



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ISABELLY SANTOS BASANTE DE MELO

**ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO OU
ABANDONO DO TRATAMENTO DO HIV E DA AIDS**

**RECIFE
2025**

ISABELLY SANTOS BASANTE DE MELO

**ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO OU
ABANDONO DO TRATAMENTO DO HIV E DA AIDS**

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

Orientador (a): Marco Antonio Mondaini de Souza

RECIFE
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Melo, Isabelly Santos Basante de.

Aspectos Socioeconômicos que influenciam na não adesão ou no abandono do tratamento do HIV e da AIDS / Isabelly Santos Basante de Melo. - Recife, 2025.

57p. : il., tab.

Orientador(a): Marco Antonio Mondaini de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. HIV/AIDS. 2. Desigualdades . 3. Processo de saúde-doença. 4. Sistema Único de Saúde. I. Souza, Marco Antonio Mondaini de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

ISABELLY SANTOS BASANTE DE MELO

**ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO OU
ABANDONO DO TRATAMENTO DO HIV E DA AIDS**

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

Aprovado em: 22/08/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Antonio Mondaini de Souza (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico a minha família, que é a minha vida e
motivação para nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus por ter me guiado não apenas durante esses três meses de preparação do trabalho, mas também durante toda a minha graduação e vida. A fé e a confiança de que tudo daria certo no final foram fundamentais para que eu conseguisse manter a calma diante dos desafios na vida acadêmica e pessoal. Agradeço aos momentos bons e desafiadores que me permitiram crescer e amadurecer.

Agradeço aos meus pais, Roseni e Izaías, por todo o apoio e incentivo que me deram ao longo da vida. Eles me ensinaram que o conhecimento é o nosso bem mais precioso e me proporcionaram as melhores condições para que eu pudesse alcançar os meus objetivos. Sou grata por terem me ensinado valores que foram essenciais para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Amo muito vocês.

Ao meu irmão e minha prima, Pedro e Elisa, duas crianças que me ensinaram a levar a vida de forma mais leve e encontrar a felicidade nos pequenos detalhes, mesmo em momentos de estresse e exaustão.

Aos meus tios e avós maternos e paternos, que me dão todo o suporte necessário iluminam o meu caminho.

Agradeço às minhas amigas da universidade, Maria Anita, Tarciane Priscila, Salomé Sellig por terem compartilhado alegrias, tristezas, aprendizados e experiências ao longo dos quatro anos de graduação, fazendo com que o caminho percorrido fosse mais tranquilo.

Agradeço, também, às minhas amigas fora da Universidade Federal de Pernambuco, Lidiane Albuquerque, Nicoli Cordeiro, Synara Evelyn, Mariane da Silva, por terem me apoiado e confiado em mim desde antes da minha entrada na universidade.

Às supervisoras de um hospital de alta complexidade no Recife, onde realizei o estágio curricular obrigatório, que me apresentaram a prática profissional do Assistente Social. Destaco a minha supervisora, da enfermaria de infectologia, que me mostrou a realidade das pessoas soropositivas, o que fez despertar o interesse para escrever sobre esse tema.

Agradeço a todos os docentes do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco por sua dedicação e apoio profissional. Buscaram, repassar seus conhecimentos, auxiliando os discentes a terem uma visão mais crítica da realidade, o que ajudou a construir o presente trabalho.

Por fim, um agradecimento especial ao meu orientador, Marco Mondaini, por ter aceitado orientar o TCC, dedicando seu tempo e compartilhando seus conhecimentos, mesmo em um curto prazo.

O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade.
(Herbert de Souza).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda os aspectos socioeconômicos que interferem no tratamento do HIV e da AIDS. Desde os anos 1980, quando ocorreram os primeiros casos de infecção pelo HIV no Brasil, houve mobilizações por parte da sociedade civil e do governo em busca de soluções para o alto número de mortes causadas pela AIDS. Posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição de 1988 garantiu a ampliação dos direitos e da assistência à saúde às pessoas portadoras do HIV e da AIDS. Embora esses fatores tenham contribuído para a diminuição da mortalidade causada pela doença, o número de pessoas contaminadas pelo HIV continua a crescer. Considerando que o tratamento correto evita a transmissão do vírus e que o SUS garante o tratamento gratuito, compreende-se que existem barreiras que limitam o acesso dessas pessoas às políticas e programas de saúde. Levando isso em consideração, o objetivo geral do trabalho é analisar como as condições sociais e econômicas interferem no tratamento do HIV e da AIDS. Além disso, os objetivos específicos incluem: evidenciar as contradições entre os avanços e retrocessos na assistência às pessoas com HIV e AIDS, problematizar as desigualdades sociais e econômicas que influenciam o processo saúde-doença das pessoas soropositivas e identificar o perfil socioeconômico das pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV. Para atingir esses objetivos, foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica, explorando artigos, livros acadêmicos, o boletim epidemiológico do HIV e da AIDS e dissertações. Os resultados da pesquisa indicaram que as parcelas mais pauperizadas da sociedade, caracterizadas por baixo nível de escolaridade, jovens, negros e de baixa renda, são as que mais abandonam ou não aderem ao tratamento do HIV e da AIDS. Além disso, o estudo aponta que as desigualdades estruturais, próprias do sistema capitalista e legitimadas pelo Estado brasileiro, ocasionam ou acentuam barreiras no acesso a serviços de saúde, emprego, educação, habitação, entre outros, além de promover a discriminação e a exclusão social das pessoas soropositivas, o que prejudica a sua qualidade de vida e as leva a abandonar ou não seguir o tratamento de forma correta.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Desigualdade; Processo de saúde-doença; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper addresses the socioeconomic aspects that interfere with the treatment of HIV and AIDS. Since the 1890s, when the first cases of HIV infection occurred in Brazil, there have been mobilizations by civil society and the government in search of solutions to the high number of deaths caused by AIDS. Subsequently, the creation of the Unified Health System (SUS) and the 1988 Constitution guaranteed the expansion of rights and health care for people living with HIV and AIDS. Although these factors have contributed to the decrease in mortality caused by the disease, the number of people infected with HIV continues to grow. Considering that correct treatment prevents the transmission of the virus and that SUS guarantees free treatment, it is understood that there are barriers that limit access to health policies and programs for these people. Taking this into account, the general objective of this paper is to analyze how social and economic conditions interfere with the treatment of HIV and AIDS. Additionally, the specific objectives include: highlighting the contradictions between advances and setbacks in care for people with HIV and AIDS, problematizing the social and economic inequalities that influence the health-disease process of people living with HIV, and identifying the socioeconomic profile of people who do not adhere to or abandon HIV treatment. To achieve these objectives, a documentary and bibliographic research was conducted, exploring articles, academic books, the HIV and AIDS Epidemiological Bulletin, and dissertations. The research results indicated that the most impoverished segments of society, characterized by low levels of education, young people, blacks, and low-income individuals, are the ones who most abandon or do not adhere to HIV and AIDS treatment. Furthermore, the study points out that structural inequalities, inherent to the capitalist system and legitimized by the Brazilian State, create or accentuate barriers to access to health services, employment, education, housing, among others, in addition to promoting discrimination and social exclusion of people living with HIV, which impairs their quality of life and leads them to abandon or not follow treatment correctly.

Keywords: HIV/AIDS; Health inequality; Health-disease process; Unified Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Perfil de pessoas em Tarv segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.---- 41

Figura 2- Perfil das pessoas em Gap de vinculação segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.----- 42

Figura 3- Perfil das pessoas em Gap de tratamento segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.----- 42

Figura 4- Perfil das pessoas em perda de seguimento segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.----- 43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Números de casos de AIDS segundo sexo e década de diagnóstico. Brasil, 1982 a 2024.-----	31
Tabela 2- Casos de AIDS segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2024.-32	
Tabela 3- Casos de AIDS segundo categoria de exposição, ano de diagnóstico e sexo. Brasil, 1980-2024.-----	33
Tabela 4- Casos de HIV segundo ano de diagnóstico e raça/cor. Brasil, 2007 a 2024.-----	34
Tabela 5- Casos de AIDS segundo ano de diagnóstico e região. Brasil, 1980-2024.-----	35
Tabela 6- Razão entre casos de adesão e abandono da Tarv segundo região brasileira.-----	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS-** Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
- ABIA-** Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS
- CTA-** Centro de Testagem e Aconselhamento
- DST-** Doença Sexualmente Transmissível
- EBSERH-** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EC-** Emenda Constitucional
- GAPA-** Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
- HIV-** Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- ONGs-** Organizações não-governamentais
- POF-** Pesquisa de Orçamentos Familiar
- PT-** Partido dos Trabalhadores
- PVHA-** Pessoa Vivendo com HIV e AIDS
- PrEP-** Profilaxia Pré-Exposição
- Siclom-** Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SIM-** Sistema de Informação sobre Mortalidade
- Sinan-** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIS-** Síntese de Indicadores Sociais
- Siscel-** Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- TARV-** Terapia Antirretroviral
- TCC-** Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. PROCESSO HISTÓRICO DA EPIDEMIA DO HIV E DA AIDS NO BRASIL: OS AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE	19
2.1- Avanços na assistência à pessoa com HIV e AIDS no Brasil	19
2.2- Retrocessos na assistência à pessoa com HIV e AIDS no Brasil	25
3. MUDANÇAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV E AIDS: A INFLUÊNCIA DE DETERMINAÇÕES SOCIAIS NO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA	30
3.1- As mudanças no perfil das pessoas com HIV/ AIDS no Brasil	30
3.2- A influência das determinações sociais na mudança do perfil das pessoas portadoras do HIV e da AIDS.	36
4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO OU ABANDONO DO TRATAMENTO DO HIV E DA AIDS	40
4.1 Perfil das pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV e da AIDS	40
4.2- Razões sociais e econômicas que influenciam na não adesão ou abandono do tratamento	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1. INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença imunossupressora causada pelo vírus da imunodeficiência (HIV), que compromete o sistema imunológico e caso não tratada pode trazer comorbidades e doenças oportunistas, sendo letal para as pessoas contaminadas. Os primeiros casos da AIDS no Brasil surgiram na década de 1980, gerando grande insegurança no país. A doença até então desconhecida era associada a grupos específicos, como pessoas homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas.

Por muitos anos as pessoas portadoras do HIV e da AIDS foram discriminadas, o preconceito e a falta de informações sobre a doença fazia com que a sociedade julgasse quem contraía o vírus, resultando em atrasos e restrições em respostas imediatas por parte do Estado para encontrar um tratamento adequado.

Cabe ressaltar que os primeiros casos da doença no Brasil ocorreram na mesma década em que o país passava pelo processo de redemocratização, um momento no qual muitos movimentos sociais atuavam na busca por direitos sociais e contra a ditadura militar. Nesse período de efervescência política e social, estava em andamento o projeto do Movimento da Reforma Sanitária, que lutava pelo acesso universal e integral à saúde da população brasileira, responsabilizando o Estado pela garantia à saúde e trazendo importantes elementos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, os avanços na política de saúde ocorreram graças à mobilização da sociedade civil, o que fez com que o Estado encontrasse respostas às demandas impostas pelos movimentos populares, o que também contribuiu para os avanços das ações para a população soropositiva.

Nos dias de hoje, cabe ao SUS oferecer, de forma gratuita, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV e da AIDS. O Brasil foi o primeiro país a distribuir de forma gratuita os antirretrovirais, a partir da implementação da Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996, no qual o SUS garante a terapia antirretroviral (TARV) aos portadores do HIV e da AIDS, o que foi um grande avanço no combate à disseminação da epidemia.

Além disso, foram criadas legislações que permitem que os usuários tenham acesso a direitos sociais, como manter o sigilo e ter acesso a informações claras sobre sua condição clínica, ter acesso a transporte gratuito, não ser submetido a isolamento ou discriminação e ter acesso à participação na vida comunitária. Graças a esses avanços científicos e sociais, houve uma redução nos casos de mortalidade causadas pela doença.

Todavia, apesar dos avanços na assistência à saúde voltada às pessoas portadoras do HIV/ AIDS, a infecção pelo vírus ainda se propaga com intensidade no Brasil e continua

sendo uma questão de saúde pública. Vale ressaltar que quando há adesão ao tratamento do HIV/AIDS, o vírus torna-se indetectável, não sendo transmitido para outras pessoas. Portanto, é notável que existem condições que influenciam a não adesão ou abandono do tratamento, fazendo com que o vírus se propague e cause a mortalidade das pessoas que desenvolveram a AIDS.

De acordo com o Boletim Epidemiológico do HIV e da AIDS do ano de 2024, entre 2007 e junho de 2024, foram notificados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), 541.759 novos casos de infecção do HIV no Brasil. Além disso, comparando o ano de 2020 a 2023, nota-se um aumento de 24,1% de casos. Ou seja, embora tenham ocorrido avanços na assistência às pessoas soropositivas, o percentual de infecção ainda é alto.

Também foi possível observar uma mudança no perfil de indivíduos com AIDS segundo raça/cor de pele, com aumento percentual de indivíduos pardos e pretos e uma considerável diminuição de brancos. Em 2023, negros representavam 61,6% (49,3% de pardos e 12,2% de pretos), e brancos, 32,9% dos casos.

Segundo o Manual de Adesão ao tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (Brasil, 2008), dentre as principais causas que influenciam a não adesão da TARV está a precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental, a baixa escolaridade, crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e ao tratamento, dificuldades para organizar as exigências do tratamento nas tarefas diárias. Entende-se, então, que tais causas estão relacionadas a problemas sociais.

Ademais, a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 indicam como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a renda, o trabalho, entre outros. No entanto, na sociedade capitalista, a desigualdade entre classes sociais é uma característica essencial para a própria reprodução do capital, o que faz com que a população mais pauperizada não tenha acesso a direitos básicos, afetando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, o processo de saúde-doença.

O estudo considera que a forma como a epidemia do HIV e da AIDS atinge uma determinada população está associada às características sóciohistóricas da região em que ela está inserida, tendo em vista as suas desigualdades econômicas e sociais. Dessa forma, compreende-se que o processo de saúde e adoecimento da população brasileira seja uma expressão de contradição e desigualdade das relações sociais do próprio sistema capitalista.

Somado a isso, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamental para a prevenção e tratamento do HIV, tem enfrentado constantes ameaças desde sua criação devido a interesses

do grande capital. Riscos de desfinanciamento e privatização têm comprometido as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, desmontando direitos conquistados pela sociedade civil. Essas ações impactam diretamente o tratamento de pessoas soropositivas, considerando que a maioria das pessoas afetadas pela doença dependem das políticas sociais para darem seguimento ao tratamento. Assim, o resultado da não adesão ou abandono do tratamento é o aumento do número de pessoas infectadas.

Levando isto em consideração, este Trabalho de Conclusão de Curso, de natureza documental bibliográfica (Gil,1987), tem como objetivo geral analisar as condições sociais e econômicas que interferem no tratamento do HIV e AIDS no Brasil. Como objetivos específicos inclui: evidenciar as contradições entre os avanços e retrocessos na assistência às pessoas com HIV e AIDS, problematizar as desigualdades sociais e econômicas que influenciam o processo saúde-doença das pessoas soropositivas e identificar o perfil socioeconômico das pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV.

A ideia para o trabalho surgiu a partir da experiência de estágio curricular obrigatório na enfermagem de infectologia de um Hospital de alta complexidade na região metropolitana do Recife. Durante o estágio, foi possível observar que os pacientes portadores de HIV/AIDS encaminhados para a enfermagem apresentavam saúde comprometida devido à não adesão ou abandono da Terapia Antirretroviral (TARV), o que frequentemente resultava em óbito. No cotidiano, ao realizar entrevistas sociais, constatou-se que a maioria desses pacientes compartilhavam um perfil socioeconômico semelhante: autodeclaravam-se pardos, tinham ensino básico incompleto, renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo e recebiam algum benefício social.

Diante disso, surgiu a necessidade de compreender por que, apesar dos avanços na assistência às pessoas portadoras de HIV e AIDS, ainda há indivíduos que não aderem ao tratamento, resultando na transmissão para outras pessoas e no desenvolvimento de comorbidades nos soropositivos. Portanto, este trabalho busca entender a influência das determinações sociais na vida da sociedade brasileira que criam obstáculos para que as pessoas acessem os serviços de saúde disponibilizados pela rede pública.

Nesse sentido, o trabalho será organizado em três partes. O segundo capítulo será dividido em dois tópicos, destacando os avanços e retrocessos na assistência médica e social às pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, durante o processo histórico da epidemia no Brasil. O primeiro tópico, denominado de “Avanços na assistência a pessoas com HIV e AIDS”, abordará a importância da mobilização da sociedade civil brasileira na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e descentralizado, que oferece suporte à população afetada.

Além disso, serão apresentadas as ações do Estado para conter a epidemia desde os primeiros casos, com base na análise de artigos acadêmicos. O segundo tópico, denominado de “Retrocessos na assistência à pessoas com HIV e AIDS”, aborda os retrocessos na política de saúde, desde o início dos governos neoliberais no Brasil, o que afeta diretamente as ações do SUS e os direitos conquistados pelas pessoas soropositivas.

O terceiro capítulo, será dividido em dois tópicos: “As mudanças no perfil das pessoas com HIV e AIDS no Brasil” e “A influência das determinações sociais na mudança do perfil das pessoas portadoras do HIV e da AIDS”. No primeiro tópico será realizada uma análise das mudanças no perfil das pessoas portadoras do HIV e AIDS ao longo do tempo, por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa do Boletim Epidemiológico do HIV e da AIDS de 2024, tendo como foco as mudanças de raça, gênero e regionalização. No segundo tópico, será abordada a relação entre as mudanças do perfil das pessoas soropositivas com a interferência de processos sociais que afetam no processo de saúde e adoecimento.

O quarto capítulo será dividido em dois tópicos: “Perfil das pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV e da AIDS” e “Razões sociais e econômicas que influenciam na não adesão ou abandono do tratamento”. No primeiro tópico, será analisado o perfil das pessoas que estão em Tarv e que abandonaram o tratamento antirretroviral até o final de 2024, com base em dados do Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS, do Departamento de HIV, AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. No segundo tópico, a partir da extração de informações de artigos e teses, serão analisadas as razões da não adesão ou abandono do tratamento do HIV e da AIDS.

Por fim, nas considerações finais, será apresentada uma síntese das reflexões obtidas ao longo do trabalho, destacando a importância do tema para a compreensão da influência de determinações históricas e sociais no processo de saúde-doença das pessoas soropositivas. Serão evidenciados os motivos pelos quais, mesmo com avanços nas ações de controle da epidemia, a falta de acesso a direitos básicos impacta a qualidade de vida dessas pessoas.

2. PROCESSO HISTÓRICO DA EPIDEMIA DO HIV E DA AIDS NO BRASIL: OS AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1- Avanços na assistência à pessoa com HIV e AIDS no Brasil

Os primeiros casos de infecção pelo HIV no mundo ocorreram no início da década de 1980, nos Estados Unidos e na África Central (Zaire, Zâmbia, Ruanda, Uganda e Tanzânia). Embora a origem exata do vírus ainda não seja conhecida, estudos sugerem que ele pode ter sido originado a partir de um retrovírus não patógeno encontrado em macacos-verdes da África, que foi transmitido para seres humanos e posteriormente se disseminou para os Estados Unidos. Isso pode ter ocorrido devido à migração de haitianos que moravam em Zaire para os Estados Unidos e Europa nos anos 1970 e retornaram ao Haiti, contribuindo para a disseminação do vírus (Czar; Draganov, 2015).

De acordo com Nascimento (2005), a doença, até então desconhecida, foi inicialmente detectada em homens jovens e homossexuais. Esses indivíduos apresentavam infecções pulmonares causadas pelo micro-organismo *Pneumocystis carinii* (PPC), que afeta pessoas com baixa imunidade. Além disso, homens anteriormente saudáveis foram diagnosticados com Sarcoma de Kaposi, um tumor que afeta indivíduos contaminados pelo HIV. Outras doenças oportunistas, como candidíase oral e toxoplasmose, também foram detectadas.

Inicialmente, a AIDS foi caracterizada como uma doença que atingia principalmente homens homossexuais, sendo considerados o principal grupo de risco. Posteriormente, foram constatados casos da doença em indivíduos que faziam uso de drogas injetáveis e em hemofílicos: “[...]aumentando então o número dos grupos de risco, mas sobre os quais se manteve a concepção de grupos exclusivamente atingidos pelo mal [...]” (Nascimento, 2005, p. 83).

O preconceito fez com que a sociedade culpabilizasse as pessoas que contraíram o vírus, associando a doença à homossexualidade. Em consequência disso, a doença não gerou apenas a mobilização no meio científico para uma possível cura, mas também a mobilização da sociedade, onde as comunidades afetadas exigiam respostas mais ágeis para as mortes causadas por um agente até então desconhecido.

Os primeiros casos da infecção do HIV no Brasil também surgiram na década de 1980, na região sudeste do país. Neste período, o país passava por momentos de tensões políticas e sociais decorrentes da resistência da sociedade na luta contra o regime militar e na busca por direitos sociais. Cabe destacar que, desde o final da década de 1970, a ditadura

militar passava por um desgaste político e econômico, aumentando a efervescência dos movimentos sociais da época.

Segundo Netto (2014), a recessão econômica que atingiu os países capitalistas centrais na década de 1970, também gerou consequências em países periféricos como o Brasil. A população brasileira, principalmente a urbana, sofreu o impacto da crise econômica mundial, como consequência, o salário e a renda per capita sofreram redução, houve um aumento do desemprego e das pessoas em condição de extrema pobreza. As contradições econômicas e sociais do regime estavam escancaradas e a crise econômica e social estava atingindo não apenas a classe trabalhadora, como também o grande capital. Tais fatores contribuíram para a revolta da população e o avanço de mobilizações sociais.

Em relação à saúde da época, o acesso era desigual, com foco na medicina hospitalar individualizada. A população tinha acesso à saúde principalmente por meio da contribuição à previdência social ou através de serviços médicos privatizados, deixando aqueles que não tinham condições financeiras para pagar por tratamentos médicos, desamparados. As ações de saúde pública eram direcionadas ao tratamento de doenças transmissíveis, através de campanhas de vacinação, e de atendimento emergencial nas grandes cidades, e mesmo assim, o orçamento para essas ações era limitado. Além disso, os serviços médicos estavam concentrados nas áreas urbanas, negligenciando a população rural e periférica (Abrão; Abrão; Mathias, 2024; Menicucci, 2024).

A insatisfação da sociedade civil com as condições de vida precárias vivenciadas durante o regime militar levou à mobilização de vários segmentos em busca da conquista de direitos sociais. A resistência ao regime autoritário, aliada à insatisfação com o modelo de saúde vigente, fez com que a população percebesse a necessidade de um novo modelo de saúde mais igualitário e universal, dando início ao movimento da Reforma Sanitária.

O movimento da Reforma Sanitária, que ganhou força ainda na década de 1970, teve um papel importante nas conquistas da política de saúde, que foi essencial para o desenvolvimento de políticas voltadas aos portadores do HIV. A mobilização por parte da população e profissionais da saúde denunciava os problemas na saúde da época, defendendo uma saúde universal e equitativa garantida pelo Estado brasileiro.

[...] esse movimento ganhou dimensões nacionais no auge da ditadura militar, em um período em que se aprofundavam as discussões sobre os históricos problemas da saúde pública no Brasil —entre eles a baixa cobertura das ações assistenciais, que abrangiam, fundamentalmente, os indivíduos com vínculo empregatício; a existência de múltiplos sistemas de saúde que operavam nas esferas federal, estadual e municipal; os elevados gastos públicos com saúde diante da crescente participação do setor privado na prestação de serviço; e a falta de articulação entre os níveis de

atenção à saúde e as ações curativas e preventivas (Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009, p. 88).

Nesse período de turbulências políticas e sociais, ocorreu o primeiro caso de HIV no estado de São Paulo, em 1982. A falta de informações sobre a doença gerou muitas inseguranças e preconceito em relação a parcelas da população que estavam socialmente desprotegidas, o que dificultou respostas mais imediatas do Estado em termos de assistência às pessoas que contraíram o vírus. A doença era associada a grupos específicos, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, sendo conhecida como a doença dos "5H": homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (profissionais do sexo em inglês) (Cezar; Draganov, 2015; Calazans; Parker; Terto, 2023).

Em muitos países, incluindo o Brasil, essa experiência configurou-se como uma crise profunda, especialmente em comunidades gays, mas também em outras populações marginalizadas e estigmatizadas, que foram rapidamente afetadas pela nova epidemia, como usuários de drogas e trabalhadoras sexuais. Tratando-se de grupos marginalizados e destituídos de poder social, foram vistos como populações parcialmente 'dispensáveis' ou sem importância, o que gerou atrasos, restrições e inadequações nas respostas (Calazans; Parker; Terto, 2023, p. 210)

Nesse sentido, as primeiras ações focadas nos portadores do HIV e da AIDS surgiram a partir da pressão de movimentos sociais ao Estado, principalmente a partir do movimento gay. Conforme aponta Barros (2018),

Uma primeira onda do movimento homossexual no Brasil teria ocorrido até 1983, coincidindo com a emergência da epidemia da aids no país, caracterizada por grupos com caráter mais comunitário e de convivência. O surgimento da epidemia da aids teria levado a transformações no movimento gay, levando a uma desmobilização em relação às propostas de liberação sexual e também devido ao envolvimento de lideranças homossexuais na luta contra a epidemia (Barros, 2018, p. 51).

Até 1985, não havia muita preocupação por parte do governo federal com as ações voltadas à assistência às pessoas acometidas pelo vírus. As principais ações vinham dos estados, principalmente o de São Paulo, e dos municípios, ainda que de forma lenta (Barros, 2018). A partir da movimentação dos grupos que eram afetados pela doença, na busca por soluções às mortes pela AIDS, várias iniciativas de Organizações Não Governamentais (ONGs) foram ganhando espaço, tendo destaque o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), Grupo pela Vida e Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).

As ONGs foram muito importantes no apoio às pessoas soropositivas, atuando de forma complementar ao governo, prestando apoio e informações. Além disso, algumas ONGs tinham forte viés político, no qual reivindicavam a responsabilidade do Estado na criação de políticas públicas que conseguissem suprir as necessidades da população atingida pela epidemia (Barros, 2018; Nascimento, 2009).

Em 1985, foi fundado o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), essa iniciativa se deu graças à movimentação de militantes, profissionais da área da saúde e pessoas ligadas ao movimento homossexual. O grupo contava com a presença de indivíduos ligados à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e ao Programa Federal de Apoio à AIDS, e tinha um forte perfil político, que contribuiu para formulação de futuras legislações que dessem assistência aos portadores do HIV e da AIDS (Barros, 2018; Cezar e Draganov, 2015).

No mesmo ano foi observado que o número de pessoas hemofílicas infectadas pelo HIV havia crescido de forma significativa, gerando uma preocupação na população sobre a qualidade do sangue nos centros de hemoterapia. Um ano após o episódio, foi criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que contava com militantes, profissionais da área da saúde e líderes comunitários, sob a liderança de Herbert de Souza, sociólogo militante, conhecido como Betinho. A organização buscava propor ações de controle e prevenção da AIDS, a partir da disseminação de informações atualizadas sobre a doença, além de mobilizar segmentos da sociedade civil com o objetivo de fazer pressão no governo para a criação de políticas públicas para o controle da epidemia (Nascimento, 2005).

Outra Organização que merece destaque é o Grupo pela Vidda, formado em 1989 no estado do Rio de Janeiro, pelo jornalista Herbert Daniel. O grupo era formado predominantemente por pessoas soropositivas, que tinha como objetivo dar voz às pessoas portadoras do vírus, as incluindo na participação das decisões referentes às políticas públicas destinadas à doença, além de divulgar informações sobre a doença e luta contra a discriminação aos indivíduos soropositivos (Nascimento, 2005).

Um ponto importante a ser destacado sobre o Grupo pela Vidda é a visão sobre a doença na sociedade. Segundo Nascimento (2005, p. 94), Herbert Daniel acreditava que “(...)a exclusão e a vulnerabilidade sociais eram facilitadores e potencializadores da infecção pelo HIV, problematizaram a Aids no contexto maior das políticas públicas, situando a prevenção e assistência à Aids numa visão estratégica da democracia”. Ademais, a organização tinha um viés político, na qual fazia críticas à falta de propostas para o controle da epidemia pelo Estado.

As respostas às demandas impostas pela população na luta contra a epidemia da AIDS foram efetivadas graças à persistência e pressão da sociedade civil. Além dos atrasos em relação a medidas por parte do governo federal para o enfrentamento do HIV e da AIDS, as ações realizadas pelos estados demoraram a ser efetivadas. Foi apenas em 1984, dois anos após a primeira pessoa diagnosticada com HIV no Brasil, que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo estabeleceu o primeiro programa de controle do HIV no estado.

Em 1985, com o fim do regime militar, o cenário político brasileiro estava propício para pôr em prática as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O ambiente de aberturas políticas proporcionou a formulação de respostas reprimidas pelo regime militar, o que possibilitou a abrangência de melhores serviços de saúde disponibilizados pelo Estado, de forma universal e integral.

Com o fim da ditadura militar, o governo federal passou a dar mais ênfase das suas ações em relação à epidemia da AIDS. Em 1985 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Federal de Controle à AIDS, pela portaria nº 236, que estabeleceu diretrizes para o enfrentamento da AIDS no país, reconhecendo-a como uma doença grave de saúde pública. No mesmo ano também começaram a ser realizadas testagens laboratoriais para o diagnóstico do HIV (Cezar; Draganov, 2015).

Em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS, pelo Ministério da Saúde, sendo a primeira estratégia nacional de controle da epidemia. O programa teve um papel essencial na luta contra o HIV e AIDS ao ampliar o diagnóstico e tratamento da doença. No mesmo ano, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que colocou a epidemia da AIDS como tema a ser debatido, além de levantar a possibilidade de um novo modelo de saúde gratuita (Barros, 2018).

As propostas de universalidade ao acesso e integralidade às ações de saúde foram incorporadas na Constituição de 1988, nos artigos 196 a 200, orientando a formulação de respostas do Estado à epidemia da AIDS. Em 1988, há a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 e o Ministério da Saúde adota o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS.

Além disso, em 1988 foi instituída a Lei 7.670, de 8 de setembro de 1988, que assegura direitos e benefícios a pessoas vivendo com HIV e AIDS, estendendo os benefícios previdenciários aos indivíduos infectados pelo vírus (Brasil, 1988).

Em 1993, o governo de Itamar Franco firmou um empréstimo com o Banco Mundial com o objetivo de ampliar as respostas à epidemia da AIDS, no controle da transmissão do vírus. A partir disso, o governo começou a financiar ONGs voltadas para a assistência de pessoas portadoras do HIV e da AIDS. Dessa forma, o financiamento

[...] foi considerado como positivo no sentido de promover uma maior articulação com as organizações não governamentais, possibilitando a expansão do número de associações e a sua consolidação, mas alguns militantes e agentes do campo científico destacaram como aspectos negativos a perda da autonomia das ONGs, a acomodação e a redução do seu papel político (Barros, 2018, p. 152).

Desde o início da década de 1990, havia uma corrida mundial na busca por uma possível cura para a AIDS. A partir de 1991, o Brasil começou a fornecer a medicação zidovudina (AZT), que era utilizada em pacientes oncológicos. No início foi perceptível que apenas o seu uso surtiu pouco efeito sobre o vírus, dando início a testes de combinações com outras medicações. Em 1995, ocorreram movimentações promovidas por ONGs exigindo a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da AIDS pelo Estado (Barros, 2018).

Em 1996, na XI Conferência Internacional da AIDS, realizada em Vancouver, foram apresentados bons resultados num esquema de três drogas antirretrovirais. Com a descoberta, uma das preocupações seria o valor das medicações, fazendo com que surgisse a preocupação de que apenas as pessoas mais ricas tivessem acesso ao tratamento. Até que em 1996, o Brasil teve destaque por ser o primeiro país a distribuir de forma gratuita os medicamentos para a doença, a partir da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, resultante de mobilizações da sociedade civil, geradas por movimentos sociais (Brasil, 1996).

Diante dos avanços na assistência às pessoas soropositivas proporcionadas nacionalmente, em 1999, o Governo Federal anunciou uma redução de 50% das mortes causadas pela AIDS em razão do uso de coquetéis antirretrovirais, o que significou um grande avanço nas estratégias de combate à epidemia. No mesmo ano foi criada a Política Nacional de DSTs/AIDS, com o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS, tendo as ações com base nos princípios do SUS (Brasil, 1999).

Nos anos 2000, houve um aumento da resposta mundial à epidemia da AIDS, buscando ampliar o acesso ao tratamento da doença. Em 2010, a maior parte da população brasileira tinha acesso ao tratamento do HIV, esperava-se que fosse o fim da epidemia da AIDS, tendo ocorrido no mesmo ano o início da distribuição da Profilaxia Pré-exposição (PrEP), no mundo, sendo incorporado pelo SUS em 2018 (Czar; Draganov, 2015; Calazans; Parker; Terto, 2023). Em 2014, torna-se crime a discriminação contra pessoas portadoras do HIV e AIDS, a partir da Lei nº 12.984 de 2 de junho.

Apesar dos avanços na assistência à saúde aos portadores do HIV e da AIDS, no Brasil, desde a década de 1999, há um forte movimento de contrarreformas na política de saúde, o que afeta as ações que beneficiam essa população.

No Brasil, essas tendências globais conviveram com dificuldades políticas e ideológicas adicionais: o surgimento de forte movimento conservador ao longo dos anos 2010, articulado ao fortalecimento de políticas de austeridade e de retirada de direitos sociais, com o consequente desmonte de muitos componentes dos programas governamentais [...] (Calazans; Parker; Terto, 2023, p. 212).

Assim como acaba de ser exposto, os avanços na assistência às pessoas com HIV e AIDS, foi um processo histórico e social desenvolvido por várias camadas da sociedade. Em um primeiro momento não houve mobilização por parte do Ministério da Saúde para criar propostas que desaceleraram a epidemia no Brasil. Diante disso, as primeiras ações que visavam o controle da epidemia foram desenvolvidas por ONGs e movimentos sociais .

A criação da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde foram essenciais para o controle da doença. A saúde sendo considerada um dever do Estado garantir e direito de todo cidadão brasileiro, favoreceu a ampliação de políticas públicas que contribuíram para a diminuição dos óbitos causados pela AIDS.

Contudo, os retrocessos na política de saúde, estando em evidência desde o governo de Fernando Collor, colocam em risco todas as conquistas garantidas desde o processo de redemocratização, ferindo os direitos sociais e dificultando o acesso às pessoas portadoras do HIV e da AIDS a conseguirem um tratamento adequado.

2.2- Retrocessos na assistência à pessoa com HIV e AIDS no Brasil

Como exposto anteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde e da Constituição Federal de 1988 contribuiu para a expansão do direito à saúde dos cidadãos brasileiros, sendo essencial para a ampliação da assistência prestada pelo Estado aos portadores do HIV e da AIDS. A partir do projeto proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi possível desenvolver um sistema de saúde público que pudesse atender de forma universal e integral às demandas da população brasileira, o que abriu portas para o desenvolvimento de estratégias que pudessem reduzir o número de mortes causadas pela doença. Segundo Vieira (2018),

A criação do SUS pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pelas Leis 8.080 e 8.142 em 1990 representam uma mudança radical em relação ao padrão de atenção à saúde, instaurando a perspectiva de direito universal à saúde, como dever do Estado, sem exigência de pagamento, com integralidade e qualidade. Sua criação respondeu ao Movimento de Reforma Sanitária, aos anseios de diferentes segmentos da população brasileira por democratização e por direitos sociais (Vieira, 2018, p. 73).

Desde a década de 1990, o SUS oferece o tratamento gratuito para HIV e a AIDS, garantido através da Lei 9.313 em 1996, além de ações de prevenção ao vírus, como a distribuição gratuita da PrEP. Entretanto, desde a sua criação, o SUS enfrenta fortes ameaças de desmonte, afetando as ações que são primordiais para a assistência às pessoas portadoras do HIV e da AIDS.

No início dos anos 1990, Fernando Collor havia sido o primeiro presidente a ser eleito de forma direta após um longo período de regime ditatorial. Seu governo foi marcado

pela política neoliberal, que reduziu a ação do Estado na economia e na administração do país, o que resultou em cortes orçamentários destinados ao SUS. A redução das ações do Estado na política de saúde feriram o artigo 196 da Constituição Federal que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Desse modo, tais medidas de cunho neoliberal desmobilizaram os princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária que haviam sido conquistados.

Ademais, a Constituição Federal de 1988 havia integrado a saúde como um dos pilares da seguridade social, devendo ser financiada pelo Orçamento da Seguridade Social, no qual, no mínimo 30% dos recursos teriam que ser destinados à saúde. Entretanto, não houve o cumprimento da destinação do percentual para o SUS (Cunha, 2021).

Segundo Barros (2018),

Ainda que tenham sido promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), a publicação da Norma Operacional Básica– NOB 01/91 subverteu diversas conquistas dessas leis. Os retrocessos políticos levaram a uma desmobilização do movimento sanitário, dando espaço para um maior protagonismo dos gestores municipais e estaduais. Ao mesmo tempo, se a legislação ampliou o acesso da população aos serviços públicos de saúde, houve uma redução da ordem de cerca de 50% dos recursos destinados à saúde (Barros, 2018, p.124-125).

Dessa forma, ainda no governo Collor, os cortes dos recursos destinados para a saúde, juntamente com a falta de prioridade dada ao Programa Federal de Controle à AIDS, resultaram na descontinuidade na política de AIDS (Barros, 2018).

Em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), tem-se a consolidação do Plano Real, que já estava sendo elaborado desde 1994, no governo de Itamar Franco (1992-1994). Segundo Behring (2018), a elaboração do plano significou a primeira fase consistente do neoliberalismo no Brasil, caracterizado por uma contrarreforma do Estado, orientado pelo ajuste fiscal, em favor do superávit primário para o pagamento do mercado financeiro. O Plano Real tinha como objetivo controlar a inflação do país, o que trouxe como consequência a forte desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais.

Conforme apontam Barbosa Filho e Vieira (2021),

O neoliberalismo dos governos de Fernando Henrique Cardoso se posicionou defensor de um Estado mínimo, como se evidencia no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE). Porém, pressionado por ativistas, movimentos e lideranças políticas da luta contra a pandemia de HIV/Aids, expandiu o Programa Nacional, que reconhecia os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e de cidadania, onde não haveria justificativa para a implementação de programas de prevenção centrados na abstinência ou em perspectivas proibicionistas (Barbosa Filho; Vieira, 2021, p.141).

Desse modo, apesar de no governo FHC, não ter havido ataques diretos às políticas de combate ao HIV e à AIDS, as ações de desfinanciamento atingiram o princípio universal

da política de saúde, afetando as ações destinadas às pessoas que mais necessitavam. Além disso, os desfinanciamentos das políticas de saúde foram o pontapé inicial para o início das contrarreformas de Estado dos governos seguintes.

Em seguida, nos governos de Lula (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), houve a ampliação do mercado privado na gestão da saúde no país. Principalmente no governo de Dilma, houve a terceirização da gestão dos serviços de saúde pública, através da fundação de organizações estatais de direito privado - como exemplo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2011- , ou através da expansão da ampliação do mercado privado no setor da saúde. Além disso, muitos mecanismos de privatizações, criados por FHC, foram mantidos.

Assim, compreende-se que no governo FHC até o governo de Dilma Rousseff, a contrarreforma no sistema de saúde não era apresentada de forma explícita, o subfinanciamento do SUS ainda persistia, além da expansão do mercado privado da saúde, porém, havia a defesa do direito à saúde e do SUS (Soares, 2019). Tais ações não afetaram diretamente a política de HIV e AIDS.

Com o impeachment de Dilma, a partir de um golpe institucional, Michel Temer assumiu a presidência em 2016. O seu governo foi marcado pelo interesse escancarado de privatizar o SUS, criando a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que instituiu limites aos gastos públicos por 20 anos, atingindo a atenção primária à saúde, agravando o sucateamento não apenas da política de saúde, mas também de outras políticas sociais. Essas ações tinham como objetivo a mercantilização da saúde no país e a intensificação das privatizações que constantemente ameaçavam o SUS.

O governo de Temer apostava na parceria público-privada para o desenvolvimento das ações de políticas e programas voltadas à área da saúde, viabilizando o acesso do mercado ao fundo público e desconstruindo o direito universal à saúde. Essas medidas contribuíram para a redução de gastos do governo com a saúde e abriram espaço para a proposta de planos de saúde mais acessíveis, que não foi aprovada (Vieira, 2018).

As ações neoliberais do governo Temer de redução dos gastos públicos, destacando a Emenda Constitucional 95, afetaram as medidas de prevenção ao HIV, além de problemas com a distribuição de medicações para doenças oportunistas decorrentes da AIDS.

No governo Bolsonaro (2019-2022), também ocorreram medidas de retrocessos na política de saúde, que afetaram as políticas e programas voltados para os portadores da Síndrome da Imunodeficiência. Conforme Moraes, Santos e Botelho (2020),

Com a Lei nº 13.808, de 15 de janeiro de 2019 - Publicada no Diário Oficial da União, de 16.1.2019, observa-se o congelamento de aplicação em saúde. O setor já perde 8,5 bilhões em 2019. Além disso, em 2018 foram empenhados 117,5 bilhões para ações e serviços de saúde pública. A avaliação apresentada indica que 11,7 bilhões não foram pagos, o que implicou na disponibilidade financeira de 2019 (Morais; Santos; Botelho, 2020, p.6).

Ademais, as falas preconceituosas do presidente, apontavam para um retrocesso nas conquistas históricas pela assistência aos portadores do HIV/AIDS. Se durante o período de redemocratização, a população homossexual lutava pela desvinculação da doença à comunidade, no governo Bolsonaro, as falas moralistas em relação à doença voltaram ao foco. Assim, de acordo com Oliveira e Davi (2024), a postura conservadora ancorada no viés religioso foram introduzidas nas ações políticas e sociais apresentadas durante o governo, sendo absorvidas nas ações voltadas à política de prevenção do HIV e da AIDS.

Luiz Henrique Mandetta, o primeiro Ministro da Saúde do governo Bolsonaro, afirmou que “[...]caberia às famílias e não ao Estado promover ações de prevenção ao HIV/AIDS” (Barbosa Filho; Vieira, 2021,p. 142). Em 2019, o Ministério da Saúde, ainda sob o comando de Mandetta, extinguiu o Departamento de Combate à AIDS a uma coordenadoria, que afetou os serviços municipais e estaduais no combate ao HIV e a AIDS, além de reduzir os repasses de recursos, ocasionando o sucateamento dos serviços (Morais; Santos; Botelho, 2020).

Além disso, os programas de HIV e AIDS foram passados para o Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que resultou no desligamento de meios de comunicação essenciais que faziam publicações de resultados de pesquisas relacionadas aos programas de prevenção e tratamento do HIV e da AIDS no Brasil (Lima et al, 2022).

Segundo Lima (2022), a transferência dos programas do HIV e da AIDS para o Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, poderia causar restrições orçamentárias, afetando a qualidade dos serviços podendo comprometer a compra dos antirretrovirais. Para Oliveira e Davi (2024), essa transferência significou um desmonte dos programas e políticas do enfrentamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Apesar de o governo não ter cortado a distribuição da TARV, “[...] não houve crescimento nos investimentos de prevenção [...]” (Oliveira; Davi, 2024, p.226) resultando no esvaziamento das campanhas preventivas.

[...]frente às medidas econômicas, políticas e sociais do governo Bolsonaro, em especial no que se refere à Saúde, as ações que contribuem para o enfrentamento e futura erradicação da aids não foram cumpridas, destaque para aquelas com foco em

prevenção e educação, além das testagens que apontam para uma subnotificação [...] (Oliveira; Davi, 2024, p .225).

Assim, as ações do governo são entendidas como um grande retrocesso com

[...] ações balizadas por uma lógica conservadora e impregnadas por influências do fundamentalismo religioso; retrocesso político com o resgate de abordagens já superadas no que diz respeito às questões ligadas ao processo de infecção, adoecimento, tratamento e práticas de prevenção, de inclusão e de respeito às particularidades de cada segmento; corte significativo do financiamento, de modo a privilegiar apenas o foco na medicalização; e falta de um melhor detalhamento da temática para o acesso do público (Oliveira; Davi, 2024, p .230).

A partir do governo do presidente Collor, é possível afirmar que a contrarreforma na saúde estava pautada nas diretrizes estabelecidas por organismos internacionais, principalmente do Banco Mundial. Apesar disso, foi possível observar que nos dois primeiros governos Lula e no governo de Dilma Rousseff, houve mais processos de continuidade do que rupturas na política de saúde brasileira (Morais; Santos; Botelho, 2020). Dessa forma,

[...] os processos de neoliberalização da saúde, fundamentados em parâmetros internacionais, ocorreram ao longo de todos estes governos, flexibilizando os princípios da Reforma Sanitária, afastando-se da concepção original do SUS e focalizando as ações da saúde pública, predominantemente à população com dificuldades de acessar aos serviços de saúde através do mercado (Morais; Santos; Botelho, 2020, p.2).

Diante do que foi exposto, compreende-se que durante os governos neoliberais, a crescente restrição orçamentária na política de saúde resultou na precarização da assistência à saúde, trazendo consequências negativas ao controle de doenças endêmicas, como a AIDS. Tais medidas, podem levar ao aumento de casos de pessoas infectadas pelo HIV e ao desenvolvimento da doença. Assim, as políticas neoliberais implementadas pelos governos, mesmo que com intenções progressistas, prejudicam as ações de assistência social e saúde destinadas às pessoas soropositivas, ferindo os direitos por elas conquistados, colocando em risco as suas vidas e o aumentando a probabilidade da transmissão do vírus (Lima et al, 2022).

3. MUDANÇAS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM HIV E AIDS: A INFLUÊNCIA DE DETERMINAÇÕES SOCIAIS NO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA

3.1- As mudanças no perfil das pessoas com HIV/ AIDS no Brasil

No início da epidemia da AIDS no Brasil, a doença atingiu principalmente homens homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas e profissionais do sexo. Com o passar dos anos, ocorreram mudanças nesse padrão de infecção, e pessoas que antes não se caracterizavam como grupo de risco, passaram a ser infectadas e desenvolver a AIDS. Entende-se que as mudanças no perfil das pessoas contaminadas pelo vírus estão relacionadas com o modo de vida que uma determinada sociedade leva. Ou seja, em uma sociedade como a brasileira, que é cercada por desigualdades sociais, a forma como a AIDS atinge determinados grupos sociais é diferente.

Conforme aponta Barros (2018), os primeiros casos da epidemia da AIDS no Brasil atingiram homens homossexuais dos grandes centros urbanos da região Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro). Em seguida, pessoas hemofílicas passaram a ser atingidas pelo vírus. Em meados de 1989, houve o aumento na infecção de usuários de drogas e pessoas heterossexuais. A partir de 1994, foi possível observar o aumento no número de mulheres infectadas. Desde 2000, os casos de infecção do HIV vêm apresentando mudanças em seu perfil, com aumento ou diminuição em determinadas regiões, gênero, raça/cor, escolaridade e faixa etária. Tal fato está relacionado aos avanços nas ações de assistência às pessoas portadoras do HIV e da AIDS e à forma como a população brasileira consegue acessá-las.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2024, entre 2007 e junho de 2024, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 541.759 novos casos de infecção pelo HIV no Brasil. Ademais, entre 1980 e junho de 2024, foram registrados 1.165.599 casos de pessoas com AIDS no Brasil, havendo diferenças nos números de pessoas contaminadas com o HIV e com AIDS segundo região, sexo, raça/cor, escolaridade e categoria de exposição.

No que se refere à questão do sexo, os casos de infecção pelo HIV que ocorreram entre 2007 e 2024 foram predominantes no sexo masculino, com 382.946 casos (70,7%), enquanto no sexo feminino foram apresentados 158.626 (29,3%). Nesse período observou-se uma mudança na razão entre pessoas contaminadas do sexo masculino e feminino: em 2007, a

razão era de 14 homens para 10 mulheres; em 2023 passou de 27 homens para 10 mulheres. (Brasil, 2024).

Em relação ao número de pessoas que desenvolveram a AIDS, de 1982 a 2024 é perceptível que indivíduos do sexo masculino foram os mais atingidos, conforme aponta a tabela, separada em décadas.

Tabela 1-Números de casos de AIDS segundo sexo e década de diagnóstico. Brasil, 1982 a 2024.

Ano de diagnóstico	Masculino	Feminino	Total
1982-1989	13.084	1847	14.931
1990-1999	140.383	54.209	194.592
2000-2009	233.971	152.118	386.089
2010-2019	272.253	138.453	410.706
2020-2024	113.195	45.959	159.154

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2024.

Nota: Os dados do ano de 2024 abrangem até o mês de junho

Desde os primeiros casos da AIDS no Brasil, os homens foram os mais afetados pela doença. Apesar do aumento de mulheres com AIDS, é notável que a partir da década de 2010 houve uma diminuição nos casos, enquanto a quantidade de homens foi tendo acréscimo. Isso mostra que o perfil com a doença imunossupressora em relação ao sexo permaneceu relativamente estável, desde os primeiros casos, mesmo com um aumento significativo de mulheres com AIDS.

Dos perfis analisados de pessoas com HIV, no início até o final da década de 1980, predominavam pessoas com faixa etária de 30 a 34 anos, independente do sexo. Em 2024, o maior percentual de pessoas dos sexos masculino e feminino infectadas pelo HIV, tinha a faixa etária entre 25 e 34 anos. Observou-se também um aumento de casos de homens e mulheres com 50 anos ou mais que contraíram o vírus. Ademais, no período de 2015 a 2013, os casos de AIDS na faixa etária de 60 anos ou mais aumentaram 33,9%. (Brasil, 2024).

Em relação à escolaridade, percebe-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV ocorreram em pessoas com o ensino fundamental incompleto e ensino médio completo. No que diz respeito à AIDS, observa-se que há um grande número de casos em que a escolaridade não foi registrada, o que dificulta uma análise mais precisa. Apesar disso, é evidente que a maior parte dos casos envolveu pessoas com o ensino fundamental incompleto e médio completo.

Tabela 2- Casos de AIDS segundo escolaridade e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2024

Escolaridade	1980-2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021	2022-2024
Analfabetos	17216	1871	1425	1035	777
Ensino Fundamental incompleto	242344	24922	17454	11512	8275
Ensino Fundamental completo	23359	8110	6083	4361	3208
Ensino médio incompleto	75985	5698	4772	4139	3180
Ensino médio completo	31854	16719	14419	13140	11816
Ensino Superior incompleto	6300	4156	3666	2778	1981
Ensino Superior completo	43010	7036	6256	5363	4220
Ignorado	136667	21354	17649	14273	10385

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2024

Nota: Os dados do ano de 2024 são referentes ao mês de janeiro até junho.

Conforme apresentado na tabela, não houve muitas mudanças em relação à escolaridade das pessoas com AIDS. Apesar disso, os números apontam que houve uma maior distribuição dos casos entre as regiões, havendo aumento e diminuições. Da década de 1980 até 2012, havia um número alto de pessoas com AIDS que tinham o ensino superior completo, que foi diminuindo com o passar dos anos, tendo aumento no número de pessoas que cursaram até o ensino médio.

Essa situação demonstra que pessoas com escolaridade mais elevada têm menos chances de desenvolver a doença. Assim, entende-se que os números de pessoas com HIV e AIDS estão concentradas na população com menor grau de instrução e que têm menos acesso às informações e ao tratamento correto.

Em relação à categoria de exposição, o Boletim Epidemiológico aponta que a infecção pelo HIV é predominante em homens homossexuais. No período de 2007 a 2024,

52,8% dos casos notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) apontavam que a infecção pelo HIV atingiu, principalmente, essa população. No que se refere à AIDS, os números apontam resultados diferentes.

Tabela 3- Casos de AIDS segundo categoria de exposição, ano de diagnóstico e sexo. Brasil, 1980-2024

Masculino					
Categoria de exposição	1980-2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021	2022-2024
Sexual					
Homossexual	82631	18162	16941	14431	11083
Sexual					
Heterossexual	126260	24423	19718	15204	11602
Sanguínea					
(Uso de drogas injetáveis)	56906	1893	1205	862	645
Sanguínea					
(Transfusão)	1175	9	8	6	3
Sanguínea					
(Hemofilico)	1141	17	13	11	8
Feminino					
Categoria de exposição	1980-2012	2013-2015	2016-2018	2019-2021	2022-2024
Sexual					
Heterossexual	168530	24776	17595	13006	9689
Sanguínea					
(Uso de drogas injetáveis)	12020	467	305	196	188
Sanguínea					
(Transfusão)	958	5	5	2	4
Sanguínea					
(Hemofilico)	0	0	0	1	0

Fonte: Boletim Epidemiológico, 2024

Nota: A tabela apresenta casos de pessoas com 13 anos ou mais.

Segundo exposto na tabela, o desenvolvimento da AIDS é predominante em homens heterossexuais. Se levar em consideração o número de casos de homens e mulheres com a

doença, significa que a exposição sexual heterossexual é maior, diferente do início da epidemia, na qual a doença predominava em homens homossexuais. O fato de homens homossexuais serem os que mais estão expostos ao HIV e os heterossexuais à AIDS, significa que há problema no acesso ao tratamento antirretroviral de forma precoce.

Outro detalhe importante é a diminuição dos casos por via sanguínea. A via de transmissão que ainda persiste é por meio do uso de drogas injetáveis, que mesmo assim teve uma diminuição considerável com o passar dos anos, o que pode ser explicada a partir de estratégias e políticas públicas voltadas para essa população, como é o exemplo da estratégia de redução de danos.

No que se refere à questão de raça/cor, houve mudanças significativas das pessoas que contraíram o vírus. A tabela abaixo expõe os casos de HIV notificados entre 2007 e 2024, sendo possível observar que os primeiros casos notificados no início de 2007 eram referentes a pessoas que se autodeclararam brancas. A partir de 2015, os casos de infecção em pessoas negras (pardas e pretas) ultrapassaram os números de brancos.

Tabela 4-Casos de HIV segundo ano de diagnóstico e raça/cor. Brasil, 2007 a 2024.

Ano do diagnóstico	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indigena
2007-2008	8564	1843	99	5163	52
2009-2010	10460	2206	128	7090	61
2011-2012	14137	2975	158	10603	80
2013-2014	23960	5522	316	20099	149
2015-2016	32931	8735	533	34026	290
2017-2018	34212	10478	620	41122	417
2019-2020	28388	10336	708	39365	326
2021-2022	27277	11246	880	42915	326
2023-2024	20119	9049	556	55516	278

Fonte:Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2024.
Nota: Os dados do ano de 2024 são referentes ao mês de janeiro até junho

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS, a partir de 2016, o percentual de pessoas negras contaminadas foi de 51,9% (41,3% pardas e 10,3 pretas). Em 2024, a maioria das pessoas se declaram negras 65,4% (51,5% pardos e 13,9% pretos), enquanto 29,2% se autodeclaram brancas. Além disso, em 2023, os casos de AIDS predominaram na população negra, chegando ao percentual de 61,6% (Brasil, 2024). O que leva a crer que as

políticas de saúde voltadas para a prevenção e tratamento são menos acessíveis à população negra.

Em relação aos dados regionais, o Boletim Epidemiológico (2024), aponta que dos 541.759 casos de HIV no Brasil, registrados entre 2007 e 2024, 41% foram na região Sudeste e 21,9% no Nordeste, sendo as duas regiões com os maiores percentuais de infecção. No que se refere ao desenvolvimento da AIDS no país, houve uma mudança na prevalência da doença em relação a determinadas regiões.

Tabela 5- Casos de AIDS segundo ano de diagnóstico e região. Brasil, 1980-2024.

Ano de diagnóstico	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1980-2012	35107	98667	403850	143887	41408
2013	4437	9250	17604	9364	3118
2014	4572	9061	17063	8868	2969
2015	4364	9090	16487	8646	2836
2016	4482	8895	15794	7800	2774
2017	4199	9191	15305	7428	2905
2018	4615	9321	14630	7174	2874
2019	4817	9219	14028	7133	3175
2020	3652	7283	11788	5502	2464
2021	4896	8346	13092	6317	2907
2022	4916	8906	13641	6523	3070
2023	4992	9215	13886	6666	3241
2024	2403	4352	6492	3034	1608

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2024.
Nota: Os dados do ano de 2024 são referentes ao mês de janeiro até junho.

Nota-se pela tabela 5 que até 2013 o Sudeste e o Sul foram as regiões com maior quantidade de casos. A partir de 2014 a região Nordeste ultrapassou a região Sul. O fato da região Sudeste continuar tendo muito mais casos que as outras regiões pode estar relacionado ao fato de ser a primeira região a ser afetada pelo vírus do HIV, além de ser a região com maior população do país. Ou seja, mesmo que as primeiras ações governamentais tenham sido iniciadas na região, não foram capazes de conter o avanço da doença.

Importante destacar que o Norte foi a região com menor número de casos de AIDS no Brasil entre os anos 1980 a 2012. Todavia, apesar da região não apresentar grandes

números da AIDS, ao longo dos anos percebe-se o crescimento dos casos de pessoas que desenvolveram a doença.

A partir dos dados expostos pelo Boletim Epidemiológico, é perceptível que há mudanças no perfil das pessoas que contraem o vírus do HIV e AIDS ao longo dos anos. Se no início da epidemia a incidência era predominantemente em homens brancos e homossexuais das áreas urbanas, com o passar dos anos foi possível observar que a doença pode afetar qualquer parcela da população brasileira e de forma desigual. Assim, foi possível observar que houve um aumento de mulheres, heterossexuais e pessoas de áreas rurais afetadas pelo HIV e a AIDS.

Como foi dito anteriormente, durante o percurso histórico da epidemia da AIDS no Brasil, muitas ações por parte de organizações governamentais e não governamentais atuaram com o objetivo de uma possível cura para a epidemia da AIDS. Esse fato contribuiu para avanços medicinais e sociais que pudessem diminuir o avanço da infecção e do desenvolvimento da doença. Contudo, nota-se que em parcelas mais pauperizadas da sociedade, a doença espalha-se com mais intensidade, o que indica menor contato com os meios de prevenção e tratamento disponibilizados pelo SUS. Assim, o atual perfil de pessoas soropositivas aponta que as políticas de saúde voltadas ao controle da doença não chegaram a alcançar todas as parcelas da população de forma igual e não foram capazes de ultrapassar as barreiras causadas por questões regionais, de raça, gênero, entre outras.

3.2- A influência das determinações sociais na mudança do perfil das pessoas portadoras do HIV e da AIDS.

O HIV não tem cura, porém, a prevenção e o tratamento são essenciais para o controle da disseminação do vírus. O uso dos antirretrovirais são essenciais nesse processo e precisam ser realizados de forma contínua para evitar o desenvolvimento da AIDS, prevenindo doenças oportunistas e para impedir a transmissão do vírus. Nessa perspectiva, políticas e programas sociais de caráter universal e equitativo são importantes para que essa população consiga ter acesso adequado à assistência de saúde e dê seguimento ao tratamento.

Tendo isso em mente, torna-se correto afirmar que as mudanças no perfil epidemiológico expressam a existência de falhas na distribuição igualitária das políticas sociais públicas que contribuem para prevenção e assistência às pessoas portadoras do HIV e da AIDS. O Boletim Epidemiológico (2024) aponta que a população mais pauperizada (pessoas com menor nível de escolaridade, negras, que residem em regiões mais pobres, entre outras) está mais suscetível a contrair o vírus e desenvolver a AIDS. Assim, entende-se que as

condições socioeconômicas interferem no processo de saúde e doença, estando mais suscetíveis a ficarem doentes, pessoas desprotegidas socialmente.

A Lei 8.080 de 1990 reconhece a saúde como resultado da organização social e econômica de um país, destacando como determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define a saúde como “[...] um completo estado de bem-estar físico, mental e social”, que pode ser resultante de condições sociais como o acesso à alimentação, habitação, educação, renda, lazer, entre outros. Sendo assim, compreende-se que as desigualdades sociais e econômicas de uma sociedade interferem na forma como uma população adoece. Ou seja, o problema da falta de acesso a direitos sociais básicos interfere no processo de saúde-doença da população brasileira, afetando determinadas parcelas da sociedade de forma desigual.

Segundo Laurell (1982), o processo de saúde-doença é um processo social, tendo em mente que o modo que uma doença afeta uma população está relacionado com o caráter histórico e social de uma determinada sociedade. Durante sua análise realizada pela América e Europa, observou que a mortalidade de determinados grupos estava relacionada ao seu papel no modo de produção. Ou seja, grupos formados pela burguesia e camadas altas e médias têm uma expectativa de vida maior do que o proletariado urbano. Assim, apontou que dentro de uma sociedade, as classes que a compõem mostram condições de saúde distintas relacionadas ao seu modo de vida.

Outrossim, Silva e Bicudo (2022) apontam que o processo de saúde-doença é um “processo dialético”, uma expressão de desigualdade e contradição do próprio modo de produção capitalista. Nessa linha de pensamento, a saúde e o adoecimento são entendidos como resultados de expressões individuais e coletivas da sociedade, estando relacionadas com aspectos biológicos, culturais, econômicos e sociais. Nessa perspectiva, entende-se que, na sociedade capitalista, as relações sociais de produção expressam contradições e conflitos de distintos projetos societários que resultam em desigualdades no modo de vida das diferentes classes sociais (Silva; Bicudo, 2022).

A classe dominante, juntamente com o aparato do Estado, cria instrumentos de opressão para garantir a preservação da estrutura do modo de produção capitalista, produzindo e reproduzindo desigualdades sociais entre classes. Somando isso às particularidades sócio-históricas do Brasil, observa-se que as raízes escravocratas e patriarcais históricas produziram nos dias atuais desigualdades estruturais e institucionais, voltadas à questão de

raça, gênero, entre outras. Essa forma de opressão e violência entre classes, legitimada pelo Estado, causa impacto no acesso a direitos à saúde à população que mais precisa, a partir da negação e desmonte de políticas sociais (Silva; Bicudo, 2022).

Essas desigualdades estruturais trazem como consequência o acesso desigual da população a serviços básicos reconhecidos pela Constituição Federal, incluindo serviços de saúde, sendo elementos essenciais para o aumento do número de casos do HIV e da AIDS em grupos específicos.

Atualmente, o HIV e a AIDS atingem predominantemente a população negra (pretos e pardos). De acordo com o painel de Cor ou Raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os dados recolhidos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) dos anos de 2017 e 2018, mostram que entre as famílias com algum grau de pobreza, as pessoas pretas e pardas são as que mais se destacam, com 29,83%, enquanto as pessoas brancas ocupam 12,2%. Ademais, em relação às demandas não atendidas de saúde, a população preta e parda é a que mais sofre. Os dados apontam que 63,6% dessa população não têm suas demandas atendidas pelos serviços de saúde (IBGE, 2024). Além disso, de acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2024, 56,5% da população brasileira é formada por pessoas pretas e pardas e representavam 70% dos pobres e extremamente pobres (IBGE, 2024).

Em relação à questão regional, o SIS de 2024 aponta que as regiões Norte e Nordeste são as que mais apresentam pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza. Além disso, pontua que a pobreza e extrema pobreza são mais elevadas em áreas rurais do que urbanas (IBGE, 2024). Ao relacionar a questão de áreas mais pobres com o aumento de casos do HIV e da AIDS, o Boletim Epidemiológico (2024) aponta que no decorrer dos anos o Nordeste e o Norte apresentaram aumento considerável nos números de casos da AIDS, além do aumento de casos na população que reside em áreas rurais, o que indica uma correlação entre o nível de pobreza e a vulnerabilidade para contrair o vírus.

Vieira et al (2014), em sua análise sobre a epidemia do HIV e AIDS e a ação do Estado, entendem a AIDS como uma epidemia que expõe a exploração decorrente das relações capitalistas,

[...] pois a prevenção e a vivência com HIV dependem em grande medida, do acesso a serviços de saúde, insumos, informações, medicamentos. Nessa perspectiva, o que deveria ser direito universal à saúde é convertido em espaços de produção de lucros, num processo de privatização que tem se intensificado nas últimas décadas. Revela, também, a manutenção da opressão, decorrente das relações patriarcais, na medida em que a prevenção é associada à normatização e controle da sexualidade, pela igreja, pelo Estado e pelas famílias (Vieira et al, 2014, p. 197).

Ademais, na análise das diferenças entre o Brasil, Moçambique e África do Sul, expõe que no Brasil

[...] existe uma desigualdade de renda própria desse modo de produção (capitalista), no qual a riqueza cresce, mas não é dividida de forma justa e equitativa entre todos os trabalhadores. Portanto, entre aqueles que só têm sua força de trabalho para vender, o pauperismo se impõe como condição imprescindível à criação de valor. Convive-se com desiguais relações de poder às quais se agregam desigualdades entre mulheres e homens, pessoas de diferentes raças/etnias, pessoas com diferentes orientações sexuais, pessoas de diferentes gerações, enraizadas em tradições e culturas que geram preconceitos, opressões e permeiam as relações sociais. A epidemia de HIV/Aids, transmitida principalmente pela via sexual, expõe esses vários universos (Vieira et al, 2014,p. 198).

Desde os anos 2000, o Boletim Epidemiológico aponta que houve diminuição de mortes causadas pela AIDS no Brasil, embora seja perceptível que a cada ano aumenta o número de pessoas infectadas pelo HIV. Isso mostra problemas voltados a ações de prevenção e acesso ao diagnóstico precoce que atinge, principalmente, a população que se encontra em maior nível de vulnerabilidade, sendo essa população que mais precisa de assistência social e de saúde. Diante disso, torna-se dever do Estado criar estratégias para o maior alcance das políticas e programas de saúde.

Entretanto, cabe destacar que, na lógica capitalista, os interesses econômicos para a obtenção do lucro comprometem a responsabilidade do Estado nas áreas sociais que são necessárias para a sobrevivência da população brasileira. Assim sendo, o Estado exerce influência nos cenários políticos e sociais da saúde no país, o que faz com que governos que priorizam o crescimento econômico legitimem ações de desmonte das políticas sociais (Lima et al, 2022). Assim, em governos neoliberais

É oferecido tratamento aos que convivem com o vírus, devido à obrigatoriedade que é imposta pela Constituição Federal, mas não se prioriza a conscientização das populações-chave, bem como de toda a sociedade civil, de modo a prevenir novas infecções; além disso, trata-se a ocorrência de infecção como forma de punição a práticas não normativas, e não como resultado da negligência deliberada do Estado e da precarização do SUS, enquanto política pública prioritária no país (Lima et al, 2022, p. 318).

Dessa forma, a epidemia da AIDS, no decorrer dos anos, expõe que as desigualdades sociais no acesso à saúde são inerentes às relações sociais próprias do modo de produção capitalista. As mudanças no perfil dos portadores do HIV e da AIDS apontam que as pessoas afetadas pelo vírus e pela doença necessitam do acesso aos serviços de saúde e de assistência social. O desmonte dessas políticas é um passo essencial para a destruição da qualidade de vida das pessoas soropositivas, o que cria uma barreira para o tratamento correto.

4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS QUE INFLUENCIAM NA NÃO ADESÃO OU ABANDONO DO TRATAMENTO DO HIV E DA AIDS

4.1 Perfil das pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV e da AIDS

O diagnóstico do HIV pode ser feito a qualquer momento por meio de testes rápidos oferecidos gratuitamente pelo SUS, disponíveis nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em unidades da rede pública. Esses testes permitem detectar a carga viral do HIV e a contagem de linfócitos T CD4+, células Imunobiológicas alvo pelo vírus. Após o diagnóstico, é fundamental que a pessoa portadora do HIV/AIDS receba acompanhamento médico regular para iniciar o tratamento com antirretrovirais e realizar exames periódicos (Brasil, 2008; Brasil, 2023). No entanto, existem barreiras que afetam o ciclo do cuidado contínuo das pessoas portadoras do HIV e da AIDS, levando muitas vezes à não adesão ou abandono do tratamento.

O abandono do tratamento é caracterizado pela falta de registro de retirada de medicamentos por um período prolongado, indicando possível suspensão da ingestão de antirretrovirais e interrupção de idas em exames e consultas. A não adesão ao tratamento, por sua vez, refere-se à falta de comprometimento em seguir o tratamento corretamente, incluindo a não ingestão dos medicamentos nas doses e horários corretos, ausência em consultas e não realização de exames regulares. Ambas as situações comprometem a eficácia do tratamento e a saúde do paciente (Brasil, 2023).

O Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS, lançado pelo Ministério da Saúde, apresenta dados abrangentes que acompanham a PVHA desde o diagnóstico inicial até o processo de continuidade ou abandono do tratamento. Essas informações são extraídas do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As informações contidas no painel permitem a identificação de lacunas no acesso ao cuidado contínuo das PVHA, a partir de dados relacionados ao perfil dessa população (Brasil, 2024).

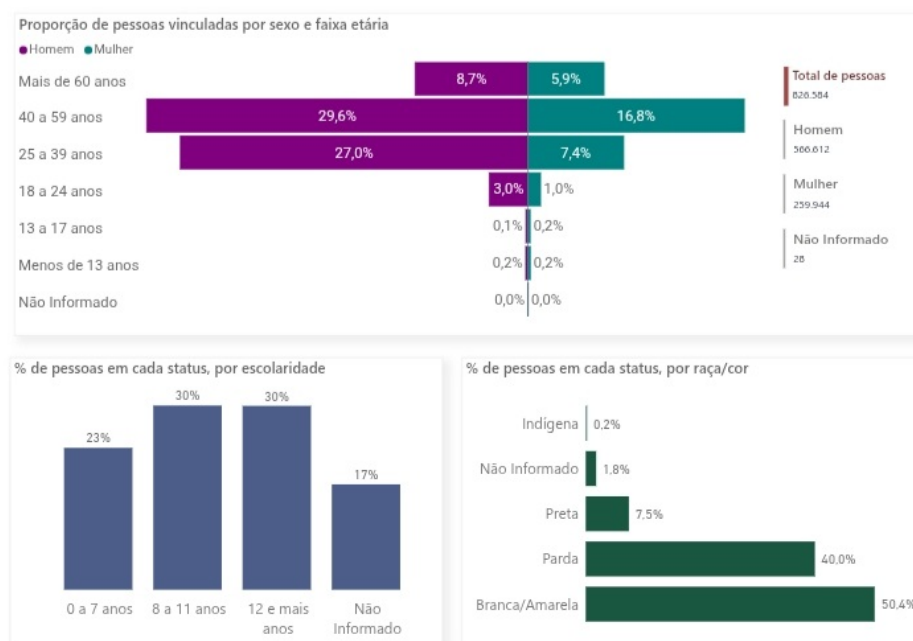
De acordo com os dados do painel, ao final de 2024, havia 1.021.539 casos de pessoas vinculadas ao sistema de informação do HIV e da AIDS. No entanto, 42.450 pessoas (4%) foram diagnosticadas com HIV e notificadas no sistema de saúde, mas não foram vinculadas ao cuidado contínuo necessário para o tratamento correto (Gap de vinculação). 14.224 pessoas (1%) foram vinculadas ao tratamento, porém, nunca apresentaram dispensação

de Tarv (Gap de tratamento). 138.281 pessoas (14%) abandonaram o tratamento até o final de 2024 (perda de seguimento) (Brasil, 2024).

Entre as 1.021.539 pessoas incluídas no painel que aderiram, não aderiram ou abandonaram a Tarv, a maioria é composta por homens (67,8%), negros (49,3%, sendo 41,1% pardos e 8,2% pretos), com faixa etária predominantemente de 40 a 59 anos (28,3%) e 11 anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto - 52%). Apesar disso, ao analisar os perfis em relação à adesão, não adesão e abandono da Tarv, notam-se disparidades significativas, especialmente considerando a faixa etária e a raça/cor, o que sugere que determinados grupos enfrentam desafios no acesso e manutenção do tratamento (Brasil, 2024).

No que se refere às pessoas que aderiram ao tratamento, a figura abaixo mostra que, até o final de 2024, 851.794 pessoas estavam em Tarv. Dentre essas, 50,4% eram pessoas brancas, predominantemente do sexo masculino e com ensino fundamental incompleto (53%). Além disso, tanto homens quanto mulheres que aderiram ao tratamento estavam concentrados, principalmente, na faixa etária de 40 a 59 anos.

Figura 1- Perfil de pessoas em Tarv segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.

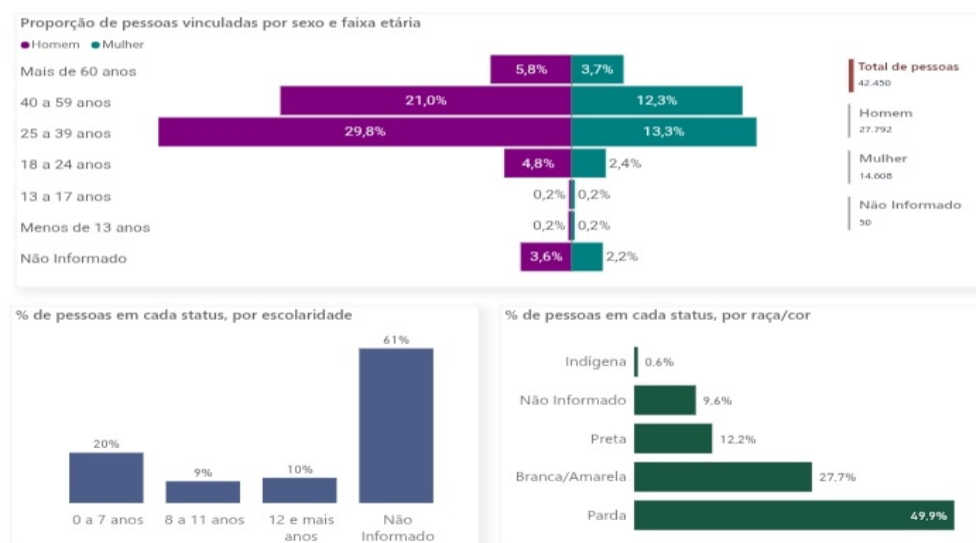


Fonte: Ministério da saúde, 2024

Entre as pessoas diagnosticadas que não continuaram com o cuidado adequado (4%), observa-se que a maioria é composta por homens (65,5%). Quanto à raça/cor, a maioria é de

peças negras, representando 62,1% (12,2% pretas e 49,9% pardas). A faixa etária predominante é de 25 a 39 anos, correspondendo a 43,1%. (Figura 2).

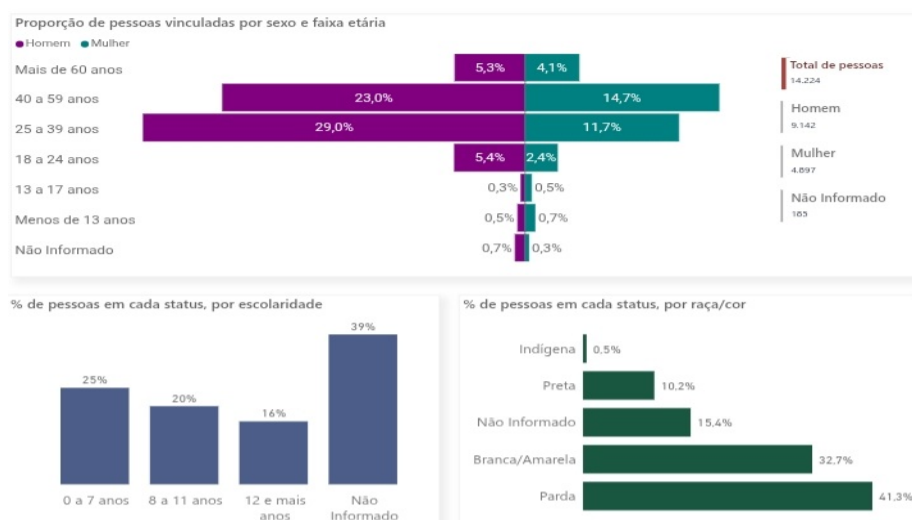
Figura 2- Perfil das pessoas em Gap de vinculação segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.



Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

Das pessoas que nunca apresentaram a dispensação da Tarv, observou-se que 51,5% eram negras (10,2% pretas e 41,3% pardas), 64,3% eram homens e a maior faixa etária predominante era de 25 à 39 anos (40,7%). Além disso, 45% dessas pessoas tinham 11 anos de escolaridade (Figura 3).

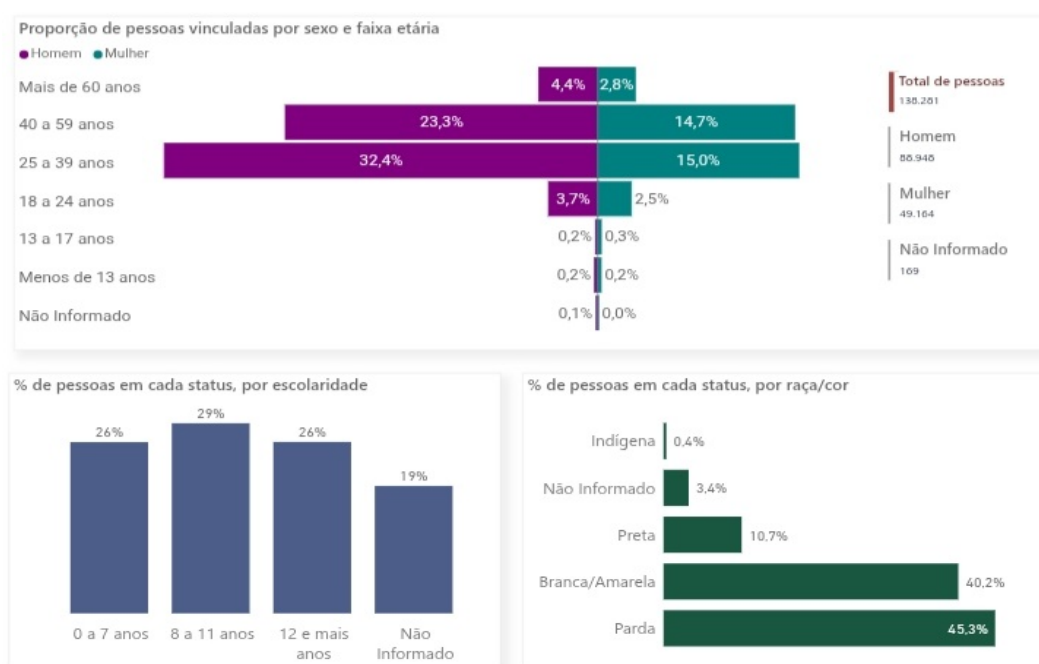
Figura 3- Perfil das pessoas em Gap de tratamento segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.



Fonte: Ministério da saúde, 2024.

No que se refere à perda de seguimento do tratamento, observou-se que 64,3% eram homens, com a faixa etária predominante de 25 a 39 anos (47,4%). Quanto a raça/cor, 56% das pessoas que abandonaram o tratamento eram negras (10,7% pretas e 45,3% pardas), e a maioria tinha 11 anos de escolaridade (55%) (Figura 4).

Figura 4- Perfil das pessoas em perda de seguimento segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.



Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

No que se refere à questão regional, a tabela abaixo evidencia diferenças significativas nas razões entre pessoas que permanecem em tratamento e aquelas que abandonaram em cada região.

Tabela 6- Razão entre casos de adesão e abandono da Tarv segundo região brasileira.

Região	Em Tarv	Abandono da Tarv	Razão
Norte	69334	15365	4,5
Nordeste	161181	29763	5,4
Sudeste	365660	56709	6,4
Sul	168491	25742	6,5
Centro-Oeste	61918	10702	5,7

Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

Os dados revelam que as regiões Sul e Sudeste apresentam maior proporção de pessoas que mantêm o tratamento, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam menor proporção. Isso indica que nas últimas regiões está concentrada uma maior proporção de pessoas que abandonaram o tratamento. Além disso, esses dados condizem com a tendência observada nos casos de AIDS ao longo dos anos, onde as regiões Sul e Sudeste registraram uma diminuição nos casos, enquanto o Nordeste e Norte apresentaram aumento. Essa disparidade evidencia desigualdades regionais em relação ao acesso à saúde e às ações de políticas públicas por essa população.

Ao analisar os dados apresentados, observa-se que o sexo masculino predomina tanto na adesão quanto no abandono do tratamento, o que pode ser explicado pelo fato de que os homens são mais afetados pela infecção do HIV. Em relação à escolaridade, embora haja uma variedade nos dados, nota-se que a maioria das pessoas tinham ensino fundamental incompleto.

Um ponto a ser destacado é a relação com a raça/cor: embora a soma de pessoas pardas e pretas sejam maioria no painel de monitoramento, as pessoas brancas são as que mais aderem à Tarv. Por outro lado, a soma de pessoas pardas e pretas são as que mais abandonam o tratamento, não recebem dispensação da Tarv e apresentam Gap de vinculação.

Quanto à faixa etária, nota-se que homens e mulheres entre 40 e 59 anos são os que mais aderem ao tratamento, enquanto pessoas entre 25 e 39 anos são as que menos aderem ao tratamento e que mais abandonam. Essa faixa etária condiz com a realidade de jovens, que precisam trabalhar para viver, e tem dificuldade para deixar o trabalho e ir aos serviços médicos, realizar consultas e pegar as medicações.

Dessa forma, conclui-se que o maior percentual de pessoas que não aderem ou abandonam o tratamento do HIV é composto por homens, jovens, negros e com baixa escolaridade.

4.2- Razões sociais e econômicas que influenciam na não adesão ou abandono do tratamento

Atualmente, o HIV é classificado como uma doença crônica que pode ser controlada por meio da ingestão diária de antirretrovirais pelo resto da vida. O tratamento representa um desafio significativo para as pessoas portadoras do HIV e da AIDS, pois elas precisam aderir a um regime contínuo de medicações, o que pode ser um lembrete constante de sua condição. Somado a isso, a falta de informações precisas e a visão moralista da sociedade em relação à

doença também constituem barreiras, levando muitas pessoas a sentirem-se culpadas por terem contraído o vírus. Nesse contexto, o apoio psicossocial torna-se fundamental para que as pessoas consigam seguir o tratamento de forma adequada. No entanto, nem sempre esse apoio está disponível ou acessível a todos que necessitam.

De acordo com o Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS (2008), vários fatores podem dificultar a adesão do tratamento, incluindo a falta de apoio social, a baixa escolaridade, a socialização de informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento, dificuldades para organizar a rotina diária para ingerir a medicação, não aceitação do diagnóstico e problemas de acesso aos serviços de saúde.

A partir da análise do perfil das pessoas que não aderem ao tratamento do HIV, realizada anteriormente, observa-se que a maioria possui baixa escolaridade e é composta por indivíduos jovens e negros. Essas pessoas frequentemente encontram-se em situação de vulnerabilidade social, que é agravada pela exposição ao vírus. Consequentemente, enfrentam obstáculos diários que limitam seu acesso a condições que poderiam melhorar a sua qualidade de vida, tornando-as mais suscetíveis ao abandono do tratamento.

Souza et al (2024) destacam que as pessoas que convivem com HIV são afetadas por processos sociais que impactam significativamente o ciclo do adoecimento. Eles apontam a vulnerabilidade social como uma condição que aumenta os agravos de saúde decorrentes da infecção do vírus, principalmente através da invisibilização e do silenciamento das pessoas soropositivas. Consideramos que as pessoas contaminadas, em sua maioria são negras e periféricas, enfrentam constantes estigmas e têm que lidar com a exclusão social, o que resulta em barreiras significativas no acesso ao cuidado contínuo (Souza et al, 2024; Correia et al, 2025).

Ademais, Souza et al (2024) afirmam que

[...]pode ser observado, no cotidiano, um contexto social edificado no patriarcado, no machismo, no classicismo, no racismo e na heteronormatividade, o qual potencializa os desafios enfrentados pelas PVHA, e os agudizam. Esse fato condiciona a uma influência, direta ou indiretamente, nas relações e na perpetuação do preconceito enquanto ferramenta de controle desses corpos estigmatizados (Souza et al, 2024, p. 9).

[...] é percebido que o cuidado em saúde das PVHA é transversalizado por diferentes nuances que fragilizam a continuidade do acompanhamento, do tratamento e o enfrentamento do processo de adoecimento. Os sentimentos que emergem a partir do diagnóstico repercutem na saúde mental das PVHA e são pilares para ampliar as discussões referente ao HIV e aos julgamentos sociais quanto à infecção, tendo em vista que o receio da violência e da exclusão social são oriundos do desconhecimento da população quanto à transmissão e evolução da doença (Souza et al, 2024, p. 15-16).

O HIV é um vírus que pode afetar qualquer pessoa, independente de sua classe social. No entanto, a exploração do modo de produção capitalista exacerba vulnerabilidades nos segmentos mais subalternizados da sociedade brasileira. Nessa perspectiva, é possível compreender que a incidência do vírus do HIV e o desenvolvimento da AIDS estão intimamente relacionados ao contexto de desigualdades do sistema capitalista, caracterizado por questões de classes sociais, gênero, raça e sexualidade, que configuram um ambiente de opressão e marginalização a essas pessoas (Barbosa Filho e Vieira, 2021).

Santos e Rockemback (2024) evidenciam que obstáculos sociais, culturais e legais impedem que as pessoas portadoras do HIV exerçam seus direitos fundamentais. Segundo os autores, a discriminação e o estigma são as principais formas de violação desses direitos, comprometendo o bem-estar e a integração social das pessoas soropositivas. Além disso, esses obstáculos afetam negativamente o acesso ao trabalho, o que pode desencadear uma série de consequências adversas, incluindo a desistência do tratamento. Assim,

A hostilidade contra as pessoas que vivem com HIV/AIDS não apenas compromete seu bem-estar físico e emocional, mas também mina os esforços para controlar a epidemia de forma eficaz. O medo da desonra pode desencorajar as pessoas de buscar serviços de saúde, fazer o teste e aderir ao tratamento, contribuindo para a propagação do vírus e o aumento do número de novas infecções (Santos; Rockemback, 2024, p. 3343).

Silva e Nogueira (2025) identificaram em sua análise que fatores sociodemográficos e econômicos desempenham um papel significativo no abandono do tratamento do HIV. Em sua pesquisa, observaram que o perfil das pessoas que abandonam o tratamento é caracterizado por jovens, do sexo masculino, com baixo grau de instrução, solteiros e de baixa renda. Além disso, constataram que indivíduos sem moradia fixa, usuários de álcool e drogas, pessoas que moravam em áreas distantes dos serviços de saúde e precisavam custear transporte, exames e consultas, eram mais propensas a desistir do tratamento.

Esses achados são reforçados pela observação de que os homens que abandonam o tratamento tinham limitado acesso aos serviços de saúde, decorrentes de barreiras sociais e culturais. Além disso, a pesquisa revelou que jovens e adolescentes são particularmente vulneráveis ao abandono do tratamento do HIV, especialmente quando enfrentam situações de violência doméstica e rejeição familiar após o diagnóstico (Silva; Nogueira, 2024).

Silva (2024), ao analisar o processo de adesão ao tratamento pelas mulheres, destaca que aquelas que abandonam o tratamento são, em sua maioria, mulheres negras, homossexuais, solteiras e principais provedoras de suas famílias, com renda familiar inferior

a um salário mínimo. Essa realidade está relacionada à persistência da desigualdade de gênero em uma sociedade marcada pelo patriarcado, que contribui para a invisibilização e repressão das mulheres, resultando no controle sobre seus corpos e vidas.

Correia et al (2025) argumentam que o HIV e a AIDS passaram a afetar predominantemente a população negra no Brasil, que historicamente enfrenta precárias condições socioeconômicas e limitado acesso aos serviços de saúde, resultado direto da herança sócio-histórica do país, marcada pela violência e exclusão social do povo negro, desde os tempos coloniais. Além disso, o racismo estrutural presente na sociedade brasileira naturaliza desigualdades raciais e a falta de políticas públicas eficazes para essa população. Consequentemente, indivíduos que já enfrentam estigmas e preconceitos diariamente veem sua condição de vida se deteriorar ainda mais após o diagnóstico do HIV e da AIDS.

Tendo isso em mente, é correto afirmar que “[...] a vulnerabilidade socioeconômica não pode ser dissociada do processo saúde-doença, pois a mesma tem um potencial de produzir barreiras que dificultam o acesso aos serviços e o tratamento adequado” (Correia et al, 2025, p. 7). Essa afirmação reforça a ideia de que a pobreza, o desemprego, a falta de qualidade de vida e o acesso à saúde de qualidade são fatores que contribuem para o aumento de casos de HIV em grupos já marginalizados pela sociedade.

Diante do que foi exposto, compreende-se que o HIV e a AIDS evidenciam desigualdades sociais e econômicas intrínsecas ao modo de produção capitalista, com a interseccionalidade marcante entre raça, gênero e classe social. Nesse sentido, a adesão contínua ao tratamento do HIV e da AIDS depende do acesso a políticas de saúde e assistência social que sejam capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas soropositivas, e mitigar as diferenças no acesso a serviços essenciais. No entanto, os cortes frequentes nas políticas públicas colocam em risco a continuidade do cuidado a essas pessoas, comprometendo sua saúde e bem-estar (Barbosa Filho e Vieira, 2021; Correia et al, 2025; Silva, 2024; Silva e Nogueira, 2025).

A partir disso, torna-se necessário entender que existem contradições na forma como as políticas sociais afetam a população brasileira. Lima et al (2022) apontam que o discurso de ódio por parte do Estado contribui para uma cultura de estigmatização e preconceito, que marginaliza as PVHA. Nessa perspectiva, o preconceito e estigmatização colaboram com a ideia de que

[...] deveriam ser punidos com doenças individuais aqueles considerados devassos, indisciplinados sexualmente, aqueles que, por não se enquadrarem à norma estabelecida, devem ser rejeitados, excluídos, por configurarem um perigo biológico aos demais. Nesta ótica, faz-se importante salientar a ascensão do estigma social às

PVHIV diante dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil ainda na década de 1980 (Lima et al, 2022, p. 317).

Esse fenômeno reflete a lógica racista e moralista por parte do Estado que define quem deve viver e morrer, com base em parâmetros discriminatórios, perpetuando o discurso de ódio contra pessoas negras, pobres, periferias, com diferentes culturas, gêneros e orientações sexuais.

Assim, “[...] o Estado exerce influência direta na composição dos cenários político, social e de saúde no Brasil, restringindo, por meio de medidas austeras, os investimentos em políticas de bem-estar social, como saúde, educação e cultura” (Lima et al, 2022, p. 317). Essa influência do Estado acaba por agravar as desigualdades e exclusão social, afetando diretamente a vida das pessoas mais vulneráveis.

Vieira (2018) destaca que as constantes ameaças de desfinanciamento do SUS afetam diretamente as PVHA. Embora elas consigam ter acesso gratuito aos antirretrovirais que diminuem a carga viral do HIV, são necessárias outras medicações, exames, atendimento de média e alta complexidade, entre outros serviços que podem não estar disponíveis no SUS e serem inacessíveis para a população. Isso ocorre em um momento em um contexto em que as políticas de saúde e assistência social estão se tornando cada vez mais focalizadas e precarizadas, perdendo o seu caráter universal.

Além disso, o SUS, enfrenta anualmente uma ofensiva de caráter neoliberal que pressiona as ações de caráter equitativo e universal, com o objetivo de privatizar os serviços de saúde. Nesse contexto,

Em termos biopolíticos, isso pode representar o exercício da função assassina do Estado assegurada no modo do biopoder, uma vez que, mediante tal alinhamento do Estado brasileiro aos interesses do capital privado, representado pelas operadoras de saúde e suas influências no cenário político-institucional no país, se dá primazia em tirar a vida daqueles(as) não contemplados pela norma, optando-se por um assassinio indireto (ou mesmo direto, em muitos casos) de determinados segmentos da população, multiplicando-se o risco e a exposição à morte [...] (Lima et al, 2022, p. 318).

Essa desproteção social, somada a discursos repletos de preconceito e discriminação são fatores cruciais para o abandono do tratamento do HIV/AIDS. Isso compromete a assistência a longo prazo às PVHA, aumentando o número de mortes e de pessoas infectadas. Portanto, é fundamental que as políticas de saúde e assistência social sejam fortalecidas e tornadas universais e equitativas para garantir a proteção e o bem-estar dessas pessoas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo analisar os aspectos socioeconômicos que interferem no tratamento do HIV e da AIDS. Para alcançar tal objetivo, o estudo levou em consideração o percurso histórico da doença no Brasil, destacando os avanços e retrocessos na assistência às pessoas com HIV e AIDS. Isso permitiu compreender melhor as contradições existentes nas políticas voltadas às PVHA e como essas contradições influenciam no processo de cuidado dessas pessoas. Além disso, foi identificado o perfil das pessoas mais afetadas pela infecção do HIV e o desenvolvimento da AIDS, reconhecendo que as desigualdades no acesso a direitos básicos contribuem para processos de adoecimento desigual na população. Com base nessa análise, também foi examinado o perfil das pessoas que mais abandonam ou não aderem ao tratamento, bem como as razões socioeconômicas que influenciam esse processo.

Compreende-se que a epidemia da AIDS foi um acontecimento histórico que afetou a sociedade mundialmente e mobilizou uma ampla parcela da população civil em busca de respostas à alta mortalidade causada pela doença. Assim que os primeiros casos de infecção pelo HIV foram registrados no Brasil, o país estava passando por um processo de redemocratização após um longo período de regime militar. Nesse contexto, diversos movimentos sociais atuavam na época, lutando por direitos sociais e melhores condições de vida. Esse momento foi essencial para que a sociedade civil pudesse pressionar o governo a tomar medidas em relação à AIDS e a mortes causadas por ela.

Esse fato desencadeou uma série de ações por parte do Estado e de organizações não governamentais, que se intensificaram após o fim da ditadura militar, especialmente por parte do governo federal. Com a criação da Constituição de 1988 e do SUS, foi possível ampliar as ações voltadas para a prevenção e para o tratamento do HIV e da AIDS, destacando a distribuição gratuita das medicações de antirretrovirais pela Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996 e medidas de prevenção ao HIV. Além disso, a universalidade e a integralidade da saúde permitiram ampliar a assistência às pessoas soropositivas, garantindo um atendimento mais abrangente.

Contudo, durante o TCC, foi destacado que o processo de redemocratização coincidiu com a implantação dos governos neoliberais no Brasil, que, por meio de cortes orçamentários destinados a políticas públicas, afetaram negativamente o SUS, desmobilizando, ao longo dos anos, as políticas destinadas às pessoas PVHA. Além disso, em governos neoliberais, como o de Bolsonaro, observou-se o discurso moralista, que

culpabilizava as pessoas que haviam contraído o HIV. Juntamente a isso, nota-se um aumento no número de casos do HIV ao longo dos anos, mesmo com a diminuição da mortalidade pela AIDS, tornando-se um problema de saúde pública persistente. Isso sugere que existem problemas no acesso às ações de tratamento para a doença.

Ao fazer a análise sobre as mudanças no perfil das pessoas com HIV/AIDS, notou-se a predominância de pessoas negras (pardas e pretas), homens, heterossexuais, de baixa escolaridade e baixa renda, além de um aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV. Em contraste com o início da epidemia, na qual as pessoas mais afetadas eram brancas, homossexuais, do sexo masculino e residentes em regiões urbanas. Ou seja, essa mudança no perfil epidemiológico sugere a existência da desigualdade no acesso aos programas e políticas públicas destinadas a essa população, que faz com que as parcelas mais pauperizadas da população fiquem mais suscetíveis a contraírem o vírus e desenvolverem a AIDS.

O estudo compreende que a população mais afetada pela infecção do HIV é a que está mais desprotegida socialmente. Ao levar em consideração que a falta de acesso da população a direitos básicos como habitação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros, impactam negativamente a qualidade de vida e de saúde, políticas públicas são essenciais para reduzir as desigualdades sociais existentes e promover a saúde da população.

O levantamento de dados sobre pessoas que abandonam ou não aderem ao tratamento, realizado a partir das informações que constam no Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS, indica que os principais grupos que abandonam o tratamento do HIV são formados por pessoas negras, do sexo masculino, com baixo nível de escolaridade, jovens e das regiões Norte e Nordeste. Tais dados se conectam ao perfil das pessoas que mais se infectam com o HIV e desenvolvem a AIDS.

As razões disso estão relacionadas a fatores socioeconômicos, incluindo problemas de acesso a serviços de saúde, falta de habitação, desemprego, baixa escolaridade, o estigma, a discriminação, entre outros, que são expressões de uma sociedade marcada pelo sistema capitalista. Ao relacionar tais fatores com as desigualdades sócio-históricas presentes no cenário brasileiro, é possível compreender que o problema para a não adesão ou abandono do tratamento está relacionado com o fato de que o Brasil é um país cercado por marcas de desigualdades raciais, patriarcais, sociais e econômicas. Isso faz com que a população mais subalternizada sofra com a falta de direitos sociais básicos que prejudicam a sua qualidade de vida e seu acesso à saúde.

Ademais, o Estado brasileiro, alinhado aos interesses do capital privado, contribui para a exclusão social e marginalização das pessoas soropositivas por meio de medidas

austeras, limitação de serviços de saúde e de assistência social, e discursos de ódio, o que agrava as desigualdade e dificulta o acesso ao tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, D. F.; ABRÃO, G. C. B.; MATHIAS, L. F. B. Evolução do sistema de saúde no Brasil: da ditadura militar à consolidação do SUS. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 17, n. 10, p. e6231, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n10-042. Disponível em: <<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6431>>. Acesso em: 27 jun 2025.

BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro.

Revista Argumentum, Vitória (ES), v. 13, n. 3, p. 134-147, set./dez.2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/35656/24466>>. Acesso em: 01 ago 2025.

BARROS, S.G. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, 335 p. ISBN 978-85-232-2030-3. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220303>>. Acesso em: 26 jun 2025

BEHRING, E. R. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORAS EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória, 2018. v. 1, n. 1. Acesso em: 23 jun 2025

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República,. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 jul 2025.

BRASIL. Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988. **Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, DF; 8 set. 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7670.htm>. Acesso em: 27 jun 2025

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, DF; 19 set.

1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 jul 2025.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.** Diário Oficial da União: Brasília, DF; 13 nov. 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>. Acesso em: 14 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico.** Brasília, dezembro de 2024. Disponível em : <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids.** Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf> Acesso em: 26 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Manual do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS.** Brasília, 2023. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv.pdf>. Acesso em: 26 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da AIDS. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/monitoramento-do-cuidado-do-hiv>>. Acesso em: 25 jul 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DSTs/AIDS.** Brasília, 1999.

CALAZANS, G. J; PARKER, R; TERTO, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate** [online]. v. 46, n. spe 7, p. 207-222, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>>. Acesso em: 23 jun 2025.

CEZAR, V. M; DRAGANOV, P. B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, 2015. DOI: 10.17921/1415-6938.2014v18n3p%p. Disponível em: <https://ensaioeciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/1146>. Acesso em: 23 jun 2025.

CORREIA, Y. V. C; BORGES, G. S. S; CARDOSO, T. M. P. B; SILVA, A. B. B. F da; BARBOSA, K. M. G; SOUZA, J. N; MACIEL, R. R. B. T; SOUZA, M. C de. Necropolítica e o viver com HIV/AIDS: um paradoxo permanente. **Journal of Media Critiques**, [S. l.], v. 11, n. 27, p. e252, 2025. DOI: 10.17349/jmcv11n27-053. Disponível em: <<https://www.journalmediacritiques.com/index.php/jmc/article/view/252>>. Acesso em: 01 ago 2025.

Cunha, J.R.A. O (Des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Florianópolis, Brasil, v. 7, n. 1, p. 59–77, 2021. DOI: <10.26668/IndexLawJournals/2525-9865/2021.v7i1.7686>.

FIOCRUZ. **O vírus da Aids, 20 anos depois**. Ministério da Saúde. Disponível em <<https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>

Grangeiro A; Silva L. L da; Teixeira P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana Salud Publica*. Washington, v. 26(1): 87-94, 2009. Disponível em: **Scielo**.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Painel Cor ou Raça. [S.I]: IBGE (2024). Disponível em:< <https://www.ibge.gov.br/painel-cor-ou-raca/>>. Acesso em: 20 jul 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102144>>. Acesso em: 20 jul 2025.

KUCHARSKI, K. W; BATTISTI, I. D. E; FERNANDES, D. M. M; ANASTÁCIO, Z. F. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Uma trajetória do império a criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 37, n. 117, p. 38–49, 2022. DOI: 10.21527/2179-1309.2022.117.12871. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/12871>. Acesso em: 23 jun 2025.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. Rev Latino Am Salud [Internet]. 1982 [citado 2014 maio 20]; 2:7-25. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 20 jul 2025

LIMA, C. F; BRITO, M; CAMPOS, E.A de; NARCHI, N.Z. (2022). Reflexões Acerca da Assistência à Saúde de Pessoas que vivem com o HIV em contexto de restrição orçamentária no Brasil. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, 12(2), 308-25. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/rgpp.v12i2.196461>. Acesso em: 01 ago 2025.

MENICUCCI, T. A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 29, n. 10 , e0094024., 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.0094024>>. Acesso em: 25 jun 2025.

MORAIS, C. A. de S.; SANTOS, C. M. dos; BOTELHO, T. M. Política de Saúde: 30 anos da Lei Orgânica da Saúde. Elementos para análise do desfinanciamento do SUS em Temer e

Bolsonaro. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 8., 2020, Vitória. ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 15., 2020, Vitória. **Anais**. Vitória: [s.n.], 2020. Acesso em: 15 jul 2025.

NASCIMENTO, D. R. A AIDS no final do Século XX. In.: **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 81-112. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-114-3.

NETTO, J.P. **Pequena História da Ditadura Militar Brasileira (1964-1985)** : [livro eletrônico] 1º ed. São Paulo: Cortez, 2014.

Oliveira, J. F de; DAVI, J. Tendências da política de HIV/AIDS no governo Bolsonaro. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 16, n. 3, p. 222-235, set./dez. 2024. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44742/32764>>. Acesso em: 17 ago 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição. Genebra: OMS, 1948.

SANTOS, M.C dos; ROCKEMBACK, A.C. Os direitos fundamentais da pessoa com AIDS/HIV: uma análise constitucional e social frente a discriminação. **Academia de Direito**, [S. l.], v. 6, p. 3326–3347, 2024. DOI: 10.24302/acaddir.v6.5556. Disponível em: <https://periodicos.unc.br/index.php/acaddir/article/view/5556>. Acesso em 01 ago 2025.

SILVA, C. C. do N.; NOGUEIRA, K. R. C. Fatores associados ao abandono do tratamento do HIV: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 8, n. 19, p. e082289, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2289. Disponível em: <<https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2289>>. Acesso em: 01 ago 2025.

SILVA, L; BICUDO V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos TVC, Silva LB, Machado TO, organizadores. **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula; 2022. p. 115-131. Acesso em: 18 ago 2025.

SILVA, N. C. F da. SER MULHER E VIVER COM HIV: reflexões sobre abandono de tratamento, condições socioeconômicas e COVID-19. MOITARÁ - **Revista do Serviço**

Social da UNIGRANRIO, [S. l.], v. 1, n. 9, p. 27–52, 2024. Disponível em: <<https://granrio.emnuvens.com.br/mrss/article/view/7949>>. Acesso em: 01 ago 2025.

SOARES, R. C (2019). **A contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo**. In: Anais do 7º Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25152/17306>>. Acesso em: 27 jun 2025.

SOUZA, M. C. de; SERPA, E. D.; SANTOS, D. L. dos; BRITO, T. M.; OLIVEIRA, A. B. das M.; BARBOSA, K. M. G.; SILVA, A. B. B. F. da; SOUZA, J. N.; CARDOSO, T. M. P. B.; MACIEL, R. R. T. B. Vulnerabilidade social, preconceito e discriminação: o cotidiano para quem vive com HIV/AIDS. Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 21, n. 6, p. e5246 , 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n6-269. Disponível em: <<https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/5246>>. Acesso em: 01 ago 2025.

VIEIRA, A.C de S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Revista Argumentum**, Vitória, vol. 10, n. 01, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18622/13182>>. Acesso em: 18 jul 2025.

VIEIRA, A. C. de S.; ROCHA, M. S. G.; HEAD, J. F.; CASIMIRO, I. M. A. P. C.. (2014). A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista Katálisis**, 17(2), 196–206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>>. Acesso em 18 jul 2025.