tipo de fiscalização do trabalho realizado pela equipe. Foi trazido que os materiais e propostas do Programa passam pela equipe de imprensa da SES, mas o que geram mais desconforto são a demora e a burocracia. As campanhas passam por análise e não são mais abertas, com direcionamento educativo, os discursos são regulados, adotam postura mais velada. Mas na fala abaixo podemos ver que o que não está explícito diz muito mais.

[...] não é repressão exposta, mas é meio que velada sabe, então eu tenho notado uma timidez maior, quando se é pra pensar tipo quando você vai pensar em campanhas, né, que tinham, que eram um pouco mais abertas, enfim com esse novo processo agora e com a entrada de Bolsonaro, eu tenho a impressão que ficaram mais tímidas as campanhas, sabe!?! (PE-HIV 2, 2021).

Percebe-se o silenciamento do programa nas discussões de sexo, reprodução, gênero, elaboração de políticas e programas específicos para o enfrentamento da epidemia, com foco, principalmente, nas populações-chave. Esse é o reflexo do neoconservadorismo já fortalecido no país e no estado pernambucano. Inclusive, com sujeitos e atores extremamente conservadores inseridos nos poderes Executivo e Legislativo.

É importante refletir sobre a dificuldade em ter acesso a documentos do estado, no que diz respeito a HIV/Aids, no *site* os documentos disponibilizados são bem antigos, não há divulgação de normativas, protocolos e diretrizes do estado. Os boletins epidemiológicos de 2020 e 2021 só foram disponibilizados através de rede própria de articulação, ou no caso de 2021 foi solicitado diretamente à coordenação de vigilância epidemiológica.

Outra questão importante sobre os boletins é que, em 2020, ele foi modificado, sendo divulgado um informativo, ou seja, com redução drástica de dados da história da epidemia, o que dificulta a análise crítica desses números quanto à sua redução ou estabilização. O informe epidemiológico também não está disponível no *site*, apesar da coordenação de vigilância epidemiológica afirmar que é socializado em rede social, não o encontramos facilmente. A fala a seguir corrobora nossa colocação:

O que é que a gente tem percebido, o nosso boletim, nos moldes que antigamente era um boletim, ele era muito rico de informação onde a gente trazia uma análise do perfil mesmo epidemiológico do usuário, que a gente fazia essa análise de todo o tempo da notificação até os dias atuais, mas acabava sendo um pouco cansativo, eu digo entre aspas, porque é uma leitura que requer atenção, é uma leitura que para a informação chegar para o profissional da ponta ela acaba tendo que ser mais mastigada, precisa se debruçar um pouco na leitura (PE-HIV 3, 2021).

Para justificar a opção de divulgar os dados de HIV/Aids em formato de informe, o Programa Estadual disse o seguinte:

Quando a gente pensou em trazer na proposta de informe a gente quis deixar o boletim um pouco mais popular, não só dentro dos profissionais de saúde, mesmo que tenham interesse na área acadêmica, mas para que ele fosse também de forma rápida, de forma mais fácil a leitura, ele pudesse ser acessado pelo profissional de saúde que está na ponta, que muitas vezes não consegue ter tempo de estudo suficiente para se debruçar ao que o material precisaria e também para a população de uma forma geral, até a gente conseguiu colocar ele no Instagram e deixou ele lá disponível de uma forma mais visual para que o pessoal comesse a tentar entender como ele está, não só o HIV, mas a sífilis e hepatites (PE-HIV 3, 2021).

As populações-chave e prioritárias são centrais nas metas do UNAIDS, no que se refere a ações específicas, participação na elaboração das políticas e acesso às ações e insumos. Mas, em Pernambuco, não vem ocorrendo dessa forma. As ações do estado se concentram em falar dessas populações nas formações, capacitações ou encontros com profissionais de saúde para tentar captar essas pessoas. A oferta e descentralização da PrEP também vem como estratégia direcionada a essa população. A participação na execução ou elaboração de atividades do Programa também não existe.

Se reconhece a necessidade, mas ainda não foi concretizado o Fórum de Prevenção Combinada, que é uma instância colegiada com representação do estado, de ONGs e populações-chave, numa tentativa de inserir as populações-chave e prioritárias, mas com a pandemia do novo coronavírus não foi adiante, e está em processo de retomada desde meados de 2021.

É importante destacar, ainda, que antes da pandemia de Covid-19, já se percebia o enfraquecimento ou falta de ações, principalmente com as populações-chave. Criar um grupo focal com usuários e representantes de populações-chave e prioritária para o canal do Programa Estadual de HIV/IST/Aids no Youtube foi citado como mais uma tentativa para inseri-los.

Então essa aí é um processo que estava no...digamos...na ideação, na idealização do programa e das coisas que a gente pensa e uma coisa que meio que todos os coordenadores sabem da importância disso, mas o processo do Covid meio que impossibilitou que a gente retomasse esse processo, quando a gente colocou o fórum, foi muito nesse lugar; sabemos que nós precisamos criar uma instância colegiada oficial em que eu vou ter as representações de todas as populações-chave e prioritárias para conversar com a gente de 3 em 3 meses sobre a política, o que precisa ser feito e o que não precisa ser feito (PE-HIV 2, 2021).

Nos anos 2000, ganham relevância as estratégias de descentralização, que tiveram como finalidade repassar aos estados e municípios o poder de decisão e os recursos financeiros concentrados no âmbito federal. A política de incentivo tem grande participação, pois reorganiza as atribuições e o modelo de financiamento para o conjunto de secretarias estaduais e municipais consideradas prioritárias.

A Portaria nº 3.276/2013, de incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais, teve como objetivo garantir a estados, distrito federal e municípios a manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle, incluindo o apoio às Organizações da Sociedade Civil, a manutenção da casa de apoio e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV (BRASIL, 2013).

O recurso destinado ao estado e aos municípios deve ser definido em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Apresentada a Resolução da CIB, o Ministério da Saúde fará a distribuição diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo Estadual e Municipais. O valor deve ser repassado em 12 parcelas mensais. Nesta portaria, podemos consultar o anexo com os valores a serem repassados para cada estado no ano de 2014, e vemos que a quantia para o estado de Pernambuco, após Resolução CIB/PE nº 2543/2014⁵⁵, foi de R\$ 7.372.835,00 (BRASIL, 2013).

A Portaria GM/MS nº 232, de 7 de fevereiro de 2022⁵⁶, aprova os novos valores da transferência fundo a fundo do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, Aids e Hepatites Virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde e dá outras providências. Para Pernambuco, fica destinada a quantia de R\$ 8.200.000,00. Assim, podemos perceber que não houve grande aumento de 2014 para cá, que contou com pouco mais de 7 milhões naquela época, que fica em torno de 11% de aumento em 8 anos.

Também fez parte de nossas análises os Planos Estaduais de Saúde de Pernambuco (PES), nos quadriênios 2016-2019 e 2020-2023, pensando aí no nosso marco temporal de pesquisa. No PES de 2016-2019, foi identificado o objetivo estratégico de implementar as ações de prevenção, detecção e tratamento das ISTs/Aids, hepatites virais, HTLV e sífilis congênita nos municípios. Tinha como descritor a consolidação do Programa Estadual com

⁵⁵ É importante destacar que a resolução CIB de 2014 nos foi passada pela gerência do Programa Estadual de IST/HIV/Aids.

⁵⁶ Esta nova portaria federal nos leva a crer que pode ter havido outra reunião da CIB para definir os valores e que municípios receberiam incentivos, mas não tivemos acesso.

vistas à ampliação da promoção/prevenção à saúde, acesso a testagem, aconselhamento e assistência à saúde. As ações para esse quadriênio foram:

1. Descentralização de testes rápidos para HIV e sífilis nas GERES (I, II, III, IV, V, VI, X, XI, XII);
2. Descentralizar as ações de aconselhamento e testagem para HIV e sífilis nas GERES (I, II, IV, VI);
3. Implementar as ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites Virais;
4. Descentralizar ações de assistência aos pacientes com HIV/Aids (implantar 1 SAE em cada GERE);
5. Implantar Comitê Estadual para discussão de casos de transmissão vertical de HIV e Sífilis e óbitos relacionados à Aids;
6. Produzir 4 planos de mídia anual;
7. Publicar editais para financiamento de projetos estratégicos da Sociedade Civil (meta 2 editais);
8. Realizar Seminários de manejo clínico de pacientes HIV/Aids;
9. Realizar estudo de prevalência da infecção por HIV e sífilis em parturientes no estado.

A partir de nossas entrevistas foi possível identificar que as metas do PES 2016-2019, ou pelo menos quase todas elas, foram alcançadas. Podemos destacar, aqui, a descentralização da testagem rápida e aconselhamento, que foi bastante citada pela equipe do Programa Estadual. O empenho nessa descentralização de testes antiHIV é reflexo da implantação da prevenção combinada e compromisso com as metas 90-90-90. Há, também, um indicador que monitora o acesso das mulheres gestantes ao teste rápido, se ele é ofertado pela Atenção Básica, mas a implantação do Comitê Estadual para discussão de casos de transmissão vertical de HIV/Aids não foi mencionada nas entrevistas.

Os editais, com organizações da sociedade civil, são mencionados nas entrevistas e são considerados muito importantes para alcançar as populações que o Programa Estadual não consegue. Em 2019, foi lançado, pela Secretaria de Saúde de Recife, um edital para financiar 4 projetos de prevenção às ISTs, em que liberou R\$ 25 mil para cada um. Em 2021, foi lançado o edital para financiar estratégias de prevenção combinada para ISTs. Cada organização da sociedade civil ficaria com R\$ 50 mil, e apenas cinco seriam escolhidas⁵⁷.

⁵⁷ As outras metas do PES 2016-2019 não foram abordadas na entrevista.

O PES do quadriênio 2020-2023 tem como objetivo estratégico fortalecer a Política Estadual das ISTs e Aids. Tem como ações:

1. Estruturar e ampliar a rede de Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV nas GERES. Meta de implantar 4 serviços com PrEP na GERE I;
2. Implantar rede de Profilaxia Pós-exposição (PEP) ao HIV nas GERES. Meta de implantar 12 serviços estaduais de saúde 24h para PEP;
3. Prover insumos estratégicos para ações de prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde. Meta de prover insumos em 90% dos municípios;
4. Qualificar profissionais de saúde em ações de prevenção, detecção e manejo clínico de IST/HIV/Aids. Meta de qualificar 2 mil profissionais de saúde em ações de prevenção, detecção e manejo clínico das ISTs/HIV/Aids.

O Plano Estadual de Saúde de 2020 a 2023 está vigente ainda, mas identificamos nas entrevistas que algumas metas já vêm sendo implantadas. A primeira meta – de estruturar e ampliar a rede de PrEP – conta, atualmente, com 3 serviços na GERE I, centralizados no município de Recife – no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), no Hospital das Clínicas, no Ambulatório LGBT Patrícia Gomes (Policlínica Lessa de Andrade). Foram implantados, também, em 2 serviços na GERE IV, em Caruaru (SAE e CTA) e mais 2 serviços na GERE VIII, em Petrolina (no SAE e UBS Bernardino Campos Coelho). É colocado pela equipe o empenho em implantar a PEP nas GERES, pois o município não tem a obrigatoriedade de implantar PrEP ou PEP nos serviços de referência.

Com relação à demanda de insumos para ações de prevenção da transmissão do HIV, o estado está com dificuldade em suprir a oferta de gel lubrificante, que está em falta, e a justificativa é que o Ministério da Saúde não enviou, que é algo gerencial, a nível federal. As camisinhas internas e externas são distribuídas pelo estado, mas os movimentos Aids tecem muitas críticas a esse processo de oferta; por exemplo, pontua-se a falta do insumo em alguns serviços, a falta de diálogo sobre o uso e o recebimento do preservativo condicionado a cadastro em unidade básica de saúde, com quantidade estabelecida.

Outro ponto importante a ser trazido é a recente mudança no preservativo interno, que desfaz toda uma história de incentivo do uso, de conhecimento do corpo, não dialoga com as mulheres, nem com os movimentos que atuam com pessoas soropositivas.

Mas assim, você não tem, e em relação a insumos, o que aconteceu no Brasil, é muito triste. Nós da Gestos fomos, eu acho, que a única instituição que trabalhou com a história de incentivar as mulheres a usar, a gente tinha um projeto que era de promotora de preservativo feminino e masculino, deixava lá nas casas, no Coque,

nos Coelhos... Mas a gente não via esse esforço, tinha agente comunitário de saúde que nem sabia que a unidade tinha e depois disso, quando o presidente atual entra ainda muda, quer dizer, desde o golpe, foi com Temer que muda, o Movimento Nacional de Cidadãos Positivos (MINCP) fez inclusive um abaixo assinado nacional, pedindo pra não mudar o material da feminina, porque a outra era halogênica né...não tinha alergia, eles disseram, ahhh é só 30% das mulheres que tem alergia, aí mudaram a camisinha feminina, mas ela só ajuda a manter as mulheres mais distantes, somente. E não existe qualquer ação, você chega nas unidades de saúde e não encontra esse insumo disponível, fica entocado no almoxarifado, e quando tem, é as masculinas, e tem unidade aqui em Recife que ainda usa aquele cadastro para você pegar 30, assinar um papel dizendo que pegou 30 camisinhas, eu acho que depois tem que prestar conta né...(risos)..então assim, é muita doidice, muita falta de unidade nas coisas, e eu acho que há essas desigualdades sim, em relação à parte de educação, de respeito...e há ainda uma queda em relação aos próprios insumos (ONG 1, 2021).

Olha, essa implantação aí da prevenção combinada, eu acho que fica muito a desejar. Primeiro, as mulheres não se sentem contempladas dentro dessa mandala da prevenção combinada. Porque na mandala da prevenção oferece o preservativo feminino que agora se chama camisinha interna. Começando pela camisinha, tiraram o direito de a gente usar aquela camisinha que era antialérgica, e agora colocaram aquela que ela pode causar alergia, aí você pode dizer assim sim, mas vem um gel, mas se no próprio serviço falta o insumo. As profissionais do sexo estão inseridas nessa mandala?...Na verdade, a gente não se sente contemplada dentro dessa mandala de prevenção combinada (ONG 4, 2021).

A representante da ONG 4 expressa o não sentimento de inserção e inclusão na mandala da prevenção combinada. Com relação à falta de gel lubrificante, a representação do Programa Estadual disse o seguinte:

A última vez que a gente recebeu foi ano passado. E aí por conta do nosso estoque, né, e para atentar que todos os municípios recebessem de acordo com o que vinham solicitando, nem sempre a gente encaminhava o que estava sendo solicitado, a gente tentou abranger todo mundo no que a gente tinha e aí a última vez também que a gente conseguiu distribuir conforme nosso estoque foi também no final do ano passado. E até então a gente não tem mais, saiu até uma nota do MS falando pra gente comprar esse insumo (PE-HIV 4, 2021).

O Plano Estadual de Saúde também delimita os recursos direcionados para o enfrentamento de IST/HIV/Aids. Aparece sob nomenclatura *fortalecimento das ações de prevenção e tratamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais*. Analisando esses recursos, de 2016 até 2021, fica evidente a diminuição de recursos repassados para essa pasta. Em 2016, estava na casa dos R\$ 3.670.000,00; em 2021, foi reduzido para R\$ 845.100,00, o que gera inquietação e preocupação de como as ações serão gerenciadas e efetivadas com recursos, diminuindo cada vez mais. A falta de recursos evidencia o histórico processo de subfinanciamento, que, desde 2016, ganhou *status* de desfinanciamento da política de saúde; assim, impactando na estrutura física, no déficit de recursos humanos, no predomínio de

práticas emergenciais e assistenciais em detrimento da prevenção e promoção da saúde, tanto para a política de saúde como um todo quanto para a política de HIV e Aids. Desse modo, deixando o financiamento como um desafio na gestão do enfrentamento da epidemia.

O do financiamento, tem né...talvez na década de 1990 que eu não vivenciei enquanto gestor né...enfim, fosse um pouco mais fácil, as vacas gordas, né, em que a gente tinha uma grande...um incentivo maior para que aquilo acontecesse, né. Apesar de que cada vez mais quando eu penso na prevenção eu vejo muitas novas possibilidades, sabe, tipo o autoteste, agora vai ter a possibilidade de uma PrEP injetável, sabe, o mundo começa a pensar muitas formas de se pensar prevenção...e tal, mas entre o pensar e conseguir operacionalizar para que chegue de verdade para todo usuário, a gente ainda está longe, tem esse hiato, né (PE-HIV 2, 2021).

Com isso, estamos vivenciando o que é colocado por Ferraz e Frizera (2018) como o *estrangulamento financeiro de todas as políticas sociais*, que será completo e, para a saúde, perverso, uma vez que estados e municípios não têm e não terão recursos para o combate a epidemias e endemias e para ampliação dos serviços em função do aumento populacional e das necessidades da população.

Mas, a gerência do Programa Estadual, quando questionada sobre o financiamento para HIV, afirma que não visualiza redução e o que dificulta é não ter mais um carimbo próprio para IST e Aids, como era antes. Agora, os recursos⁵⁸ são para vigilância e assistência e são definidos internamente o que vai para onde, quais os recursos para HIV/Aids, quais para tuberculose, hanseníase etc. Como pontuado na entrevista: “enfim a gente consegue se organizar internamente em relação a recurso, a gente desenha quais as atividades que a gente precisa fazer, quanto vai custar, né, e, a partir disso, o recurso da vigilância ele é distribuído” (PE-HIV 1, 2021).

Essa fala nos faz compreender uma outra fala da representação da ONG 1, que afirma que a gestão do Programa Estadual não sabe quanto é direcionado para as ações de fortalecimento e prevenção das ISTs/HIV/Aids. Desse modo, caracterizando mais um ponto da vulnerabilidade do programa.

Meu problema em relação ao governo do estado, talvez você até tenha conseguido porque está como pesquisadora, mas a gente não sabe quanto tem de dinheiro para a política, não sabe... Foram duas gestões da Gestos, para o conselho estadual e municipal, e nós não conseguimos saber quanto é, porque a gerente não sabe, ela pede pra fazer coisas, aí ela manda pra Diretoria de Vigilância e eles lá decidem o que pode e o que não pode. Mas pra elas saber quanto tem de carimbo lá pra política de enfrentamento de IST/Aids, eu acredito que ela não sabe. E eu acho isso uma

⁵⁸ Em 2017, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3992/2017, modificou a forma de repasse de recurso da União para estados e municípios. Anteriormente, o repasse era em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica; atenção básica; gestão; investimentos; média e alta complexidade – MAC; e vigilância em saúde); depois, mudou para apenas para dois blocos, um para os recursos de custeio e outro para capital.

coisa absurda do ponto de vista da transparência. Sabe, para gente da sociedade civil controlar, para a gente pedir no conselho o que foi feito, aí vai lá e diz o que fez...no conselho ela diz o que fez naquele ano, o que está previsto para aquele ano....mas quanto tem de recurso? Nada! (ONG 1, 2021).

4.3.3 ATUAÇÃO DAS ONGS HIV/AIDS NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA EM PERNAMBUCO

A situação da saúde em Pernambuco vem sendo pauta de discussão nos últimos anos, entre 2016 e 2018 movimentos que atuam com HIV/Aids denunciaram na imprensa a situação difícil e preocupante dos serviços de atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, que vão desde a falta de medicamentos à situação precária dos serviços de testagem – até mesmo à precariedade dos serviços de referência –, com equipe reduzida, assim caracterizando a violação dos direitos das pessoas que vivem e convivem com o vírus.

Ontem mesmo teve uma reunião sobre o Lessa, sobre os problemas no Lessa. E que são serviços que não tem 4 anos, 5 anos, tipo, ah, estão aprendendo a fazer o negócio, não é falta de reconhecimento daquele serviço, da importância. Então eu acho uma rede fragilizada, não há diálogo. Nós da Gestos convivemos o tempo inteiro com a falta de medicação, né...e denunciemos, eu acho que, antes de 2016, até a falta do leite pra criança. Então a gente vivenciou tudo isso aqui no estado. E foi de 2014 pra cá que a gente teve que recorrer ao Ministério Público e tal (ONG 1, 2021).

A falta de medicamentos nesse período é justificada pela PE-HIV 4, considerando que o problema foi sanado com a mudança de gestão do antirretroviral, em que a logística foi passada para o Programa Estadual.

Antigamente, quando a gente não tinha gestão do antirretroviral com a gente, tinha uma grande dificuldade em relação a medicamento, isso foi em 2016, 2017...que a gente começou a apresentar muitos problemas e foi quando a gente trouxe a logística de antirretrovirais para o programa, porque não era com a gente, era com a assistência farmacêutica. E aí, nesse momento, a gente tinha uma grande articulação com eles (sociedade civil) por conta da falta de medicamentos, essas questões, isso a gente conseguiu resolver. Pode acontecer em algum momento de ter uma falta, mas não há falta de abastecimento (PE-HIV 4, 2021).

Nas entrevistas foram trazidos muitos desafios, tanto por parte da equipe do Programa Estadual quanto pelos representantes das ONGs Aids. Destacamos a fala de PE-HIV 2, que reconhece a necessidade da quebra do modelo biomédico, tirando o foco da medicalização. Na fala, ressalta a importância de trazer metodologias ativas e prevenção pautada na autonomia dos sujeitos:

Mas eu acho que o primeiro processo de desafio do enfrentamento da epidemia como um todo é essa quebra desse modelo biomédico focado muito na recuperação, sabe, a gente acaba focando muito nesse lugar de....eh o paciente soropositivo eu preciso dar o remédio, enfim, e aí tipo não quer dizer que isso não seja importante, isso é imprescindível, é o mínimo de uma política, mas eu acho que talvez, acho não...é que seja interessante que tenha uma ampliação, não é!? No processo de prevenção, e aí esse modelo de prevenção que seja pautado na autonomia do sujeito. Sabe!? Metodologias ativas, da educação popular em saúde, sabe, trazendo usuário para junto dizendo...vamos lá minha gente: como é que gerencia seu risco? Como é que você transa? Por que você não usa camisinha? Tem a PEP, tem a PrEP, enfim...fazer um investimento massivo na prevenção combinada de verdade, para que a gente consiga trazer ou produzir mais consciência para os indivíduos, a partir da sua autonomia, acho que esse é um dos caminhos para que a gente consiga avançar (PE-HIV 2, 2021).

No Brasil, a epidemia do novo coronavírus teve início nos primeiros meses de 2020, tal qual no restante do mundo. Tal fato trouxe efeitos devastadores para a população. O impacto da Covid-19 acarretou a transferência de recursos humanos, materiais e financeiros para enfrentá-la. A já existente epidemia de HIV/Aids e outras doenças crônicas sofrem as consequências, com reagendamento ou suspensão de consultas, diminuição de profissionais nos serviços devido ao realocamento em serviços de Covid-19, fechamento de serviços devido à determinação de isolamento.

A pandemia do novo coronavírus trouxe impacto no número de diagnósticos de HIV, observado nos boletins epidemiológicos nacionais e estaduais, o que gerou preocupação entre gestores, sociedade civil e especialistas em saúde. Um documento publicado pelo DDCCI aponta que houve uma redução de 17% no número de pessoas que iniciaram terapia antirretroviral no período de janeiro a maio de 2020, se comparado com o mesmo período do ano anterior. O UNAIDS alerta para o impacto da pandemia de Covid-19 nos serviços de prevenção e tratamento do HIV/Aids em todo o mundo.

No caso do HIV/Aids, as estratégias de enfrentamento também são impactadas. Foi o que ficou evidente nas entrevistas realizadas. O Programa Estadual destaca a impossibilidade de realizar as ações de prevenção, testagem rápida, e continuidade de projeto já em curso, como o Prevenção para todos e o Quero Fazer, as capacitações e a formação de agentes multiplicadores da prevenção combinada.

Então, a equipe do ônibus Prevenção para Todos eles chamavam alguns profissionais da rede para participarem da ação. Seja no acolhimento, seja na testagem, seja no aconselhamento, porque esse já era um espaço de educação permanente para ele né...nosso planejamento era que em 2020, né...era que esse lugar aqui da educação fosse com mais força, né, com essa testagem, mas trouxesse mais profissionais para pulverizar a testagem principalmente nos municípios silenciosos, mas aí teve que parar (PE-HIV 2, 2021).

Se o desafio já era grande, né, com a Covid-19 aumentou muito, né, porque a gente primeiro teve o processo de recursos humanos, porque o nosso programa está inserido na área da vigilância lá na Secretaria e aí com o *boom* do Covid, a grande maioria dos profissionais foram realocados para o Covid, né, então a gente manteve uma equipe mínima para manter a organização do programa e as coisas que eram cíclicas mesmo, né, que todo mês tinha que fazer, mas a grande maioria do pessoal foi se afastando e foram trabalhar em plantões e coisas do Covid, né, então imagine como isso foi um desafio, porque a gente tinha que trabalhar lá e nas horas de descanso do Covid tem que pensar, né, o programa e ali as questões do HIV/AIDS então já teve esse baque (PE-HIV 2, 2021).

As coordenações de prevenção e de apoio à assistência referem a participação do estado e do Programa Estadual na articulação com o Programa Nacional de Imunização (PNI) para vacinar as pessoas vivendo com HIV/Aids contra a Covid-19, pensando na preservação do sigilo e garantia de acesso à vacina. Colocam que as organizações da sociedade civil que atuam com HIV/Aids foram ouvidas nesse processo. Uma proposta foi ofertar a vacina nos SAEs, mas houve barreiras do PNI devido à logística e refrigeração das vacinas. A fala de PE-HIV 4 evidencia essa articulação:

A questão da vacina, a gente fez reunião com eles (sociedade civil) para a gente tentar definir junto com o PNI, mesmo sendo do PNI essa questão, mas a gente articulou para ver qual seria a melhor forma, de como seria feita essa vacinação para a gente não estar expondo esses usuários, então a gente pensou na questão do CID que não poderia ser o B24, como algumas pessoas queriam colocar, então a gente chamou eles (sociedade civil) para discutir nessa reunião qual seria a forma menos agressiva de ser feita a vacinação nas pessoas no geral. A proposta deles (sociedade civil) era que a gente colocasse a vacina dentro do SAE para as pessoas que vivessem com HIV, só que a gente esbarrou na questão do PNI por conta da temperatura da vacina, eles disseram que pela logística não iria funcionar, então a gente chegou nessa questão do formulário. A gente tem um formulário único para que a gente não precisasse identificar quem era a pessoa com HIV ou não, então a gente sempre tem essa troca com eles (sociedade civil/PVHA) nessa questão da vacina a gente teve muito contato com eles, porque infelizmente em alguns serviços que eles chegaram para se vacinar mesmo tendo lá o CID marcado, né, como Imunossupressão não era o CID B24, mesmo assim alguns profissionais perguntavam qual era a imunossupressão, mesmo a gente orientando que isso não fosse feito, e aí muitas vezes, na verdade todas as vezes que isso aconteceu, eles procuraram a gente e a gente tentou articular, então acredito que a gente tem uma boa interlocução com eles (PE-HIV 4, 2021).

As ONGs que lutam contra a Aids também passaram por desafios no período da pandemia do novo coronavírus. Seus projetos foram interrompidos, o atendimento foi parado, a militância, as reuniões e a articulação também foram cessadas.

A gente se reunia uma ou duas vezes por mês, antes da pandemia, para discutir a problemática da situação da saúde, da cidadania, dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV. Com a pandemia da Covid, até eu tenho um pouco de

dificuldade de manusear essas tecnologias novas, e as pessoas também são muito vulneráveis e os celulares não comportam esse tipo de coisa, então a gente passou a se reunir de vez em quando, se tiver uma demanda muito grande, nos reunimos para discutir a situação de saúde pública e direitos humanos das pessoas com HIV (ONG 3, 2021).

Essa pandemia chegou no momento mais para se agravar, porque já tinha dificuldade, então vão usar a pandemia para dizer que a gente está ruim hoje por conta dela, não foi, já estava ruim faz tempo, o descaso é muito grande com as pessoas que vivem com HIV, na sua integralidade para conseguir as consultas. É muito difícil hoje, em Pernambuco, a gente ter uma saúde integral (ONG 3, 2021).

O período de pandemia de Covid-19 em que nos encontramos forçou tanto a gestão da saúde, o Programa Estadual quanto as organizações da sociedade civil que atuam na luta contra a epidemia de HIV/Aids a utilizar outras formas de passar informações e garantir direitos. As mídias sociais foram os principais veículos.

As organizações da sociedade civil que atuam com HIV/Aids sempre estiveram presentes no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia. Já na primeira década da doença, tinham ações para mitigar os impactos da Aids. É histórica a participação das organizações da sociedade civil na elaboração de políticas públicas e defesa de direitos humanos e sociais para as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em Pernambuco, essa atuação das organizações da sociedade civil também teve participação ativa já na década de 1990. Contribuíram no planejamento e execução das ações de saúde para enfrentar a epidemia no estado e no Brasil, além de discutir as políticas relacionadas à Aids na busca por garantia de direitos das PVHA (JARDIM, 2021).

A autora ainda coloca que a atuação dos movimentos sociais ao longo dos anos 1990 foi direcionada ao envolvimento político e à conquista de espaço de participação em instâncias democráticas. Com esse empenho foram se fortalecendo e ganhando novos espaços de participação junto a conselhos, fóruns e conferências. Mas, além do envolvimento político, os atores sociais também se envolviam na execução de ações educativas e de conscientização junto à população.

Para Montañó (2008), o terceiro setor, a exemplo das ONGs, instituições sem fins lucrativos, filantrópicas etc., surge como funcionalidade ao projeto neoliberal, no novo enfrentamento da questão social. O Estado está envolvido nesse processo, a partir do momento que promove o terceiro setor, no plano legal e na esfera financeira, como contrapartida à retirada paulatina da responsabilização do Estado no trato com as expressões da questão social.

A maior parte dessas ONGs surgiu do ativismo e mobilização pela luta contra a epidemia e a favor dos direitos das PVHA. Essa estratégia, ao mesmo tempo que trouxe para o debate e transformou em aliados, na execução da política, os até então ativistas autônomos, expressou bem a tendência de desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil (SOARES *et al.*, 2018).

Com relação ao programa de HIV/Aids, a contrarreforma, os retrocessos e as perdas a ela relacionados ganham contornos mais perversos. A partir de orientações de organismos internacionais, como BM e agências multilaterais, a política de combate ao HIV e Aids no país historicamente privilegiou o financiamento de projetos de prevenção a assistenciais executados por ONGs.

O estado pernambucano, atualmente, conta com poucas ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, podemos destacar o GTP+ e a Gestos. Com a redução de recursos nacionais e internacionais, muitas ONGs fecharam as portas ou diminuíram significativamente suas atividades, dentre elas: Viva Rachid e Casa Menina Mulher. Já o SOS Corpo não tem tido tanta atuação em relação à HIV como em anos anteriores.

Temos também no estado a Articulação Aids/PE e a Rede de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, que são de âmbito nacional com representações nos estados brasileiros. Em Pernambuco, têm a mesma representação. É importante já destacar que as representações estaduais não recebem qualquer tipo de recurso, todas as atividades que realizam são com recursos próprios.

Eu estou na representação da ONG 3. Que é um fórum de ONGs que trabalham com a temática da Aids. ONGs, movimentos sociais e ativistas. Ao contrário da Rede Nacional de PVHA/PE, que só agrega pessoas que vivem com HIV, é fechada, na nossa reunião só participa ou convidados ou pessoas que estejam com HIV/Aids. O recurso que eu uso para fazer as minhas ações é do meu dinheiro, da minha aposentadoria, por exemplo, essas campanhas que eu fazia no ônibus, metrô, escola, de fazer cartazes, eu fazia parcerias. Com instituições parceiras. Mas a maioria sai do meu bolso, se eu não tiver, eu não vou. Porque ONG nenhuma me dá apoio, mesmo sendo Articulação (ONG 3, 2021).

A ONG 3 não concorre aos editais de financiamento publicados, pois não possuem CNPJ, diferente das outras de maior atuação em Pernambuco. Do ponto de vista da sua representação, isso é bom, porque ele não precisa medir suas palavras no momento de reivindicar ações do estado ou Programa Estadual.

Como RNP ou Articulação, eu abro minha boca, falo que eu quero, porque não tenho recurso nenhum financiado pelo governo federal, estadual ou municipal. Infelizmente, as ONGs têm medo de falar. Falam o que acha que deve falar, para

não magoar, não se sujar com os gestores porque tem um projeto tal para ser aprovado.

A ONG 2 foi criada por 5 pessoas vivendo com HIV/Aids. A ONG tem pouco mais de 20 anos de atuação. Desenvolve alguns projetos que abarcam populações-chave e pessoas vivendo com HIV/Aids. Dentre os projetos temos:

Olha a ONG 2, ele atua diretamente com pessoas vivendo com HIV, hoje nós temos um *projeto denominado Espaço Positivo*, que é a porta de entrada, qualquer pessoa que venha buscar alguma informação ou algum serviço, ele tem que passar por esse espaço, que é uma assistente social e a coordenadora do projeto. O Espaço Positivo ele está com 3 grupos, cerca de 45 pessoas, um grupo de travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV, um grupo, vamos dizer assim, de cisgêneros vivendo e convivendo com HIV, são homens e mulheres, né, e um grupo de mulheres vivendo com HIV. Temos o *projeto Fortalecer para Superar Preconceitos*, que é um projeto voltado à população LGBT, e aí eu diria às pessoas vivendo com HIV também em 10 unidades prisionais da região metropolitana. Bom, o Covid dificultou o trabalho lá, porque se a gente está falando de espaços de exclusão, nas unidades prisionais você vê a cor e a condição social das pessoas, então jogar essas pessoas lá, porque são jogadas. *O Mercadores de Ilusão é o projeto com profissionais do sexo*. A gente atua com gays, travestis e mulheres transexuais. A gente atua na instituição e nos locais de trabalho delas. É importante ressaltar que esse praticamente foi o primeiro projeto da gente. E temos a *Confeitaria Escola* e você vê ali a gente sempre pensou na sustentabilidade, mas a sustentabilidade além de financeira, a política também porque a gente vive num país extremamente desigual (ONG 2, 2021).

Nas entrevistas, pudemos perceber que a ONG 2 vem atuando de forma mais próxima das populações-chave, inclusive com representantes atuando na ONG, além das ações com pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, HSH e pessoas trans. A representante do Coletivo de Mulheres Trans de Pernambuco tem diversas ações com a GTP+ e os grupos citados acima proporcionam momentos de acolhimento, solidariedade, empoderamento desses grupos vulneráveis, discussão sobre prevenção, distribuição de insumos. A instituição atua de acordo com os recursos que tem, participa de editais publicados, mas promove ações internas para arrecadar dinheiro, como a cozinha solidária, bazar etc.

A política ela não está mais sendo feita dentro dessa perspectiva de abrir editais anuais para a manutenção dos projetos das organizações não governamentais. Isso ocasionou que? Um fechamento imenso. Só existe a GTP e a Gestos que atuam diretamente com as populações que vivem com HIV. Eu lembro que na época que eu descobri que existia fórum era uma imensidão de instituição porque tinha muito dinheiro de fora. Então agora diminuiu muito, diminuiu bastante o dinheiro de fora até porque eles conseguiram estabelecer políticas (ONG 2, 2021).

A ONG 1 também disputa o financiamento dos editais estaduais e federais. Foi trazido na entrevista que recebe financiamento tanto nacional quanto internacional, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Misericórdia (instituição alemã

religiosa) que financia um projeto com jovens. A ONG também tem Grupos de Trabalho com jovens e outro com adultos, participa de comitê de jovens, de tuberculose e de prevenção combinada, esses comitês são espaços mistos. Mas não tem projetos específicos direcionados para as populações-chave.

Esses duas ONGs se destacam nesse sentido, de ter financiamento do estado ou federal e até estrangeiro, por serem pessoa jurídica. Elaboram os projetos de acordo com o que é solicitado no edital, seguindo à risca o que se pede, inclusive mudando termos que fortalecem o debate sobre HIV/Aids, as populações-chave e, sendo aprovados, podem pôr em prática as ações.

A gente não podia usar algumas palavras nos documentos que saiam porque podia ser censurado pelo atual governo. Se você olha agora o edital do Ministério, o último edital nós participamos com dois projetos, mas foi aprovado um, que é esse da assessoria jurídica, da questão do direito. Lá você não vai encontrar LGBT, tem populações vulneráveis. É uma mudança muito grande e tudo isso fragiliza a política, fragiliza a importância da discussão (ONG 1, 2021).

O mesmo não ocorre com a Articulação Aids/PE e com o Movimento Nacional de Cidadãos Positivos (MNCP), que não são institucionalizados, não possuem CNPJ e não concorrem a esse tipo de financiamento. Eles arcam sozinhos com suas ações e são mais direcionados à prevenção, controle social nos serviços de saúde. No caso da ONG 4, trabalham para fortalecer as mulheres soropositivas, “com foco no acesso à informação e na garantia de direitos humanos e ainda no trabalho de prevenção à infecção pelo vírus do HIV das mulheres não infectadas deste país” (ONG 4, 2021).

Ficou evidente que, no momento de reivindicar, discutir a política, cobrar do governo ações e projetos, estar nas ruas ou dentro dos conselhos municipais e estadual de saúde, tanto as ONGs quanto os movimentos sociais se unem e realizam diversas intervenções.

Outro ponto convergente entre eles é a crítica à atual situação da Política de HIV/Aids em Pernambuco e ao desmonte na política social como um todo, além da diminuição de ONGs e movimentos sociais que atuam com pessoas soropositivas. Lutam contra o preconceito, estigma, a favor dos direitos humanos e exercem pressão no governo para criar e efetivar estratégias que melhorem a condição de vida das PVHA.

Eu acho que vem diminuindo, a gente não vê ações de prevenção da parte do governo, quando você vê alguma ação é da sociedade civil, com a Articulação Aids, com a RNP, com o MNCP, a Gestos. Se reúnem para fazer ação no 1º de dezembro, na luta contra a Aids. A gente só vê uma ação de prevenção uma vez no ano, falando somente de camisinha com as pessoas, que é no carnaval (ONG 4, 2021).

Ah eu acho que teve um retrocesso danado, sabe... Hoje se você olha para Recife que é a capital, onde concentra aí 50% das pessoas com HIV, só tem duas organizações funcionando, o GTP+ e a Gestos. Antes não era assim, tinha organização na região metropolitana. Você vê, por exemplo, o que era a Articulação Aids quando eu saí da Gestos, ela bombava de organizações que trabalhavam com HIV/Aids, e agora não tem (ONG 1, 2021).

Destacam que as mudanças programáticas e organizacionais, de mudança no Programa Nacional que passou a ser dividido com outras doenças crônicas; inclusive, com a retirada da palavra Aids, as tomadas de decisão verticalizadas, que são apenas repassadas aos estados, prejudicaram o diálogo do Programa Estadual com o DDCCI, e também invisibilizaram a epidemia. Por exemplo, tirar a orientação sexual e gênero dos programas de educação, a discussão da escola como espaço que pode orientar jovens, as campanhas, as frentes LGBTQIA+ que não estão podendo acontecer. Mudanças essas que podem enfraquecer a temática e a política de HIV. Torna preocupante o futuro e a administração da política, com descumprimento das metas e objetivos traçados e assumidos pelo país e estado pernambucano.

Enfim, vemos em nossas análises que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco perpassa muitas contradições no âmbito da elaboração e efetivação da política. O estado assume o compromisso nacional, adota as metas 90-90-90 e inicia o processo de prevenção combinada, mas as ações são mais direcionadas para a biomedicalização, as intervenções comportamentais e estruturais ficam de lado.

Ainda assim, a implantação da PrEP e PEP passa por grandes desafios, como foi possível observar nas entrevistas com a gestão e com as ONGs. Os projetos da gestão estadual são voltados para ampliação de testagem rápida de HIV, foco no uso do preservativo – quando tem disponível nos serviços de atenção básica – e algumas ações com os ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, mas direcionadas à consolidação da prevenção combinada, que na verdade possui foco maior na descentralização da PrEP e PEP.

Percebe-se uma vulnerabilidade programática, falta de transparência e de democratização. As populações-chave que são centrais nas ações das diretrizes do UNAIDS não são privilegiadas no Programa Estadual, essa função é passada para as ONGs que contam cada vez menos com financiamento para esse fim.

O cenário atual não é propício para o cumprimento dessas expectativas frente aos cortes orçamentários no setor saúde decorrente das recentes crises econômica e política no âmbito nacional e em Pernambuco. Percebemos que houve, nos últimos anos, um apagamento da Aids como problema social.

O início da terapia antirretrovirais e o reconhecimento da Aids como doença crônica é vista como um fator de diluição do sentido de gravidade da epidemia, deixando de ser uma questão pública prioritária. Isso implicou na redução de ações de prevenção de caráter estrutural e educativo, de recursos para campanhas educativas e de formação de recursos humanos, e na menor presença de ONGs. Por outro lado, vem se fortalecendo um modelo de resposta mais clínico e de predomínio médico (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

Seguindo a orientação nacional, Pernambuco assume as metas estabelecidas pelo UNAIDS, passa a implantar a prevenção combinada, a ampliar serviços especializados e de testagem, elabora mandala da prevenção, mas recai nos problemas já conhecidos. A fragilidade na política de saúde reflete-se na política de Aids no estado, não adianta ampliar a oferta de teste rápido se não tiver serviços estruturados e equipe capacitada para atender às pessoas soropositivas. Apesar do tratamento ser universal e gratuito, ainda vemos, em Pernambuco, a falta de ARV, de insumos, consultas em intervalos muito grandes, de exames de CD4 e carga viral e até de leitos, o que coloca as pessoas que vivem com HIV/Aids em risco.

É possível observar que o Programa Estadual de IST/HIV/Aids tem limitações que envolvem recursos, estrutura e elaboração de políticas de HIV e Aids para o estado, em diálogo com a gestão municipal. Nisso, vemos, ainda, que o Programa Estadual tem dificuldade em elaborar ações para as populações-chave; por esse motivo, passa essa responsabilidade para as ONGs.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese procurou desenvolver reflexões acerca das contradições e mudanças no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids em Pernambuco, considerando as inflexões do neoliberalismo e neoconservadorismo, que acirram as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais e repercutem nas políticas de HIV e Aids.

Buscou-se entender, na perspectiva da totalidade, as contradições e mudanças no enfrentamento ao HIV/Aids na realidade de Pernambuco, tendo em vista o compromisso com diretrizes internacionais do UNAIDS assumido pelo país, que faz parte do grupo de 35 Fast Track Countries para acabar com a Aids até 2030, num momento em que se vivencia o acirramento da neoliberalização com cortes nas políticas sociais que comprometem sua concretização, e de crescimento de uma onda neoconservadora.

O ano de 2021 marcou os 40 anos dos primeiros casos identificados de Aids e até hoje a doença é um desafio para a saúde pública, pois exige ações de enfrentamento condizentes com as especificidades de cada região, além de financiamento adequado. Este vem sendo um grande obstáculo diante da atual configuração das políticas sociais não só no Brasil, mas em outros países do globo – e que afeta agudamente os países de renda média ou baixa.

A epidemia de HIV/Aids evolui no contexto de restauração do poder de classe da burguesia, terreno fecundado por ideologias e discursos neoliberais e neoconservadores, como já discutimos nos capítulos anteriores, além da reestruturação produtiva e do aprofundamento da acumulação por espoliação de direitos, que ocasiona a negação de direitos, o desmonte de políticas e serviços de saúde, aumentando taxas de adoecimento e morte de pessoas vivendo com HIV/Aids.

A crise iniciada em 2008 evidencia o processo de desenvolvimento do capitalismo nas últimas décadas, com queda nas taxas de lucro, gerando a necessidade de encontrar novos nichos de acumulação do capital, a intensificação das diretrizes neoliberais, com fortalecimento do Estado mínimo para as políticas sociais e de saúde. Desse modo, transferindo para o indivíduo e seus familiares a tarefa de cuidar de si.

Por essa adoção dos princípios neoliberais, as respostas globais focaram o indivíduo e não privilegiaram, em suas ações e discussões, as desigualdades estruturais, que promoveram cenário ideal para as companhias farmacêuticas internacionais e corporações transnacionais do setor médico entrarem em países africanos, asiáticos e latino-americanos, transformando pessoas soropositivas e pobres em mercados para as intervenções farmacêuticas.

A agenda global conta com organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM), Organização Mundial da Saúde (OMS), Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), esses órgãos internacionais atuam como consultores financeiros e dão suporte técnico para estruturar programas nacionais em países da África, Ásia e América Latina, países que são dependentes e pautados nas premissas do neoliberalismo.

Essas agências internacionais influenciam na formulação e nos modelos de gestão das políticas sociais através de vários mecanismos, dentre eles, os empréstimos sob a condição de adesão a determinados modelos e condicionalidades às políticas sociais. Aqui, temos o Brasil como exemplo à época dos empréstimos do Banco Mundial, iniciados na década de 1990.

As políticas sociais no âmbito do neoliberalismo têm enfoque seletivo, residual e que vai de encontro com a abordagem universalista e socialdemocrata. Essas organizações estão mais próximas do modelo americano, afirmam uma perspectiva liberal da saúde, privilegiando o mercado e as parcerias público-privadas entre o Estado, a sociedade civil e as organizações do mercado para a promoção do bem-estar, como estratégias para alcançar altos níveis de cobertura e qualidade nos serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988, fruto de lutas travadas pela classe trabalhadora, trouxe como marco importante um conjunto de direitos sociais nunca antes conquistados no país. Tivemos a estruturação da seguridade social, e a saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado. As ingerências aos programas e políticas sociais prejudicam as condições de saúde, sobretudo para as camadas mais pobres da classe trabalhadora.

O direito à saúde se configura como importante nicho da ofensiva do capital, devido ao seu potencial de mercantilização. Está inserido no rol dos direitos e políticas sociais que vêm sendo alvo da atual expropriação capitalista, como parte das estratégias das tendências do capitalismo contemporâneo, que nas palavras de Harvey são as atuais expropriações de direitos contra a classe trabalhadora.

A junção entre neoliberalismo e neoconservadorismo foi plano de fundo para ascensão da extrema direita, que privilegia a moralidade, a família tradicional autossuficiente, com marcante regressividade nas políticas sociais. Ademais, com negação dos direitos das mulheres, comunidade LGBTQIA+, pessoas vivendo com HIV/Aids. Ou seja, empreende-se a repressão da agenda política de equidade de gênero e de direitos sexuais e reprodutivos, sendo a sexualidade fortemente atacada.

Crescem, então, os partidos e políticos com pautas conservadoras, principalmente no governo de Bolsonaro, que tiveram apoio e incentivo aberto. Embora tenhamos que destacar

que essas pautas conservadoras já vinham sendo postas em prática nos governos do PT, mais especificamente no da então presidenta Dilma Rousseff, fruto da política de coalisão que obrigou o partido a fazer diversas concessões, acarretando retrocessos nas políticas, apesar da permanência de discursos mais avançados, de ampliação de direitos para as mulheres, discussão sobre equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e prevenção ao HIV/Aids.

Apesar da influência do neoliberalismo, no início da epidemia, o Brasil avançou nas ações e estratégias direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids. Teve forte participação da sociedade civil, que cobrou e atuou no enfrentamento da epidemia. O acesso universal e gratuito ao tratamento com ARV foi um exemplo do avanço brasileiro, que proporcionou maior tempo e qualidade de vida para quem vivia e vive com o vírus.

O enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, considerando a perspectiva ampliada de saúde, vai além da oferta de tratamento com antirretrovirais. As ações de prevenção e a rede de proteção social devem ser ampliadas e o direito à saúde deve ser integralizado. Mas a lógica neoliberal enfraquece a resposta do Estado às necessidades sociais e legitima a atuação do mercado. Nessas 4 décadas de epidemia, observamos que o neoliberalismo tem papel central na concentração da epidemia entre os setores mais pauperizados e subalternizados da classe trabalhadora, considerando as questões de raça etnia, sexo e geração.

A partir das reflexões sobre o caráter potencialmente progressista da política social e de saúde, que é confrontado com reformas regressivas implementadas desde 2016, refletimos analiticamente sobre as contradições na política de enfrentamento ao HIV/Aids. Inicialmente, tentamos pensar criticamente o acordo firmado pelo Brasil, através da Declaração Política de 2016, o compromisso com as metas 90-90-90 e com o Fast Track (2016-2021) para acabar com a epidemia de HIV/Aids até 2030.

Ao mesmo tempo, a partir de 2016, o governo brasileiro aprofundou as orientações do neoliberalismo que fragiliza a política social através, principalmente, de cortes de recursos, viabilizado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, dentre outras contrarreformas direcionadas à classe trabalhadora, como a reforma da previdência, do trabalho, e mudanças na política de atenção básica e saúde mental.

Para a Declaração, metas 90-90-90 e Fast-Track, o enfrentamento da epidemia deve focar na promoção de mudanças nas relações de poder que vulnerabilizam mulheres e homens a novas infecções e morte, em especial os que vivem na periferia capitalista.

As metas 90-90-90 foram revisadas desde sua implantação, para verificar se as porcentagens pretendidas estavam sendo alcançadas. A nível global, em 2020, temos que, das pessoas vivendo com HIV, 84% sabiam de seu *status* sorológico; 73% tinham acesso ao

tratamento e 66% estavam em supressão viral (UNAIDS, 2021). Como os números nos mostram, o quadriênio 2016-2021 chega ao fim sem que as metas sejam alcançadas. Com isso, ainda em 2021, é convocada nova reunião e as estratégias são reafirmadas, dando início ao novo quadriênio (2021-2026) com foco no fim das desigualdades e da Aids, e para esse quadriênio são inseridas as metas 95-95-95.

O comprometimento dos governos ou a falta dele é um dos motivos para a não efetivação das estratégias e metas estabelecidas. O UNAIDS afirma que a falta de recursos para enfrentar a epidemia prejudicou o avanço dos objetivos firmados em 2016. Como já foi mencionado, o projeto de reforma draconiano que passa a ser implantado no governo de Michel Temer e adentra o de Jair Bolsonaro, associado ao neoconservadorismo, também impactaram a política de HIV/Aids.

A partir da análise dos objetivos e dos compromissos estabelecidos no Fast-Track, podemos ver que as propostas são promissoras e audaciosas, mas para que sejam alcançadas é necessário que os países que assinaram a declaração política trabalhem para que as políticas de enfrentamento à epidemia sejam efetivadas, que garantam acesso à prevenção e tratamento a todas e todos que necessitem, livres de preconceito e estigma para as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Podemos destacar algumas características que mais influenciam de forma negativa a resposta à Aids, como o contexto social conservador, que impulsiona a violência estrutural e dificulta a prevenção nas populações mais vulneráveis; além da falha no abastecimento, que tem colocado em risco a sustentabilidade do acesso a antirretrovirais e favorecido o abandono e interrupção no tratamento, bem como o enfraquecimento da política de saúde e de HIV/Aids, com poucas estratégias nacionais e estaduais para enfrentar a epidemia.

Em nossa pesquisa, também foi possível identificar que as políticas sociais do Estado são mais problematizadas dentro das ações progressistas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, mas fenômenos que determinam o declínio dos sistemas de bem-estar originados na sociedade civil, onde ocorrem as relações de produção, não são citados pelos documentos criados nos programas citados acima.

As organizações não governamentais que atuam com PVHA também são chamadas por esses programas para participar das estratégias. Mas, em contrapartida, sofrem com cortes de financiamento ao longo dos últimos anos, o que dificulta o trabalho com as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Pensando na realidade brasileira, que tem uma desigualdade elevada e está entre os países mais desiguais do mundo, fica difícil acabar com a desigualdade e assim acabar com a

Aids no país. As questões de igualdade de gênero, direitos humanos, fim do estigma e preconceito, atenção primária, e a saúde como um todo também são ignoradas, pois as políticas sociais sofrem com o desfinanciamento.

A discussão das políticas sociais se insere na compreensão dos processos políticos e econômicos que geram a subordinação de decisões e interesses políticos e expropriação de riquezas. O modo de produção capitalista no Brasil tem um caráter singular na exposição das leis econômicas que influenciam as políticas.

Pernambuco também aderiu a essa privatização, através de mudanças na administração de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), construídos com recursos públicos. O erário é transferido pelo governo estadual às Organizações Sociais (OSS) que devem administrar as unidades hospitalares do subsector público do SUS, além da administração de UPAs, UPAE e hospitais regionais.

A saúde é o espaço estratégico de disputa entre o modelo de desenvolvimento econômico de Pernambuco (saúde como mercadoria) e os defensores do Projeto de Reforma Sanitária e da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, no qual a apropriação privada dos recursos públicos é um retrocesso na consolidação dos princípios do SUS.

A gestão via OSs é justificada pelos governos, seja ele federal, estadual ou municipal de saúde, como estratégia para não ultrapassar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal; com isso, fogem dos preceitos constitucionais da licitação e concursos públicos. A contratação de pessoal é realizada nas condições de mercado, além da adoção de normas próprias para compras e contratos, e a flexibilização ampliada da execução orçamentária e financeira.

O sucesso do enfrentamento da epidemia nas primeiras décadas se dá, principalmente, pela universalidade do atendimento e acesso à medicação – propiciados pela criação do SUS, que foi efetivada na CF de 1988. Este sistema de saúde universal, gratuito e integral possibilitou que o Brasil tivesse uma realidade bem diferente de muitos países africanos, no que diz respeito à resposta à epidemia.

Ao longo da pesquisa, identificamos algumas tendências da epidemia no Brasil e em Pernambuco. Nisso, se faz importante destacar que a epidemia esteve com percentual de crescimento até 2019, em todas as regiões, e com queda nos anos de 2020 e 2021, mas essa queda foi reflexo da pandemia de Covid-19, que impactou nas notificações dos casos de HIV e Aids.

A epidemia no país caracteriza-se pelas desigualdades intrínsecas, revelando a tendência de pauperização da epidemia, que não é nova, já vem sendo debatida e analisada

por muitos autores já citados por nós há alguns anos. Pensando na escolaridade para identificar a pauperização, em uma média de 10 anos, a maior concentração de casos de Aids ocorreu entre pessoas com Ensino Fundamental II incompleto.

A região Nordeste apresenta taxa de detecção de Aids com leve queda a partir de 2012. Na região Norte, foi observado crescimento a partir de 2012 e redução em 2017, com nova alta de casos até 2020.

As regiões Sul e Sudeste apresentaram queda desde 2012 de forma constante e acentuada. Já as regiões Norte e Nordeste apresentam maiores índices de pobreza e analfabetismo, o que pode indicar maior dificuldade em vincular e reter as pessoas diagnosticadas com HIV ou Aids nos serviços de referência, ou seja, diferente das outras regiões que apresentam melhores índices.

Outra tendência identificada foi a concentração de casos entre pessoas pardas e pretas. No período de 2010 a 2020, houve crescimento entre pessoas negras e diminuição entre brancos. O seguimento gay e bissexual também teve concentração elevada.

Com relação à mortalidade, também fica evidente a discrepância entre as regiões brasileiras. As regiões Norte e Nordeste apresentam crescimento ou instabilidade entre aumento e redução, no caso do Norte, ao longo de 10 anos, enquanto no Sul e Sudeste ocorre a redução da mortalidade. Outra característica da mortalidade no Norte e Nordeste é que a população é negra, pobre, com baixa escolaridade e chefiada por mulheres.

Tais tendências evidenciam o histórico lugar de subalternidade ocupado por pardos e pretos na sociedade brasileira, de discriminação, preconceito, dificuldade de acesso à informação e serviços de saúde. Ocupam, também, os menores índices de escolaridade, menor renda e ao passo que descobrem que estão com o vírus do HIV, passam a enfrentar novos estigmas somados aos que já possuem.

No estado pernambucano, o enfrentamento do HIV/Aids vem seguindo as orientações do governo federal e Ministério da Saúde. Os CTAs e SAEs são centrais no diagnóstico e tratamento das pessoas soropositivas, embora não sejam suficientes para a demanda identificada. Se faz importante frisar que o enfrentamento em Pernambuco, como no Brasil, está submetido às contradições do neoliberalismo.

Esses serviços são mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde ou pelos municípios e contam com profissionais concursados, celetistas ou cargos comissionados. O alto quantitativo de novos usuários lida, em contrapartida, com o quadro insuficiente de funcionários em alguns serviços de Recife, como, por exemplo, HUOC e HCP, gerou a interrupção do cadastro de novos usuários.

Um achado importante em nossa pesquisa foi a parceria entre a ONG internacional AHF com a gestão estadual e municipais. A retomada do atendimento de novos usuários se deu através da inserção dessa ONG no interior dos serviços públicos, utilizando os espaços físicos e, inclusive, distribuindo insumos públicos, como o caso do ARV. Novos profissionais são alocados nesses serviços, mas não estão lá através de concursos públicos, estão, sim, vinculados à AHF, que ainda administra uma Clínica do Homem na capital pernambucana.

É importante frisar que a AHF disponibilizou profissionais de diversas áreas de atuação, como enfermeiros e assistentes sociais, para atuar como agentes de retenção, os médicos infectologistas ou pesquisadores nos vários serviços públicos que atendem pessoas com HIV/Aids, seja gerenciado pelo estado ou município. Mas sem vínculo ou garantia de direitos trabalhistas, tendo sua remuneração em formato de bolsas.

Contudo, percebe-se que o trabalho em saúde realizado pelos profissionais dessa ONG, em Pernambuco, expressa uma tendência de mudança da concepção de prevenção, configurando-se como uma abordagem muito mais orientada à testagem e disponibilização de insumos biomédicos de tratamento, com escassez ou ausência de ações de aconselhamento, educação em saúde e empoderamento político das pessoas que vivem com HIV/Aids e dos grupos mais vulneráveis à epidemia.

Em 2016, Pernambuco se comprometeu com as metas para acabar com a Aids até 2030, em que adota a prevenção combinada e ampliação da testagem rápida no estado. O teste rápido tem considerável ampliação e descentralização, mas o Programa Estadual de HIV/Aids ainda conta com desafios no acesso ao tratamento e na retenção das pessoas diagnosticadas com o vírus, pois fazer o teste HIV por si só não resolve o problema

Pelo contrário, pode gerar outros ainda maiores e que necessitam a atenção da gestão. Os SAEs precisam ser descentralizados e estar estruturados, com acesso a medicamentos, consultas e profissionais de saúde qualificados e capacitados. Além disso, existem apenas 38 SAEs em todo o estado, evidenciando a dificuldade de acesso ao serviço e de continuação nele.

A prevenção combinada vem como uma proposta de ação, mas é necessário analisar a sua eficácia e se há fragilidade na articulação entre as políticas de saúde de HIV/Aids com outras políticas, como assistência social, habitação, de drogas e atenção básica, o que não foi identificado em nossos achados, tendo foco maior na testagem e descentralização de PEP e PrEP.

A implantação da prevenção combinada no estado de Pernambuco segue a mesma diretriz nacional. Nas entrevistas, foi colocado pelas coordenações do Programa Estadual que

o Ministério da Saúde cria os protocolos, manuais, portarias e envia para os estados de forma muito amarrada e o repasse para os municípios se dá através de *e-mail*, grupos de WhatsApp e capacitações e encontros.

Vale ressaltar que, conforme dito pelas coordenações, esse material é resumido e/ou simplificado para melhor entendimento. A prevenção e educação em saúde são invisibilizadas nesse processo e a assistência ganha *status* prioritário. Outros fatores que precisam ser discutidos para o real enfrentamento da epidemia, como sexualidade, reprodução, estigma, preconceito, direitos humanos são menos discutidos, salvo quando ocorrem encontros, fóruns, capacitações.

Dentro dessa perspectiva de ampliação da detecção e da prevenção combinada, o estado tem dois projetos em curso para alcançar a meta de diagnóstico, que são o Prevenção para Todos e o Quero Fazer, que estão direcionados para o alcance da meta de diagnóstico através da testagem. No entanto, no período pandêmico, ficaram parados; e no período das entrevistas, em 2021, estavam em processo de retomada. A diminuição na testagem é percebida na contabilização dos dados epidemiológicos, em que os casos de HIV e Aids em 2021 foram menores, tanto em Pernambuco quanto a nível nacional.

Observamos que, em Pernambuco, as intervenções biomédicas são prioridade. Mesmo com a reelaboração da mandala do cuidado, vemos que os outros eixos da mandala não são priorizados. Mas a gerência do Programa Estadual coloca que, na implantação e ampliação da prevenção combinada e do gerenciamento de risco, foram realizadas capacitações com as coordenações municipais com o intuito de formar multiplicadores que repassariam para os profissionais que estão dentro dos serviços. Está em curso, também, a elaboração de um manual para os gestores municipais para orientar como implantar a PrEP e PEP no município.

O avanço da prevenção combinada nos municípios, principalmente os do interior do estado, sofre com um entrave muito grande, que é a contrapartida do estado ou a falta dela. São oferecidos testes antiHIV, medicamento ARV, capacitação, orientação, matriciamento, mas o recurso financeiro – que é extremamente importante para os municípios – não ocorre. Eles têm que arcar com espaço físico, contratação de pessoal, e todo o resto.

Então, a ampliação de SAEs e CTAs no interior não acontece, muito menos das novas tecnologias (PrEP e PEP), pois os municípios têm seus limites de gestão e gerenciamento financeiro, e acabam optando por não implantar serviços que para eles não seriam tão importantes ou implantam de forma desorganizada, com equipe reduzida e despreparada para receber esse público ou até acumulando tarefas.

Fez parte de nossa pesquisa realizar entrevistas com ONGs que atuam com pessoas com HIV/Aids. As organizações da sociedade civil que atuam com HIV/Aids sempre estiveram presentes no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia. Já na primeira década da doença, tinham ações para mitigar os impactos da Aids. É histórica a participação das organizações da sociedade civil na elaboração de políticas públicas e defesa de direitos humanos e sociais para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Mas, nos últimos anos, vemos uma drástica diminuição dessas instituições, e a falta de verba é um dos motivos principais. Embora saibamos que na lógica neoliberal há o privilegio da terceira via, reforçando a excelência do terceiro setor no enfrentamento da questão social.

Em contrapartida, no estado, se observa o valor irrisório dos editais públicos para atuação de ONGs no que se refere à parte educativa, assim reforçando a lógica neoliberal de escassez do investimento em educação e a agenda neoconservadora de retirada do debate público sobre as relações sociais e sexo, gênero, sexualidade, passando para a família essa tarefa. Evidencia-se, portanto, a desresponsabilização do Estado.

Nas entrevistas com essas entidades, pudemos perceber o descontentamento com a atual gestão do Programa Estadual de HIV/Aids, além de críticas à postura adotada pelo governo federal e Ministério da Saúde no que se refere ao enfrentamento ao HIV. Percebemos que o próprio estado tenta uma articulação com as ONGs, através de fóruns, capacitações, encontros. Os grupos ou populações-chave, que o programa estadual tem dificuldade em atuar são acolhidos por ONG, mas nem todas. No caso de pessoas trans, trabalhadores do sexo, vimos que apenas uma ONG tem projeto para esses grupos, o que evidencia sua desproteção.

Ficou evidente que, no momento de reivindicar, discutir a política, cobrar do governo ações e projetos, estar nas ruas ou dentro dos conselhos municipais e estadual de saúde, tanto as ONGs quanto os movimentos sociais se unem e realizam diversas intervenções. Outro ponto convergente entre eles é a crítica à atual situação da Política de HIV/Aids em Pernambuco e ao desmonte na política social como um todo, além da diminuição de ONGs e movimentos sociais que atuam com pessoas soropositivas, reflexo da redução de recursos e editais. Lutam, assim, contra o preconceito, estigma, a favor dos direitos humanos e exercem pressão no governo para criar e efetivar estratégias que melhorem a condição de vida das PVHA.

Percebe-se, nas entrevistas, que as ONGs tecem críticas às estratégias adotadas pela atual gestão do programa estadual, que vão desde a testagem até a estrutura dos serviços de referência ao tratamento. Por um lado, o estado afirma ter testagem na atenção básica, mas, de acordo com as ONGs, na prática, isso não ocorre. Denunciam também as precárias condições

dos SAEs, falta de profissionais, estrutura física deficitária e dificuldade em ter acesso a outras especialidades.

Para as ONGs, a prevenção combinada ainda é impactada pelo desconhecimento dos que estão na ponta, trabalhando diretamente com as pessoas que procuram a PrEP, por exemplo. Reflexo da falta de participação das pessoas que importam, os usuários e profissionais de saúde. Os representantes das ONGs pontuam que o diálogo vem sendo feito recentemente, mas que deveria ser feito nas unidades, nos locais de referência para HIV, com encontros e reuniões para que entendam o que é prevenção combinada; para que entendam que o cuidado não pode estar separado da prevenção.

A educação em saúde também é alvo de críticas, pois não ocorrem atividades de educação em saúde ou, quando ocorrem, são bem reduzidas e focalizadas; os movimentos sociais e ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids estão fazendo esse trabalho. Atualmente, nem as campanhas que ocorriam com maior frequência na antiga gestão estão acontecendo.

A pandemia da Covid-19 trouxe novos desafios para a política de saúde, a nível nacional e estadual. Os primeiros casos da Covid-19 no Brasil, em fevereiro de 2020, vieram agudizar os desafios ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Com as graves emergências e rápido impacto sobre a população, recursos humanos e materiais precisaram ser deslocados para enfrentar o novo desafio.

Segundo informações levantadas pela ANAIDS, uma das redes de organizações mais atuante do movimento social, a própria Aids e outras doenças crônicas como a Tuberculose-TB sofrem o impacto da Covid-19, por exemplo, com a transferência de consultas já marcadas no SUS, com a diminuição de profissionais de saúde que precisaram também ser deslocados, ações de educação coletiva, na disponibilidade de metodologias de prevenção, como a Profilaxia Pré-Exposição, entre outras.

A epidemia de HIV/AIDS e a Covid-19 são doenças que possuem características epidemiológicas, biológicas e perfis clínicos. Mas, ao se deparar com ambas as infecções, a comunidade científica respondeu prontamente, com a identificação e sequenciamento dos agentes causais, desenvolveram testes diagnósticos, caracterizando cada doença, estabelecimento de ensaios clínicos para avaliar potenciais tratamentos e fornecer instalações clínicas para cuidar de indivíduos infectados. Fica evidente que a eclosão da Covid-19 contribuiu para o colapso dos sistemas de saúde em muitas cidades, bem como a escassez de suprimentos médicos, pois já estavam sob efeito da EC nº 95/2016.

As duas epidemias apresentam várias diferenças entre elas, mas também muitas semelhanças e paralelos. Podemos pontuar aqui que as diferenças estão resumidamente relacionadas às vias de infecção e formas de adoecimento e tratamento. Por exemplo, a Covid-19 tem cura para um número significativo de pessoas, diferentemente da infecção pelo HIV. Embora, as epidemias se disseminem sob influência da desigualdade social, por decisões políticas equivocadas no caso do negacionismo do governo Bolsonaro, juízos de valor estigmatizantes em que a Aids é a doença de gay e a Covid-19 é o vírus chinês.

O enfrentamento ao HIV/Aids em Pernambuco delineia uma nova relação entre o estado e o chamado terceiro setor, não na mesma direção da sinergia progressista entre movimentos e ONGs/Aids e Estado. Vemos que dentro dos SAEs e CTAs a inserção de uma ONG assistencial, reforça a utilização de força de trabalho mais precarizada, sem estabilidade e direitos trabalhistas e com formas de atuação que não discutem a epidemia e nem contribuem para empoderar politicamente os usuários e populações-chave para enfrentar desigualdades sociais que delineiam o HIV/Aids.

Corroboramos com os autores já citados na tese que os novos arranjos em parcerias público-privadas estão afetando o SUS, a nível nacional e estadual. Interesses privados, não só financeiros, se tornam presentes em meio aos serviços públicos de saúde, trazendo novos e complexos dilemas para os usuários dos serviços e para trabalhadores em saúde. Se faz necessário, portanto, lutar contra esses novos arranjos de maneira que não subvertam os princípios do SUS.

Enfim, vemos em nossas análises que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco é perpassado por muitas contradições no âmbito da elaboração e efetivação da política que está inserida no contexto neoliberal. O estado assume o compromisso nacional, adota as metas 90-90-90, e inicia o processo de prevenção combinada, mas as ações são mais direcionadas para a biomedicalização, as intervenções comportamentais e estruturais ficam de lado. Ainda assim, a implantação da PrEP e PEP passa por grandes desafios, como foi possível observar nas entrevistas com a gestão e com as ONGs.

Os projetos da gestão estadual são voltados para ampliação de testagem rápida de HIV, foco no uso do preservativo, quando tem disponível nos serviços de atenção básica e algumas ações com ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids, mas direcionadas à consolidação da prevenção combinada, que na verdade possui foco maior na descentralização da PrEP e PEP.

Percebe-se, no Programa Estadual, vulnerabilidade, falta de transparência e de democratização, silenciamento na discussão sobre sexualidade e reprodução, relações sociais

de sexo, o que reforça a agenda neoconservadora. Não identificamos ações para discutir desigualdade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos. O Programa Estadual tem limitações que vão além da equipe formada no período das entrevistas, que envolvem recursos, estrutura da política de saúde, diálogo com gestão municipal e com os movimentos sociais e ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV/Aids.

As populações-chave, por exemplo, que são centrais nas diretrizes do UNAIDS não são privilegiadas no Programa Estadual, sob a justificativa de que não conseguem “falar a mesma língua”; então, essa função é passada para as ONGs que contam cada vez menos com financiamento para esse fim. A dificuldade em se aproximar desses grupos faz com que a doença seja somada a outras determinações sociais e desigualdades. Travestis e transexuais, por exemplo, são mais vulneráveis à doença, têm mais dificuldade de acesso a serviços de saúde e são também mais marginalizados na sociedade, pois sem acesso ao trabalho formal, recorrem à prostituição e, conseqüentemente, se expõem mais ao vírus.

Por fim, observamos em nossas análises que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco perpassa muitas contradições no âmbito da elaboração e efetivação da política. As orientações neoliberais e neoconservadoras convergem na realidade de Pernambuco e acarretam contradições na política de enfrentamento da epidemia de HIV e Aids e na efetiva adoção das estratégias globais firmadas.

O estado assume o compromisso nacional, adota as metas internacionais, e inicia o processo de prevenção combinada, mas as ações são mais direcionadas para a biomedicalização, as intervenções comportamentais e estruturais ficam de lado. O Brasil e Pernambuco perderam a condição de excelência, a pedagogia da prevenção do início da epidemia, e um motivo central é também a presença de sujeitos extremamente conservadores na política de Pernambuco.

A política de enfrentamento ao HIV e Aids assume contornos conservadores e defasados, com adoção de uma política moralista, que isola e enfraquece os programas de Aids nacional, estaduais e municipais. Com serviços de referências em HIV e Aids estruturados e organizados em meio às contradições da política, ele se materializa em meio às fragmentações, precarização, deficiências e tendências perversas da contrarreforma neoliberal.

REFERÊNCIAS

ABIA. Agência Nacional de Notícias da Aids. Relatório **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro, 2016.

ABIA. Agência Nacional de Notícias da Aids. **A Aids ainda é uma grave ameaça no Brasil**. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/aids-ainda-e-uma-grave-ameaca-no-brasil/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Abrasco e ABIA em defesa da Política Nacional de HIV/Aids**. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/abrasco-e-abia-em-defesa-da-politica-nacional-de-hiv-aids/39194/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER; GENTILLI. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AGOSTINI, R.; CASTRO, M. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 8, p. 175-188, dez. 2019.

AGOSTINI, R.; ROCHA, F.; MELO, E.; MAKSDUD, I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/aids em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

AUDITORIA CIDADÃ. **Orçamento Federal executivo**. 2021Fonte: <https://auditoriacidadada.org.br/wp-content/uploads/2022/02/grafico2021.png>.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Argumentum**, Vitória, v. 13, n. 3, p. 134-147, set./dez. 2021.

BARBOSA, I. ONGs protestam contra precariedade no atendimento a pessoas com HIV. **FolhaPE**. Recife, 3 dez. 2018. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/ongs-protestam-contraprecariedade-no-atendimento-a-pessoas-com-hiv/89342/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BARBOSA, R. H. S. Aids e Saúde Reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. 468p.

BARBOSA, R. H. S.; ROCHA, S. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e Aids na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (Orgs.).

HIV/Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2018.

BARBOZA, R. Acordos de empréstimo para Aids e a Política de incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2021.

BATISTA, G.V. Neoliberalismo, crise do capital e Banco Mundial: bases e premissas das políticas sociais contemporâneas. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. (Org.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde:** interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2017.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BEHRING, E. R., Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social.** Fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e fundo público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. In: SOUZA, A. A. S. de; OLIVEIRA, A. C. O. de; SILVA, L. B. da; SOARES, M. (Orgs.). **Trabalho e os limites do capital:** novas facetas do neoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BIANCHI, A. A guerra que estamos perdendo. In: DEMIER, F.; HOEVELER, R. **A onda conservadora:** ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.

BOSCHETTE, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTE, I. Crítica Marxista do Estado Social e dos Direitos no Capitalismo Contemporâneo. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.R.; LIMA, R.L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BOSCHETTE, I.; TEIXEIRA, S.O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Crise do capital e fundo público:** implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.

BOSCHETTE, I. **Estado Social Capitalista, ajuste fiscal e expropriação de Direitos.** Texto produzido para Curso “Expropriação de Direitos e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo”. GEMPS/ESS/UFRJ, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva de DST/AIDS. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: DF, Planalto, 1996.

BRASIL. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013**. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília: DF, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção a Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional DST/AIDS: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2017**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2018**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2019**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2020**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2021**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2022**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

PERNAMBUCO. **Boletim do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais**. Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2020.

PERNAMBUCO. **Informe do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais** da Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2021.

PERNAMBUCO. **Informe do Programa Estadual DST/Aids e Hepatites Virais** da Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E *et al.* (Orgs.). **Serviço social e Saúde**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, Maria de Fátima; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Organizações Sociais na atenção à saúde: um debate necessário**. Apresentação de trabalho na VI Jornada de Políticas Públicas, UFMA, 2013.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; LIMA, M. N. S. C.; SOUZA, R. O. Avanços das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**. A ascensão da política antidemocrática no ocidente. Traduzido por Mario A. Marino e Eduardo Altheman C. Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019, 256 p.

CAERES, C. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. **Boletim ABIA**, [s.l], n. 44, jan.-mar. 2000.

CAITETE, T.S. Brasil e Venezuela: reflexões sobre o debate da saúde nos governos Lula e Chávez e o recrudescimento da agenda conservadora frente à crise do capital. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

CARCANHOLO, R. A. Interpretações sobre o capitalismo atual. **Herramienta**, [s.l.], 2008. Disponível em: <http://www.herramienta.com.ar/print/foro-capitalismo-entrance/interpretacoes-sobre-o-capitalismo-atual>. Acesso em: 5 maio 2021.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. 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** - Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 29, p. 263-293, ago. 2018.

CASTELO, R. **O canto da sereia**: social-liberalismo, novo desenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. Rio de Janeiro: Em Pauta, 2013.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet Public Health**, [s.l.], v. 394, jul. 27, 2019.

CASTRO-GALVÃO, B.; GRASSI, M. F. R.; CASTILHO, E. A.; GRECO, D. B. HIV/Aids and COVID 19 in Brazil: in four decades, two antithetical approaches to face serious pandemics. **Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 116, e210071, 2021.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N. da, SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p.5361-5370, 2021.

CISLAGHI, J. F. A agenda conservadora para a saúde no Brasil. *In*: DEMIER, F.; HOEVELER, R. **A onda conservadora**: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.

COHN, A.; JACOBI, P.; NUNES, E.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COOPER, M. **Family values**: between neoliberalism and the new social conservatism. New York: Zone Books, 2017.

COSTA II, C. R. M.; LIMA, R. M. C. Despotismo financeiro e políticas austericidas: o ultraneoliberalismo em ação. **Teporalis**, Brasília, ano 21, n. 41, p. 303-319, jan./jun. 2021.

COSTA, P. H. S; SILVA, M. F. A. O método pragmático de Charles S Peirce. **Metánoia**, São João del Rei, n. 13, 2011. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistametanoia/2_BICALHO_O_METODO_PRAGMATICO_DE_CHARLES_S_PEIRCE__revista_met.pdf. Acesso em: 5 abr. 2022.

CORREA, S. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. *In*: ABIA. **Mito vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids. Rio de Janeiro, 2016.

CORREIA, M. V. C. O protagonismo do Banco Mundial na orientação das políticas de saúde. *In*: VIEIRA, A. C. S.; AMARAL, M. V. B. **Trabalho e direitos sociais**: bases para a discussão. Maceió: EDUFAL, 2008. 189 p.

CORREIA, M. V. C. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In*: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2017.

CORREIO BRASILIENSE. **Auxílio Emergencial**, online. 2021. <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/04/4919953-auxilio-emergencial-com-beneficio-reduzido-em-2021-brasil-tera-61-milhoes-na-pobreza.html>

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, e-ISSN:1981-7746. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução Mariana Echalar. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Ciro Mioranza. São Paulo: Lafonte, 2017.

ESTAGFLAÇÃO: o que é, quando ela surge e por que o mercado financeiro tem medo. **Warren Magazine**, [s.l.], 7 abr. 2021. Disponível em: <https://warren.com.br/magazine/estagflacao/>. Acesso em 2 abr. 2022.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três Economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, n. 24, setembro de 1991.

FERREIRA, G. N.; BOTELHO, A. Revendo o pensamento conservador. *In*: FERREIRA, G. N.; BOTELHO, A. (Orgs.). **Revisão do pensamento conservador**: ideias e política no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2010.

FERNANDES, R. A. C.; BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. O desmonte como um projeto: delineando múltiplas tendências conservadoras na resposta brasileira ao HIV/Aids. *In*: CAVALCANTI, S. A. U.; FERNANDES, R. A. C. (Orgs.). **Extensão universitária na contramão do conservadorismo**: diálogos sobre violências e as políticas públicas no Brasil. Recife: Edupe, 2022.

FREIRE, S. M.; CORTES, T. L. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. *In*: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. F. (Orgs). **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

GALVÃO, J. A gestão de uma epidemia. *In*: Aids no Brasil. **A agenda de construção de uma epidemia**. ABIA. São Paulo: Editora 34, 2000.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA-GIV, **O Estudo HPTN 052: Prevenção da Transmissão Sexual do HIV com medicamentos antiHIV. Perguntas e respostas**. Traduzido por Jorge A Beloqui (GIV, ABIA, RNP+). Disponível em: <http://giv.org.br/HIV-e-AIDS/Indetectavel=Intransmissivel/01-Perguntas-e-Respostas.html>. Acesso em: 4 mar. 2021.

GOMES, G. F. A Inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 25-31.

GOLDSTEIN, A. A ascensão da direita radical brasileira no contexto internacional. *In*: BOHOSLAVSKY, E.; MOTTA, R. P. S.; BOISARD, S. **Pensar as direitas na América Latina**. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2019.

GUIMARÃES, C.D. **Aids no feminino**. Porque a cada dia a mais mulheres contraem Aids no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. UFRJ 2001.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para seu enfrentamento. **Interface, comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-6, 2015.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M.; GIANNA, M.; CASTILHO, E. A. C.; TEIXEIRA, P. R. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à Aids no Brasil: implicações para as Secretarias de Saúde e Organizações não Governamentais. **Revista Tempus Acta em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2. p. 14-33, 2010.

GRANGEIRO, A. Política anticapitalista em tempos de covid 19. Tradução Cauê Seigner Ameni. **Jacobin**, [s.l.], 21 mar. 2020. Disponível em: <https://jacobin.com.br/2020/03/politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em: 5 mar. 2021.

GRANGEIRO, A. Neoliberalismo como destruição criativa. **Interfacehs** - Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, [s.l.], v. 2, n. 4. ago. 2007.

GRANGEIRO, A. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. Tradução Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HARVEY, D. O enigma do capital e as crises do capitalismo. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo: SP – Boitempo, 2011.

HARVEY, D. Neoliberalismo como destruição criativa. INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - v.2, n.4, Tradução, ago 2007

HAYEK, F. A. von. **O Caminho da Servidão**. Tradução de Leonel Vallandro. 2. ed. São Paulo: Globo, 1977.

IEPS. INSTITUTO DE ESTUDO PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Monitoramento do orçamento da saúde**. Responsável técnico – Victor Nobre. Boletim 01-2022.

IASI, M. Aposta eleitoral *versus* a ideologia. **Holofote notícias**, [s.l.]. Home/Política, 2022.

KATZ, C. **Neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, socialismo**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular: Perseu Abramo, 2016.

KOSIK, K. **A dialética do concreto**. Trad. Celia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LACERDA, M. B. **O novo conservadorismo brasileiro: de Reagan a Bolsonaro**. Porto Alegre: Zouk, 2019.

LEVORATO, C. D; MELLO, L. M; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados a procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1263-1274, 2014.

LIMA, L.S. “Agenda da austeridade” aumenta desigualdade na área de saúde. Revista **Valor Econômico**, [s.l.], 2019.

LISE, C. R. Z.; LISE, M. L. Z.; OLIVEIRA, S. V. Política pública de combate à infecção HIV/Aids no Brasil: a história do Programa Quero-fazer. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 20, n. 3, 2020.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LÖWY, M. Conservadorismo e extrema direita na Europa e no Brasil. Tradução de Deni Alfaro Rubbo e Marcelo Netto Rodrigues. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 652-664, out./dez., 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.044>.

MALTA, A. D. B. O. S. **Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco: transparência e controle**. Porto Alegre: Editora Fi, 2019.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1990.

MARANHÃO, C. H. Desenvolvimento Social como liberdade de mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. *In*: MOTA, A. E. **Desenvolvimentismo e Construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

MARQUES, M. C. C. Saúde e Poder. História, Ciência, Saúde. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65, 2002.

MARX, K.; ENGELS, F.; **A ideologia Alemã**. Tradução de Álvaro Pina. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARTINIANO, C.; DAVI, J.; JUNIOR, G. M.; BRANDÃO, I. C. A.; SILVA, A. L. M. A. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. *In*: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (ORGS.) **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MBEMBE, A. Necropolítica, uma revision critica. *In*: GREGOR, H. C. M. (Org.). **Estética y violência: necropolítica, militarizacion y vidas lloradas**. México: UNAMMUAC, 2012.

MEDEIROS, A. M. John Dewey: Pragmatismo, Educação e Democracia. **Sabedoria Política**, [s.l.], maio 2019. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/john-dewey-pragmatismo-educacao-e-democracia/>. Acesso em: 2 abr. 2022.

MEDEIROS, J. M. M. Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal. **Katalisis**, Florianopolis, v. 24, n. 2, p. 280-290, maio/ago., 2021.

MEDEIROS, S. M. A. A Influência da Reforma Sanitária Italiana no Brasil: a saúde como campo estratégico de luta dos trabalhadores. *In*: CORREIA, M.V. C.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2017.

MENEZES, M. T. G. **Em busca da teoria: políticas de assistência pública**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

MÉSZÁROS, I. **Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição**/ tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. S. Técnica de análise de material qualitativo. *In*: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. *In*: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MONTEIRO S.; BRIGEIRO M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface**, Botucatu, v. 23, e180410, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180410>.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NETTO, L. E. **O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, I. M.; MOREIRA, M. R. A. **Desigualdade social e concentração de riqueza: algumas aproximações a partir da realidade de Natal-RN**. *In*: BOSCHETTI, I. *et al.* **Capitalismo em Crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

O PERIGO das Fake News. **TJPR**, Curitiba, 2019. Disponível em: https://www.tjpr.jus.br/noticias-2-vice/-/asset_publisher/sTrhoYRKnlQe/content/o-perigo-das-fake-news/14797?inheritRedirect=false. Acesso em: 5 abr. 2022.

OMC. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMERCIO. **Declaração sobre o Acordo TRIPS e saúde Pública**. IV Conferência Ministerial da OMC, Doha, Catar, 2001.

PAIVA, V.; PUPO, R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 109-119, 2006.

PAIVA, B.A. **Política social no capitalismo dependente: superexploração da força de trabalho e a ofensiva conservadora**. Anais 5º Encontro Internacional de Política Social. 12º Encontro Nacional de Política Social. Tema: “Restauração conservadora e novas resistências”. Vitória (ES, Brasil), 2017. ISSN 2175-098X.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PARKER, R.; SEFFNER, F. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. In: ABIA. **Mito vs realidade:** sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

PAIM, J. S.; TERTO JR.; RAXACH, J. C. **Resposta ao HIV na América Latina.** Boletim ABIA nº 44 jan.-mar. 2000.

PAIM, J. S.; CAMARGO JR. K. R. **Aids em tempos de globalização.** Boletim ABIA nº 44 jan.-mar. 2000.

PARKER, R. A neoliberalização da resposta ao HIV e o desmonte da resposta brasileira. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/464>. Acesso em: 8 abr. 2021.

PARKER, R. **O fim da Aids?** ABIA, [s.l.], 2015. Disponível em: <https://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618#:~:text=Na%20aus%C3%Aancia%20de%20pol%C3%ADticas%20mais, reduzidos%20e%20para%20abandonar%20um>. Acesso em: 8 abr. 2021.

PARKER, R.; TERTO JR. V.; RAXACH, J.C.; ALMEIDA, V.; BASTHI, A. **Aids e Covid-19:** o impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. Dossiê ABIA. Aids e Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2020.

PEREIRA, G. F.M. Brazil sustains HIV response during the COVID 19 pandemic. **The Lancet Public Health**, [s.l.], v. 8, fev. 2021.

PEREIRA, P. A. O sentido de igualdade e bem-estar em Marx. **Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 37-56, 2013.

PEREIRA, P. A. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Política Social no Capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2008.

PINTO, E. G. **Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19.** Relatório produzido em atendimento à solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a pandemia. (CPI pandemia), 2020.

PIKETTY, T. **A economia das desigualdades.** Coimbra: Ed. Actual, 2014.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão. **UFMG**, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 7 maio 2021.

PRATES, J.C.; CARRARO, G.; ZACARIAS, I.R. A produção da pobreza e das desigualdades no capitalismo: uma leitura a partir da obra marxiana. *In*: GUIMARAES, G. T. D.; MACIEL, A. L. S.; GERSHEUSON, B. (Orgs.). **Neoliberalismo e desigualdade social: reflexões a partir do serviço social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020.

QUEIROGA, M. “Open health” é questão de tempo, coragem e decisão. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2022.

ROCHA, M. S. Aids: uma questão de desenvolvimento? *In*: PASSARELLI, C. A.; PARKER, R.; PIMENTA, C.; TERTO JR., V. **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. ABIA: Rio de Janeiro, 2003.

ROCHA, M. S. G. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo**. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2011.

ROCHA, M. S. G.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A.; CASIMIRO, I. O tempo é hoje: interseções entre neoliberalismo e a epidemia de Aids na periferia capitalista. *In*: DÍAZ, M. R.; SACRAMENTO, O. J.; FRANCH, M.; ROJAS, P. (Orgs.). **VIH/SIDA, Migracion e derechos humanos: Perspectivas Internacionales**. 1. ed. Buenos Aires: Clacso, 2019, p. 203-226.

ROCHA, M. S. G.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A.; CASIMIRO, I. M. A. P. C. **Catana contra o neoliberalismo-patriarcal em tempos de Aids**. Rev. Estud. Fem. vol.28 no.1 Florianópolis, 2021 - Epub 01-Fev-2020. versão impressa ISSN 0104-026X versão On-line ISSN 1806-9584

ROCHA, K. B.; SANTOS, R. R. G.; CONZ, J.; SILVEIRA, A. C. T. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e Hepatites. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33. abr.-jun., 2016.

SALVADOR, E. **Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000-2007)**. Tese (Doutorado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, UnB, 2008.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-real. *In*: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTANA, V. G. D.; SANTOS, P. M. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 122-132, jan./mar., 2017.

SANCHO, L. G.; GEREMIA, D. S.; DAIN, S.; GEREMIA, F.; LEAO, C. J. S. O processo de regionalização da saúde sob a ótica dos custos de transação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, 2017.

SANTOS, G. C. dos. **A dimensão social da aids**: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2014.

SANTOS, M. **Estado, política social e controle do capital**. 1 ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

SANTOS, G. G.; CORREIA, J. O.; SILVA, M. J. S.; SILVA, A. X.; MATIAS, T. S. C. **Contrarreforma na política de saúde: o processo de implantação dos modelos privatizantes de gestão**. Anais 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais-CBAS. Tema “40 anos da “virada” do Serviço Social. Brasília (DF, Brasil), 2019.

SANTOS, F. A.; GURGEL JR., G.D.; GURGEL, I. G. D.; PACHECO, H. F.; BEZERRA, A. F. B. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SEFFNER F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida. Momento político contemporâneo da resposta brasileira à Aids. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016

SMITH, Adam. **Teoria dos Sentimentos Morais**. Tradução Lya Luft; revisão Eunice Ostrensky. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, S. S. S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde**: tendências e desafios. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVA, T. H. S. **A era do Minotauro da saúde no Brasil**: perdemos a batalha da saúde como direito? Manguinhos: CEBES, 2018.

SILVA, T. H. S. **Força ou consenso**: a reforma sanitária brasileira entre o Dilema Reformista e o Minotauro da saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2016.

SILVA, J. W. S. B.; ALMEIDA, M. E. P.; SOUZA, A. S.; VIEIRA, I.M.; VERAS, D. L.; DANTAS, C. F. Mandala da prevenção combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento da epidemia de IST, aids e hepatites virais em Pernambuco. Relato de experiência. **Revista em Redes**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, 2021.

SIMIONATTO, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? **Acessa.com mais comunicação**, [s.l.], 2000. Disponível em: <http://www.acessa.com/gramsci/?id=56&page=visualizar> 2000. Acesso em: 9 dez. 21.

SOARES, R. C. Desigualdade social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. In: ROCHA, S; VIEIRA, A; SOARES, R. **Desafios à vida: desigualdades e Aids no Brasil e África do Sul**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

SOARES, R. C. **As particularidades da contra-reforma na política de saúde brasileira**. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre, 2009.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2010.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitoria, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SOARES, R. C. SILVA, T. M.; BARBOSA FILHO, E. A.; ASSUNÇÃO, M. F.; ALBUQUERQUE, M. I. N.; MELO E SILVA, J. A. Serviços de Assistência especializada em HIV e Aids de Recife no contexto da contrarreforma da política de saúde. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (Orgs). **HIV/Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil e Moçambique**. Recife: Editora UFPE, 2018.

SOARES, R. C. SILVA, S. C.; COSTA, L. T. C. A política de saúde e a produção e reprodução da violência: a estratégia de disseminação da Covid-19 no Brasil. In: CAVALCANTI, S. A. U.; FERNANDES, R. A. C. (Orgs.). **Extensão universitária na contramão do conservadorismo: diálogos sobre violências e as políticas públicas no Brasil**. Recife: Edupe, 2022.

SOUZA, J. M. A. O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 122, abr.-jun. 2015.

SOUZA, J. M. A. **Tendências Ideológicas do conservadorismo**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2016.

SOUZA, D. O. O Estado neoliberal face à Covid-19: o financiamento de políticas sociais. **Temporalis**, Brasília, ano 21, n. 41, p. 190-204, jan./jun. 2021.

SOUZA, F. O. S.; MEDEIROS, K. R.; GURGEL JR., G. D; ALBUQUERQUE, P. C. Do normativo a realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014

TAQUETTE, S. Feminização da Aids e adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, abr. 2009.

TAVARES, L. R. S. **Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil**. Buenos Aires: Clacso, 2001.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **As respostas governamentais à epidemia de Aids. Histórias da Aids no Brasil 1983-2003**. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e H. Virais, 2015.

TERTO JR., V. **Como o movimento social de Aids pode contribuir no enfrentamento da COVID 19?** ABIA, [s.l.], 2021. Disponível em: <https://abiaids.org.br/como-o-movimento-social-de-aids-pode-contribuir-no-enfrentamento-da-covid-19-algumas-consideracoes/34501>. Acesso em: 25 maio 2021.

TOSI, P. G. S; TORELLI, L. S. O capitalismo neoliberal: breve história da financeirização e seus efeitos políticos e sociais em meio à pandemia. In: CASTRO, D; DAL SENNO, D; POCHMANN, M. (Orgs.). **Capitalismo e Covid-19**. Um debate urgente. São Paulo, 2020.

UNAIDS. Relatório Informativo UNAIDS. Estimativas Globais de Aids 2019. U.S. Agency for International Development (USAID), Brasil. Ministério da Saúde (MS), Associação Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH). **Relatório final Programa “Quero Fazer” Compartilhando boas práticas e lições aprendidas em Aconselhamento e Testagem Voluntária para HIV entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília: USAID, MS, EPAH; 2014.

UNAIDS. **90 90 90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de HIV/Aids**. UNAIDS, [s.l.], 2015.

UNAIDS. **20,2 milhões de mulheres e meninas vivem com HIV no mundo**. UNAIDS, [s.l.], 2022.

VIEIRA, A. C. S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argum.**, Vitória, v. 10, n.1, p. 72-83, jan./abr. 2018.

VIEIRA, A. C. S. Declínio da desigualdade no Brasil. In: VIEIRA, A. C. S.; AMARAL, M. V. B. **Trabalho e direitos sociais**: bases para a discussão. Maceió: EDUFAL, 2008. 189p.

VIEIRA, A. C. S. coord. **HIV/Aids em Pernambuco: Desafios em relação às tendências atuais da epidemia**. Relatório Final de Pesquisa – Financiamento FACEPE - 2015.

VIEIRA, A. C. S.; ROCHA, S.; CASIMIRO, I. M. A. P. C.; BAROSA FILHO, E. A. Brasil, África do Sul e Moçambique: particularidades socioeconômicas e políticas e a epidemia de HIV e Aids. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (Orgs). **HIV/Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo**: África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2018.

VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA, E. A.; ROCHA, S. Contrarreforma e a política de enfrentamento ao HIV. In: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

VIEIRA SULPINO, F. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-81, 2009.

VIEIRA SULPINO, F. Teto dos gastos trará grande retrocesso na saúde. **Jornal da Ciência**, [s.l.], 2017. Disponível em: <http://www.jornaldaciencia.org.br/teto-de-gastos-trara-grande-retrocesso-na-saude-avalia-especialista-em-saude-coletiva/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

VILLARINHO, M. V.; SANSON, J. R.; PEREIRA, J. **Evolução das políticas públicas de saúde relativas à Aids e sua influência na Assistência às pessoas com a doença no Brasil**. Coleção Gestão da Saúde Pública. V6, 2012.

XIMENES, A.F.; SHMALLER, V.P.V.; BEZERRA, A.F.B. Alocação de recursos do fundo público para Organizações Sociais de Saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 113-128. set./dez. 2018.

WHO. World Health Organization. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. WHO, [s.l.], 2015.

WHO. World Health Organization. **Update of recommendations on first - and second - line antiretroviral regimens. HIV treatment**. WHO, [s.l.], 2019.

**APÊNDICES A – ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE
GESTOR/COORDENADOR DO PROGRAMA ESTADUAL DE IST/HIV/AIDS**

1. Quais são as diretrizes e normativas que organizam o Programa de HIV/AIDS em Pernambuco nos últimos 5 anos?
2. Pode descrever a organização da rede e as linhas de cuidado em HIV/Aids no estado?
3. Como o governo e gestores de Pernambuco têm participado dos debates e elaboração das diretrizes do Programa Nacional?
4. Onde estão disponíveis os dados sobre a implantação das novas diretrizes? É possível ter acesso aos mesmos?
5. Como o governo do estado e a sua coordenação estão organizados para implantar a prevenção combinada em Pernambuco? Qual o papel desta na formação da força de trabalho de saúde em HIV/Aids?
6. Como o estado têm se organizado para difundir entre os municípios a adoção da perspectiva de prevenção combinada? Quais são os maiores desafios nesse processo?
7. Como vem sendo realizado o enfrentamento ao HIV/Aids entre as populações-chave? Pode descrever esse processo?
8. As populações-chave e pessoas vivendo com HIV/Aids são envolvidas na elaboração/execução e gestão das atividades do Programa de HIV/Aids? Existe o envolvimento de organizações de base comunitária ou religiosa? Se sim, quais?
9. Como vem sendo ofertada a formação de servidores e lideranças da sociedade civil para trabalhar os temas emergentes na agenda de HIV/Aids? Como: o enfrentamento ao estigma, abordagem de gênero, combate à homofobia, o envolvimento de lideranças religiosas, educação sexual nas escolas etc.?
10. Como as abordagens de direitos sexuais e reprodutivos, direitos humanos, enfrentamento do estigma e a participação das/dos usuários/os vêm sendo desenvolvidos pelas ações desta Secretaria?
11. A partir da sua experiência como gestor(a), qual a maior fragilidade no enfrentamento à epidemia de HIV e garantia de direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids em Pernambuco?
12. Quais as implicações das recentes mudanças programáticas e organizacionais no Programa Nacional de HIV/Aids para Pernambuco? Se sim, de que tipo?
13. Considera que a ascensão de sujeitos e partidos políticos conservadores têm afetado a implementação da política de HIV/Aids no Brasil e em Pernambuco? Se sim, de que forma?
14. Tem alguma questão que considere relevante expor e que não foi levantada nessa entrevista? Ou sujeito na sua instituição que ache importante ser entrevistado?

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM REPRESENTANTE DE ONG/MOVIMENTO SOCIAL

1. Há quanto tempo atua com HIV/Aids? E há quanto tempo atua na ONG? Você pode resumir quais são as atividades desenvolvidas pela ONG em que atua?
2. Nos últimos cinco anos, expandiram ou diminuíram as atividades/projetos em Pernambuco? Pode detalhar os motivos da expansão ou retração?
3. Pode descrever a rede HIV/Aids de Pernambuco e como o governo do estado participa desta?
4. Na condição de integrante de ONG HIV/Aids, como você avalia/analisa o papel do governo de Pernambuco na implantação da prevenção combinada e na garantia de direitos das pessoas que vivem com HIV nos últimos cinco anos? E o que vem sendo implementado?
5. Qual a sua percepção sobre a implantação/adesão da perspectiva de prevenção combinada em Pernambuco? Acha que a indissociabilidade entre prevenção e tratamento está clara para os atores que gerenciam essa política? Pode explicar sua resposta?
6. Você vê diferenças na oferta ou qualidade dos insumos biomédicos (preservativos, PEP e PrEP) em relação aos insumos estruturais e comportamentais (educação em saúde, aconselhamento, garantia dos direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/Aids etc.) em Pernambuco? Na sua opinião, existe equilíbrio na oferta dos mesmos?
7. Na sua opinião, os SAES e CTAS em Pernambuco cumpriram suas funções originais? Os mesmos estão alinhados à perspectiva de prevenção combinada?
8. Como tem ocorrido o envolvimento das populações-chave e pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco? Você observa o envolvimento dessas populações nas ações realizadas pelo governo do estado?
9. Quais são as ações/estratégias do movimento/ONG para incluir as populações-chave em suas atividades?
10. Quais são os principais desafios envolvidos no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco? Como você acha que eles poderiam ser superados?
11. Quais as implicações que as recentes mudanças programáticas e organizacionais no Programa Nacional de HIV/Aids para Pernambuco? Se sim, de que tipo?
12. Considera que a ascensão de sujeitos e partidos políticos conservadores tem afetado a implementação da política de HIV/Aids no Brasil e em Pernambuco? Se sim, de que forma?
13. Que atores e organizações atuam no controle social da política de HIV/Aids em Pernambuco nos últimos cinco anos? As deliberações das conferências têm sido observadas nos níveis estadual e municipais?
14. Tem alguma questão que considere relevante expor e que não foi levantada nessa entrevista? Ou sujeito na sua instituição que ache importante ser entrevistado?