



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PROSS

CLEVERTON ALVES DE SOUZA

POPULAÇÃO COM HIV E AIDS: TRAÇOS DA REALIDADE
SOCIOEPIDEMIOLÓGICA EM ARACAJU/SE

SÃO CRISTÓVÃO-SE
2022

CLEVERTON ALVES DE SOUZA

**POPULAÇÃO COM HIV E AIDS: TRAÇOS DA REALIDADE
SOCIOEPIDEMIOLÓGICA EM ARACAJU/SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

**SÃO CRISTÓVÃO-SE
2022**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S729p Souza, Cleverton Alves de
População com HIV e AIDS: traços da realidade socioepidemiológica em Aracaju/SE / Cleverton Alves de Souza; orientadora Vânia Carvalho Santos. – São Cristóvão, 2022.
180 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) –
Universidade Federal de Sergipe, 2022.

1. Serviço social. 2. Política de saúde . 3. AIDS (Doença). 4. HIV (Virus). 5. Epidemiologia. 6. Sergipe. I. Santos, Vânia Carvalho, orient. III. Título.

CDU 364(813.7)

CLEVERTON ALVES DE SOUZA

**POPULAÇÃO COM HIV E AIDS: TRAÇOS DA REALIDADE
SOCIOEPIDEMIOLÓGICA EM ARACAJU/SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

São Cristóvão/SE, 31 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos
(**Presidente – orientadora - PROSS/UFS**)

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Almeida Vasconcelos
(**Examinadora Externa – Aposentada/UFS**)

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves
(**Examinadora Interna - PROSS/UFS**)

Dedico este trabalho a toda população que vive com HIV e AIDS, especialmente aos cidadãos aracajuanos soropositivos, que foram e são atravessados por relações desiguais de classe, gênero, raça/etnia (pobres, mulheres, negros e LGBTQIA+) e pela desproporcionalidade na concentração de renda estruturante do *modus operandi* do sistema capitalista, tendo em suas lutas cotidianas, sejam individuais ou coletivas, realizado enfrentamentos contra o vírus ideológico e estigmatizante que permeia esta epidemia. À vocês, com carinho e admiração!

AGRADECIMENTOS

Em uma sociedade essencialmente desigual e cujos os ditames patriarcais, heteronormativos e racistas influenciam o lugar que os segmentos mais pauperizados devem ocupar na dinâmica social, realizar um mestrado ainda é algo longínquo para sujeitos, que assim como este aspirante a pesquisador, são oriundos dos grupos historicamente marginalizados (pobres e LGBTQIA+). Por isso, a necessidade de, quando ocupar espaços privilegiados como este, transformar o conhecimento em instrumento de poder, que ao realizar uma leitura crítica da realidade impulse a transformação dela.

Desse modo, para além das demandas e desafios acadêmicos intrínsecos a esse processo é acrescida a necessidade do atendimento das condições objetivas. Assim, enalteço a toda luta estudantil, que me possibilitou acesso a políticas de assistência estudantil, com destaque para a Bolsa Capes/CNPq. Por seu intermédio, mesmo que em meios aos desafios colocados pelo contexto pandêmico, dentre outros, as implicações impostas da adequação ao ensino remoto, consegui integralizar essa pesquisa.

Embora o processo da escrita por vezes seja solitário, durante essa travessia estive rodeado de amigos/anjos que, apesar das medidas de isolamento social, acreditaram no potencial desse estudo, demonstrando toda afetuosidade, seja por mensagens virtuais, trocas de experiências, indicações de textos, abraços calorosos ou até mesmo “puxões de orelhas”, quando ousava querer desistir.

À vocês, Priscila, Alexandre, Izy, Suelen, Maisa, Mylena, Anne, Evilly, Susana, Madrinha Jacira, Erica, Bianca, Tati, Leyslaine, Glaucia, Tauane, Caio, Adrielle, Evrielange, Cintia, Paulinha, Victor, Junior, Carminha, Ana Karla, Valmária, Gil, Eduardo, Silvio, Luana, Mayara Reis, Fabiane e Fernanda, minha profunda gratidão. Sem vocês essa conquista não seria possível. Nesse rol de pessoas essenciais, destaco as amizades construídas durante o mestrado, nas pessoas de Babi, July, Karla e Edilma. Doces surpresas que o PROSS proporcionou. Vocês são incríveis, queridas! À minha psicóloga, Mariza, tenha certeza que as reflexões adensadas nas sessões, enriqueceram sobremaneira as análises aqui explicitadas.

Mainha, Mercia, acredito que saibas o quão grande é meu amor por ti e o quanto a admiro, pois, apesar da adversidade sempre acreditou no meu potencial e me impulsionou a buscar outros horizontes. És, indubitavelmente, a razão dos meus esforços e abdições. Dedico a ti, mais essa conquista. Ao meu Pai, Antônio (“In memoriam”), com carinho e admiração. Aos meus irmãos, Everton e Jessica, vocês foram peças cruciais nessa jornada. Alicia e Laura, sobrinhas amadas, saibam que nossos momentos distraídos, sempre repletos

de afago e aprendizagem, atuaram como reenergizadores e após eles emergiam novas inspirações. Amo vocês!

Aos meus avós, o meu muito obrigado. Especialmente a minha doce avó Josefa (“In memoriam”), mulher guerreira e de uma fé inabalável, que mesmo não estando presente no plano físico, deixou um legado e exemplo de superação. Te amo, minha eterna avó coroa! Quanto aos demais familiares, embora o pouco contato, saibam que direta e indiretamente contribuíram com meu amadurecimento, pois vocês me impulsionaram no desafio de fugir dos supostos “fatalismos” colocados socialmente.

A minha orientadora Vânia, obrigado pelas grandiosas contribuições e paciência. Quanto à banca, saibam que me inspiram e são grandes referências profissionais e pessoais. Lica, pela sua sensibilidade e competência, suas percepções e comentários sobre este trabalho foram super pertinentes, meu muito obrigado. A querida Conceição, ou melhor a famosa Ceíça, confesso que, embora tenha feito TCC sob sua orientação, convidá-la para compor a banca foi desafiador, pois sei do seu compromisso com a profissão e com a produção do conhecimento. E, sem grandes surpresas, suas reflexões e sugestões para esta investigação foram cruciais para o melhor desenvolvimento e desvelamento do objeto estudado. Sou profundamente grato por tudo, principalmente por ter sido uma das pessoas que mais incentivou a ingressar no mestrado. Você é luz! Gratidão, querida.

Os demais professores, o meu agradecimento pelos ensinamentos repassados, com destaque para as queridas Josiane, Lúcia Aranha, Vera e Nelmires. Ao secretário do PROSS, meu amigo Walter, por facilitar a trajetória no PROSS, obrigado por tanto e por tudo. Outra pessoa indispensável foi Marcelo, profissional da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, um técnico extremamente comprometido, por todo o seu apoio, contribuições e empatia, que possibilitaram dar materialidade a essa pesquisa.

Por fim, registro meu profundo agradecimento à Deus, pois em sua infinita misericórdia e bondade me deu forças para concretizar este trabalho tão significativo para mim, mostrando que sou mais forte do que penso ser.

RESUMO:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), infecção ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), enquanto questão complexa de saúde pública mundial, é marcada por transformações, preconceitos, contradições e tensionamentos sociais em seu enfrentamento. Em tempos de ofensiva do capital, são adotadas estratégias que beneficiam a política macroeconômica, com implicações na esfera do direito e nas políticas sociais. Esse cenário, no Brasil, tem conformado tendências para a política de saúde que destoam dos princípios e diretrizes constitucionais, com reflexos nas respostas contra o vírus através de inclinações que focalizam os recursos nas intervenções biomédicas, retiram investimentos nas ações preventivas e desmobilizam as atividades desenvolvidas pela sociedade civil. Diante disso, esta investigação teve como objeto de estudo a população que vive com HIV e AIDS em Aracaju-Sergipe, no período de 2016 a 2020. O objetivo geral foi analisar a ocorrência da infecção ao HIV e os diagnósticos de AIDS no município de Aracaju, a partir de dados da Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe (SES). Como objetivos específicos, foram definidos: 1) Caracterizar os aspectos sociodemográficos (escolaridade, sexo designado ao nascer, faixa etária e o quesito raça/cor) das pessoas com HIV e dos indivíduos diagnosticados com AIDS; 2) Averiguar as formas de transmissão; 3) Identificar os casos de gestantes com HIV e AIDS; 4) Verificar os registros de HIV e AIDS por ano de diagnóstico e casos de óbitos. Ao desvelar a realidade deste segmento populacional, esta pesquisa trouxe para o debate elementos importantes que possibilitam refletir sobre essas mudanças em âmbito nacional e local, sempre em articulação entre contexto, realidade e os sujeitos. No que toca aos aspectos metodológicos, tratou-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa-quantitativa, fundamentado no método materialista histórico-dialético, e que utilizou as pesquisas bibliográfica e documental. Constatou-se a ocorrência de 1073 casos de HIV na capital aracajuana, com predominância nos seguintes indicadores: 76,0% são homens; faixa etária de 20 a 34 anos (58,1%); 79,2% são negros (73,3% pardos e 5,9% pretos); ensino médio completo (30,5%); heterossexuais (43,9%, destes, 0,3% faz uso de drogas injetáveis); residentes na zona urbana (97,5%); 4,7% são gestantes e o percentual de óbitos foi de 1,3%. Quanto à AIDS, verificou-se um total de 691 casos, com prevalência nos seguintes indicadores: 78,1% são homens; entre 20 a 34 anos (42,4%); 85,0% são negras (79,8% pardos e 5,2% pretos); ensino médio completo (25,0%); heterossexuais (51,8%, destes, 1,0% usam drogas injetáveis); moram na área urbana (97,6%); 1,0% são gestantes e houve 12,9% de óbitos. Tal ambiência, ainda que apresente singularidades, reflete a situação epidêmica em nível nacional, a qual indica a necessidade de compreender esses indivíduos na teia das múltiplas determinações imbricadas na suscetibilidade ao vírus e ao desenvolvimento da patologia, que se relaciona, entre outros fatores, às relações desiguais de classe, gênero e raça/etnia e desproporcionalidade na concentração de renda; como também sinaliza a importância de garantir o acesso ao direito e a assistência à saúde de forma equânime e intersetorial.

PALAVRAS-CHAVE: POLÍTICA DE SAÚDE. HIV e AIDS. CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS.

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), an infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), as far as a complex global public health issue, is marked by transformations, prejudices, contradictions, and social tensions in its confrontation. In times of capital offense, strategies are adopted to benefit macroeconomic policy, with implications in the law sphere and social policies. In Brazil, this scenario has shaped health policy trends that are at odds with constitutional principles and guidelines, reflecting on responses Against the virus through inclinations that focus resources on biomedical interventions, withdraw investments in preventive actions, and demobilize activities developed by civil society. Therefore, this work investigated the population living with HIV and AIDS in Aracaju, Sergipe, from 2016 to 2020. The general outcome of this work was to analyze the occurrence of HIV infection and AIDS diagnoses in the city of Aracaju, based on data from the Sergipe State Health Department (SSHD). As specific outcomes, the following were taken: 1) characterize the sociodemographic aspects (education, sex at birth, age group, and race/color) of the people with HIV and of individuals diagnosed with AIDS; 2) Investigate the transmission means; 3) Identify the cases of pregnant women with HIV and AIDS; 4) Check HIV and AIDS records by year of diagnosis and death cases. By revealing the reality of this population segment, this research brought to the debate important elements that make it possible to reflect on these changes at national and local levels, always in articulation with context-reality-subject. Regarding the methodological aspects, it was an exploratory study with a qualitative/quantitative approach, based on the historical-dialectical materialista method, as well as bibliographic and documentary research. The occurrence of 1073 cases of HIV was found in the city of Aracaju, displaying the predominance of the following indicators: 76.0% are men; 58.1% are aged from 20 to 34; 79.2% are black; 30.5% have finished High School; 43.9% are heterosexuals (0.3% out of that use injectable drugs); 97.5% residents in the urban area; 4.7% are pregnant, and the percentage of deaths was 1.3%. There were a total of 691 cases of AIDS, and the following indicators prevailed: 78.1% are men; 42.4% are aged from 20 to 34 years old; 85.0% are black; 25.0% finished High School; 51.8% are heterosexual (1.0% out of that use injectable drugs); 97.6% live in urban areas; 1.0% are pregnant and there were 12.9% cases of deaths. This environment, although demonstrating singularities, reflects the epidemic situation at a national level, which reason the need to understand these individuals in the web of multiple imbricated determinations in the susceptibility to the virus and the pathology development. It is related, amongst Other factors, to the unequal relations of social class, gender and race/ethnicity, and disproportionality in income concentration as well. Furthermore, it also signals the importance of guaranteeing access to the right and health care in an equitable and intersectoral manner.

KEY WORDS: HEALTH POLICY. HIV and AIDS. SOCIOEPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS.

LISTA DE SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ADHONES – Associação de Defesa dos Direitos Humanos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado de Sergipe

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ARVs – Terapia antirretroviral

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

ASTRA – Associação de Travestis e Transgêneros

AZT – Zidovudina

BPC – Benefício da Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CD4 – Células de defesas do organismo, os linfócitos

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEMAR- Centros de Especialidades Médicas

CEME – Central de Medicamentos

CF 1988 – Constituição Federal de 1988

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DGT –Dolutegravir

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DRU – Desvinculação das Receitas da União

DST – Doença Sexualmente Transmissíveis

EBERSH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC- Emenda Constitucional

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FMI – Fundo Monetário Internacional

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção

HD – Hospitais Dia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH- Homens que fazem sexo com outros homens

HUs – Hospitais Universitários

IAPAS – Instituto de Administração Financeira

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis

JK – Juscelino Kubitschek

LGBTQIA+ – Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros (transexuais e travestis), queer, intersexuais, assexuais e mais possibilidades de identidade de gênero ou orientação sexual

MOPS – Movimento Popular de Saúde do Estado

MS – Ministério da Saúde

NRF – Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG's – Organizações Não-Governamentais

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV

PDPs – Parcerias para Desenvolvimento Produtivo

PEA – População Economicamente Ativa

PeP – Profilaxia Pós Exposição ao HIV

PHHIV – Pessoa vivendo com HIV

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB - Produto Interno Bruto

PIS – Programa de Integração Social

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

RAL – Raltegravir

RCL – Receita Corrente Líquida

RGPS – Regime Geral da Previdência Social

RJU – Regime Jurídico Único

RNP + - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids

SAE – Serviço Ambulatorial Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretária de Atenção Básica

SE – Sergipe

SES – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TARV – Terapia Antirretroviral (

TSP – Tratamento como Prevenção

TNU – Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDI – Usuário de drogas injetáveis

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNAIDS – Programa das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de HIV por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	114
Gráfico 2 – Distribuição dos casos de AIDS por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	114
Gráfico 3 – Distribuição da evolução dos casos de HIV por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	117
Gráfico 4 – Distribuição da evolução dos casos de AIDS por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	118
Gráfico 5 – Distribuição dos casos de HIV por formas de transmissão e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	124
Gráfico 6- Distribuição dos casos de AIDS por formas de transmissão e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	124
Gráfico 7 – Distribuição dos casos de HIV por ano de residência e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	129
Gráfico 8 – Distribuição dos casos de AIDS por ano de residência e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	130
Gráfico 9 – Distribuição dos casos de HIV por escolaridade e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	133
Gráfico 10 – Distribuição dos casos de AIDS por escolaridade e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	134
Gráfico 11 – Distribuição dos casos de HIV por sexo e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	137
Gráfico 12 – Distribuição dos casos de AIDS por sexo e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	138
Gráfico 13 – Distribuição dos casos de HIV por faixa etária SINAN e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	143
Gráfico 14 – Distribuição dos casos de AIDS por faixa etária SINAN e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	144
Gráfico 15 – Distribuição dos casos de HIV por raça/cor e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	148
Gráfico 16 – Distribuição dos casos de AIDS por raça/cor e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	148

Gráfico 17 – Distribuição dos casos de gestantes com HIV por ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	155
Gráfico 18 – Distribuição dos casos de gestantes com AIDS por ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.....	156

Em tempos de negacionismo científico e avanço de forças neoconservadoras, a informação, pautada na ciência socialmente referenciada, é convertida em um instrumento com forte potencial para romper com o vírus ideológico em torno da epidemia de HIV/AIDS, no horizonte do respeito às diferenças e à liberdade dos sujeitos. Destarte, esta pesquisa é um convite àqueles interessados nos delineamentos da epidemia em nível nacional e na realidade aracajuana.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Capítulo I – POLÍTICAS SOCIAIS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	28
1.1 POLÍTICAS SOCIAIS: ELEMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	29
1.2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	46
1.3 CONTARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE SOB A AGENDA NEOLIBERAL .	61
Capítulo II –HIV E AIDS NO BRASIL: AVANÇOS E RECUOS	72
2.1 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV E AIDS NO BRASIL	72
2.2 REGRESSIVAS NAS MEDIDAS ANTI-HIV NOS GOVERNOS DE TEMER E BOLSONARO	98
CAPÍTULO III POPULAÇÃO VIVENDO COM HIV E AIDS EM ARACAJU/SE: RESULTADOS E PERSPECTIVAS	111
3. 1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO COM HIV E AIDS EM ARACAJU/SE	112
3.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS COM HIV E COM AIDS EM ARACAJU/SE	127
3.3 REGISTROS GESTACIONAIS DE HIV E AIDS NO CONTEXTO ARACAJUANO...	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	168
ANEXOS	179

INTRODUÇÃO

A trajetória da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), infecção ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), enquanto questão complexa de saúde pública mundial, é marcada por transformações, preconceitos, contradições e tensionamentos sociais em seu enfrentamento. Em meio ao contexto de crise do capital, especialmente a partir do final dos 1970, são identificados os primeiros casos de AIDS no mundo.

Nesse ambiente, ocorre a reestruturação político-econômico no processo de acumulação do capital e a reconfiguração do Estado, que culminou em reajustes na área social como forma de retomar o crescimento econômico. Para a emergente infecção, isso implicou o retardo no delineamento de respostas para o controle do vírus, que convergiu para transformá-la em uma epidemia de dimensão mundial.

No Brasil, os primeiros registros aconteceram no início dos anos 1980 no contexto de redemocratização do país. Os momentos iniciais do aparecimento da patologia no país foram caracterizados pelos poucos investimentos em pesquisas, incipientes informações e a negligência do poder público na adoção de estratégias para controle da epidemia, ao alegar que o vírus atingia segmentos específicos.

Esse cenário inicial da infecção cristalizou no ideário sociocultural preconceitos, discriminação e estigmas acerca das pessoas vivendo com HIV¹, a exemplo da associação da descoberta da infecção com uma “sentença de morte”, que atingia especialmente os homossexuais do sexo masculino e resultou em privações na teia das relações sociais destes indivíduos e dos seus familiares. Em razão disso, e considerado a ampliação de casos em outros segmentos da sociedade, começam a ocorrer mobilizações dos movimentos sociais, que culminaram na conformação processual de estratégias para manejo da epidemia.

Com o avanço expressivo de casos nas últimas quatro décadas do século XX e com cerca de 37,6 milhões de pessoas HIV positivas no mundo em 2020, conforme revelam os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2021), a temática do HIV e AIDS tornou-se uma questão de saúde pública mundial que demanda a

¹ Por um posicionamento político e observado que as palavras carregam significados e podem influenciar comportamentos, será evitado os termos “portador do HIV” ou “portador da aids”. Em vez disso, será usado “pessoas HIV positivas”, “pessoas vivendo com HIV”, “soropositivo” ou “pessoa diagnosticada com AIDS”, esta última terminologia será usada quando o indivíduo tiver um prognóstico clínico para tal enfermidade. Tal opção está respaldada nas recomendações do “Guia de Terminologia da Unaid” lançado em 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf?e7c8b3c974.

necessidade de dar visibilidade às reflexões sobre o assunto – antes silenciado e invisibilizado –, no horizonte de fortalecer as políticas destinadas a esse segmento populacional, face as particularidades de suas demandas e por envolver várias dificuldades vivenciadas por esses sujeitos em seus cotidianos.

Alia-se a isso o processo de desconhecimento sobre o HIV e AIDS, uma vez que, apesar da ampla difusão de informações, ainda é comum a confusão entre o HIV e a AIDS, termos geralmente pensados como sinônimos, quando, na verdade, são distintos. O HIV é uma infecção que tem como uma das suas principais formas de transmissão relações sexuais desprotegidas, transfusão sanguínea e compartilhamento de seringas, se ambas estiverem infectadas com vírus; ou através da transmissão vertical, que consiste na passagem do vírus da mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto natural ou pela amamentação. Mesmo a pessoa infectada, não significa, necessariamente, que apresentará sinais e sintomas. Por outro lado, a AIDS representa o estágio mais avançado do vírus no corpo, que se deve ao comprometimento do sistema imunológico, com consequente risco de doenças oportunistas. Assim, nem todos os indivíduos com HIV estão com AIDS.

Trata-se, portanto, de um tema que apresenta particularidades, o que denota a necessidade de analisá-lo em diferentes dimensões. Nesse sentido, apesar de usar o termo amplamente trabalhado na literatura especializada no assunto, isto é, epidemia de HIV/AIDS, quando necessário, especialmente nas análises desse estudo, são destacados os elementos que distinguem as reais magnitudes do HIV e AIDS. Esses e outros elementos contribuíram para a definição do **objeto de estudo** dessa pesquisa, ou seja, **“a população que vive com HIV e AIDS em Aracaju-Sergipe”**, por entender que se trata de uma temática relevante e cujas preocupações reforçam minha motivação pessoal como pesquisador da área de Serviço Social.

Embora o assunto contenha inelimináveis aspectos singulares e maior destaque nas pesquisas das áreas das ciências biológicas e naturais, faz-se necessário estimular o debate no âmbito do Serviço Social, posto que aparece como uma temática pouco abordada por esta categoria e necessita de aprofundamento, levando-se em consideração que exerce interferências no exercício profissional da/o assistente social. Ao atuar no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS através da mediação das políticas sociais, as/os assistentes sociais devem avaliar as determinações sociais que influenciam no processo saúde-doença, tendo como referência intervenções que contribuam para potencializar a viabilização do acesso aos direitos sociais, na perspectiva de combater as situações de desigualdade e discriminação a esse público.

A aproximação com o objeto de estudo inicialmente ocorreu mediante a necessidade de elaborar um projeto na disciplina Pesquisa Social, ainda no sétimo período da graduação em Serviço Social, na Universidade Federal de Sergipe (UFS), e que, posteriormente, se transformou, com outras perspectivas, no Trabalho de Conclusão de Curso (SOUZA; RAMOS, 2019), que tratou da temática do HIV e AIDS junto à população negra no estado de Sergipe. As reflexões que foram se processando nesses dois momentos suscitaram outras indagações, inclusive no momento da apresentação do TCC, a partir das observações feitas por um dos membros da banca, ao pontuar sobre a importância de aprofundar a temática, com ênfase nas pessoas vivendo com HIV e AIDS na capital sergipana.

Ao longo dos estudos, outras inquietações foram agregadas e serviram de questões norteadoras para a definição do objeto de estudo da pesquisa e seus objetivos: Qual a ocorrência de casos de pessoas HIV positivas e com AIDS na particularidade de Aracaju-SE? Quais aspectos sociodemográficos predominam na população em destaque? Quais as principais formas de transmissão? Foram identificados casos de gestantes no grupo supracitado? Qual o número de óbitos e quantidade de registros por ano de diagnóstico neste público?

Assim, esse estudo teve como objetivo geral analisar a ocorrência da infecção ao HIV e os diagnósticos de AIDS no município de Aracaju, a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES). De forma específica, o propósito foi caracterizar os aspectos sociodemográficos (escolaridade, sexo designado ao nascer, faixa etária e o quesito raça/cor) das pessoas com HIV e dos indivíduos diagnosticados com AIDS; averiguar as formas de transmissão; identificar os casos de gestantes com HIV e AIDS; e verificar os registros de HIV e AIDS por ano de diagnóstico e casos de óbitos.

Enquanto questão circunscrita no contexto das contradições da sociedade capitalista, a compreensão do objeto de estudo parte da apreensão sócio-histórica da formulação de políticas sociais e do tensionamento entre as classes. Nessa perspectiva, o desenvolvimento do tema ocorreu à luz de concepção ampliada de saúde, englobando aspectos psicológicos, questões socioeconômicas, políticas e culturais. Em outros termos, considerou os determinantes sociais em saúde envoltos à suscetibilidade ao HIV e a AIDS, sob o prisma de ultrapassar percepções puramente biomédicas ou ações médicas curativas.

Dessa forma, é também importante compreender que as disparidades na concentração de renda² e a desigualdade de classe, gênero e raça/etnia exercem interferências na vulnerabilidade ao vírus ou ao desenvolvimento da patologia, principalmente nas camadas mais pauperizadas, dado que, em sua maioria, apresentam menor nível de escolaridade, diminuta fonte de renda, inserção precária no mercado de trabalho, o que denota a necessidade de discutir e aprofundar a temática em tela, com vistas a conhecer melhor a realidade social da população soropositiva na particularidade aracaçuana.

Diante das atuais tendências político-econômicas do capitalismo contemporâneo, caracterizado pelas mudanças na esfera produtiva, são intensificadas estratégias que oneram a classe trabalhadora, que atrelados a hegemonia do mercado financeiro e a retração do papel assumido pelo Estado face a atual crise do capital, tem culminado no agravamento das manifestações da “questão social”³, incursões no campo do direito e redirecionamentos nas políticas sociais, com repercussões na múltiplas dimensões da vida social, e, conseqüentemente, nas respostas à epidemia.

Nas últimas décadas, o manejo ao HIV e AIDS tem se deparado com fragilidades e limites, principalmente após adoção da agenda neoliberal pelo Estado, face ao privilegiamento de serviços de saúde vinculados ao processo de valorização do capital, com ênfase nos espaços associados à lógica de mercado e aos sistemas de seguro-privados ou complementares. Tal processo tem resultado em situações que, em sua maioria, destoam dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com reflexos na redução das ações contra o vírus.

O delinear da política neoliberal no contexto internacional ocorreu no início dos anos 1970, como desdobramento da crise do capital, o que corroborou para o desmoronamento do Estado de Bem-Estar Social. Assim, como uma das estratégias do capital para assegurar a lógica de acumulação capitalista, acontece uma reconfiguração estatal voltada para a

² Estudo desenvolvido pela Oxfam Brasil em 2017 revelou que a sociedade brasileira apresenta alto nível de concentração de renda, já que apenas seis pessoas detinham o correspondente ao patrimônio de 100 milhões dos brasileiros, e os 5% mais ricos detêm mesma fatia de renda que outros 95%.

³ “[...] diz respeito ao conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa, portanto, *disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. [...] tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político por meio de lutas desencadeadas em prol de direitos atinentes do trabalho, exigindo reconhecimento como classe pelo bloco de poder, e, em especial pelo Estado.” (IAMAMOTO, 2021, p. 190, grifos da autora).

minimização dos investimentos na área social, através do distanciamento entre Estado e sociedade civil, com reflexos na destruição de conquistas civilizatórias da classe trabalhadora.

Na realidade brasileira, em decorrência dos traços particulares da formação social, as inflexões desse contexto vão ganhar forma a partir dos anos 1990, ao demarcar um novo direcionamento do estado brasileiro, por meio da política neoliberal, consubstanciado pelo atendimento das exigências da política macroeconômica do capital internacional, que traz consequências nefastas no campo social, sobretudo nas políticas sociais e no manejo à epidemia de HIV/AIDS. Tais elementos exacerbam os traços de dependência do Brasil ao capital internacional, forjando tendências para as políticas sociais que defendem a capitalização dos serviços mediante a focalização e privatização das ações.

Ainda que com a Constituição Federal de 1988 a população brasileira tenha logrado conquistas importantes na área da saúde com a sua integração ao tripé da Seguridade Social juntamente com a assistência e a previdência social; além da criação do SUS e o seu reconhecimento enquanto política pública de direito universal e dever do Estado, nos anos de 1990, na contramão desses avanços, há uma forte diminuição do papel do Estado e sérias dificuldades na implementação dessas conquistas na sua plenitude, na medida em que impossibilita a universalização das políticas e restringe direitos, em razão da presença imponente da agenda neoliberal, alicerçada no subfinanciamento das políticas sociais e na mercantilização dos serviços públicos, o que impôs incursões assustadoras no campo social.

Na área da saúde, os desdobramentos observados foram e permanecem sendo a intensificação de inclinações que escamoteiam a perspectiva do direito, precarização dos serviços públicos, restrições no financiamento, o que tem refletido na prestação de serviços e ações em saúde de caráter pontuais e fragmentados destoantes das prerrogativas asseguradas em Lei, principalmente dos princípios constitucionais e leis reguladoras da política de saúde, afetando sobremaneira o processo de atenção à saúde dos usuários, face ao aumento da demanda dos equipamentos sociais diante do aumento da população desempregada.

A despeito do enfrentamento ao HIV e AIDS são constatados avanços científicos relacionados à prevenção e ao tratamento, especialmente no Brasil com a oferta do acompanhamento em saúde, novas estratégias preventivas, com destaque para o método da “Prevenção Combinada”, e a distribuição gratuita dos medicamentos pelo SUS. Ambas compreendidas como resultado das lutas sociais. Entretanto, é inegável que as discussões em torno da temática permanecem perpassadas por abordagens conservadoras e moralistas, cujo preconceito, discriminação e estigma figuram como impeditivos na descoberta do diagnóstico precoce e, conseqüentemente, no enfrentamento e tratamento.

Destarte, a disseminação dos conhecimentos acerca desta problemática de saúde, ações de prevenção, oferta do tratamento gratuito e o fortalecimento da política anti-HIV constituem-se como estratégias importantes para reverter ou amenizar esse quadro, sobretudo diante das novas demandas de assistência ao manejo da infecção pelo HIV e casos de AIDS frente às novas configurações nos perfis epidemiológicos, com tendência de crescimento da epidemia nos segmentos mais pauperizados e no interior do país.

Contraditoriamente, neste contexto, é observada uma tendência de focalização de recursos em respostas biomédicas, sem as devidas correlações com as determinações sociais, o que tem resultado na progressiva retirada de investimentos nas ações preventivas, no contrafluxo dos princípios dos direitos humanos e equidade descritos na Política Nacional de Enfrentamento ao HIV e AIDS, construída em 1999.

Mesmo que se reconheça a relevância dos avanços científicos e tecnológicos da área biomédica no manejo à prevalência da infecção pelo vírus e possíveis diagnósticos da enfermidade, entende-se que a minimização das estratégias preventivas evidencia que os direcionamentos da referida Política favorece o processo de superacumulação do capital, ao colocar em risco os direitos sociais conquistados, em detrimento do fortalecimento do setor privado. Isso vem incidir na desmobilização das ações desenvolvidas pela sociedade civil.

O cenário delineado aponta para a relevância de adensar as discussões sobre a temática, pois em um ambiente em que as tendências da epidemia, no Brasil, expressam pauperização e interiorização, tornou-se fundamental analisar as determinações desse fenômeno sintonizadas com os indicadores sociais e as contradições da lógica de acumulação capitalista, principalmente com o aumento das desigualdades e da elevação da concentração de renda decorrentes da atual crise econômica e sanitária da Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, na qual o Brasil assume um lugar de destaque.

Essa ambiência evidencia que as camadas mais pauperizadas tendem a apresentar índices de imunidades menores, visto que, muitas das vezes, vivem em situações aviltantes de existência, expressas nas precárias condições de moradia, renda, trabalho, alimentação, saneamento, acesso à informação e à oferta de serviços públicos. Assim, evidencia-se que as disparidades entre as classes, que também são atravessadas pelas desigualdades de gênero e raça/etnia, exercem influências na suscetibilidade ao vírus, podendo resultar na detecção tardia do diagnóstico, e, possivelmente, tende afetar na continuidade do tratamento, desencadeando fragilidades no processo de controle e disseminação da epidemia em âmbito local, regional, nacional e mundial.

Dados estatísticos confirmam os efeitos da atual crise sanitária da COVID-19, quando revelam que, no segundo trimestre de 2021 havia 14,4 milhões de desempregados⁴ e cerca de 27,7 milhões de pessoas vivendo na linha de extrema pobreza no Brasil.⁵ Atrelado a isso, nota-se que as “reformas” aprovadas recentemente pelo estado brasileiro, a exemplo da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 que prevê o contingenciamento orçamentário das políticas sociais nos próximos 20 anos, tem implicado em grandes desafios para a população brasileira, com reflexos no manejo ao HIV e de forma específica a Política Nacional de AIDs, especialmente no campo do acesso e direito à saúde destinada a este público.

Embora o acesso aos medicamentos não tenha sofrido retrações orçamentárias, visto que o propósito é assegurar os interesses do grande capital farmacêutico e setores privados, faz-se necessário observar os efeitos colaterais acarretados pelo uso regular dos antirretrovirais, a narrativa estigmatizante da infecção e o contexto socioeconômico em que a população soropositiva está inserida. Dessarte, compreende-se que o enfrentamento dessa epidemia vai além da parte medicamentosa, englobando um conjunto de estratégias preventivas, que levem em conta as determinações sociais em saúde em torno da suscetibilidade ao vírus, sendo a intenção deste estudo fazer algumas reflexões sobre tais questões. Afinal, trata-se de uma questão de saúde pública que ainda mata mais de 10 mil pessoas por ano no Brasil.

Com vistas a dar exequibilidade a esta pesquisa foram adotados alguns procedimentos metodológicos. Conforme Minayo (2010), o ato de pesquisar envolve um trabalho complexo que engloba o método, a operacionalização e a criatividade. Estes elementos são responsáveis por possibilitar aproximações sucessivas com o objeto de estudo, de modo a colaborar com a produção do conhecimento que se propõe a produzir. Do ponto de vista ontológico, o conhecimento resulta da capacidade do sujeito em articular as mediações e contradições concretas que compõem o objeto de pesquisa, o qual é feito através de abstrações, procedimento intelectual, resultante no trabalho da razão subjetiva, que permite extrair a totalidade e fazer análise, sendo o movimento do real responsável por fornecer os aspectos essenciais, os fundamentos. Esse conhecimento (concreto pensado) possibilita decompor as categorias (múltiplas determinações do fenômeno estudado), como também fornece

⁴ Dados disponíveis na página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>.

⁵ Levantamento realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), disponível em: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-desigualdade-de-impactos-trabalhistas-na-pandemia>.

resultados, que não são “perfeitos e acabados”, face o caráter contraditório e histórico do objeto.

O método que norteou este estudo foi o materialismo histórico-dialético. Tal escolha se justificou, por considerar que, como o objeto de investigação (no caso em tela, a população vivendo com HIV e AIDS) está circunscrito na realidade objetiva e é permeado de múltiplas determinações, através dessa abordagem é possível sair da aparência do fenômeno e alcançar sua essência. Para Behring e Boschetti (2011, p. 38) o método materialista histórico-dialético possibilita “[...] situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva da totalidade como recurso heurístico, e inseridos na totalidade concreta: a sociedade burguesa.”

De acordo com Marx (2008) é preciso capturar o fundamento ontológico das leis que regem a sociedade capitalista e suas contradições, numa aproximação sucessiva das dimensões do real, sua complexidade e movimento, ou seja, conhecê-la enquanto objeto real e determinado. Portanto, a realidade objetiva (histórica-concreta) precede a racionalidade subjetiva (intelecto); por isso mesmo, o método, no pensamento marxiano, não deve ser confundido com técnicas, regras ou enquadramentos ao objeto que o sujeito escolhe conforme sua vontade, haja vista que o propósito é compreender os fenômenos sociais, situando-os na dimensão do real.

Nessa lógica, há uma relação de reciprocidade entre sujeito e objeto que possibilita ao sujeito ter contato com o objeto, especialmente através de aproximações sucessivas – quando, enfim, torna-se possível captar e apropriar-se de suas características, estrutura e dinâmica. Tais resultados não descartam a aparência, pois ela conforma a totalidade, apesar das negações e necessidades de mediações. Devido à complexidade da sociedade burguesa, forjada numa relação antagônica entre capital e trabalho, inúmeras serão determinações (categorias) que envolvem o objeto, dentre as quais sobressaem-se no plano do método: totalidade, mediação e contradição. No caso desse objeto de estudo, tendo-se como contexto a sociedade capitalista, adotou-se como categorias: HIV e AIDS, política de saúde; assistência à saúde das pessoas soropositivas; e as respostas governamentais no enfrentamento desta epidemia.

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quali-quantitativa. A opção pelo estudo de cunho exploratório é porque esse tipo de investigação permite “[...] maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.” (GIL, 2002, p. 41). Já a pesquisa quantitativa, de acordo com

Gondim (2003, p. 150), “[...] defende a aproximação entre ciência social e ciência natural, de tal modo que a mensuração, a quantificação, a busca da causalidade, do controle estatístico e de variáveis tornam-se o meio para gerar conhecimento válido e universal”.

Minayo (2009, p. 21) assinala que a investigação qualitativa “[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado [...]”, o que possibilita aos pesquisadores a compreensão dos contextos socioculturais. Este tipo de pesquisa associada aos elementos quantitativos contribuiu no processo de agrupamento de informações que elucidarão melhor o objeto de estudo, uma vez que, de acordo com a autora, os dados qualitativos e quantitativos não são opostos, mas complementares e se interligam de forma dinâmica. Ainda que o objeto de estudo empregue informações estáticas, suas análises demandam uma abordagem qualitativa, o que implica na necessidade da pesquisa quali-quantitativa.

O universo da pesquisa consistiu na população que vive com HIV e AIDS residente em Aracaju/SE. Para tanto, foram utilizadas as informações relativas ao período de 2016 a 2020. A escolha desse intervalo se deu por duas razões: a necessidade de delimitar um recorte temporal devido ao exíguo tempo para a realização da pesquisa do mestrado; e por considerar que no ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que prevê o corte de gastos nas políticas sociais, entre elas a saúde, para os próximos 20 anos, definindo-se, assim, uma referência para capturar por meio do material coletado como se deu, no recorte estabelecido, o atendimento das pessoas com HIV e AIDS, em Aracaju.

Para compreensão, aprofundamento e análise da temática, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental. A primeira, segundo Gil (2002), possibilita a utilização de estudos anteriormente desenvolvidos e disponíveis para subsidiar novas investigações científicas, bem como fornece novas informações sobre a temática estudada. Nesta investigação, foi adotada uma ficha resumo que serviu para agrupar as principais informações contidas nas produções bibliográficas (livros, artigos científicos, teses, monografias e dissertações, entre outros) que versam acerca a temática em análise. Constaram nessa ficha: referência(s) completa(s), objetivo do texto, aspectos metodológicos (se existissem), resumo síntese das principais ideias e argumentos, fragmentos de citações que pudessem ser utilizadas de acordo com os capítulos escritos. O levantamento bibliográfico e os fichamentos aconteceram tendo como referência as categorias definidas na delimitação do objeto.

Como referido acima, além da pesquisa bibliográfica, também foi utilizada a pesquisa documental. Esta, por sua vez, “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da

pesquisa.” (GIL, 2002, p. 45). Para a sua concretização, foram consultadas legislações, portarias, resoluções governamentais, além de decretos, relatórios clínicos de monitoramento da epidemia, boletins epidemiológicos, entre outros, que abordam a temática em pauta.

Na direção de atender de forma específica aos objetivos propostos no estudo foram usadas as informações disponibilizadas pela SES – dados brutos que alimentam informações de notificações compulsórias de HIV e da AIDS no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) -, os registros de casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), e os dados óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – relativos ao período de 2016 a 2020.

Esse banco está vinculado ao Ministério da Saúde (MS). As informações contidas nele apresentam um caráter mais abrangente e sem filtragem, ou seja, os dados ainda estão “sem tratamento”, o que pode ocasionar um quantitativo diferente em relação aos números publicados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS.

Entretanto, conforme informações obtidas junto aos profissionais da SES, verificou-se que há ocorrência de subnotificação dos casos nas duas plataformas supracitadas, e os números “excedentes” provenientes dos dados sem filtro possivelmente se equivalem ao real, de modo que não há uma diferença acentuada entre os referidos bancos. Assim, foram colhidas as seguintes informações do SES: ano de diagnóstico, zona de residência, faixa etária, escolaridade, sexo, formas de transmissão, casos registrados em gestantes e óbitos. Esses indicadores forneceram subsídios para caracterizar as pessoas com HIV e AIDS no contexto aracajuano.

Desse modo, a temática tornou-se passível de ser mensurada e permitiu atingir os objetivos propostos, além de dispensar a submissão ao comitê de ética, pois utiliza como fonte, exclusivamente, o acervo de dados digitais da SES, que se constitui como documento oficial, de natureza pública. Na sistematização das informações foi elaborado um roteiro com os indicadores contido nos bancos de dados da SES. Esse instrumento possibilitou a identificação das pessoas HIV positivas e com AIDS em Aracaju-SE. A partir destes dados foram elaboradas tabelas através do Programa Excel e as informações agrupadas conforme o indicador pesquisado.

A interpretação e análise dos dados teve como base o referencial teórico utilizado, bem como as informações obtidas em documentos pesquisados, sem perder de vista o fio condutor da investigação: o método materialista histórico dialético. Considerado o caráter dialético de

todo processo de pesquisa, houve a necessidade de mudanças, revisão, ampliação das categorias inicialmente pensadas, a partir das aproximações sucessivas com o fenômeno analisado, assim como dos procedimentos metodológicos.

A apresentação dessa investigação está estruturada em três capítulos e as considerações finais:

O primeiro capítulo “Políticas Sociais e a Política de Saúde no Brasil” traz uma discussão sobre as políticas sociais, com destaque para a política de saúde. Nesse sentido, elenca os aspectos fundantes das políticas sociais e suas interlocuções com o processo de desenvolvimento do capitalismo no plano internacional. Posteriormente, tece algumas reflexões sobre as particularidades do cenário em que a política de saúde se desenvolve no Brasil. No terceiro momento, destaca alguns dos desafios na saúde na cena contemporânea.

O segundo capítulo “HIV e AIDS no Brasil: avanços e recuos” discute os principais direcionamentos, tendências e desafios no processo de atenção à saúde das pessoas soropositivas no país. Deste modo, contextualiza a trajetória histórica da epidemia de HIV/AIDS e as respostas formuladas no manejo à epidemia, com ênfase aos fatores que conformaram a Política Nacional de AIDS em 1999 e os desdobramentos nos anos subsequentes. Depois, realiza uma reflexão sobre as atuais tendências e inflexões nas medidas anti-HIV na arena de contrarreforma do SUS e do estado brasileiro.

O terceiro capítulo “População vivendo com HIV e AIDS em Aracaju/SE: resultados e perspectivas” apresenta os frutos da pesquisa com base nos dados oficiais fornecidos pela SES, e que dizem respeito ao grupo supracitado, entre 2016 a 2020. Para isso, é dividido em três itens, com base nos eixos temáticos: a) Elementos epidemiológicos do HIV e AIDS em Aracaju-SE; b) Aspectos sociodemográficos das pessoas com HIV e AIDS em Aracaju/SE; c) Registros gestacional de HIV e AIDS no contexto aracajuano. Nas considerações finais é elaborada uma síntese dos principais aspectos resultantes da pesquisa.

Diante do exposto, fica evidente o quão complexa e multifacetada é a natureza da epidemia de HIV/AIDS. Deste modo, ao reconhecer as inúmeras possibilidades de abordar a temática, a pretensão aqui é, não é esgotar o debate, mas tão somente socializar elementos introdutórios acerca da realidade social da população soropositiva no município aracajuano e seus nexos com os caminhos trilhados pela epidemia no Brasil, a partir de uma leitura crítico-dialética, no horizonte de contribuir para a defesa dos direitos, melhoria da rede de assistência às pessoas infectadas, elaboração de intervenções numa perspectiva ampliada de saúde e suscitar reflexões dos profissionais que lidam com esses sujeitos.

Capítulo I – POLÍTICAS SOCIAIS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo teve como propósito tratar sobre as políticas sociais, com recorte para a política de saúde no Brasil. Aborda, inicialmente, aspectos fundantes das políticas sociais e suas interlocuções com o processo de desenvolvimento do capitalismo no plano internacional, para, em seguida, tecer algumas reflexões sobre as particularidades do cenário em que a política de saúde se desenvolve no Brasil. No terceiro momento, reflete sobre alguns dos desafios da política de saúde na cena contemporânea.

Enquanto umas das manifestações complexas e contraditórias resultantes das relações capitalistas, as políticas sociais, entre elas a política de saúde, estão permeadas de múltiplas determinações históricas, econômicas, políticas e culturais de cada conjuntura, o que indica a necessidade de estabelecer mediações para desvelar as contradições que perpassam sua existência. Esses fatores, além de justificarem as reflexões suscitadas no decorrer da exposição, constituem-se no ponto de partida para compreender a essência do objeto investigado.

Portanto, ao observar que a conjuntura atual está marcada por incursões na esfera social, as quais foram gestadas nas entranhas da agenda neoliberal a partir dos anos 1990, como reflexo da crise do capital mundial, conforme destacado na introdução, observa-se um incremento de contrarreformas⁶ nas políticas sociais, em especial na área da saúde. Tal ambiente escancara as contradições do estado brasileiro, expressas em seu alinhamento aos interesses do mercado, e no que concerne ao sistema de saúde impõe limites à efetivação das prerrogativas do SUS, contidas na Carta Magna de 1988, sobretudo no que diz respeito à universalização dos serviços básicos.

Assim, demonstra-se que a política pública de saúde tem sido polarizada por uma arena de disputas de projetos políticos e societários, com crescente tendência à expropriação dos seus serviços pela lógica de mercado, assunto que será melhor explorado no desenrolar na segunda parte deste capítulo.

⁶ Adota-se o termo contrarreforma, apontado Behring (2008), por entender que ante o avanço do neoliberalismo há uma intensificação de perdas de direitos da classe subalterna, evidenciando assim que o emprego do termo “reforma” usado recorrentemente pelas elites dominantes tem sido deturpado e fetichizado, na medida em que oculta sua vinculação histórica com as lutas sociais dos trabalhadores e reitera tendências de mercantilização nas múltiplas esferas da vida social.

1.1 POLÍTICAS SOCIAIS: ELEMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Neste tópico, são sistematizadas algumas reflexões sobre a constituição das políticas sociais na perspectiva de fornecer elementos que permitam entender o processo de atenção à saúde. A partir de uma leitura crítico-dialética da realidade, compreende-se as políticas sociais como uma das mediações adotadas pelo capital para atenuar os conflitos entre as classes, particularizadas pela ação do Estado desde a fase do capitalismo monopolista.

Assim, considerada a atual fase do capital, caracterizada pela financeirização e pelo capital de juros, são observadas a formulação de estratégias anticrise altamente nocivas para a totalidade da tessitura social, as quais tem se mostrado ineficientes para recuperar as taxas de crescimento econômico e evidenciam a natureza predatória deste sistema. Tendo por base o marxismo clássico, dentre essas estratégias destacam-se: “[...] a supercapitalização; a reestruturação produtiva que articula velhas práticas da acumulação primitiva com inovações tecnológicas; financeirização e predominância do capital de juros; e, a reestruturação do Estado para um Estado Mínimo vinculado à nova racionalidade hegemônica” (CASTRO, 2017, p. 73).

Esse debate aprofunda os desmontes das políticas sociais, especialmente aquelas mais universalizantes, que se destinam à reprodução social dos trabalhadores, ampliando-se a expropriação do fundo público pelos rentistas, proprietários do capital de juros. Os mecanismos estratégicos adotados revelam o deslocamento de recursos sociais para o setor financeiro através de contrarreformas nas políticas sociais e do repasse das verbas do fundo público para o pagamento da dívida pública (SILVA, 2011). Somado a isso, ocorre o processo de “[...] desregulamentação de capitais e unificação do mercado mundial apoiada na mais completa heterogeneidade e desigualdade das economias [que] nos permite vislumbrar o papel do Estado nesse processo e seus impactos nas políticas sociais.” (CASTRO, 2017, p. 12).

A sociabilidade capitalista é permeada por contradições expressas na produção coletiva do trabalho e apropriação privada da riqueza socialmente produzida, que resulta na existência de duas classes antagônicas, capitalista e trabalhadores, convivendo de forma desigual e sob o lastro da exploração. Isso desencadeia em um amplo processo de produção de desigualdades e, por conseguinte, forja a luta pela busca de direitos. Nesses termos, a gênese da política social está ligada ao processo de desenvolvimento do sistema capitalista, especialmente a partir das modificações estruturais impulsionadas pela Primeira Revolução Industrial, cenário em que se acentuam as desigualdades sociais e começam a ganhar vitalidade as lutas dos trabalhadores em prol do reconhecimento de direitos.

É, portanto, no curso das transformações societárias gestadas na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, precisamente no final do século XIX, no bojo das contradições entre capital e trabalho, quando o Estado reconhece politicamente as incongruências inerentes ao sistema capitalista, representadas nas expressões da “questão social”, que começa a se delinear as primeiras medidas de proteção social, as quais posteriormente se expandem e assumem a conotação de políticas sociais.

Essas conquistas e concessões tinham como propósito assegurar a manutenção da ordem vigente e, para tanto, fazia-se necessário garantir a reprodução da força de trabalho e apaziguar os conflitos de classes. Por isso, entende-se que, falseada pela ideia do consenso, as políticas sociais têm se constituído em espaços de reprodução do capital. Aliás, a forma como estas foram sendo conformadas nos diferentes países aconteceu de forma gradual e diferenciada, “[...] dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de forças no âmbito do Estado.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

Com o advento da Revolução Industrial na Europa Ocidental, a partir das contradições e dinamismos que lhes são peculiares, foram gestados fatores que permitiram a consolidação do modo de produção capitalista a exemplo do aprimoramento das forças produtivas, maior divisão social do trabalho, enriquecimento da burguesia, intensificação da industrialização e da urbanização. Tais elementos trazem como consequência a ampliação do exército industrial de reserva⁷ e a generalização/agudização da miséria, o que culminou na emergência de um fenômeno: o pauperismo⁸.

Tendo por base o pensamento marxista, é possível afirmar que a expressão pauperismo passa ser empregada para caracterizar a “questão social” a partir dos anos 1830, a qual se gesta como desdobramento da primeira fase industrializante dos países europeus ocidentais, expressa sobretudo no empobrecimento massivo dos trabalhadores próximos das concentrações industriais, com início na Inglaterra no século XVII. Como efeito desse cenário, emerge o problema central da sociedade capitalista que não está na produção da

⁷ De acordo com Marx (2008), trata-se daqueles integrantes da sociedade que não estão inseridos ativamente no mercado de trabalho, também denominado de superpopulação relativa.

⁸ O pauperismo emergente possui ligações com o processo de expansão do capitalismo, pois a pobreza que sempre existiu nas sociedades pré-capitalistas, era ocasionada pela a escassez de bens e serviços devido ao pouco investimento nas forças produtivas. Com a origem das sociedades capitalistas, há uma inversão dessa lógica, uma vez que o capital passou a investir no aprimoramento das forças produtivas, aumentando a capacidade de produzir, sem, entretanto, proceder a distribuição desta que se tornou privada, o que favoreceu que a pobreza ganhasse uma nova conotação, tornando-se generalizada (NETTO, 2001). Na cena contemporânea, esse fenômeno se expressa sob novas características e dimensões, ganhando novas terminologias, as quais tem como cerne o fato de a riqueza socialmente produzida ser apropriada por um pequeno grupo.

riqueza, mas na apropriação desigual dos bens produzidos, acentuando os antagonismos entre classes, o que forja a luta de classes

De um lado, a classe trabalhadora, composta por uma grande parcela da sociedade que sobrevive mediante a venda e exploração da sua força de trabalho e luta por melhores condições de vida e trabalho; de outro, a classe capitalista formada por um pequeno grupo que detém os meios de produção, que luta para conservar a exploração da classe trabalhadora e garantir a manutenção da acumulação da riqueza (MARX, 2008). Apesar desses interesses conflitantes, uma só existe na sua relação com a outra.

Esse fenômeno não é casual, de acordo com Netto (2001), o desenvolvimento do capitalismo acontece mediante a produção de desigualdades provocadas pelo conflito de capital e trabalho, tendo como maior expoente principal a pauperização da classe subalterna, evidenciada nas contradições intrínsecas ao processo de exploração dos trabalhadores e que tem imbricações com os rebatimentos sócio-políticos presentes nas expressões da “questão social”.

Logo, é necessário à ordem capitalista a perpetuação do pauperismo e do exército industrial de reserva, como táticas inerentes ao seu processo de reprodução. Isso porque na busca pela elevação da composição orgânica do capital, ocorre maior investimento na base técnica, por meio de incrementos técnicos e científicos, que objetivam aumentar a taxas de lucros resultando na expulsão da mão de obra do trabalho, o que contribui para que a massa de desempregados se submeta a todas formas possíveis de superexploração.

Para Marx (2008), embora o trabalho seja a condição básica da existência humana, através do qual os homens constroem a base material da sociedade, ao mesmo tempo que, por intermédio dele são fornecidos os elementos que os permitem se construírem como indivíduos, no modo de produção capitalista, a força de trabalho é convertida em uma mera mercadoria, que tem a função de criar mais valor. Ao capitalista cabe assegurar e preservar a acumulação do capital, na medida em que submete o trabalhador a qualquer atividade e o priva da riqueza socialmente produzida, sendo a exploração deste a principal fonte de lucros do capital, ou seja, a base da extração de mais-valia.

Destarte, a condição de assalariamento atua como mecanismo ocultador da exploração do trabalhador pelo capital. Portanto, sendo a categoria trabalho elemento fundante do ser social, além de constituir-se como responsável por fornecer a base material para a acumulação

do capital, também se caracteriza por exercer influências nas relações sociais⁹, o que corrobora para que os homens engendrem formas de lutas e resistências face às contradições impostas por este sistema. Nesse contexto, a política social configura-se como umas das formas de enfrentamento às desigualdades socioeconômicas e políticas, engendradas no conflito entre capital e trabalho.

A vasta produção sobre a gênese das políticas sociais estabelece como consensual que nas sociedades pré-capitalistas a assistência prestada aos pobres ocorria com o propósito de garantir a ordem e punir a “vagabundagem”, geralmente acompanhada de ações repressivas. Nesse ambiente, destacavam-se as legislações inglesas/seminais, como por exemplo a Leis dos Pobres, caracterizadas por serem “[...] punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado” (BEHERING; BOSCHETTI, 2011, p. 51). A articulação entre a benemerência privada e ações filantrópicas condicionadas a obrigação da moral/cristã, com traços assistencialistas e critérios altamente restritivos e seletivos, tendencialmente condicionados ao exercício de alguma atividade laborativa, são, na avaliação das autoras, caracterizadas como as protoformas das políticas sociais.

O cenário exposto segue até meados do século XIX, o qual se caracterizou pelas precárias condições de produção e reprodução da classe proletária, tendo em vista a ausência de garantias trabalhistas, difíceis condições de vida (moradias, saneamento, higiene), excessivas jornadas de trabalho – denominado por Marx (2008) de mais-valia absoluta –, salários irrisórios inferiores ao tempo trabalhado, além da participação da exploração de mulheres, crianças e idosos na esfera produtiva por um salário ainda menor. Esses aspectos imperantes nos ambientes fabris afetavam sobremaneira a vida dos trabalhadores, pois ofereciam danos à saúde e à sua integridade física, posto as condições infraestruturais inapropriadas, dificuldades encontradas no acesso aos cuidados em saúde e frequente exposição à doença, que, na maioria das vezes, resultavam em mortes.

Inconformados com essa situação, os trabalhadores passaram a se organizar em sindicatos e partidos operários, passando a reivindicar melhores condições de trabalho e de vida, na medida em que expunham as condições aviltantes a que estavam inseridos e passando

⁹ Para Marx (2008, p. 47), as relações sociais possuem íntima ligação com as forças produtivas, visto que “[...] na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual.”

a perceber que a pobreza vivenciada era resultante da nascente sociedade capitalista. Nesse contexto, segundo Netto e Braz (2007), o Estado voltava seu direcionamento apenas aos interesses dos capitalistas, através de ações repressivas. Cabia-lhe, portanto, a função de garantir as condições externas para a acumulação capitalista por meio da manutenção da propriedade privada e zelo pela ordem, mas também se observam concessões aos direitos fabris, ainda que de modo pontual, como mecanismo para atenuar as lutas operárias.

Observadas as transformações societárias desencadeadas pela consolidação do modo produção capitalista, emerge no campo da produção do conhecimento correntes e teorias que objetivavam analisar e regular esse processo. Dentre essas, destaca-se no âmbito da economia política as propostas do liberalismo¹⁰. É consensual o entendimento de que essa teoria emerge a partir de meados do século XIX e se estende até a terceira década do século XX. Ao analisar essa matriz teórica, Behring e Boschetti (2011) destacam que sua base nuclear consiste no trabalho como mercadoria e no livre mercado. A perspectiva liberal entende que não compete ao Estado intervir na economia e na vida dos cidadãos, visto que os sujeitos agindo por si só buscariam o “êxito” na sociedade através da venda da sua força de trabalho. Ao mercado incumbia-se a função de autorregular as questões socioeconômicas e políticas.

À luz da argumentação desenvolvida pelas autoras, pode-se afirmar que o liberalismo se caracteriza pela atuação mínima do Estado, voltado para garantir a liberdade do mercado, assegurar a ordem e conservar a propriedade privada; na área social nota-se uma espécie de naturalização da pobreza, conferindo à moral humana a responsabilidade por esta e pela desigualdade, que reverbera no campo do trabalho dada a inexistência de legislações ou regulamentações trabalhistas; as políticas sociais eram vistas como estímulo negativo ao trabalho, pois geravam “acomodação” e contribuía para a reprodução da miséria, por isso, deveriam ser prestadas de modo mínimo pelo Estado, como um paliativo, cabendo a caridade privada amenizar a pobreza.

Mendonça (2020), fundamentada nas discussões feitas por Vicentino (2002), discorre sobre outra matriz teórica da economia política responsável por analisar as transformações na dinâmica social no período de expansão do capitalismo industrial - as denominadas teorias sociais -, subdivididas em: socialistas científicos e socialistas utópicos. A autora centraliza sua

¹⁰ Em seus momentos iniciais no século XIX, o liberalismo tinha um componente revolucionário que era romper as amarras parasitárias da aristocracia e do clero, do Estado Absolutista. Essa dimensão se esgota a partir do momento em que o capital se torna hegemônico e a classe trabalhadora começa tencionar a burguesia, com destaque para as lutas de 1848 e as lutas pela jornada de trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O marco das lutas de 1848 foram a construção da consciência política da classe trabalhadora e a decadência dos ideais emancipatórios da burguesia, transformando-se numa classe conservadora que defende a propriedade privada.

abordagem no socialismo científico, cujo o pensador de maior destaque foi Marx, ao justificar que esta teoria fornece lastro para compreender, numa perspectiva mais totalizante, os fenômenos ocorridos na segunda metade do século XIX. Tal concepção teórica enfatiza a luta de classe, enquanto mecanismo potencializador das transformações sociais, tendo a classe trabalhadora papel ativo na luta socialista, cujas ideias se substanciam na emancipação humana¹¹ e na distribuição da riqueza socialmente produzida.

Verifica-se uma primazia do papel revolucionário desempenhado pela classe operária, o qual deveria ser calcado no conhecimento da realidade existente no “chão das fábricas”, posto que este conhecimento reflete o movimento real da sociedade e contribui para se contrapor a dominação burguesa. Nesses termos, segundo a referida autora, defende-se o fim da propriedade privada, o que viabilizaria o comunismo – que não deveria ser visto como fim da história –, expresso em sua última instância na igualdade social e econômica e na eliminação do Estado. Em oposição ao trabalho assalariado se instauraria o trabalho associado, que em síntese, consiste em uma produção destinada para o atendimento das necessidades humanas e não do capital, o que reflete na extinção da exploração do homem pelo homem.

As ideias contidas na teoria socialista científica, com destaque para a matriz-teórica marxiana, de acordo com Mendonça (2020, p. 32), “[...] influenciaram a classe trabalhadora a reivindicar por melhores condições de vida, trabalho e a lutar pelo ideal de construir um Estado Social. Contudo, o Estado liberal, ou seja, que seguia os princípios da doutrina liberal, respondia com repressão [...]”, na tentativa de controlar o espriamento das ideias comunistas na sociedade. Destaca-se, ainda, que em meio aos tensionamentos da classe operária, o Estado liberal incorpora algumas concessões de proteção ao trabalho, com o objetivo de legitimar a ordem, a exemplo do modelo de proteção social bismarckiano nascido em 1883, destinado inicialmente a setores específicos e considerado o modelo “embrionário” da política social.

Em linhas gerais, o modelo bismarckiano se caracteriza por apresentar uma lógica securitária, a qual concede os benefícios a partir das contribuições direta dos trabalhadores e empregadores, com base na folha de pagamento. Apesar da sua relevância e necessidade no contexto em quem foi gerado, essa forma de proteção social caminhou em sentido oposto as reivindicações dos trabalhadores, pois se evidenciam traços focalizantes e restritivos, ao

¹¹ Nos marcos da sociedade capitalista é somente possível a emancipação política “[...] nele a igualdade jurídica (*todos são iguais perante a lei*) nunca pode traduzir em igualdade *econômico-social* – e, sem esta, a emancipação humana é impossível.” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 19, grifos dos autores).

privilegiar as pessoas que exerciam atividades laborativas, e não conseguir enfrentar, a contento, as desigualdades sociais dessa quadra histórica.

Com o agravamento da “questão social”, a partir do século XIX, aspecto que justifica o avanço das lutas sociais de caráter socialista, coloca-se em discussão os limites do papel assumido pelo Estado liberal, fazendo emergir as políticas sociais de forma mais sistemática e com caráter de obrigatoriedade. Isso ocorre em decorrência de alguns processos político-econômicos, de acordo com Behring e Boschetti (2011), dos quais sobressaem-se dois marcos importantes: de um lado, o alargamento do movimento operário, que começa a tensionar a burguesia para que seja reconhecido o direito à cidadania política e social; de outro, a concentração e monopolização do capital.

Simultâneo ao processo de formação de monopólios ocorre o papel de mudança dos bancos, convertendo-se em peças cruciais no sistema de créditos, o que fará com que o setor bancário controle grandes massas monetárias. Netto e Braz (2007) assinalam que a união entre a grande indústria e os bancos faz emergir a fase do capitalismo monopolista, também denominado de capital financeiro e *imperialismo clássico*, datando-se do final do século XIX e início do século XX, período no qual o mercado capitalista passou a ser comando por grandes monopólios.

Sinteticamente, são seus traços essenciais: a concentração da produção e do capital elevado grau, criando os monopólios que passam a desempenhar um papel decisivo na vida econômica; a fusão do capital bancário com o industrial, com domínio da oligarquia financeira; a exportação de capitais (distinta da exportação de mercadorias), que passa a assumir maior relevância; a presença de associações internacionais monopolistas, que, junto com as potências imperialistas, realizam uma repartição do mundo. (IAMAMOTO, 2008, p. 22-23).

A “repartição do mundo” inerente à fase monopólica do capitalismo adotou a lógica de exportação de capital para os países periféricos por parte dos países centrais, na direção de ampliar o processo de acumulação do capital. Essa estratégia de inserir os países periféricos na “ciranda” mundializada da economia, como é o caso do Brasil, reforçou traços de dependência e subordinação ao capital internacional exacerbando suas contradições estruturais. Nas palavras de Iamamoto (2008, p. 32, grifos da autora), a expansão monopolista no Brasil,

[...] faz-se, mantendo, de um lado, a dominação imperialista e, de outro, a desigualdade interna do desenvolvimento da sociedade nacional. Ela aprofunda as disparidades econômicas, sociais e regionais, na medida em

que favorece a concentração social, regional e racial de renda, prestígio e poder. Engendra uma forma típica de dominação política, de cunho contrarrevolucionário, em que o Estado assume um papel decisivo não só na unificação dos interesses das frações de classes burguesas, como na imposição e irradiação de interesses, valores e ideologias para o conjunto da sociedade. O Estado é capturado historicamente pelo bloco do poder, por meio de violência e cooptação de interesse. Perfila-se em consequência, um *divórcio crescente entre Estado e as classes subalternas*.

No âmbito internacional, nesse mesmo período, a classe trabalhadora já demonstrava o seu potencial político reivindicatório, tendo como aspectos peculiares o êxito do movimento socialista na Rússia em 1917 e o modelo de trabalho baseado no fordismo (BEHRING, BOSCHETTI; 2011). A combinação entre esses elementos deu forças às lutas comunistas e corroboraram para a organização dos trabalhadores no interior das grandes fábricas. Os pilares do fordismo são a produção em massa para o consumo em massa, a partir de arranjos organizacionais e técnicos na esfera produtiva que otimizem o tempo despendido no processo produtivo, teve como inspiração as ideias do americano Henry Ford¹².

No bojo da concorrência intercapitalista desencadeada pela fusão entre o capital financeiro e industrial se gestam duas guerras mundiais, além da crise vivenciada entre 1929-1932, denominada de Grande Depressão, que se por um lado demarca a redução do comércio mundial a um terço do que era antes, apontando as fragilidades do liberalismo econômico; por outro, mostra a convivência com as ideias da revolução socialista de 1917, num contexto de desemprego em massa e busca de legitimidade política do capitalismo. Essa crise, marcada pela abundância de capital e escassez de lucros, inviabilizou a extração de mais-valia, ocasionando queda na esfera do consumo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Na direção de reverter essa situação, são adotadas as proposições de Keynes¹³ advindas das experiências do *New Deal*¹⁴, demarcando o início da intervenção estatal com o delineamento do Estado de Bem-Estar Social, sob o prisma de mitigar os reflexos da crise e ativar a economia. Entre as estratégias usadas pela política anticíclica keynesiana, destacam-

¹² Henry Ford (1863-1947), era um engenheiro mecânico, empresário, autor do livro “Minha filosofia e indústria” e fundador da Ford Motor Company, em Highland Park, Detroit. Foi o primeiro empreendedor a utilizar a linha montagem em série de automóveis, com vistas a atingir a produção em massa em menor tempo, fundamentando posteriormente um novo modelo de trabalho, baseado na produção e consumo em massa, o qual recebe o nome de fordismo em sua homenagem.

¹³ John Maynard Keynes (1883-1946) foi um economista britânico, autor do livro “Teoria geral do emprego, do juro e moeda” e defensor da intervenção estatal, como mecanismo de ativar a economia.

¹⁴ Ao final da Primeira Guerra Mundial, os Estados Unidos se tornaram uma das potências econômicas mundiais. Com isso, na tentativa de reverter os efeitos da crise mundial de 1929, o então presidente Franklin Roosevelt buscou restaurar a economia através do plano econômico chamado *New Deal* (1933 a 1938), o qual se fundamentou nas propostas de Keynes, caracterizado pela intervenção do Estado na economia.

se os sistemas nacionais de seguridade, que possibilitaram melhores condições de vida e acesso aos bens e serviços produzidos (pautando-se na base salarial), como também contribuíram para o processo de produção e reprodução do capital.

Ao compreender que a discussão do Estado na sociedade capitalista está atravessada, desde sua origem até a atualidade, por interesses antagônicos entre capital e trabalho, observa-se que em determinadas circunstâncias sócio-históricas se faz necessário redirecionamentos no papel desempenhado por essa instância de poder, com vistas a atenuar esses conflitos, garantir o processo de valorização do capital e difundir a ideologia dominante para o restante da sociedade. Reiterando esse entendimento, Engels (1984, p. 193) afirma que o Estado “[...] é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida.”

Tendo por base as análises de Behring (2008), pode-se afirmar que nos momentos de prosperidade do capital, o Estado precisa conservar uma política tributária alta, na direção de formar um superávit, que poderá ser empregado para pagamento das dívidas públicas e criação de um fundo reserva a ser investido nos períodos de estagnação. Já nos períodos de recessão, o Estado deve realizar política de reajustes financeiros, com vistas a destinar os recursos, especialmente os oriundos do fundo público, para a amortização da dívida pública e fomento monetário aos setores econômicos em crise, numa tendência gradativa de deslocamento de recursos advindos do trabalho para o grande capital.

Na fase monopolista do capitalismo o Estado redimensiona suas funções, convertendo-se “[...] no nível das suas finalidades econômicas, o ‘comitê executivo’ da burguesia monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista” (NETTO, 1992, p. 22), e atua na preservação e controle da força de trabalho, como uma estratégia de legitimar-se politicamente e controlar as lutas organizadas da classe trabalhadora, tão expressivas nesse período. Constatase que é neste contexto que as refrações da “questão social” são reconhecidas como produto das desigualdades gestadas na exploração do capital sobre trabalho e se põem como alvo de intervenção do Estado.

Destarte, segundo o autor, é imprescindível o entendimento de que embora a política social desempenhe um papel relevante no Estado burguês ao assegurar legitimidade ao capital, e, paradoxalmente, atender aos interesses dos trabalhadores, sua origem não deve ser vista como algo natural ao Estado burguês, uma vez que ela advém essencialmente da luta de classes, a qual o Estado responde com antecipações estratégicas, no sentido de controlar

socialmente e politicamente as classes dominadas, a fim de garantir a manutenção do sistema vigente. Dessa forma, as políticas sociais se desenvolvem lentamente no período depressivo (1918 a 1939), como resultado das lutas dos trabalhadores no final do século XIX, e se generalizam no período de expansão capitalista, após a Segunda Guerra mundial até o final dos anos de 1960, em virtude do pacto keynesiano-fordista.

A partir dos anos 1940 até o início de 1970 tem-se a fase denominada de “anos dourados” do capital, marcada pelo papel de intervenção assumido pelo Estado frente às demandas sociais, forjada pelo pacto socialdemocrata com os capitalistas e coordenado pelo Estado nos países da Europa Ocidental. De acordo com Netto e Braz (2007 p. 195-196), um contexto no qual o sistema capitalista “[...] apresentou resultados econômicos nunca vistos, e que não se repetiram mais: as crises cíclicas não foram suprimidas, mas seus impactos foram diminuídos pela regulação posta pela intervenção do Estado (em geral sob as ideias de Keynes), e, sobretudo, as taxas de crescimento econômico.”

O Estado pautado nos princípios keynesiano e subsidiado pelos salários indiretos dos trabalhadores cria estratégias para conter as quedas das taxas de lucros e institui políticas que ampliem o processo de acumulação do capital, “[...] investindo nos setores de infraestrutura, transferindo recursos públicos para o setor privado e implementando políticas voltadas para reprodução ampliada da força de trabalho, nelas incluídas a proteção social pública” (MOTA, 2015, p. 140). Assim, através dos pilares do pacto keynesianismo-fordismo buscava-se fornecer as bases para a criação de demanda e aumento do mercado de consumo, possibilitados pela pactuação entre acordos e reposicionamentos políticos das classes e seus segmentos. Isso significava

Para a burguesia, a manutenção das altas taxas de lucros, fundadas numa superexploração dos trabalhadores durante um estável tempo, pressupunha concessões e acordos. Para o movimento operário organizado essa possibilidade histórica implicou abrir mão de um projeto mais radical, em prol de conquistas e reformas imediatas, incluindo-se aí os direitos, viabilizados pelas políticas sociais. No que diz respeito aos trabalhadores, é preciso prestar atenção em alguns processos que, combinados, geram essa atitude mais imediatista e corporativista, contentando-se com acordos coletivos em torno dos ganhos da produtividade e da expansão das políticas sociais, por via dos salários diretos. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 88).

Mesmo que se reconheça essa intervenção estatal, as ações realizadas acontecem de forma fragmentada e setorial, pois a extinção das desigualdades oriundas da exploração do capital sobre o trabalho, colocaria em xeque a ordem burguesa. Com isso, compreende-se que a proposta do Estado Social não consistia em promover equidade na sociedade, ainda que se

percebam avanços e conquistas sociais, visto a prevalência da estratégia política e econômica de reacender o crescimento econômico.

Esses avanços estão relacionados ao tipo de sistema de proteção social adotado, ou seja, o modelo Beveridgeano surgido na Inglaterra em 1942, durante a segunda guerra mundial, que se pautava na lógica da universalidade do acesso. Enquanto o modelo Bismarckiano tinha como eixo central o sistema de seguro social, garantido àqueles que contribuíam financeiramente para assegurar algum tipo de proteção social, o Beveridgeano tem como princípio a universalização dos serviços sociais independente de contribuições, com o objetivo de garantir os mínimos sociais sob a responsabilidade do Estado e com financiamento oriundo dos impostos fiscais.

Apesar de conter traços inovadores, que o difere do seu antecessor, o acesso mínimo apresenta traço liberal tendo em vista que ao estimular o exercício de alguma atividade laborativa ao descolocar para os indivíduos a autorresponsabilidade por suprir suas necessidades básicas, em detrimento da atuação do Estado. Essa incongruência revela, em alguma medida, traços de seletividade e restrições, que se afasta do princípio universalizante. É importante pontuar que para o processo de acumulação e expansão do capitalismo o sistema de proteção Beveridgeano foi fundamental, uma vez que com um padrão de produção do tipo Taylorista/Fordista, exigia-se um consumo em massa, e, dessa forma, era necessário que à população fosse garantida algum tipo de renda que possibilitasse adquirir os produtos e serviços.

Outrossim, houve nesse contexto a ampliação da concepção de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), precisamente no ano de 1948, ao se considerar as influências dos determinantes sociais no processo saúde-doença e foco nos “aspectos biopsicossociais”, que exercem influências nos agravos à saúde da população. As discussões suscitadas nesse período fomentaram na sociedade a necessidade de estruturar uma política de saúde mais abrangente no processo de atenção à saúde, condizente com as demandas da população. Essas conquistas avivadas pela experiência do Estado de Bem-Estar Social começam a dar sinais de esgotamento no final dos anos 1960. Acerca desse processo, Behring e Boschetti (2011, p. 103, grifos das autoras) vão sinalizar que

As taxas de crescimento, a capacidade do Estado exercer suas funções *mediadoras civilizadoras* cada vez mais amplas, a absorção das novas gestões no mercado de trabalho, restrito naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, não são mais as mesmas, contrariando as expectativas do pleno emprego. As dívidas públicas e privadas cresceram perigosamente [...] As elites político-econômicas, então

começaram a questionar e responsabilizar a atuação agigantada do Estado *mediador civilizador*, especialmente naqueles setores que não revertiam diretamente em favor dos seus interesses. E aí incluíam as políticas sociais.

Com a entrada dos anos 1970, conforme pontuam as autoras, instaura-se sob o capitalismo mundial uma crise no processo de valorização do capital, mediante uma recessão generalizada na economia mundial, caracterizada pelo aumento das taxas de inflação e elevação da dívida pública externa e interna dos países capitalistas, tendo como um dos elementos detonadores a alta do preço do petróleo entre 1973-1974 e a reorganização no processo de acumulação do capital, especialmente no mundo do trabalho, desencadeada pelos avanços organizacionais e tecnológicos, provocando o processo da reestruturação produtiva, que trazem como característica essencial o desemprego estrutural.

Uma das estratégias ideológicas e políticas adotada para a retomada do crescimento econômico e dos superlucros foi o estímulo a competitividade, a qual só é possível pela queda dos custos dos fatores de produção, que culminou em ataques aos custos do trabalho e precarizações nas relações trabalhistas, através de flexibilizações e desregulamentações, com reflexos no enfraquecimento das organizações dos trabalhadores (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017). Acentua-se a presença do trabalhador polivalente designado a realizar múltiplas funções com o mesmo salário e a adoção de estratégias ideológicas que legitimam essa forma de exploração do trabalhador, perceptíveis através de discursos como “funcionário-colaborador” e ações que fragmentam/fomentam a competitividade entre estes.

A partir desse marco, emerge a fase denominada de capitalismo contemporâneo, datando-se a partir dos anos 1970 até os dias atuais, que traz como possibilidade retomar o crescimento econômico com base nas propostas do ideário neoliberal¹⁵, consubstanciadas em três pilares: flexibilização das relações de trabalho e produção; desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros; e a privatização do patrimônio estatal. Apesar das medidas adotadas, as taxas de crescimento permanecem irrisórias, ainda que sejam observadas leves recuperações na lucratividade das grandes corporações à custa da penalização dos trabalhadores (NETTO, 2012).

Sob a perspectiva neoliberal, o Estado retoma alguns dos princípios do liberalismo pautando-se numa agenda minimalista para o social. Isso resultou na retração das conquistas sociais, desfinanciamento das políticas sociais e destruição dos direitos que estavam em andamento.

¹⁵ “Os primeiros expoentes foram os governos Thatcher (Inglaterra, 1979), Reagan (EUA, 1980), Kohl (Alemanha, 1982) e Schutter (Dinamarca, 1983).” (BEHRING, BOSCHETTI, 2011, p. 126).

Em outras palavras, a força avassaladora do neoliberalismo, impondo nova relação entre Estado e sociedade e, portanto, redefinindo o papel e o lugar das políticas sociais, [o que] não implica dizer que o avanço dessa reestruturação foi igual em todos os países e que constituiu impeditivo absoluto à ampliação de direitos, no campo da saúde ou em outros campos.

O resultado concreto observado em cada país é fruto de um conjunto de fatores e de forças em luta. De um lado, a existência de uma tendência geral no sentido de tornar pequena a participação do Estado na organização e manutenção das políticas sociais, entre elas a saúde. De outro, sistemas públicos que resistem a essas investidas e que chegam a criar novas ações. (MARQUES; BERWING, 2021, p. 8-9).

Em decorrência disso, são observadas inflexões nas diferentes esferas da vida social, tais como: ataque ao movimento sindical, transferência de responsabilidade para a sociedade civil, mobilizações da solidariedade individual e voluntária, focalização dos sistemas de proteção social, despolitização das lutas democráticas, crescimento do trabalho informal, precarizações e desregulamentações das relações trabalhistas, privatização de empresas estatais, reduções de salários devido à oferta da mão de obra, além do agravamento das expressões da “questão social” com o crescente nível de pauperização e desemprego.

Tais ataques demonstram em alguma medida a reorganização do capital financeiro e sua hegemonia, impondo à classe trabalhadora um cenário de extrema degradação humana, precarização e barbárie social, na medida em que restringe a competência do Estado em implementar políticas sociais que venham garantir a reprodução social da classe trabalhadora, assim como, em um único ‘tiro de misericórdia’, fragmenta e esfacela a espinha dorsal da sua organização e de seus instrumentos históricos de resistência, como partidos, sindicatos e movimentos sociais. (CASTILHO, LEMOS, GOMES, 2017, p. 458).

No que diz respeito às políticas sociais, notam-se tendências de focalização e desresponsabilização estatal na implementação destas que em vez de traços universalizantes, convivem com aspectos focalizantes, seletivos e restritivos, ganhando fôlego as parceiras público-privadas e as ações do terceiro setor, as quais caminham no sentido de mistificar o caráter do direito das políticas sociais. Trata-se de uma inclinação incentivadora às práticas e políticas assistencialistas, com destaque para os programas de transferência de renda e que passam ser direcionadas às pessoas em situação de miséria extrema.

Percebe-se, assim, que um outro cenário passa a compor o campo das políticas sociais em âmbito mundial, tendo em vista que o período de maior expansão do papel do Estado acaba se estreitando diante do ideário neoliberal. No caso do Brasil, com história de um

desenvolvimento capitalista com traços periféricos, há uma prevalência até os anos de 1980 do sistema bismarckiano, que beneficiava as pessoas inseridas no mercado de trabalho e contribuía para a previdência social. Com isso, a população desempregada ficava dependendo de programas assistenciais temporários e assistencialistas.

A partir de preceitos contidos na Constituição de 1988 que garantem alguns direitos sociais e estabelecem indícios de um possível sistema de proteção social, com base no tripé da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), tem-se alguns avanços no sentido da construção de políticas sociais mais universalistas, apesar da previdência social continuar com o seu caráter de seguro social contributivo. Assim, no caso brasileiro, na contramão do que vinha acontecendo no mundo, quando o Estado de Bem Estar Social dava sinais do seu arrefecimento, se iniciavam ensaios na construção de um sistema de proteção social, com o alargamento de direitos sociais envolvendo segmentos nunca ou pouco contemplados.

Entretanto, tais avanços são ameaçados, diante da adoção do ideário neoliberal nos anos de 1990. Travou-se uma luta para que fossem operacionalizadas as decisões contidas na Carta Magna, resultantes da mobilização dos movimentos sociais a partir de meados dos anos de 1980, cujos resultados implicaram em um sistema de proteção social híbrido que mistura princípios bismarckiano e beveridgiano, pois, de acordo com Boschetti (2012), conjugam direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Evidencia-se, portanto, que há uma primazia pelas políticas econômicas em detrimento do trato das expressões da “questão social” por meio de políticas sociais. No caso dos países periféricos, tem-se a complacência de seus governantes aos ditames dos grandes monopólios, os quais vão implementando soluções que prestam o mínimo de serviços à maioria da população, especialmente após as recomendações do Consenso de Washington, que consiste no “receituário” internacional formulado pelas grandes potências mundiais no final dos anos 1980, com a finalidade de difundir a conduta neoliberal nos países subdesenvolvidos, especialmente os da América Latina.

Os grandes organismos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), forneceriam subsídios financeiros aos países que realizassem: uma reforma fiscal, diminuindo os impostos para os grandes empresários; efetuassem uma abertura comercial, contribuindo para a elevação da exportação e importação através da redução das taxas alfandegárias; implementassem a política de privatização, ao deslocar a responsabilidade do Estado transferindo parte dela para a iniciativa privada; e fomentassem uma política de reajuste fiscal do Estado por meio de cortes nos gastos sociais. Com reflexos

nas incursões ao funcionalismo público, incentivo à terceirização de serviços e à diminuição das leis trabalhistas, com conseqüente redução dos salários.

Essa lógica de contenção dos gastos sociais caminha em ritmo similar a recomposição do exército industrial de reserva, de modo a permitir pressões sobre os salários e direitos, na perspectiva de elevar as taxas de mais-valia e de lucros (BEHRING, 2008), o que tem resultado em um ambiente de insegurança aos trabalhadores, em condições aviltantes dos postos de trabalho, tendências de incentivo ao rebaixamento salarial e imposição de fragilidades na luta por direitos. Sobre isso, Boschetti (2012, p. 33) a partir da análise de Fattorelli (2011) destaca que

No Brasil, e em outros países da América Latina, [...] vêm realizando políticas macroeconômicas baseadas em tendências como destinação do fundo público para pagamento da dívida, manutenção de elevadas taxas de juros, carga tributária elevadas e regressiva, redução ou não ampliação de recursos para as políticas sociais, contingenciamento de gastos sociais, congelamento de salários no setor público, prioridade para as metas de 'superávit primário' e controle da 'inflação', realização de reformas de caráter neoliberal com reduções de direitos da previdência social e privatizações, além de ausência de controle de capitais [...].

O resultado dessas diversas tendências nos diferentes países do mundo é o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas e da concentração de renda, tendo expressões mais contundentes nos países periféricos, como é o caso do Brasil. O percurso realizado até aqui mostra o significado das políticas sociais enquanto fenômenos circunscritos na sociedade capitalista e que surgem mediante a necessidade de atender a dois propósitos: as necessidades de reprodução do capital e as demandas oriundas da relação capital e trabalho, desde que não afete a conservação do *status quo*. Portanto, são produtos históricos e que vão avançando ou recuando mediante o nível de organização dos trabalhadores e da sociedade, e que desde a sua gênese têm esbarrado em diversos obstáculos para sua concretização plena.

Destarte, faz-se necessário evitar uma romantização em torno da sua efetividade. Afinal, como se pode observar, a implementação das políticas sociais dar-se em congruência com o capital, a depender das circunstâncias históricas. Tal assertiva, que nos parece indigesta, não pretende demonizá-la tampouco questionar a necessidade dos padrões de proteção social, implica tão-somente apontar que, como manifestação complexa e contraditória da sociedade capitalista, sua apreensão é impensável sem a apreensão de três fatores, conforme argumentam Behring e Boschetti (2011), 1) a natureza e formas/estratégias de acumulação do capital; 2) a ação do Estado na operacionalização das políticas sociais, e

3) *o papel das classes sociais*. A compreensão desses elementos pode se converter em estratégias de lutas para garantia das políticas sociais e de intervenções profissionais mais calcadas na realidade concreta, tendo as leituras marxianas e marxistas um papel profícuo nesse debate.

Diante das reflexões realizadas, observou-se que a crise atual do capital desnuda as contradições deste sistema, expressa sobretudo no crescente desemprego e na ampliação da miséria, os quais contraditoriamente convivem com um Estado, mais do que nunca, alinhado aos interesses da classe dominante, ao privilegiar políticas sociais minimalistas, em detrimento de maciços investimentos na política macroeconômica. Esse cenário ganha contornos ainda mais temerosos com a crise sanitária decorrente da pandemia da COVID/19, com reflexos nas diferentes expressões da “questão social”, ao potencializar as desigualdades sociais e abrir as mais agudas incongruências existentes na sociedade burguesa, cujas repercussões afetam, sobremaneira, as condições de vida e saúde da classe trabalhadora, de forma global e em escala nacional, resguardas as proporções. Têm-se acentuado os índices de mortalidade, miserabilidade, violência, precarização nas relações de trabalho, desemprego, assédio, trabalhos informais, drástica redução das relações trabalhistas, pouca intervenção estatal, entre outros fatores, que afetam diretamente a vida da população.

No âmbito econômico, a consequência mais aparente durante 2020, e que atravessa 2021, foi a paralisação parcial ou total de alguns setores das atividades econômicas culminando na queda da produção, do emprego e da renda de quase todo o mundo, com exceção da China que conseguiu recuperar o impacto da pandemia, embora o desempenho tenha sido inferior aos anos anteriores. Apesar de no final de dezembro de 2020 alguns países terem iniciado a vacinação, há barreiras no controle do contágio do vírus a exemplo das novas mutações, dessa forma, mesmo que a vacinação fosse bem sucedida e houvesse a possível retomada do crescimento econômico, o saldo desse contexto seria a elevação da desigualdade, da miséria e do desemprego. Ainda que o desemprego se apresente como algo circunstancial deste contexto, o que se observa é que com a aceleração dos processos tecnológicos associados à indústria 4.0 e à tecnologia das coisas tem ocorrido mais desemprego (MARQUES; BERWING, 2021).

No bojo desse processo, nota-se ainda a intensificação de contínuas contrarreformas na esfera dos direitos sociais, que oneram a classe subalterna obrigando-a a se submeter a precárias e perversas relações de trabalho, revelando uma espécie de apogeu à barbarização da vida. No caso das políticas sociais, constatam-se inclinações que, por um lado, retroalimentam discussões ideológicas de que a política social ocasiona desequilíbrios econômicos devendo

ser acessada pelo mercado; por outro, reforçam traços filantrópicos e assistencialistas escamoteando a perspectiva do direito; numa nítida estratégia de desresponsabilizar e desfinanciar as políticas sociais por parte do Estado, visualizadas nos constantes processos de mercantilização, fragilidades dos serviços públicos, cortes de gastos sociais e privatizações.

No campo da saúde, foi o momento em que o questionamento com relação à capacidade do Estado organizar e prover as ações e os serviços de saúde de maneira eficiente voltou vigoroso, bem como se intensificou a preocupação com os gastos crescentes em saúde, atribuídos a vários fatores, entre os quais os avanços tecnológicos, o envelhecimento da população e a inexistência de instrumentos moderadores da demanda, em parte considerada desnecessária. (MARQUES; BERWING, 2021, p. 8)

Não é casual que, nesse ambiente, ressurgem antigas práticas por parte do capital como as propostas de renda universal por parte dos países, como uma forma de garantir a sobrevivência da população, face o aumento do desemprego e da miséria ocasionados pelo agravamento da crise econômica e pela situação pandêmica. Estudiosos apontam “[...] que o mundo pós-pandemia da Covid-19 será mais desigual e conviverá com um contingente muito maior de pessoas em situação de pobreza extrema” (MARQUES; BERWING, 2021, p. 11).

Assim, conforme destacam as autoras, as ações por ora elaboradas dentre elas a criação de programas de transferência de renda mínima temporários (como é o caso do Auxílio Emergencial no Brasil) ou a ampliação de programas já existentes, além de apresentarem, em sua maioria, uma natureza focalizada e possuem diversas polêmicas, entre elas a histórica relação entre proteção social e mercado formal, apontam que as respostas governamentais desenhadas atuam no sentido da proteção mínima por parte do Estado.

Paralelo a isso, ampliam-se as táticas de arrefecimento das lutas de classes e de cooptação das subjetividades dos sujeitos, com a explícita pretensão de desmobilizar e apassivar as lutas sociais. Apesar de “estarmos no olho do furacão”, faz-se necessária a apropriação de fundamentos que permitam traçar estratégias de resistência diante das incursões em andamento, no qual as políticas sociais figuram como componente mediador, face as aviltantes condições que tem assolado as classes subalternas.

Por conseguinte, conforme mencionado nos momentos iniciais da discussão, a conformação das políticas sociais apresenta peculiaridades nos países centrais e em países periféricos, como é o caso do Brasil, marcado pelo desenvolvimento capitalista retardatário, que conserva traços de dependência aos países centrais. Assim, a seguir serão analisadas as particularidades da política de saúde na formação sócio-histórica brasileira, a qual tem sido

afetada pelas contínuas e nocivas estratégias anticrise adotada pelo capital na tentativa de alavancar o crescimento econômico e reacender as taxas de lucros, com consequências nefastas para a população.

1.2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Os aspectos abordados na seção anterior permitiram demarcar alguns aspectos históricos e tendências atuais das políticas sociais, bem como os seus nexos com o processo de expansão e desenvolvimento do capitalismo. Esses elementos contribuíram para captar a natureza contraditória das políticas sociais na sociedade capitalista, as quais recebem influências dos determinantes políticos e econômicos em disputa, em especial na área da saúde. Nessa perspectiva, pretende-se ao longo deste tópico particularizar a discussão analisando a forma como a política de saúde foi sendo conformada no Brasil.

Situar essas reflexões, ainda que sumariamente, implica reconhecer as imbricações do desenvolvimento do capitalismo à brasileira, os papéis desempenhados pelos sujeitos históricos e pelo Estado na constituição da política de saúde no país. Perceber esses traços peculiares auxiliam compreender como estes determinam sua trajetória histórica. Afinal, as relações capitalistas desenvolvidas no Brasil ocorreram de forma diferenciada dos traços apresentados pelos países de capitalismo central, e esses elementos refletem nas políticas sociais, em especial na política de saúde.

A trajetória do Brasil revela marcas de dependência da economia mundial, desde a colonização, tendo em vista que o país serviu, nesse momento, como fonte primária de acumulação de capital dos países centrais. Isso reflete na emergência da economia brasileira, no contexto de transição do trabalho escravo ao livre, pois as relações de trabalho desenvolvidas carregam resquícios do perverso regime escravocrata, como também indica o processo de industrialização tardia do país que acentuou o status de subordinação ao capital internacional, decorrente dos empréstimos realizados para impulsionar o setor econômico. Deste modo, segundo Coutinho (2011), denota-se que a constituição do capitalismo à brasileira ocorre por “via não clássica”, que consiste na convivência entre a adaptação as relações tipicamente capitalistas e a conservação de características da antiga ordem.

Essa situação acontece, especialmente, a partir das exigências da fase do capitalismo monopolista em mundializar o processo de produção de valorização do capital. Para tanto, os países centrais começam a investir em países periféricos, como é o caso do Brasil, na direção de ampliar as taxas de lucros, o que resultou na sua inserção tardia na dinâmica do capitalismo

internacional, no retardamento na formulação de respostas as expressões da “questão social” e no controle dos blocos de poder que controlam o Estado, por parte do capitalismo estrangeiro, na totalidade do ciclo de produção e reprodução do capitalismo dos países subdesenvolvidos. Para Netto e Braz (2007), isso revela a natureza “desigual e combinada” com que o desenvolvimento capitalista ocorreu entre os países.

Ao analisar as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, Fernandes (2006) argumenta que esse processo ocorreu “impostos de fora para dentro”, o que indicou não somente uma relação de dependência aos países hegemônicos, mas também uma estratégia do próprio desenvolvimento do capitalismo no que concerne à sua evolução interna e externa, dinamizado pelos interesses da classe dominante, especialmente na relação de continuidade da dominação imperialista externa e na debilidade dos dinamismos socioeconômicos, em, aparentemente, universalizar o trabalho livre, integrar o mercado interno, o sistema de produção de base capitalista e a industrialização autônoma, aliados à criação do Estado nacional. Um dos fatores responsáveis pela consolidação do capitalismo no país, embasado nos ideais liberais.

Percebe-se, assim, a relevância da Independência do País, em 1822, que trouxe como consequência o nascimento da dívida externa e a estruturação política do país “a partir de dentro”. Assim, a economia brasileira estabeleceu conexão com o mercado externo, mediante conexões do complexo econômico de base agroexportadora, o que estimulou transformações e novos dinamismos ao crescimento econômico nacional e mecanismos internos, articulando o setor arcaico (propriedade fundiária) com a modernização capitalista (FERNANDES, 2006). Essa interligação entre as economias periféricas às centrais, fez com que a economia reforçasse o caráter de dependência, impossibilitando o desenvolvimento autônomo ou auto-sustentado.

A independência, portanto, criou condições para o florescimento do espírito burguês, mas não em toda sua plenitude, e se romper com entrosamento visceral com o mercado externo, do que ocorre uma não equiparação entre autonomização econômica e política. Cria-se uma *situação de mercado*, em acordo com as possibilidades e limites socioeconômicos e culturais de expansão do mercado interno, numa economia voltada para exportação. Nessa nova situação, tem-se uma ordem legal e política controlada de dentro e por dentro uma economia produzindo para fora e consumindo de fora ‘um mercado interno nuclearmente heteronômico e voltado para fora’ (FERNANDES, 1976, 1987:88). A heteronomia, portanto, é marca estrutural do capitalismo brasileiro, e o processo de modernização (conservadora), consolidando o capitalismo entre nós, tenderá mantê-la. (BEHRING, BOSCHETTI, 2011, p. 75-76, grifos das autoras).

Observa-se que houve a arrefecimento da hegemonia da aristocracia agrária e a emergência de novos agentes econômicos, que pelo tensionamento da nova divisão do trabalho demandavam a elaboração de uma nova sociedade nacional. Este período foi marcado pela inexistência de compromissos com os direitos de cidadania, por parte das frações econômico-políticas dominantes, sendo esta uma das marcas constitutivas da nossa formação social e um dos aspectos centrais para se refletir sobre as políticas sociais. Percebe-se, ainda, a coexistência de traços conservadores, que apesar das rupturas com o passado, trouxeram dificuldades ao processo de formação do Estado nacional, por não realizar alterações no horizonte cultural das elites ou estruturar uma modernização dos poderes. Nesse sentido, o componente revolucionário baseado no liberalismo, torna-se ineficiente para dinamizar uma ordem nacional independente (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Em vista disso, ocorre um processo de emancipação das classes dominantes, com a conservação do status que ocupavam, que se via desprovida de fundamento político-econômico na sua conformação enquanto burguesia, sem envolvimento das massas, resultando em “transformação pelo alto” (COUTINHO, 2011), que não foi capaz de promover rupturas radicais tampouco incluíam a participação popular nos processos decisórios. Sabe-se que, neste contexto, fazia-se necessário impulsionar a modernização econômica, o que implicou lentamente no crescimento do país, principalmente a partir da industrialização, ainda que subjugada aos interesses do capital central.

A formação dos Estados nacionais contribuiu para garantir os privilégios da classe dominante brasileira, essencialmente reconhecido por fortalecer a iniciativa privada e servir de elo no favorecimento das grandes corporações privadas, facilitando empréstimos do capital externo para garantir a modernização do país. Tal esteve entrelaçado por um clima de mandonismo, conformismo e paternalismo, o que contribuiu para retardar a consciência política da classe trabalhadora no país. Além disso, princípios como patrimonialismo, clientelismo e a lógica do favor convertem-se em uma das marcas constitutivas da nossa formação social, exercendo influências na conformação dos padrões de proteção social brasileiro (BEHRING, BOSCHETTI, 2011). Sem esquecer que a origem das políticas sociais no Brasil carregava traços assistencialistas e moralizantes em torno da “questão social”, tendo em vista que desconsiderava as relações de poder, classe e os tensionamento provocado no conflito capital e trabalho na totalidade social.

De acordo com Bravo (2007), as intervenções na área da saúde no período colonial, entre os séculos XVI e XVIII, se davam baseadas na assistência médica alicerçada nas ações filantrópicas e na prática liberal. Tais práticas estimularam a criação das Santas Casas de

Misericórdia para atender as populações mais pauperizadas, haja visto que a assistência médica exercida por boticários, médicos e cirurgiões estava concentrada nas grandes metrópoles e destinava-se apenas aos segmentos mais ricos da sociedade. Nesse mesmo período, ocorre a criação da Academia de Medicina Social no país, a qual se baseava nos modelos europeus e cuja lógica subjacente era o acesso à saúde com base nos estratos sociais, o que contribuiu na construção de uma hegemonia das práticas médicas.

Uma das características desse período era a inexistência de uma percepção de saúde coletiva, visto que as intervenções apresentavam aspectos individualizantes, nas quais a participação do Estado dava-se apenas no enfrentamento de epidemias que viessem impor dificuldades nas atividades econômicas, especialmente, nas Regiões localizadas próximas as áreas dos portos. Dessa forma, as intervenções no campo da saúde ocorriam através de ações pontuais e descontínuas, com o foco no controle de surtos de doenças existentes na época.

A partir das transformações econômicas em curso no início do século XIX, começam a emergir iniciativas na área da saúde pública, dentre as quais, a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2007). Essas campanhas de vacinação tinham um caráter impositivo e repressivo, além dos traços higienistas e policialesco em torno das ações realizadas, a exemplo da Lei da Vacina contra varíola no governo de Rodrigues Alves.

Matos (2009) entende que o início do século XX demarca a gênese da política de saúde no Brasil, pois é neste cenário que se observa o começo da industrialização, caracterizado pelo inchaço das grandes cidades, incremento de doenças, precárias condições de vida e de trabalho, emergência do movimento higienista e nascimento da organização dos trabalhadores. Esse contexto, marcado pelo avanço da economia cafeeira e nascimento do setor econômico industrial, ocasiona a insatisfação na classe trabalhadora que passou a se organizar e a buscar o reconhecimento do Estado para a “questão social” através de legislações e/ou medidas de proteção social ao trabalho. Convém ressaltar, também, os interesses de frações de classe dominante, o empresariado, que buscava legitimidade, além dos questionamentos da classe média em nome da preservação da ordem. Assim, o Estado passou a mediar as relações entre as classes existentes, iniciando o processo de políticas específicas no campo da saúde.

É neste contexto que as discussões acerca dos aspectos que versavam sobre higiene e saúde do trabalhador são adensadas, o que corroborou para o nascimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei nº 4.682/23). De acordo com Mendonça (2020), a estruturação das CAPs ocorreu através das

empresas ou categorias de funcionários, inicialmente nos setores marítimos e ferroviários, baseando-se no regime de capitalização, no qual as contribuições dos trabalhadores formariam uma espécie de poupança, a ser utilizada em momentos de necessidade ou quando se aposentassem. Essa “reserva” nas CAPs destinava-se ao trabalhador, que contribuísse ou estivesse inserido no processo produtivo. Em razão do número reduzido de contribuintes e das fraudes no âmbito da concessão, esse modelo de benefícios começou a apresentar fragilidades e como privilegiava determinados setores acabou fragmentando as lutas dos trabalhadores.

Entre os benefícios prestados pela CAPs estavam a “[...] assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.” (BRAVO, 2007, p. 90). Ressalta-se que as CAPs serviram de modelo para a formulação da previdência social brasileira e se configuraram como uma estratégia de enfrentamento às aviltantes condições de saúde dos trabalhadores no processo de industrialização, constituindo-se como um dos elementos importantes para compreender as políticas previdenciária e de saúde, com expansão para outros trabalhadores a partir da década 1930. Apesar de existirem antecedentes legais, a exemplo do direito à pensão aos funcionários da Marinha (1892) e da regulamentação dos acidentes de trabalho (1919), que visavam oferecer amparo ao trabalhador, muitas dessas leis perfilaram-se como “letras mortas”, visto que raramente saíram do papel.

A década de 1930 é consensualmente conhecida como o momento no qual se inicia a intervenção estatal frente à “questão social”, decorrente das consequências provocadas pelo processo de industrialização e dos tensionamentos sociais, o que fez emergir as políticas sociais, dentre elas a política de saúde, executada por dois subsectores: o público e o da medicina previdenciária. A saúde pública responsável pelo controle de doenças específicas e a assistência médica previdenciária voltada aos trabalhadores do mercado formal urbano e caracterizada por bases corporativistas (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Nesse ambiente, a luta dos trabalhadores frente às degradantes situações de existência, saúde e trabalho ganham maior densidade, fazendo com que o Estado comece a reconhecer a “questão social” na esfera política, tendo em vista que a repressão policial vigente até então mostrava-se incapaz de atender o agudizamento da miséria. Santos (2012) pontua que esse período sofreu interferência da crise de 1929, pois o Brasil de 1889 a 1930 havia consolidado a economia de modelo agroexportador e encontrava-se dependente do capital estrangeiro para financiar a política de valorização do café.

Contudo, os desdobramentos da crise mundial vulnerabiliza as oligarquias agroexportadoras, pois diminui a procura pelos produtos brasileiros, tornando-se necessário

diversificar as atividades econômicas, especialmente na produção agrícola e industrial, diga-se, a produção de bens de consumo destinada a importações para o mercado interno. Instaura-se, assim, um momento de instabilidade política na República Velha¹⁶, resultado das novas correlações de forças nascidas com o processo de diversificação das atividades econômicas.

Assim, chegam ao poder político as outras oligarquias agrárias e também um setor industrialista, quebrando a hegemonia do café, e com uma agenda modernizadora. O movimento de 30 não foi a revolução burguesa no Brasil, com incremento da indústria, como interpretam muitos intelectuais e historiadores, mas foi sem dúvidas um momento de inflexão no longo processo de constituição de relações tipicamente capitalistas. Vargas esteve à frente de uma ampla coalizão de forças em 1930, que a historiografia caracterizou como Estado de compromisso, e impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileira. De certa forma, a Constituição de 1934 expressa as tendências e contratendências desse período [...] e em 1937 instaura-se a ditadura do Estado Novo, com Vargas à frente. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 105).

Nesse contexto, ocorre a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, a instituição do salário mínimo, a fixação da jornada de trabalho em oito horas para vários grupos ocupacionais, a garantia de novos direitos trabalhistas (férias remuneradas, estabilidade no emprego, entre outras), a valorização da saúde do trabalhador e a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), estes últimos organizados por categoria profissional e mantidos por contribuições dos empregados, empregadores e do Estado.

Matos (2009) afirma que a participação estatal nos IAPS ocorria apenas no âmbito formal. Na verdade, o que se verificava eram fragilidades no controle do montante arrecadado e tendências de deslocamento dos recursos oriundos das contribuições dos trabalhadores para outras funções, a exemplo da construção de obras públicas. Nessa ocasião, a previdência social deixa de ser atribuição das CAPS, pois o Estado assumiu a responsabilidade de administrar as instituições previdenciárias.

É oportuno salientar que, paulatinamente, houve a incorporação das CAPs aos IAPs, que foram extintas definitivamente na década de 1950, e que ambos corroboraram para conformar a política de saúde, cuja gênese ocorre em ligação com a lógica previdenciária. Nesse sentido, percebe-se que a insurgente política de saúde esteve entrelaçada pelas influências da lógica securitária advindas da política previdenciária, a qual contemplava

¹⁶ Esse período histórico (1889-1930) é caracterizado por transformações sociais, políticas e econômicas derivados da Constituição de 1891, que trouxe como mudanças a instauração dos três poderes (legislativo, executivo e judiciário); o sistema presidencialista; separação entre Estado e Igreja, atribuindo ao Estado funções antes desempenhadas pela filantropia.

àqueles inseridos no mercado formal de trabalho e cujas intervenções ocorriam de modo fragmentado.

A adoção dessas medidas na Era Vargas reforçava a lógica do favor e da dependência, visto serem apresentadas aos trabalhadores como benesse do Estado, sem a perspectiva do direito. Deste modo, a formulação de tímidas estratégias de proteção social corroborou para a conciliação de classes e impulsionou a conformação de um suposto “Estado Social” visivelmente sintonizado aos processos internacionais. Em relação à saúde, ocorre nesse período a criação do Ministério da Saúde e Educação, que se tornou responsável pelas ações no campo da saúde pública, caracterizadas pela baixa qualidade e ações limitadas; a assistência médica ofertada, através dos IAPs, atendia exclusivamente os trabalhadores que desempenhavam atividades remuneradas, de segmentos profissionais específicos.

O Brasil começou a expandir a industrialização principalmente a partir da década de 1940, como desdobramento do cenário após Segunda Guerra Mundial, cujo o efeito é um grande contingente de pessoas inseridas nos modelos previdenciários. Todavia, nesse momento o Estado iniciou uma fase de redução de gastos, fazendo com que a previdência passasse a se preocupar mais com reservas financeiras do que com a oferta de serviços. Ainda nesse período, a assistência médica passou ser realizada por instituições próprias dos IAPs. Aliás, entre os anos 1930 a 1945, as legislações buscaram distinguir as diferenças entre “previdência” e “assistência” e ocorre a definição de recursos para assistência médica hospitalar e farmacêutica (BRAVO, 2007).

No ano de 1945 a sociedade brasileira vivenciou um cenário emblemático diante da queda do governo autoritário de Getúlio Vargas e a abertura de um novo período político, marcado pelos tensionamentos sociais e mudanças econômicas, políticas e sociais. Conquanto, apesar da retomada da “democracia”, principalmente com a Constituição de 1946, observou-se um reordenamento das forças políticas e de classe, que culminou na vitória de Eurico Gaspar Dutra. Com o término do governo de Dutra, em 1951, Vargas reassumiu a presidência até suicidar-se.

Em razão disso, ocorrem eleições diretas, com a vitória de Juscelino Kubitschek (JK). Santos (2012) pontua que esse governo teve por base uma política econômica nacional-desenvolvimentista, cuja principal expressão foi o Plano de Metas que visava fazer o país crescer 50 anos em 5, por meio da intervenção estatal em setores estratégicos, o estímulo à industrialização nacional de bens de consumos duráveis e de bens de capital, além de atrair o capital internacional, através de benefícios fiscais.

É válido enfatizar que a época na qual Juscelino assume o governo brasileiro, encontrava-se acontecendo mundialmente o momento de investimentos, por parte do capitalismo monopolista para que os países subdesenvolvidos se industrializassem, em troca de vantagens econômicas e visando também a manutenção destes países na condição de país subdesenvolvido, à medida que o crescimento econômico dependia do investimento e do mercado estrangeiro, pois os países subdesenvolvidos não apresentavam mercado consumidor apto para movimentar a economia interna. Este foi o caso que ocorreu no Brasil, que construiu o seu crescimento econômico, conforme a idealização de Juscelino Kubitschek, em base de empréstimos e investimentos estrangeiros, além de emissão de moedas que ocorreu, principalmente, em decorrência da construção da cidade de Brasília. (MENDONÇA, 2020, p. 64).

Esse período de “êxito” na política econômica se depara com alguns percalços no saldo da balança comercial, culminando no déficit entre exportação e importações, levando JK a recorrer a empréstimos junto ao capital estrangeiro, porém as forças opositoras da esquerda e os militares o levaram a romper com o FMI (SANTOS, 2012). As consequências desse cenário foi o empobrecimento da população, penalizada pelo aumento da dívida externa através da superexploração na esfera produtiva e aumento progressivo dos impostos. Isso implicou na redução do poder de compra da classe trabalhadora e, conseqüentemente, afetou o setor econômico.

Frente a esse contexto de elevação da inflação e crescimento da dívida externa, Jânio da Silva Quadros assumiu presidência da República e adotou medidas para enfrentar a inflação, mediante o congelamento dos salários e uma política cambial que permitia desvalorizar a moeda, de modo a estimular a importação de moedas estrangeiras e, assim, amenizar a dívida brasileira. Entretanto, internamente são observados um clima de insatisfação por parte de pequenos empresários e da classe trabalhadora, que culmina em manifestações contrárias a estagnação salarial e elevação da inflação (MENDONÇA, 2020).

Esse ambiente o leva a renunciar sete meses depois, momento em que o vice João Belchior Marques Goulart, popularmente conhecido por Jango assume a presidência. De caráter mais progressista, tinha como norte implementar uma série de “reformas de base”, a exemplo das reformas tributária, fiscal, educacional e agrária. Sua ligação com a esquerda gerou incômodo aos setores mais conservadores da sociedade brasileira, desencadeando apoio das classes médias ao golpe militar.

Na área da saúde, observam-se no período de 1945-1964, decorrente do tensionamentos sociais, maiores investimentos na saúde principalmente na área sanitária, principalmente com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Essa implementação ocorre através dos convênios com entidades internacionais e sob o patrocínio

da Fundação Rockefellers, reforçando a vinculação da economia brasileira aos órgãos internacionais. Em contrapartida, teve o aumento no quadro de doenças infecciosas e parasitárias, nas taxas de morbidade e mortalidade infantil, bem como nos dados da mortalidade em geral. Havia, o tensionamento entre formação de empresas privadas, iniciadas a partir dos anos 1950, que convergiam aos interesses das frações dominantes até então, tendo como centralidade a produção e a defesa da privatização. Por outro lado, apesar dos confrontos, os serviços de assistência médica prestadas pelos IAPs demonstravam-se incipientes para as demandas apresentadas (BRAVO, 2007). Isso pode ser explicado pelo aumento do número de serviços previdenciários, que não é acompanhado pelo suporte do Estado no custeio da previdência social, como também aponta o aumento progressivo da contribuição dos trabalhadores.

O marco histórico do ano de 1964 foi a instituição do golpe militar caracterizado pelo regime autoritário, antidemocrático e pelo desenvolvimento de políticas centralizadoras e repressivas, embora tenha ocorrido o processo de expansão da industrialização, e, inclusive, das políticas sociais. Esse contexto de reordenamento das instâncias políticas, econômicas e sociais, que durou 20 anos, aprofundou as contradições estruturais da sociedade brasileira. Em se tratando da área da saúde, o Estado passou a usar o binômio repressão-assistência, momento em que se verificou a ampliação da política assistencial por parte do Estado, que tinha como finalidade aumentar a regulação sobre a sociedade, apaziguar as tensões sociais e garantir a legitimidade para o regime político, sem deixar de atender aos interesses do capital. Esse período corroborou com o processo de medicalização da vida social, nos âmbitos da saúde pública e da medicina previdenciária, sendo esta última intensificada após o golpe militar (BRAVO, 2007).

Um dos destaques desse cenário foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que representou um avanço no processo de modernização do papel interventivo do Estado, bem como serviu para conter as mobilizações da classe trabalhadora, contribuindo no fortalecimento do modelo médico-assistencial privatista, cuja marca era a compra de serviços de saúde na esfera privada e o sucateamento dos equipamentos sociais próprios da previdência social, além, de ampliar a capacidade de concentração de recursos financeiros. Outras características desse período são a centralização política e financeira das ações em nível federal, burocratização dos serviços e pouca participação da sociedade nos processos decisórios.

Em linhas gerais, é possível observar que esse ambiente fomentou as ações da medicina previdenciária, caracterizada pela centralidade na figura do médico e pelos critérios

restritivos de acesso, condicionados à contribuição dos trabalhadores, o que favoreceu a ampliação dos setores privados, em detrimento das ações de saúde pública. Inclinação possibilitada pelas conexões do Estado brasileiro aos interesses do capital internacional, evidenciado, por exemplo, pelo crescimento da indústria farmacêutica e setores de equipamento hospitalar. Além disso, houve o incentivo às políticas assistenciais na tentativa de escamotear a necessidade de o Estado brasileiro fornecer respostas mais condizentes às demandas da população, diga-se, a uma parcela expressiva de sujeitos desempregados, como também demonstrava a transferência de responsabilidade para instituições filantrópicas, o que evidenciava a pouca preocupação em ofertar uma assistência à saúde apropriada.

As implicações desse cenário foi o aumento das disparidades socioeconômicas no país, com conseqüente elevação patrimonial de parcela da classe dominante ocasionada pela maior exploração dos trabalhadores. No entanto, no início dos anos 1970 esse crescimento sofreu retrações devido à crise mundial instaurada nos países centrais, com reflexos no Brasil mediante a elevação dos índices inflacionários em razão do aumento do preço das exportações, da alta do petróleo e instalação de uma nova crise econômica. Isso foi gerando, gradativamente, as condições para o nascimento de um novo contexto político brasileiro, marcado pelo retorno das lutas sociais e tensionamentos com o regime militar, cujo propósito maior era o retomada da democracia.

No tocante à área da saúde se vivenciou a extensão da cobertura da população urbana e rural; a prática médica curativa; o desenvolvimento de um complexo médico industrial; a intervenção estatal; e o atendimento voltado para a lucratividade. Com a ascensão da prática da Medicina Comunitária, influenciada pelas experiências norte-americanas, cuja centralidade era ampliar os serviços prestados e atender exclusivamente a população negra e pobre, o Brasil passou a receber suporte de outras fundações, tendencialmente ligadas aos movimentos das igrejas e universidades. Tais ações eram aceitáveis pelo Estado dado que reduziam os custos com as demandas de saúde da época. Ainda, nesse ambiente, é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que institucionaliza o processo de descentralização, com o apoio do governo federal (MATOS, 2009).

No período de 1974 a 1979 houve um declínio no crescimento econômico e o Estado na tentativa de legitimar o regime autoritário buscará, por meio das políticas sociais, estabelecer algumas medidas para o enfretamento das expressões da “questão social”, no intuito de suavizar as reivindicações da classe trabalhadora, diante da tensão entre a demanda para o aumento dos serviços e sua disponibilidade; dos confrontos entre os setores médicos e o empresariado médico; e do nascimento de um movimento contestatório importante na área

da saúde: o da **Reforma Sanitária**. A política de saúde se encontrava polarizada entre o atendimento curativo, baseado em ações comandadas pelo setor privado e por demandas da previdência social, e pelas ações do setor público, através do MS (BRAVO, 2007). Aliás, é neste período que a AIDS emerge no mundo, demandando do poder público, especialmente da área da saúde, medidas para controlar o avanço da enfermidade nos diferentes países, dentre os quais o Brasil.

Retomando à discussão sobre as configurações da saúde na década de 1970 no Brasil, Bertolozzi e Greco (1996, p. 389) destacam que em 1977, por exemplo, houve a efetivação de mais um movimento burocrático administrativo, que buscou promover o reordenamento do sistema de saúde e congregou

[...] diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (IAPAS), que gerenciaria o Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS - a quem competiria a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais -, o INAMPS - que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais -, além da Fundação Legião Brasileira de Assistência - voltada para a prestação de assistência social à população carente, da Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras.

Esse movimento tinha como objetivo aglutinar a assistência médica (individual e curativa) prestada pelos diferentes órgãos da previdência social, por meio da oferta de serviços privados aos trabalhadores rurais e urbanos, constituindo-se uma estratégia capaz de articular as ações da saúde com as demais políticas sociais. Em meio a isso, iniciam-se discussões sobre o entendimento da saúde como produto das relações sociais, em âmbito nacional e internacional, de modo a fornecer subsídios para a compreensão do processo de assistência à saúde com viés mais equânime.

A título de exemplo, em 1978 aconteceu a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, promovida pela OMS, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, cujos debates questionavam o conceito de saúde da OMS/1948, que impera nos países até os anos 1970, como é o caso do Brasil, e que tinha como centralidade os aspectos biopsicossociais. Esse conceito passa a ser criticado por não englobar uma análise mais alinhada com a realidade social e por apresentar uma visão mecanicista e fragmentada dos sujeitos. As propostas desse encontro foram consubstanciadas na Declaração de Alma-Ata, quando é definida a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, recomendando ações políticas (governamentais e não governamentais) para melhorar a assistência à saúde dos países, as

quais se deparam com fragilidades no processo de implementação e não foram atingidas por parte dos países, conforme argumenta Teixeira (2018).

Para a referida autora, as inflexões desse cenário na América Latina acontecem a partir do movimento de epidemiologistas, nos anos 1970, que buscou compreender os determinantes de saúde e doença, levando em conta fatores históricos, socioeconômicos, biológicos e geográficos. Este processo recebeu influência do pensamento marxista e favoreceu a criação da Epidemiologia Social¹⁷, como propôs o Movimento da Saúde Coletiva, ao extrapolar os procedimentos técnicos transmitidos pelas escolas médicas até então e demarcar a necessidade de se utilizar o conhecimento das Ciências Sociais, para compreender a saúde como resultado das condições sociais, econômicas, culturais, etc. Em outras palavras, a importância de pensar que o processo saúde-doença sofre interferências da forma como se dá a produção, distribuição e consumo dos serviços de saúde em determinada sociedade, dentro do seu contexto histórico, que, por sua vez, está intrinsecamente ligado à inserção de classe social. Portanto, pressupõe a contextualização das dimensões sócio-histórica, econômica, cultural e política.

Como desdobramento desses avanços emergem no Brasil os Departamentos de Medicina Social ou Departamentos de Medicina Preventiva nas universidades, que, apesar dos desafios com as correntes mais conservadoras e tradicionais da área, oportunizaram a realização de estudos sobre a saúde coletiva e começaram a questionar o modelo assistencial vigente, tendo como norte a estruturação do sistema de saúde, a partir da concepção de saúde como direito. Destacam-se, nesse momento, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979.

O efeito disso foi o adensamento das discussões sobre a precarização das condições de vida e saúde da população, o que permitiu maior articulação entre os movimentos sociais e alianças com setores da sociedade civil, na perspectiva de traçar estratégias coletivas para reestruturação da política de saúde, em contraposição às práticas da medicina previdenciária apoiadas pelo governo ditatorial. Com isso, fortaleceu-se o Movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou a partir dos anos 1970 e tinha como bandeiras de luta:

17 A Epidemiologia Social, conforme Teixeira (2018) baseando-se nas ideias de ARELLANO *et al.* (2008), deve ser compreendida através das relações sociais que se gestam nesta ordem social que são opressoras e dominantes para uma determinada classe, a trabalhadora, possibilitando desvelar os antagonismos e contradições no âmbito econômico, social, ideológico e político expressos nas formas de dominação/subordinação entre classes, gênero e etnias.

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2007, p. 96).

Essa movimentação adentra a década de 1980 quando foram gestadas as condições para que a política de saúde ganhasse contornos políticos, resultado da mobilização e consciência política dos movimentos sociais no contexto de redemocratização do Brasil, cuja luta adensou o Movimento da Reforma Sanitária e trouxe para o debate a saúde enquanto uma política pública que deveria ser gerida pelo Estado, desenvolvida de forma equânime, universal, gratuita, integral e com a participação popular.

É também nesse período que a AIDS chega ao Brasil e começa a se espalhar nas diferentes regiões, tornando-se um grave problema de saúde pública, o que exigia a adoção de estratégias de manejo a esta epidemia. Assim, os movimentos sociais, pautados pelos pressupostos da Reforma Sanitária, começam a pressionar o Estado pela elaboração de medidas mais eficazes para o controle do vírus e da doença. Esse processo de tensionamentos das lutas sociais culminou na estruturação do Programa Nacional de Enfrentamento à AIDS no final dos 1980 e na criação de uma política específica para a população vivendo com HIV e AIDS nos anos 1990, conforme será destacado no próximo capítulo.

Ressalta-se que na esteira econômica, a década de 1980 é conhecida como a “década perdida”, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina, “[...] na medida em que a mesma foi marcada por perdas econômicas ocorridas através de baixas no PIB¹⁸, aceleração da inflação, estagnação da produção industrial, perda do poder de compra dos salários e do nível de empregos.” (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017, p. 449). Essas inflexões se relacionavam com a crise mundial em curso, que culminou na adesão às propostas do Consenso de Washington, estratégia para reacender o crescimento econômico dos países latino-americanos, dentre eles o Brasil, que aderiu ao ideário neoliberal nos anos de 1990, incidindo no agravamento da “questão social” e no redirecionamento de medidas de proteção social.

Nesse contexto, a economia brasileira apresentava um quadro de estagnação econômica, que contribuiu para acentuar a dívida externa e elevar os índices de desigualdades socioeconômicas, ou seja, um cenário que levou a questionamentos sobre o regime ditatorial e

¹⁸ Produto Interno Bruto

a necessidade do retorno à democracia, na medida em que ganham fôlego os movimentos sociais e se inicia a transição democrática e o processo de elaboração de uma nova Constituição. Na saúde, um dos marcos importantes dos anos 1980 foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986¹⁹, a qual contou com mais de quatro mil representantes de diferentes segmentos da sociedade civil, que discutiram sobre a instituição de um novo modelo de saúde pública, posteriormente materializado no SUS.

Os encaminhamentos da VIII Conferência culminaram na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), através do Decreto nº 94.657/87, que expressou o primeiro esboço do SUS. Em 1988, mediante a organização da Assembleia Constituinte, as discussões acerca da saúde culminaram em dois eixos: um da Plenária Nacional pela Saúde Constituinte, formada pelos defensores da Reforma Sanitária; e outro da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e Associação de Industriais Farmacêuticas (multinacionais), composto por entidades privadas e opositores ao projeto sanitário. Nesse jogo de forças sociais e políticas a agenda sanitária obtém êxito, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde, incluso na Constituição de 1988 (BRAVO, 2007).

Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país da América Latina a aprovar um sistema de saúde de caráter universal contendo uma concepção ampliada de Seguridade Social, que contempla as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, com financiamento dos impostos gerais e contribuições sociais. Tudo isso, resultante da luta histórica dos trabalhadores na busca por respostas ao atendimento de suas necessidades concretas e reconhecidas, em parte, pelo Estado, tendo em vista que,

Embora a arquitetura da seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. (MOTA, 2007, p. 42).

¹⁹“Entre os sujeitos políticos que participaram desse processo estão as entidades representativas dos profissionais de saúde em geral; o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que difundia e ampliava o debate em torno da saúde e da democracia; os partidos políticos que faziam oposição ao regime ditatorial e também viabilizavam debates no Congresso para as discussões sobre os serviços de saúde; e os movimentos sociais urbanos que, em conjunto com outras entidades da sociedade civil, realizavam eventos, como seminários para discussão da política de saúde.” (SANTOS; ARAÚJO, 2016, p. 25).

A entrada na década de 1990 deflagra um momento de reconfiguração do Estado no Brasil, ancorado nas propostas neoliberais e resultante da reação burguesa face à crise mundial de 1970. Com isso, são ameaçadas as conquistas asseguradas na Carta Magna, especialmente no que se refere à Seguridade Social e de modo particular a política de saúde. Esse período é caracterizado pela defesa de “reformas” neoliberais, sob a justificativa de que a crise econômica-política vivenciada demandava do Estado um papel regulador e gerencial visando garantir o crescimento econômico. Essa lógica conduziu o Brasil aos ajustes dos ditames neoliberais que se inicia no governo de Collor de Mello e são adensadas em Fernando Henrique Cardoso (FHC), especialmente com as propostas de um Estado social-liberal do então ministro da Administração e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser-Pereira. Dentre os componentes básicos dessas “reformas” defendidas por Bresser-Pereira, destacam-se

[...] a redefinição do papel regulador do Estado através da desregulamentação; o aumento da capacidade política do Estado em intermediar interesses, através da privatização, terceirização e publicização que envolvem a criação de organizações sociais; o aumento da governança, ou seja, a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo, através de ajuste fiscal. (CASTILHO; LEMOS; GOMES; 2017, p. 451-452).

Behring (2008) compreende que esse processo, na verdade, culminou em uma fase de contrarreforma do Estado brasileiro, que dificultou a implementação das conquistas previstas no período da redemocratização. O Estado ao aderir, ainda que tardiamente, ao neoliberalismo preconizou uma agenda pautada no controle da inflação e estabilização da economia, desempenhando a função de regulador, com base no “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”; incentivou a política de ajuste fiscal, com redução expressiva nos gastos sociais e a transferência de parte de suas responsabilidades ao setor privado e para o próprio cidadão, mas sem afetar o deslocamento de recursos para o pagamento dos juros e amortização da dívida pública. Nessa direção, é possível afirmar que os efeitos dessas “reformas” são a precarização do trabalho, desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, além da focalização/privatização das políticas sociais, as quais revelam a hegemonia do capital financeiro e ganham novas vicissitudes nos dias atuais, afetando sobremaneira a vida da classe trabalhadora.

As implicações na saúde são a orientação do nascente sistema de saúde aos interesses mercadológicos, opondo-se ao que prevê o artigo 196 da Constituição de 1988, ao afirmar que “[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2020a, p. 60). Essa agenda privatista da saúde vai sendo melhor delineada ao longo dos anos de 1990, quando se tem maior nitidez da presença de projetos antagônicos em disputa (público e do mercado), apesar dos avanços importantes que foram assegurados em 1988. Os desdobramentos desse processo na cena contemporânea serão analisados no próximo item.

1.3 CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE SOB A AGENDA NEOLIBERAL

A partir do resgate histórico sobre a trajetória da política de saúde na seção anterior, é possível observar que a emergência e implantação do SUS foi forjada na arena de disputas políticas e societárias em torno da questão da saúde, a qual teve sua institucionalização, enquanto política, expressa na Carta Constitucional de 1988, passando a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com a Previdência e Assistência Social e concebida como direito de todo o cidadão, sem restrições dos beneficiários, além de não ser contributiva. Todavia, tais avanços foram ameaçados pelos ditames das propostas neoliberais a partir dos 1990, com reflexos contundentes na área da saúde face à intensificação de tendência à expropriação dos seus serviços pela lógica de mercado. Destarte, ao longo deste tópico são analisadas as contrarreformas na política de saúde sob a égide neoliberal.

Inicialmente, cabe resgatar as configurações assumidas pela política de saúde a partir do pacto federativo de 1988, que culminou em transformações relacionadas à descentralização política-administrativa e a participação da sociedade civil. Para tanto, foram estabelecidos como princípios estruturantes, a universalidade, a equidade e a integralidade entre as ações; e como diretrizes organizativas a descentralização, regionalização, hierarquização, participação social, através do controle social, e a complementaridade do setor privado. A partir desse marco, a assistência à saúde foi unificada em um Único Sistema em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal, com intuito de promover ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os princípios estruturantes do SUS expressam um encadeamento entre eles, pois a universalidade significa que cabe a esse sistema, os três níveis de complexidade²⁰, prestar

²⁰ “[...] atenção básica, ou nível primário, de caráter mais preventivo, cujos serviços são prestados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); no nível secundário, quando se realizam procedimentos de intervenção e tratamentos de casos crônicos e agudos de doenças, sendo que esse atendimento fica ao encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e o nível terciário, o qual tem

assistência à saúde a toda população, indistintamente e gratuitamente. Esse aspecto, de certa forma, apresenta relação com a equidade que objetiva assegurar que os serviços e ações aconteçam em conformidade com a complexidade da demanda apresentada pelo sujeito, sem distinção de qualquer natureza (econômica, social, étnico-racial, entre outras). Por sua vez, a integralidade compreende os demandatários dos serviços enquanto uma totalidade, por isso, as ações devem ser contínuas e articuladas nas intervenções preventivas e curativas nos diferentes níveis desse sistema, nos âmbitos individual e coletivo.

No que concerne aos princípios organizativos, a Lei 8080/90 estabelece as prerrogativas e diretrizes para estruturação do SUS, o que permitiu estruturar as ações e serviços em saúde em consonância com a complexidade, expressa na atenção primária, secundária e terciária. A regionalização considera os territórios em saúde e as necessidades das pessoas, com orientação de estruturar os serviços de saúde próximo a população. A hierarquização possibilitou assegurar o cuidado integral em saúde nos diferentes níveis do SUS, viabilizado pela delimitação da área e identificação das principais demandas dos respectivos níveis de complexidade. Com a descentralização o intuito foi viabilizar a efetividade e a qualidade dos serviços, tendo em vista que se partilharam as responsabilidades entre os governos federal, estaduais e municipais, o que culminou em maior autonomia entre estados e municípios nos processos de decisões da política de saúde em seus territórios. Já o delineamento deu-se em sintonia com a participação popular, através de Conselhos e Conferências de Saúde, como resultado das lutas do movimento da reforma sanitária (MENDONÇA, 2020).

Os Conselhos de Saúde são instâncias permanentes e de caráter deliberativo, formados por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, que atuam na elaboração de estratégias, fiscalização das ações e controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Por sua vez, as Conferências de Saúde se constituem como foros representativos dos múltiplos segmentos da sociedade, que se reúnem a cada quatro anos para planejar, avaliar e discutir os problemas identificados no sistema de saúde e indicar aos governantes possíveis soluções de melhorias. Esses têm esbarrando em diversos obstáculos face à agenda neoliberal, especialmente mediante as estratégias adotadas para desmobilizar a participação popular na implementação do SUS, dentre elas, o desrespeito à

função de intervir em situações de risco que põe a vida do usuário em risco, cujos profissionais atuam em hospitais de grande porte.” (LIMA; OLIVEIRA, 2019, p. 9-10)

autonomia da sociedade civil e determinação dos representantes da sociedade por parte do governo.

Quanto ao financiamento, a Lei 8.080/1990 estabelece em seu artigo 33 que os recursos devem ser geridos pelo MS, por meio do Fundo Nacional de Saúde, observado a atuação dos entes federal, municipal e estadual e movimentadas sob a fiscalização de órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde. Através da Lei Complementar nº 141/2012, que resultou na sanção da Emenda Constitucional nº 29/2000, ficou assegurado que os municípios e estados devem destinar, no mínimo, 15% e 12% dos recursos para os serviços de saúde, respectivamente. No que diz respeito as despesas da União, os valores serão equivalentes ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescidas da variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Entretanto, estudiosos apontam que há uma tendência de concentração de investimentos na rede suplementar de saúde, sobretudo nos hospitais particulares, o que tem culminado no histórico subfinanciamento da política de saúde nos diferentes níveis de complexidade.

Matos (2009) destaca que a Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde –, não passou isenta das “reformas” implementadas pelo neoliberalismo no país, sofrendo inúmeros vetos presidenciais no governo de Collor, especialmente no que se refere à participação popular e ao financiamento. Todavia, posteriormente foi aprovada a Lei 8.142/90 que corrigiu essas lacunas, deixando em aberto pontos como a política de recursos humanos e a relação com os prestadores privados. Apesar dos avanços previstos nessas legislações e na Constituição em seus artigos 196 a 200, observa-se que a indicação de complementaridade dos serviços privados tem sido usada pelos governos, desde os anos 1990, como mecanismo para justificar as severas contrarreformas na saúde por “via não clássicas”²¹, como também se configura como um traço de continuidade à livre iniciativa privada pelo setor público de saúde.

Associa-se a esses elementos o fato que ainda nos primeiros anos do governo de FHC ocorre a inserção das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as quais atuam de forma complementar na viabilização das políticas, com contratação de funcionários sem concursos públicos, aquisição de serviços sem

²¹ O conceito “via não clássica” destacado por Coutinho (2011), baseando-se no conceito de “via prussiana” de Lênin, consiste na adaptação ao novo e a conservação de traços da antiga ordem. No caso da saúde, alude as disputas de projetos – da reforma sanitária e o projeto privatista–, os quais convivem em tensionamentos e têm encontrado no estado brasileiro o privilégio das estratégias privatista de saúde, em detrimento de serviços universalizantes. Já o conceito de “revolução passiva” utilizado por Gramsci, ajuda a entender como os rearranjos feitos na política de saúde acontecem através de “transformação pelo alto”, nos quais a conciliação entre os setores dominantes ocorre mediante a adoção de táticas de afastamento da participação popular nas decisões.

licitação e institucionalização das parceiras público– privada (BRAVO, 2007). Essas medidas imprimem na política de saúde, ainda mais, a possibilidade de ações mercadológicas, expressas nos nexos entre os serviços públicos e setor privado.

O corolário desse processo orquestrado pelas “reformas” neoliberais iniciadas nos 1990 é o tensionamento entre dois projetos de interesses antagônicos na saúde: o da reforma sanitária e o da agenda privatista, com primazia, pelos governos, das ações e serviços em saúde ligados aos interesses de mercado. O Projeto da Reforma Sanitária defende os direitos sociais numa perspectiva ampliada, a concepção de saúde em sua integralidade e na noção de direito à cidadania, a participação social e o Estado enquanto responsável direto por sua operacionalização. O Projeto Privatista reatualiza as práticas de medicina assistencial privatista, a partir do ideário neoliberal que se torna hegemônico nos 1990 e se alicerça no entendimento de um Estado mínimo, da assistência à saúde de caráter focalizado e seletivo, além de incentivar a adoção de planos privados ou complementares oferecidos pelo mercado e condicionados àqueles que conseguem arcar com os serviços prestados.

No bojo das tendências engendradas pela agenda privatista, são fomentadas privatizações de serviços estatais, estímulo ao seguro privado, transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil ou Organizações Não-Governamentais (ONG’s) pela prestação de serviços, ampliação da parceria público-privada, que trazem limites e desafios na materialização da política de saúde, expressos na fragmentação das ações, cortes orçamentários, precarização e ocultamento da acepção da saúde como direito da população e dever do Estado.

De acordo com Mota (2015) trata-se de um ambiente propício para discursos ideológicos questionadores das instâncias públicas, denominado como “caldo da cultura da crise”, revestido de estratégias reformistas conservadoras altamente danosas para a classe trabalhadora, como o pensamento do “cidadão-consumidor” e do acesso pela via do mercado, nitidamente sintonizados aos interesses das classes dominantes, que implicam no delineamento de políticas sociais de caráter residual e compensatório e imprime para a Seguridade Social brasileira as seguintes tendências: ampliação de programas com foco na pobreza na área as assistência social e intensificação de privatizações na previdência e saúde.

Mesmo consideradas algumas diferenças essa situação segue em curso nos governos petistas, que continuam com a agenda da política econômica de FHC iniciadas nos anos 1990, ao dar primazia à estabilidade monetária como instrumento incentivador do crescimento econômico estável, que se manifesta manutenção das políticas de ajuste fiscal e de juros, ao passo em que, na direção de conciliar os interesses de classe permite aos programas sociais,

principalmente o de transferência de renda aos segmentos mais pauperizados (IAMAMOTO, 2008). Assim, Castilho, Lemos e Gomes (2017, p. 454) fundamentadas no pensamento de Alves (2014), afirmam que

O reformismo pelo alto do petismo, sob a designação de ‘neodesenvolvimentismo’, foi a opção trágica e dramática desses governos diante da incapacidade de ir além da ordem capitalista, escolhendo e priorizando políticas que não alteram nenhum interesse firmado com a classe dominante, combinando, no limite da ordem neoliberal, um projeto que conjugue redistribuição de renda, incentivo ao consumo e enfrentamento à pobreza extrema, com os interesses do poder hegemônico oligárquico-burguês que se encontra presente nas esferas econômicas e políticas da cena contemporânea brasileira.

Nesse cenário, acontecem inflexões na Seguridade Social com o surgimento de algumas propostas para “reformular” a previdência social, sob a justificativa de déficit previdenciário; continuidade e ampliação da Desvinculação das Receitas da União (DRU)²², voltada para garantir o superávit primário e visualizada como uma estratégia anticrise pelo Estado brasileiro ao deslocar os recursos públicos para amortização e pagamentos dos juros da dívida pública e retirar investimentos nas políticas sociais; incursões nas regulamentações trabalhistas, retiradas de direitos da classe trabalhadora, cuja lógica subjacente é destinar os recursos orçamentários para ampliar o processo de valorização do capital. Com a prorrogação da DRU em 2016, houve a “[...] subtração de R\$ 698,7 bilhões do OSS [Orçamento da Seguridade Social], recursos esses que poderiam ter sido alocados ao financiamento da saúde, da assistência e da previdência social.” (SERVO *et al.*, 2020, p. 116).

Na área saúde, a gestão do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2010), apesar da tentativa em fortalecer o projeto sanitário, caracterizou-se pela consolidação do projeto privatista, marcado pelo subfinanciamento, focalização das ações, o que permite afirmar que seu governo apresentou traços de continuidade e inovação na atenção à saúde. Para Bravo (2007), as inovações estão relacionadas a necessidade de fortalecer a política de saúde, consubstanciada nos pilares da reforma sanitária, expresso nas transformações da estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da XII Conferência em Saúde, em 2003, a qual teve como representante um dos integrantes da

²² Sua origem advém do Fundo Social de Emergência, criado em 1994 com vigência até 1995, quando ocorre modificação para o Fundo de Estabilização Fiscal, estendendo-se de 1996 a 1999. A partir dos anos 2000, passou a ser denominado DRU. Através da Emenda Constitucional nº 93/2016, ainda no Governo Dilma, ocorre a prorrogação até 2023 da DRU, ampliando de 20% para 30% o deslocamento de recursos destinados exclusivamente para a Seguridade Social

Central Única dos Trabalhadores (CUT) à frente da secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Em função do aumento de temas e da sua condução não houve plenária para deliberar o relatório final, sendo apreciados apenas os encaminhamentos sobre os assuntos mais polêmicos, já os demais foram votados em domicílio, o que acabou desconfigurando o formato deliberativo e coletivo da conferência.

Por sua vez, conforme a autora, as continuidades indicam estímulo à focalização, a exemplo da centralidade no Programa Saúde da Família, sem as modificações e investimentos necessários para o seu funcionamento; precarização e terceirização dos recursos humanos, expressas no aumento de agentes comunitários e outros profissionais não regulamentados; desfinanciamento e desinteresse em assegurar a concepção da Seguridade Social, através da desvinculação de recursos para pagamentos de juros da dívida externa e amortização dos juros.

Três programas são destaques na gestão de Lula: o Brasil Sorridente, responsável pela ampliação da atenção à saúde bucal nos diferentes níveis de complexidade; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), destinado a aumentar a assistência ambulatorial nos casos de urgência e emergência, através de uma equipe que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas; e a Farmácia Popular, pensada sob a justificativa de baratear os custos dos medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Nesse último caso, Bravo (2007) alerta para o fato de que o discurso de “barateamento dos custos” mistifica o interesse em compartilhar as despesas entre Estado e sociedade civil e se contrapõe aos princípios dos SUS.

Ainda nesse governo, é apresentado o Projeto de Lei nº 92/2007, responsável por propor a Fundação das Estatais de Direito Privado, que tem sua gênese ainda em FHC, com consequência para as diversas políticas sociais, dentre as quais a política de saúde. Na avaliação de Bravo e Menezes (2011), a lógica subjacente a essa proposta releva a intenção do governo de desmobilizar o controle social na saúde; fortalece a lógica privatista; fragmenta os tensionamentos dos trabalhadores, principalmente com o fim da RJU (Regime Jurídico Único) – numa nítida estratégia de subjugar os trabalhadores às intencionalidades dos gestores; subverte os princípios constitucionais ao submeter o interesse público à lógica privatista por parte do Estado brasileiro, que resulta na ressignificação de valores como a democracia, qualidade, transparência, eficiência e eficácia.

Embora se reconheça as tentativas e tensionamentos dos movimentos sociais em barrar a aprovação dessa medida, inclusive o Conselho Nacional de Saúde emitiu uma nota contrária e na XIII Conferência de Saúde realizada em 2007 a proposta foi rejeita, o então ministro da

saúde José Gomes Temporão ignorou as decisões aprovadas naquela ocasião no que diz respeito ao projeto de Fundação Estatal do Direito Privado, reforçando intervenções do Programa Mais Saúde, também conhecido como Pacto Saúde²³, e aprovando a proposta em diversos Estados, a partir do final do ano 2007 (BRAVO; MENEZES, 2011).

Na gestão da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) a política de saúde apresentou alguns avanços, a exemplo do fortalecimento de ações voltadas ao cuidado da mulher e da criança, com a constituição da Rede Cegonha, que objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil através de um conjunto de estratégias para o cuidado em saúde integral, desde a gestação, o parto, o puerpério, até o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida; a implantação das Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPAS), que passou a concentrar os atendimentos em saúde de complexidade intermediária, através de uma rede organizada que engloba os demais níveis de saúde; o Programa Mais Médicos, que ampliou a atenção à saúde nas regiões mais vulneráveis, como as regiões do Norte, Nordeste e áreas indígenas; além da ampliação da Farmácia Popular, responsável por fornecer medicamentos de diabetes e hipertensão gratuitamente e baratear os custos de determinados medicamentos. Entretanto, tais ações estiveram imbricadas com a ampliação de modelos de gestão de saúde que fortalecia a agenda privatista, por meio de concessões do fundo público e renúncias fiscais aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

No que toca à gestão da saúde, é recolocada a discussão da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBERSH) nos Hospitais Universitários (HUs) das Universidades Federais, que tem seu início na gestão anterior e aprovada, através da Lei 12.550/2011, na gestão da ex-presidenta Dilma Rousseff. Os efeitos iniciais percebidos foram a maior rotatividade dos funcionários e a instabilidade nos vínculos empregatícios. Depois foram realizados concursos. A instabilidade tem ocorrido devido aos regimes de trabalho diferentes. EBERSH via CLT e os que já estavam nos HUs estatutários, ou seja, em um mesmo espaço trabalham servidores com vínculo estatutário (que goza de estabilidade) e os celetistas que podem ser demitidos mais facilmente. Além disso, enfraquece a luta sindical, uma vez que as pautas são direcionadas para instâncias diferentes de negociação, os reajustes são diferenciados – estatutário quem dá o reajuste é o governo federal e os celetistas a EBERSH obedecendo a data da base dos servidores estipulada pelo Ministério do Trabalho e

²³ “O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. Esse pacto foi amplamente discutido e traz em seu bojo muito das propostas do projeto de reforma sanitária, sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em parte as expectativas do primeiro mandato da gestão [do presidente Lula] em torno da defesa da saúde pública e do SUS.” (SOARES, 2020, p. 77).

de acordo com a política estabelecida para os celetistas -, o que traz implicações no processo de continuidade e qualidade da assistência à saúde.

Nos momentos finais da sua gestão, ocorrem dois retrocessos na política de saúde: 1) a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que libera a abertura do capital estrangeiro na participação direta e indireta da atenção à saúde, subvertendo as exigências constitucionais e criticado duramente pelos defensores do SUS; 2) a modificação da base de cálculo de financiamento federal da saúde, ao vincular o lucro líquido em detrimento dos 10% do PIB, por meio da Emenda Constitucional nº 86/2015 (COSTA; MÉLLO, NOGUEIRA, 2018). Tais medidas engendradas pelos governos petistas, associadas as explanações anteriores, evidenciam as incongruências do Estado brasileiro em materializar as prerrogativas do SUS, o que na avaliação de Bravo; Pelaez, Menezes (2020) e Soares (2020), contribuiu para gerar um novo projeto em disputa na saúde nos governos petistas, denominado de reforma sanitária flexibilizada, o do SUS possível.

O projeto do *SUS possível* é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica. (SOARES, 2020, p. 76).

Este ambiente é agravado com o impeachment da presidenta Dilma, em 2016, que se viu diante de um período de estagnação econômica, o que possibilitou o início ao “golpe midiático-jurídico parlamentar” e levou ao governo ilegítimo de Michel Temer à presidência, o qual passou a adotar medidas antidemocráticas, antipopulares e antinacionalistas, por meio de um duro plano de austeridade (COSTA; MÉLLO, NOGUEIRA, 2018). Tal processo acontece em sintonia com as tendências político-econômicas do cenário internacional, que incidem no aprofundamento a privatização dos serviços, restrições dos direitos sociais, diminuição da participação popular, extremo liberalismo econômico, favorecimento dos interesses do mercado internacional, aliados a uma política que tonifica a desigualdade social, ocasionando desmontes inimagináveis nas políticas sociais, reflexos do contexto mundial de avanço dos governos de extrema-direita, donde a máxima é a transferência de responsabilidade do papel social do Estado para o setor privado. Os delineamentos na política de saúde apontam

[...] a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais. (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195-196, grifos das autoras).

O ponto característico desse governo é a frágil participação popular, ausência da consulta da sociedade civil e dos representantes dos Conselhos na formulação dessas modificações, o que fere os princípios constitucionais, compromete o funcionamento do SUS e faz ressurgir velhas tendências por meio do privilegiamento do setor privado, dentre as quais a histórica relação entre o acesso aos serviços de saúde nas interlocuções entre renda e trabalho. Isso se torna mais preocupante diante do quantitativo de pessoas desempregadas, precisamente 14,4 milhões no segundo trimestre de 2021 e cerca de 27,7 milhões de pessoas na linha de extrema pobreza, o que culmina no aumento das demandas pelos equipamentos sociais e serviços de saúde, especialmente após EC 95/2016, tendo em vista que desde sua aprovação estimou-se uma perda de “[...] R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019. Isso revela o potencial de desfinanciamento do SUS pela EC 95 em comparação com a vinculação da aplicação mínima federal em ASPS [Ações e Serviços Públicos de Saúde] dada pela EC 86.” (SERVO *et al.*, 2020, p. 116).

Esse cenário foi aprofundado no governo de Jair Bolsonaro, que além de não trazer medidas positivas para a política de saúde está inserido em uma crise sanitária de dimensões planetárias, provocada pela pandemia da COVID/19. Em razão do seu projeto de extrema direita que privilegia o lucro acima da vida, banalizando as mortes, já foram ceifadas mais de 610 mil vidas pelo COVID no Brasil²⁴. Isso pode ser explicado pela política genocida adotada pelo governo, expressa no seu caráter negacionista, ultraliberal e protofascista, que desconsidera as evidências científicas, oculta e questiona os dados e gravidade da doença, naturaliza as mortes e provoca as flexibilizações recomendadas pela ciência e pela OMS em nome do mercado. Além disso, existe a fragmentação de decisões entre os governos estaduais e municipais, evidenciando a inexistência de intervenção nacional consolidada (SOARES; COSTA; SANTOS, 2021).

²⁴ Dados atualizados pelo Ministério da Saúde no dia 10/11/2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

Tal situação se circunscreve na teia de mediações presente no cenário mundial, a qual aponta o agudizamento das desigualdades sociais e descortina as mais profundas contradições da sociedade capitalista. Embora se reconheça que o fenômeno da pandemia é algo que está acontecendo, logo, conseqüente, apresentará múltiplas determinações e dinamicidade que servirão de aprofundamentos para estudos posteriores, observa-se que há uma convergência entre os estudiosos ao afirmarem que, especialmente no Brasil, a chegada do vírus culminou no aprofundamento das contrarreformas do Estado, com conseqüências na política de saúde, o que na avaliação de Bravo, Pelaez e Menezes (2020) favoreceu o adensamento de um projeto de saúde, denominado de SUS totalmente submetido ao mercado privado. Esse projeto é iniciado em Michel Temer e tem ganhado incrementos, através das contrarreformas via “não-clássica” na saúde, com o governo de Jair Bolsonaro.

Como se pode observar, há atualmente quatros projetos em disputas na política de saúde: reforma sanitária, privatista, reforma sanitária flexibilizada e o do SUS submetido ao mercado. Para Soares (2021, p. 93), essas perspectivas “[...] formam a base da racionalidade instrumental hegemônica e tanto a estruturalista quanto a irracional representam muito mais continuidade do que ruptura em relação à racionalizadora.”; significa dizer que ambas as perspectivas, sejam elas racionais ou irracionais, “[...] são necessárias para a legitimação e composição do pensamento burguês contemporâneo.” Tal processo, para além de colocar em questão o direito universal à saúde em substituição à lógica mercantilizante, impõe ao cotidiano profissional demandas e requisições alinhadas ao modo operandis burguês, o qual imprime um conteúdo pragmático e imediatista nas ações desenvolvidas.

Apesar do governo Bolsonaro ter liberado R\$ 1,216 trilhão para o sistema financeiro, objetivando reverter os impactos da pandemia e garantir a continuidade das suas operações, os recursos destinados ao MS para manejo a COVID foi apenas 30% do que havia sido gasto até meados de 2020 (SOARES; COSTA; SANTOS, 2021). As autoras baseadas nas análises de Correia e Alves (2020) asseveram que esse governo tem fortalecido o setor privatista de saúde, pois, mesmo em meio a pandemia, não houve a instituição de uma fila única entre o sistema público e privado para prestar assistência à saúde as pessoas com COVID. A exemplo disso, observa-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) privilegiou e instituiu medidas para flexibilizar as normas regulatórias dos planos e seguros privados de atenção à saúde, bem como liberou recursos que podem ser destinados ao SUS. Nessa mesma direção, houve a ampliação do repasse da gestão dos hospitais de campanhas para os modelos privatizantes através das Organizações Sociais, envoltas em várias polêmicas relacionadas ao desvio de recursos públicos da saúde.

Diante do exposto, observa-se que a política de saúde tem sofrido severas incursões por parte do Estado brasileiro, as quais têm demonstrado que as contrarreformas engendradas com a agenda neoliberal relevam uma inclinação de expropriação dos recursos para o setor privado, em detrimento do atendimento das necessidades e direitos da classe trabalhadora. Os efeitos são o desfinanciamento e precarização da política de saúde, que afetam a vida e a assistência à saúde da população brasileira, em especial a população soropositiva, sobretudo em um cenário atípico como esse vivenciado, o qual aponta a necessidade de fortalecimento do SUS e a pertinência do projeto da reforma sanitária. Dessa forma, consideradas as reflexões aqui sintetizadas, no próximo capítulo serão abordadas as estratégias adotadas no manejo a esta epidemia e suas inflexões na cena contemporânea.

Capítulo II –HIV E AIDS NO BRASIL: AVANÇOS E RECUOS

Enquanto fenômeno situado no espaço da reprodução social, a discussão acerca do HIV e AIDS deve ser apreendida a partir das atuais tendências político-econômicas do Estado brasileiro, dos projetos sociopolíticos em disputa na política de saúde brasileira, dos avanços tecnológicos e científicos na medicina curativa e seus nexos com as determinações sociais, e das necessidades de produção e reprodução do capitalismo contemporâneo.

Nessa perspectiva, o presente capítulo discute sobre a epidemia de HIV/AIDS²⁵ e das estratégias adotadas para o seu enfrentamento no Brasil. Para isso, inicia contextualizando sua trajetória histórica e as medidas formuladas no manejo à epidemia; depois, realiza uma reflexão sobre as atuais tendências e inflexões na assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV e com AIDS na arena de contrarreforma do SUS e do Estado.

2.1 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV E AIDS NO BRASIL

Ao longo deste tópico, será retratado o panorama histórico das respostas engendradas no contexto brasileiro para o manejo da epidemia de HIV/AIDS. Situada, fundamentalmente, na trama das relações complexas e contraditórias em disputa na sociedade, a trajetória histórica do HIV e AIDS está permeada pelas determinações da política de saúde, em especial no delineamento de medidas anti-HIV e na elaboração de ações para evitar o desenvolvimento da enfermidade.

Nessa lógica, as estratégias tecnológicas e preventivas adotadas no manejo à epidemia se configuram como expressão das lutas sociais no âmbito do Estado, as quais são impensáveis sem o estabelecimento de mediações com as necessidades do capitalismo contemporâneo e as particularidades da formação sócio-histórica dos países. Acerca disso, coaduno com as reflexões feitas por Viera *et al.* (2014, p. 197) quando asseveram que

A Aids é 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

²⁵ Conforme sinalizado na introdução, apesar da adoção do termo epidemia de HIV/AIDS, compreende-se que essa discussão apresenta particularidades, especialmente se considerar que nem todos que estão com HIV possuem AIDS. Assim, quando houver necessidade de pontuar essas divergências, serão separadas as expressões HIV e AIDS.

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.

Em meio à crise do capital e redimensionamento do papel assumido pelo Estado são identificados os primeiros registros da AIDS no mundo, especialmente a partir do final dos anos 1970 e sendo reconhecida internacionalmente em 1981 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Ao final da década de 1980, a AIDS se espalhou rapidamente ao redor do mundo, tornando-se uma epidemia de dimensão mundial, ao atingir inicialmente homossexuais, usuários de heroína injetáveis e profissionais do sexo.

O desconhecimento inicial sobre a patologia e seus impactos na vida das pessoas infectadas favoreceram a construção de abordagens que tendiam vincular a AIDS à uma sentença de morte, responsabilizar os sujeitos pela sua condição sorológica e retirá-los do convívio social, com desdobramentos na construção de estigmas, preconceitos, tabus, discriminação e exclusão social, especialmente com os homossexuais do sexo masculino, grupo majoritariamente afetado. Isso corroborou para acentuar a homofobia e a sorofobia, dado que as análises desse período reforçam o estigma e a discriminação e estavam centradas na esfera da vida privada dos sujeitos, com ênfase na sexualidade e orientação sexual, o que desencadeou o entendimento de que as relações sexuais homossexuais apresentavam uma natureza promíscua. Por isso, ser gay, naquele momento, era fator presuntivo da AIDS.

Não por acaso, essa ideia ainda paira no ideário sociocultural e hoje 8 em cada 10 pessoas acham difícil contar que tem HIV ou AIDS para alguém, de acordo com a UNAIDS Brasil *et al.* (2019). Com isso, coadunado com Santos (2014) quando defende a permissa que, embora enfermidade apresente uma história natural, expressa na forma como o vírus age no organismo humano, no aparecimento de infecções oportunistas, no tratamento e efeitos colaterais, na busca pela diminuição desses efeitos e no controle desta infecção, isto é, a patologia física. No plano social, a epidemia HIV/AIDS se constitui como complexo problema de saúde pública, que coloca desafios para garantir direitos sobretudo pelo estigma e preconceito em torno da pessoa infectada, além de englobar múltiplas determinações em saúde.

Destarte, conforme argumenta autora, a análise da epidemia de HIV/AIDS deve ocorrer a partir de uma concepção ampliada de saúde e contemplar um conjunto de ações e políticas estruturais e intersetoriais, com vistas a permitir o acesso aos bens e serviços à população (educação, lazer, alimentação, habitação e demais fatores que influenciam no

processo de saúde-doença) para além de ações do setor saúde. Para tanto, é preciso compreender que

[...] o conceito ampliado de saúde nasce de uma direção social e envolve um projeto societário vinculado à classe trabalhadora e subalterna, na sua luta de garantir direitos sociais que efetivamente atendam necessidades. Sendo assim, garantir a efetivação do direito à saúde depende da correlação de forças que se estabelecem para a materialização da saúde como bem público e universal, sem deixar de ter em mente que a direção hegemônica privilegia a mercantilização da saúde, o que torna a luta social um grande desafio. (SANTOS, 2014, p. 31).

É incontestável que a descoberta do diagnóstico, para além da carga física da infecção, traz danos psicológicos²⁶, tais como: estresse pelo medo das perdas ou morte, depressão, ansiedade, os quais são ocasionados, entre outros, pela discriminação e preconceito e tendem a acentuar os problemas de convivência nos círculos sociais, especialmente nas famílias das pessoas soropositivas. De acordo com Santos (2005), tal processo resulta na ampliação da exclusão social, sobretudo nos sujeitos mais pauperizados, expressas na negação dos direitos, restrições do espaço de sociabilidade, condições aviltantes de vida o que favorece a interrupção do tratamento, reduzida participação no mercado de trabalho, insegurança alimentar, ausência de saneamento básico, e na dificuldade do acesso aos serviços de saúde e educação.

Esse conjunto de determinações sociais envolvidas da suscetibilidade da infecção e desenvolvimento da enfermidade atinge historicamente as populações mais marginalizadas e se apresentam como expressões da “questão social” que demandam respostas do Estado; além de figurarem como fatores explicativos para a alta prevalência de casos em países em desenvolvimento, consideradas as desigualdades socioeconômicas que lhes são constitutivas. Nessa direção, fica evidente que dada a magnitude da epidemia, a forma como o vírus se espalhou nas diferentes regiões do mundo apresentou particularidades em cada país, tendo em vista as particularidades sócio-históricas. Para Castro (2017), alguns dos fatores que favoreceram essa disseminação foram os comportamentos individuais (sexo desprotegido, uso de drogas injetáveis, etc.); ações coletivas (capacidade de mobilização da sociedade civil por

²⁶ “Ou seja, os problemas de saúde mental em PVHIV [pessoas vivendo com HIV] podem ter impacto negativo na evolução da infecção/doença, mesmo quando a pessoa acometida adere plenamente ao uso de TARV [terapia antirretroviral].” (BRASIL, 2017, p. 179). De acordo com estudo realizado pela UNAIDS Brasil *et al.* (2019), 47,9% das pessoas entrevistadas apresentavam problemas de saúde mental, o que evidencia a necessidade deste aspecto ser discutido na perspectiva de garantir uma saúde integral para esta população.

respostas políticas via programas e políticas públicas) e as respostas governamentais (atuação ou não do Estado).

No Brasil, a AIDS surge nos anos de 1980 no contexto de redemocratização do país, com a prevalência em homossexuais (masculino), ainda que se reconheça que a infecção também atingia os hemofílicos e usuários de drogas. O primeiro caso diagnosticado oficialmente no país ocorreu em São Paulo, em 1982. Já em Sergipe, essa identificação aconteceu em 1987. Diversos autores, dentre os quais Marques (2002), advertem que a chegada da AIDS no país não aconteceu pelo registro de pessoas infectadas, mas primeiramente pelos relatos noticiados através da imprensa, o que culminou na disseminação de pânico e medo na sociedade, tida como uma “doença estrangeira” e com associações como “câncer gay” e “doença dos homossexuais”. Nesse mesmo período, a reação da Igreja, consubstanciada pelos valores da moralidade cristã e o conservadorismo, foi incisiva ao taxar a origem da AIDS como uma espécie de “castigo divino”, sendo que posteriormente alguns movimentos religiosos vão se somar no enfrentamento da epidemia.

Semelhante ao cenário internacional, os momentos iniciais da epidemia no contexto brasileiro são marcados pela resistência e omissão do governo no enfrentamento da epidemia. Com o discurso que a infecção atingia setores restritos da sociedade, as tímidas estratégias delineadas tardiamente demonstravam os parques investimentos, a desarticulação entre as ações adotadas pelos diferentes Estados, o que contribuiu para disseminação do vírus entre os diversos segmentos da sociedade.

Neste contexto, segundo Santos (2005), as ações ofertadas pelos sistemas de saúde no país apresentavam baixa efetividade, fragmentação e descontinuidade nas intervenções, posto que estava em vigência no país o modelo de assistência médica previdenciária pautada na lógica securitária e caracterizada pelas práticas curativas de caráter individualista, o que corroborou para a transformação da epidemia de HIV/AIDS em um grave problema de saúde pública.

Todavia, os processos econômicos-políticos e sociais em andamento no país, distensão do regime ditatorial e o contexto de redemocratização, forjaram a luta por direitos sociais. No caso da saúde, ganhava densidade o movimento da reforma sanitária colocando em pauta questionamentos acerca da saúde, compreendo-a como um direito à cidadania e permeada de determinações sociais, o que refletiu no entendimento da infecção, na construção de respostas políticas à epidemia e no adensamento de discussões relacionadas à sexualidade, identidade de gênero, orientação sexual e práticas sexuais seguras.

Frente ao aumento de casos e a negligência por parte do governo, começa a ocorrer progressivamente um clima de insatisfação em alguns setores da sociedade (profissionais da saúde, agentes públicos e artistas) que se inconformam com a situação, com efeitos na intensificação e no fortalecimento das mobilizações sociais, com ênfase no papel desempenhando pelo movimento LGBTQIA+²⁷ na luta por respostas – maiores afetados pela disseminação de informações imprecisas e discriminatórias pela mídia.

Em vista disso, os grupos provenientes da sociedade civil passam a prestar assistência às pessoas infectadas e familiares, ao desenvolverem estratégias preventivas a exemplo de campanhas estimulando o “sexo seguro”; como também começam a pressionar o Estado para implementar programas e políticas sociais nos diferentes países do mundo, além de tensionar a mídia para que divulgasse informações corretas sobre a prevenção desta epidemia.

O resultado das ações organizadas pela sociedade civil são a criação, no final da década de 1980, do Grupo de Apoio à Prevenção (GAPA) e da Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS (ABIA), em São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, constituindo-se como organizações políticas que atuam no enfrentamento desta epidemia. Em meio a isso, ocorre ainda o adensamento de diversas ONGs/AIDS, dos movimentos feministas, negro, de travestis, transexuais, hemofílicos e profissionais do sexo, que se somam na defesa da causa.

Em Sergipe, por exemplo, tem-se a criação do grupo Dialogay em 1981, localizado na capital aracajuana, o qual foi extinto no início dos anos 2000; como também a criação do GAPA-SE em 1992, sob a coordenação do médico Almir Santana – um dos principais expoentes do estado no enfrentamento desta epidemia. Dentre as ONGs que atuam na linha de frente desta temática na realidade sergipana na cena contemporânea, destacam-se: a Associação de Defesa dos Direitos Humanos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado de Sergipe (ADHONES); a Associação de Travestis e Transgêneros (ASTRA); o Grupo Cidadã Positiva; Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP +), Movimento Popular de Saúde do Estado (MOPS); a Casa de Assistência às pessoas com Aids Janaína Dutra; e a Associação Bom Samaritano.

No plano internacional, a década de 1980 demarca o início de algumas conquistas o manejo da epidemia, dentre as quais, sobressaem-se a realização de testes rápidos e a utilização do Zidovudina (AZT), medicamento inicialmente usado no tratamento de câncer

²⁷ LGBTQIA+ – Representa Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros (transexuais e travestis), queer, intersexuais, assexuais e mais possibilidades de identidade de gênero ou orientação sexual.

que depois começou a ser utilizado no tratamento do HIV, em 1987. Apesar da pouca efetividade do AZT, a utilização desse remédio mitigou os efeitos da enfermidade, a qual era descoberta em estágio avançado nos hospitais. Devido ao fato desse medicamento ser produzido apenas nos Estados Unidos e apresentar alto custo, havia uma tendência de responsabilização para sociedade pela sua aquisição, tendo em vista que ainda não era garantido pelo Estado (SANTOS, 2014).

No Brasil, em meados do ano 1983, ocorre o início de respostas governamentais no Brasil, com a estruturação do primeiro Programa de AIDS no Estado de São Paulo, através da Secretaria de Saúde, tornando-se o primeiro estado a criar uma estratégia de enfrentamento à epidemia, o que pode ser explicado pelo expressivo quantitativo de casos na região e por ter sido berço das primeiras movimentações políticas e sociais no enfrentamento da epidemia. Essa conquista acabou influenciando outros Estados a desenvolverem ações com esse propósito, fazendo com que o Governo Federal assumisse paulatinamente essa questão como um problema de saúde pública, especialmente no ano de 1985, momento em que acontece a estruturação do Programa Federal de Controle à Aids, através da Portaria nº 236/85. Após um ano desse acontecimento, como resultado lutas sociais, é criado o Programa Nacional de DTS²⁸/AIDS.

No caso de Sergipe, a estruturação do Programa Sergipano de Enfrentamento à AIDS se dá em 1987, sintonizado aos desdobramentos nacionais enquanto o resultado dos avanços advindos dos tensionamentos feitos por integrantes dos movimentos sociais e dos diversos sujeitos que atuavam nos serviços de saúde, em âmbito estadual e municipal, ligados às ideias da reforma sanitária. Santos (2005) sinaliza que a consolidação do Programa Nacional começa a partir de 1988, tendo em vista que os momentos iniciais apresentavam fragilidades na definição da estratégia de ação, o que resultou na busca de recursos do capital internacional; além de servir de suporte as ações desenvolvidas por outros países, especialmente aos Estados Unidos; e atuar em conjunto com as poucas entidades religiosas, filantrópicas e particulares existente no país.

²⁸ É oportuno demarcar que através do Decreto nº 8.8901/2016 e em consonância com as recomendações da OMS, o MS adotou a nomenclatura IST (Infecção Sexualmente Transmissíveis) em vez de DST (Doença Sexualmente Transmissíveis). Um dos fatores responsáveis pela alteração, além do termo “doença” ser estigmatizante, consiste na possibilidade de a pessoa ter o vírus ou transmitir a infecção, apesar de não apresentar sinais ou sintomas. Face a essas mudanças conceituais e considerando o atual contexto histórico, ao longo da exposição, será substituída Política de DST/AIDS por Política de IST/AIDS e Programa Nacional de DST/AIDS por Programa Nacional de IST/AIDS.

Ainda nesse período, acontece a disponibilização do primeiro teste anti-HIV, em 1985; a inclusão da AIDS no rol de doenças de notificação compulsória²⁹, em 1986; o início da distribuição de medicamentos na rede pública de saúde em 1988, tornando-se obrigatória a distribuição de medicamentos pelo SUS somente em 1996, através da Lei nº 9.313/1996; além do direito ao saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), ao Programa de Integração Social (PIS), e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), através da Lei nº 7.670/88, e a isenção no imposto de renda (Lei nº 7.713/88). Aliás, outro fator importante dessa década, é a institucionalização pela OMS do dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids, constituindo-se como estratégia mundial fomentar a discussão acerca da temática na sociedade. Nesse período, o país registrava 6.295 casos de AIDS.

Historicamente, a infecção foi evidenciada em três fases no Brasil, conforme afirma a Política de IST/AIDS: 1ª) vai da sua gênese em 1982 até aproximadamente o ano de 1986, com predominância em homossexuais de alta escolaridade e tendencialmente com situação econômica elevada, denominado de “grupo de risco”; 2ª) de 1987 até 1990 ocorreu um crescimento de casos na população com faixa etária menor, como também em heterossexuais, e em pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, passa-se a usar o termo “comportamento de risco”; 3ª) se inicia em 1991 e perdura até a atualidade e suas características principais são a disseminação nos mais variados grupos sociais, em casais heterossexuais (heterossexualização), e principalmente mulheres (feminização), pessoas com nível escolar baixo e renda (pauperização), bem como em municípios de médio e pequeno porte (interiorização), período em que foi empregado o conceito de “Vulnerabilidade”, que

representa uma tentativa de analisar a epidemia, integrando fatores de ordem **individual** – relacionados à subjetividade e auto-estima de cada um –, **social** – ligados às raízes socioculturais e político-econômicas – e **programática** – relacionada com a infra-estrutura de saúde pública que contemple a promoção, prevenção e a assistência à saúde em cada situação. Compreender a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo social é fruto da articulação desses três grupos de fatores, em modelo tridimensional, onde, cada momento, algum grupo pode pesar mais que o outro. (SUDBRACK, 2005, p. 28, grifos da autora)

Face o espraiamento da epidemia, as desigualdades vivenciadas pelos países, dentre os quais o Brasil, revelam a necessidade de correlacionar os avanços tecnológicos e científicos

²⁹ A infecção pelo HIV enquanto notificação compulsória ocorre a partir de 2000, inicialmente com gestantes, e em 2014 estende-se aos demais segmentos populacionais (BRASIL, 2020b).

desenvolvidos nas medidas contra a infecção pelo HIV e controle da AIDS, estabelecendo os nexos com determinantes sociais e com as particularidades da formação sociohistórica de cada região, “[...] no que tange ao acesso a bens e serviços pela população, taxa de desigualdade social e concentração de renda da população têm forte influência sobre os índices de infecção, apontando para a importância dos determinantes sociais para a superação ou intensificação da epidemia no Brasil.” (CASTRO, 2017, p. 82).

Nessa seara, ao Estado, enquanto regulador das relações sociais, incumbe-se a função de desenvolver ações e políticas públicas que atuem no manejo da epidemia através de políticas sociais. Sobretudo, quando observados que no plano mundial e nacional há mudanças nos perfis epidemiológicos, através de tendências como: heterossexualização, pauperização, feminização, juvenização, interiorização e envelhecimento. Quanto à sociedade civil, cabe o tensionamento por respostas que estejam alinhadas às demandas concretas das pessoas soropositivas.

Assim, ao passo que surgem novas configurações epidemiológicas são colocadas em debate a necessidade de engendrar ações no processo de assistência em saúde, especialmente ante a prevalência da infecção pelo HIV nos segmentos mais pauperizados. Isto expõe que as desigualdades socioeconômicas mundiais, nacionais, regionais e locais tendem a acentuar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, continuidade e adesão ao tratamento de controle do vírus; como também sinaliza que as alterações nos perfis epidemiológicos trazem como consequência novas demandas no processo de atenção à saúde deste público, para além das estratégias restritas o binômio saúde-doença. Segundo Castro (2017), as ações desenvolvidas devem visualizar caminhos que possibilitem ao sujeito escolher entre as estratégias preventivas, desde que permita também que essas escolhas sejam efetivadas, isso tem a ver com relações entre Estado e sociedade civil.

É no bojo dos processos político-econômicos em curso na década de 1980, que são consolidadas conquistas na Constituição de 1988, principalmente no que concerne à garantia de direitos sociais e da saúde como um dever do Estado e direito de todo cidadão. Nesse ambiente, a política de saúde estava polarizada por dois projetos em disputa: o da Reforma Sanitária, que defendia a universalização das políticas sociais e direitos, responsabilizando o Estado pela gestão das políticas sociais, dentre as quais as relacionadas ao manejo do HIV e AIDS. De outro, o Projeto Privatista fundamentado na política de ajuste fiscal, com ênfase na redução dos gastos através da racionalização da oferta, na descentralização com isenção da responsabilidade do poder central e na focalização das ações. Além de estabelecer como

prioridade no âmbito do SUS, a prevalência da assistência médico-hospitalar, em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde (BRAVO, 2007).

Com a entrada dos anos 1990, o país ao se alinhar a ofensiva burguesa com a adesão às “reformas” neoliberais dificulta a garantia e a universalização do direito à saúde estabelecido na Carta Magna de 1988, com implicações na implantação dos SUS e para a consolidação de respostas contra o avanço da epidemia, face o agravamento de questões como a precariedade dos recursos, a qualidade dos serviços e a quantidade do atendimento. Aliás, essa situação atinge os diferentes níveis de atenção à saúde e ganha novas configurações até hoje na medida em que se intensifica a prevalência de ações pontuais, seletivas e fragmentadas revelando a mínima atuação do Estado na oferta de serviços aos que não podem pagar, com tendência de deslocamento dessa função para os serviços privados e sociedade civil, resultando em um processo (des)proteção social, que “[...] apesar de intensificar as formas arcaicas de exploração da força do trabalho no campo, flexibilizar as relações de produção na indústria e retirar dos trabalhadores boa parte dos seus direitos, não vai proporcionar um crescimento económico significativo.” (CASTRO, 2017, p. 22).

As repercussões no campo do tratamento da AIDS foram a prevalência de ações curativas em detrimento de práticas de promoção em saúde, o que reforça tendências de mercantilização da saúde e favorece o setor privado. Sobre esse processo coaduno com as afirmações de Agostini *et al.* (2019, p. 4602) quando enfatizam que

Se é verdade que a instituição do SUS foi central na construção de uma resposta nacional à epidemia de HIV, tal resposta enriqueceu, ainda que com tensões, ideários desejados no processo de luta da reforma sanitária, em parte através de estratégias e instâncias mais amplas que as de controle social formal existente no SUS. É por isso que o campo do HIV, em conjuntura de crise marcada por incerteza, desamparo, ódio social, conservadorismo e redução do papel do Estado, é afetado pelo desmonte mais geral do SUS, mas também por suas conexões com temas como gênero, sexualidade e ativismo político. Ao ter essa amplitude de pontes, sobre este campo podem incidir linhas de força de modo singular, vigoroso e antecipado na direção da sua destruição, mas também pode ser um dos campos oportunos e vitais de produção de resistências para si e para o SUS.

Nesse contexto, as mobilizações sociais passam a questionar a necessidade de formas preventivas na esfera do trabalho, o que culmina na criação do Grupo de Trabalho para Eliminação da Discriminação e o Programa Nacional de Direitos Humanos, responsáveis por coibir atos excludentes e discriminatórios na década de 1990. Ainda que a legislação garanta o acesso igualitário, inclusive recentemente houve a aprovação da Lei 12.984/2014 – que tornou

crime práticas ou atitudes discriminatórias com as pessoas soropositivas –, em um contexto de reestruturação produtiva, cuja a lógica subjacente é superexploração dos trabalhadores e perdas de direitos, há uma tendência de as pessoas com AIDS serem excluídas do mercado de trabalho, dado o estigma e preconceito construídos em torno desta enfermidade na sociedade. Isso está relacionado, essencialmente, as contradições existentes em torno do mercado de trabalho brasileiro, no qual os que ganham menos consequentemente têm mínimas garantias e tendem a apresentar dificuldade financeira para dar prosseguimento ao tratamento.

Segundo a pesquisa desenvolvida pela UNAIDS Brasil *et al.* (2019), 64,1% das pessoas entrevistadas vivenciaram alguma situação de estigma ou discriminação pelo simples fato de ter o HIV ou AIDS. Comentários discriminatórios ou especulativos afetaram 46,3% delas, enquanto 41% do público afirmaram que esses comentários partiram da família. O levantamento demonstrou ainda outras situações de discriminação, incluindo assédio verbal (25,3%); atitudes preconceituosas com os/as companheiros/as (20,3%); perda na fonte de renda ou emprego (19,6%); exclusão de atividades familiares (17,3%) e encontros sociais (17%), perda de promoção no emprego ou mudança na natureza do trabalho (13,3%); chantagens (10,9%); proibição de frequentar atividades religiosos (7,6%) e agressões físicas (6,0%).

A investigação também revelou outros pontos interessantes: o fato da maioria dos entrevistados terem segundo grau completo ou equivalente (34,3%); apesar da alta taxa de desemprego prevaleceu no grupo (30,6%). Além disso, observou que um número considerável de pessoas (13,3%) teve problemas para suprir suas necessidades básicas na maior parte do tempo. Isso expõe que o estigma e a discriminação afetam sobremaneira a vida das pessoas infectadas, com reflexos na sua inserção no mercado de trabalho e no atendimento das suas necessidades básicas como alimentação. Esses fatores que estão relacionados a adesão e continuidade do tratamento, devem ser considerados nas formulações de políticas públicas.

Feitas essas ponderações, cumpre sinalizar que ainda na década 1990 ocorre a descoberta da combinação de várias drogas que auxiliam no enfretamento do HIV e AIDS, denominada de terapia antirretroviral (TARV), ao possibilitar a redução e controle do vírus. Associado a isso, há a implantação da Rede Nacional de Laboratórios, em 1997, responsável por monitorar a evolução do vírus no organismo humano, através da contagem de carga viral e das células de defesas do organismo, os linfócitos CD4 (SANTOS, 2014).

Esses avanços possibilitaram a redução dos números de óbitos e das internações por doenças oportunistas, ainda que questões como a adesão ao tratamento e os efeitos colaterais dos remédios assolassem a trajetória da epidemia. Daí a necessidade de dialogar sobre esses

riscos com os usuários na direção de envolvê-los no processo do tratamento, com vistas a garantir a continuidade.

No que tange aos efeitos colaterais dos ARVs [medicamentos antirretrovirais], os sintomas mais frequentes para aqueles que fazem uso do coquetel são as náuseas, a insônia, vômitos, agitação, diarreia e manchas vermelhas pelo corpo (rash cutâneo) que podem surgir de forma combinada ou desaparecer em algumas semanas e, em alguns casos, não aparecerem. Contudo, além deles, os soropositivos podem sofrer com alterações a longo prazo que englobam danos aos rins, fígado, ossos, estômago e intestino além de problemas neuropsiquiátricos, lipodistrofia e diabetes. Diante desse arsenal de efeitos, não é incomum que muitas pessoas abandonem o tratamento e justifiquem o mesmo devido ao cansaço e a indisposição decorrentes, cujas causas, muitas vezes, não aparecem nos resultados dos exames e são desconsideradas pelos médicos. (CASTRO, 2017, p. 47- 48)

Estudos recentes revelaram que o uso regular dos antirretrovirais ampliam a possibilidade de a pessoa com a condição sorológica positiva tornar-se indetectável (ao reduzir a carga viral a níveis inidentificáveis no corpo) e intransmissível (ao inibir a transmissão do vírus para outras pessoas), o que pressupõe um acompanhamento em saúde contínuo e gera melhorias na vida das pessoas com HIV e AIDS. As recomendações mais recentes da OMS estabelecem como medicações de primeira linha Dolutegravir (DGT) e Raltegravir (RAL). No caso do Brasil, além da DTG, são incluídos os Tenofovir e Lamivudina. A utilização desse arsenal medicamentoso contribui para a redução de 96% na transmissão sexual e favorece para diminuir a morbimortalidade, com consequente aumento da expectativa de vida, o que conferiu à AIDS a condição de cronicidade (BRASIL, 2018).

Retornando a discussão sobre a formulação de respostas ao enfrentamento da epidemia, é válido destacar que até a entrada dos anos 1990 as medidas contra a AIDS se caracterizavam pela falta de diálogo entre sociedade e Estado, sobretudo no governo de Collor, o qual foi marcado pela desestruturação do Programa Nacional ocasionado pela falta de sintonia entre a nova diretoria nacional e os programas estaduais e municipais, expresso nas decisões políticas centralizadoras que ignoravam sugestões dos ativistas, sociedade civil e gestões municipais e estaduais, o que influenciou negativamente nas ações e decisões no enfrentamento da AIDS (MARQUES, 2002).

Através dos convênios e empréstimos do governo brasileiro com o Banco Mundial, no final de 1992 foi iniciada uma reorganização no Programa Nacional de IST/AIDS com a assinatura do acordo entre o governo federal e a agência internacional em 1993, momento em que começa a ocorrer a participação da sociedade civil, estados e municípios no

estabelecimento conjunto de estratégias para controle da AIDS, a exemplo dos investimentos na organização dos serviços especializados. Nesse momento, houve incentivo às ações desenvolvidas pelas ONGs/AIDS e também uma ênfase nas ações biomédicas e práticas individualizantes, as quais passam a ser questionadas a partir da participação popular no processo de formulação das respostas à epidemia. Isso favoreceu o entendimento da epidemia de HIV/AIDS numa percepção ampliada de saúde e colocou em pauta temas como sexualidade, gênero e orientação sexual, pautadas na perspectiva dos direitos humanos.

A parceria entre o governo federal e Banco Mundial tinha por finalidade mitigar os efeitos do avanço da epidemia no país. Para isso, houve a centralidade dos recursos na parte preventiva. Esse processo resultou no Projeto AIDS I, que se estendeu de 1994 a 1998 no governo de FHC, momento em que se ampliou a rede de serviços especializados, aprimorou-se a gestão nas três esferas, com melhoria da atenção à saúde, sobretudo pela estruturação dos serviços assistenciais especializados e parcerias com as ONG's.

Segundo Parker (2003), o Projeto AIDS I contou um repasse de 160 milhões de dólares do Banco Mundial e 90 milhões pelo Tesouro Nacional, com a finalidade de controlar o vírus no país. Nesse momento, a AIDS ocupava o terceiro lugar de causas de mortes, o que pode ser explicado pelas respostas esparsas, a exemplo das tímidas medidas preventivas, as quais apareciam esporadicamente nos meios de comunicação, especialmente em períodos festivos e, que, na maioria das vezes, tendiam reforçar o estigma e a discriminação. Do montante investido, 41,08 % focou na prevenção, 18,56% no desenvolvimento institucional, 6,48% na vigilância sanitária e 33,84% nos serviços.

No bojo desse processo, emerge a Política Nacional de IST/AIDS, especificamente em 1999, tendo como finalidade estabelecer os princípios e diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de Enfrentamento da AIDS, os quais devem ser pensados em articulação com as prerrogativas do SUS, sobretudo em termos da descentralização—administrativa e integralidade das ações. Dentre os princípios norteadores do Programa estão a diminuição de incidência de infecção pelo HIV e por outras ISTs; a ampliação do acesso ao diagnóstico, ao tratamento e a assistência no que toca as pessoas vivendo com HIV; e o fortalecimento das instituições públicas e privadas designadas ao enfrentamento das ISTs e da AIDS. Esses pilares englobam ações de prevenção e assistência, como também atua na promoção dos direitos humanos através da participação social, via controle, na formulação e avaliação das respostas dadas à epidemia (BRASIL, 1999).

Hoje, o Brasil se consolida como uma das referências mundiais na luta anti-HIV, especialmente, pela distribuição gratuita dos medicamentos e assistência à saúde de forma

universal. Estando a Política de Enfrentamento ao HIV e AIDS situada no âmbito da vigilância em saúde e coordenada pelo MS. De acordo com a Lei 9.313/1996, o financiamento na área do tratamento da AIDS provém dos recursos da Seguridade Social, dos municípios e do Distrito Federal, semelhante ao financiamento do SUS. Devido “[...] suas ações se encontram vinculadas aos serviços disponibilizados pela Política de Saúde, cortes na saúde impactam significativamente o funcionamento dos serviços e ações ofertados pela Política anti-HIV brasileira.” (CASTRO, 2017, p. 25). E, por conseguinte, esse cenário traz rebatimentos para o Programa Nacional de IST/AIDS.

Mesmo que os princípios que alicerçam a gestão do Programa Nacional sejam a descentralização, institucionalização, participação social e a sustentabilidade, em tempos de capital financeiro, segundo Soares (2020), a descentralização usada no discurso estatal atua numa perspectiva falaciosa de suposta eficácia dos programas, quando, na verdade, o que acontece é uma tendência de desresponsabilização e burocratização do acesso aos programas e políticas sociais; pela privatização dos serviços públicos para o setor privado e não-lucrativo, há o interesse de descolar esse setor para o mercado, como também despolitiza o conteúdo dos direitos e políticas sociais, com a justificativa de racionar os gastos face à crise fiscal do Estado; e, por fim, a focalização dos gastos sociais revelam uma política social voltada a setores específicos, em especial às pessoas mais pauperizadas.

Essa realidade assola o contexto brasileiro e atinge as pessoas com HIV, especialmente com a adoção do ideário neoliberal, que trouxe ameaças às conquistas contidas na Constituição de 1988 e reforçou a lógica de subjugação da saúde aos ditames do grande capital. De acordo com Bravo e Menezes (2011), o resultado das “reformas neoliberais” é a não preocupação com a garantia de recursos para manter o atendimento digno e de qualidade da população, mas se canalizam esforços para conservar o superávit primário, o foco na política de exportação custeada pelo agronegócio e nas indicações econômicas marcadas pelo caráter fragmentado e focalizado.

Apesar da consolidação das “reformas” neoliberais nos anos 1990, principalmente no governo de FHC, ocorre entre 1998 até 2002 a pactuação de novo acordo denominado de AIDS II, o qual contou com investimento de 165 milhões de dólares do capital estrangeiro e 135 milhões do governo federal. Há ênfase na prevenção, especialmente nas mulheres das camadas mais pauperizadas, visto apresentarem maior incidência naquele momento (SANTOS 2005). Os efeitos desse investimento culminaram na consolidação das ações de manejo à epidemia, especialmente nos anos 2000, o que forjou em âmbito mundial o debate sobre a produção de medicamentos genéricos para o enfrentamento da epidemia, ao se

questionar os preços abusivos dos remédios patenteados das indústrias farmacêuticas internacionais.

Essa discussão adentrou os países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil que consegue quebrar a patente do medicamento Efavirez (Stocrin) em 2005, que representou para o governo brasileiro a redução dos custos com a produção dos antirretrovirais. Entretanto, observa-se que um número expressivo dos medicamentos distribuídos nos serviços de saúde é de produção internacional, ainda que se perceba a presença das produções nacionais, o que traz ônus para investimentos em outras estratégias anti-HIV. A produção nacional antirretrovirais genéricos contribuiu para o fortalecimento do Programa Nacional IST/AIDS, como também colaborou, nos anos subsequentes, para a redução da taxa de mortalidade e a morbidade.

Entre os anos de 2003 a 2006, acontece a pactuação de um novo convênio entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, denominado AIDS III, o qual será delineado no governo Lula, consubstanciado no aprimoramento da assistência à saúde das pessoas com HIV, especialmente em questões ampliação do diagnóstico e aprimoramento de tecnologias científicas anti-HIV (VILARINHO *et al.*, 2013). Conquanto, esses esforços caminharam no sentido de ampliar os espaços privados no setor da saúde, expressos nas contrarreformas no SUS no governo petista, abordadas no primeiro capítulo. Uma das diretrizes dessa nova pactuação era a aproximação entre o governo e as ONGs, através do financiamento de programas e projetos que atuassem no manejo à epidemia, o que resultou em incongruências perceptíveis na cooptação dos espaços de participação popular e algumas ações desprovidas de um direcionamento político.

De acordo com Castro (2017, p. 23), a aliança entre o Estado brasileiro e o Banco Mundial apresenta como implicações “[...] a privatização com taxações nos serviços de saúde e a focalização do sistema de saúde para a população pobre tem sido o principal objetivo das ações governamentais, desconsiderando os princípios e diretrizes que direcionam as ações em saúde no Brasil.” Nesse ambiente, a autora entende que são observados o sucateamento e focalização da Política de IST/AIDS, como também no campo do tratamento e tecnologia – carro chefe das ações de prevenção ao HIV e controle da AIDS.

Isso permite que a indústria farmacêutica se fortaleça, com efeitos na retirada de discussões centradas nos direitos humanos e equidade das ações. Associa-se a isso, o preconceito de alguns profissionais de saúde acerca da infecção e da patologia, inclusive a classe médica, tornando a situação mais emblemática. Com reflexos na centralidade de ações biomédicas e técnicas que priorizam um entendimento de saúde restrita a dimensão biológica

da enfermidade e no distanciamento da escuta dos usuários com HIV e com AIDS acerca dos desafios para continuar o tratamento.

Dentre os aspectos que potencializam a falta de vinculação dos soropositivos ao tratamento estão o preconceito e a falta de articulação de ações de prevenção e tratamento do HIV/Aids com políticas de redução de danos, educação em saúde, diversidade sexual e direitos humanos, setorializando as ações e reduzindo as ações dos serviços especializados ao tratamento e testagem da população. (CASTRO, 2017, p. 24).

Coaduno com a autora, quando ainda afirma que embora o direito à saúde tenha sido garantido na Constituição Federal de 1988, o acesso está atravessado por inúmeras contradições, especialmente com a intensificação mercantilização das ações de saúde e das demais políticas sociais. Isso tem resultado na mistificação da perspectiva do direito. No caso do enfrentamento a epidemia da HIV/AIDS, é perceptível as inflexões no acesso universal ao tratamento antirretroviral, fragmentação das ações e ausência de integralidade no processo de atenção à saúde.

Na gestão de Dilma Rousseff, as repostas à epidemia estiveram permeadas de inovações e retrocessos, decorrentes das desvinculações dos recursos para pagamento da amortização dos juros da dívida pública. Este contexto coloca para a política de saúde e, conseqüentemente, para a política anti-HIV, a intensificação de tendências privatizantes, terceirização dos serviços, parcerias público-privadas, focalização da atenção à saúde, redução da participação social nas decisões, descentralização e desfinanciamento de recursos, que trazem implicações no manejo da epidemia através do constante tensionamento de ampliação de serviços e redução de investimento, que podem incidir em fragilidades na distribuição dos medicamentos e na assistência às populações mais vulneráveis.

Contraditoriamente, é no bojo desse terreno que são adensadas as discussões no âmbito do SUS acerca da adoção de medidas inovadoras no manejo à epidemia, tais como o “Tratamento como Prevenção (TSP em inglês, TcP, em português)”, o “Testar e Tratar” e a proposta da “Prevenção Combinada”. Ambas sintonizadas às tendências internacionais de entidades referências no manejo à AIDS, dentre as quais a UNAIDS e a OMS. Nessa lógica, percebe-se que o Brasil tem se consolidado internacionalmente como uma das referências no enfrentamento à epidemia, porém, ainda assim, são percebidas fragilidades na adesão das pessoas infectadas a essas medidas e dificuldades na quebra de patentes.

Na tentativa de reduzir os índices de infecção pelo HIV e mortes decorrentes da AIDS, o MS criou a proposta de descentralização do acesso e diagnóstico para a atenção básica,

através da Portaria nº 77/2012, que estabelece a realização de testes rápidos para o HIV e sífilis e aconselhamentos nas Unidades Básicas de Saúde. A atenção básica prestaria assistência as pessoas assintomáticas e no controle dos usuários estáveis. Em casos mais graves, como problemas com a adesão ao tratamento, coinfeção e intercorrências da AIDS, a atenção especializada seria acionada. Partilho do pensamento de Nemes e Scheffer (2016, p. 38) quando asseveram que

A atenção primária no Brasil tem se mostrado adequada para a assistência em agravos de prevalência alta e homogênea, a exemplo da hipertensão arterial não complicada. Diferentemente, no caso da AIDS, além de sua prevalência relativamente menor e de distribuição populacional e geográfica muito heterogênea, há barreiras sociais provocadas pelo estigma e pela discriminação, assim como dificuldades técnicas quanto ao manejo clínico do tratamento, caracterizado por decisões muitas vezes complexas e individuais, com base em diretrizes terapêuticas constantemente atualizadas, no estado de saúde e no histórico dos pacientes, o que requer médicos que conjuguem capacitação, atualização e experiência profissional adquirida com o seguimento de um número mínimo de pacientes.

Em meio a essa situação, conforme constam nas informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, o Brasil recomenda o uso das terapias antirretrovirais para todas pessoas com HIV, inclusive as assintomáticas e em casais sorodiscordantes, que consiste no fato de um dos parceiros ter o vírus e o outro não. A principal mudança prevista com a proposta do “Tratamento para Todos”, é o início da medicação para todas as pessoas quando observado que as cargas de defesa do organismo (CD4) fossem iguais ou inferior a 500 células/mm³, o que poderia levar as pessoas a desenvolverem doenças oportunistas e talvez a manifestação da AIDS. Essa recomendação é materializada no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”³⁰ em dezembro 2013, ao reiterar a necessidade do início do antirretrovirais para toda população com HIV, independente da carga, sob o prisma de reduzir os índices de transmissão do vírus e melhorar a qualidade de vida.

Entretanto, mesmo se caracterizando como uma importante ferramenta de combate à epidemia, o TcP pode ser visto em distintas perspectivas, pois ao mesmo tempo que o tratamento intensivo de pessoas diagnosticadas com

³⁰ “O ‘Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos’ (PCDT Adultos) tem por principal objetivo oferecer recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Este documento alinha conteúdo técnico, baseado nas mais recentes evidências científicas, com o aprimoramento da política pública em saúde para as PVHIV no Brasil, de forma sustentável e responsável.” (BRASIL, 2017, p. 29).

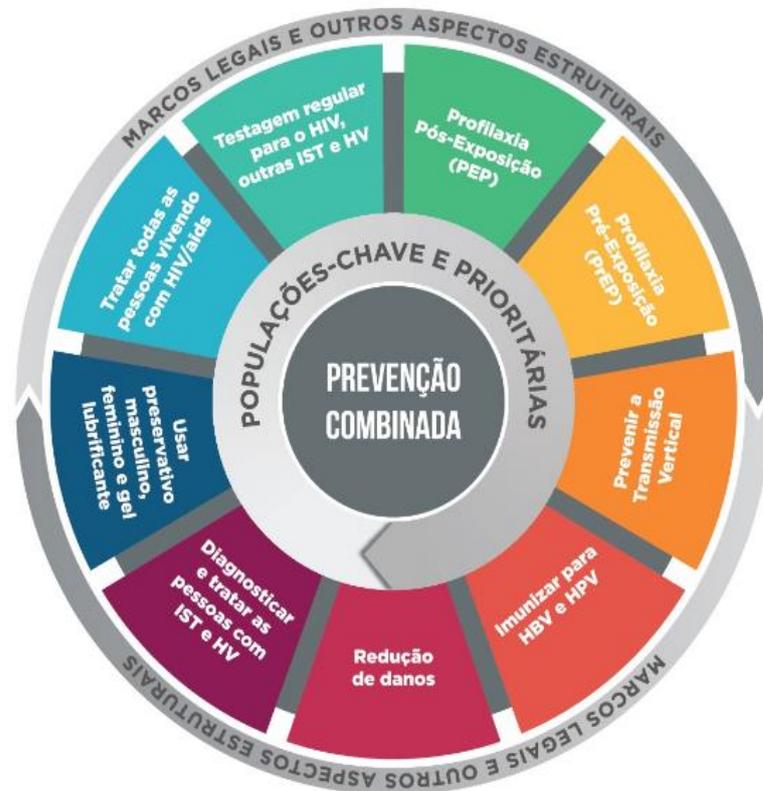
HIV contribui para uma redução significativa na carga viral, possibilitando zero transmissão do vírus, reflete também as limitações orçamentárias no âmbito da saúde por direcionar as ações do Estado para o âmbito da medicalização em detrimento da melhoria dos serviços de saúde disponibilizados para essa parcela da população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (CASTRO, 2017, p. 30).

A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde está relacionada ao método da Prevenção Combinada, que consiste na combinação de um leque de estratégias preventivas para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Este método está pautado em três dimensões: 1) **biomédica** – que prioriza a redução de risco à exposição ao HIV, a partir de estratégias que amenizem a transmissão direta e interações entre as pessoas infectadas e não infectadas; 2) **comportamental** – ao enfatizar abordagens diferentes a depender da situação de risco que a pessoa foi exposta; 3) **estrutural** – que está relacionada a elaboração de estratégias que articulem os elementos potencializadores de vulnerabilidades à infecção pelo HIV, tais como: aspectos sociais, políticos e econômicos (BRASIL, 2017).

Apesar disso, observa-se que em tempos de reestruturação político-econômica do capital há um superdimensionamento das ações biomédicas face sua funcionalidade a ordem burguesa, em detrimento das intervenções comportamentais e biomédicas. Dentre as ações previstas no método da Prevenção Combinada, segundo Viera (2018), destacam-se a garantia da terapia antirretroviral desde a detecção do vírus, isto é, “Tratamento para Todos”; a testagem frequente para o HIV, que alude à lógica do “Testar e Tratar”; o exame do HIV no pré-natal e na maternidade, que visa evitar a transmissão vertical; a distribuição de preservativos masculinos e femininos, e gel lubrificante; garantia de acesso aos serviços de saúde; tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis; uso da profilaxia pós exposição ao HIV (PeP) e da profilaxia pré-exposição (PrEP)³¹; distribuição de antirretrovirais; e, principalmente, a adoção de estratégias que objetivem diminuir o estigma e preconceito, como também leve em conta os aspectos subjetivos destes indivíduos, conforme ilustra a imagem abaixo.

³¹ A PeP está disponível no SUS desde 2010. Já oferta da PrEP é iniciada timidamente em 2017, havendo expansão em 2018 para as demais regiões do país.

Representação gráfica da Prevenção Combinada



Fonte: Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância. Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS)

A PeP se baseia na utilização dos medicamentos antirretrovirais após a exposição ou possível exposição ao HIV. Essa situação pode ocorrer de duas formas: ocupacional, a exemplo da punção por uma agulha ou em casos de profissionais de saúde serem expostos ao vírus por acidentes de trabalho; ou através de relações sexuais desprotegidas ou situações que ocorram falhas na prevenção com um parceiro com HIV, denominadas como não ocupacionais. Recomenda-se a utilização desse medicamento em até 72 horas após a exposição com HIV e durante 28 dias ininterruptos. Por outro lado, a PrEP está relacionada aos medicamentos antirretrovirais que podem ser usados antes da exposição ou em situações de possível exposição ao HIV – práticas sexuais, contextos de vulnerabilidades, populações com elevada prevalência ao HIV, entre outros (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2017).

Apesar da PreP ser ferramenta inovadora na tentativa de redução da transmissão ao HIV, evidências científicas apontam que para sua efetividade ocorra é necessário o uso regular dos medicamentos. É importante sinalizar que essa combinação de antirretrovirais previne apenas a infecção pelo HIV, sem apresentar tanta efetividade para outras ISTs. Por isso, a necessidade de combinar várias formas de prevenção, sendo a camisinha um dos métodos mais eficazes. A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2013 desenvolvida pelo Ministério da Saúde, identificou que 94% das pessoas entrevistadas afirmaram saber da necessidade de usar preservativo; entretanto, 45% da população brasileira sexualmente ativa sinalizaram que não usaram preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses. Isso indica a necessidade de pensar políticas de prevenção e promoção à saúde, especialmente nos grupos mais vulneráveis, ao mesmo passo que sinaliza a pertinência de elaborar outras estratégias preventivas, dentre as quais as integrantes do método da Prevenção Combinada.

De acordo com o Ministério da Saúde, a OMS começou a oferta de PrEP mundialmente a partir de 2012 para casais sorodiscordantes (quando um dos parceiros é soropositivo e o outro não); gays; homens que fazem sexo com homens (HSH); profissionais do sexo; e pessoas trans (travestis e transexuais), consideradas populações-chave. No caso do Brasil, esse grupo também apresenta maior suscetibilidade ao HIV, conforme demonstrou o Boletim Epidemiológico de 2020³². Ademais, frise-se que o Brasil foi o primeiro país da América Latina a incorporar essa estratégia no SUS. Atrelado a isso, foi desenvolvido um aplicativo para facilitar o manuseio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas entre profissionais da saúde, gestores e público. No entanto, o parco investimento na divulgação dessa ferramenta, fez com que boa parte da população desconheça suas funcionalidades. Em países como Estados Unidos, Bélgica, Escócia, Peru e Canadá, a oferta acontece na rede privada.

Para Parker (2015), a adoção da estratégia TcP expõe a sintonia entre a agenda mundial aos interesses neoliberais de reajustes econômicos e reduções orçamentárias no setor

³² “[...] os casos de infecção pelo HIV registrados no Sinan de 2007 a junho de 2020 em indivíduos maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição. Entre os homens, verificou-se que 51,6% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 31,3% heterossexual, e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Entre as mulheres, nota-se que 86,6% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,3% na de UDI. (BRASIL, 2020b, p.11) Para além da população chave, isto é, aqueles grupos que apresentam maior vulnerabilidade à infecção que a média nacional (gays e outros HSH; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais). Há também as populações prioritárias, dado que também apresentam maior suscetibilidade à infecção (população negra, indígena, jovens e pessoas em situação de rua). Ambos conceitos adotados pelo MS consideram os contextos sociais e estruturais que pode levar a situações de vulnerabilidade ao vírus.

da saúde. Ainda que se depare com percalços como a patente dos medicamentos e debilidade na adesão das pessoas soropositivas, de certo, o tratamento apresenta resultados positivos que são cientificamente comprovados, o que possibilitou a redução da carga viral e a inibição da possibilidade de transmissão aos parceiros sexuais, além da diminuição do número de mortes por AIDS. Contudo, alinhando aos interesses e pressões internacionais, os governos – incluindo o Brasil - tem aderido à TcP como única ferramenta disponível no enfrentamento da epidemia.

Para Castro (2017) o TcP apresenta uma funcionalidade a ofensiva burguesa, posto que estreita laços com a indústria farmacêutica e de insumo, na mesma medida em que focaliza a Política anti-HIV. Tal situação provoca o abandono gradativo das ações de prevenção e as atividades de promoção em saúde, e quando pensado como única ferramenta precisa ser questionado e criticado. No caso do “Tratamento como Prevenção”, segundo Parker (2015), ainda que se configure como uma ferramenta inovadora no manejo à epidemia, traz em sua essência uma lógica de responsabilização dos sujeitos pela infecção e controle da mesma, tornando as pessoas soropositivas meras consumidoras dos medicamentos, sem estabelecer conexões com as determinações sociais envolta a suscetibilidade ao vírus e possível desenvolvimento da patologia, bem como a continuidade do tratamento.

Tendo por base a argumentação de Iamamoto (2008) de que em tempos de financeirização do capital os direitos sociais são subjugados à disponibilidade orçamentárias, fica evidente que o desenvolvimento das ações das políticas sociais pode apresentar um caráter pontual e fragmentado, como é o caso das ações de prevenção e promoção em saúde voltadas ao enfrentamento desta epidemia, o que subverte os princípios e diretrizes do SUS. Assim, observado o subfinanciamento crônico da política de saúde, essas estratégias podem culminar na autorresponsabilização das pessoas soropositivas pelo cuidado à saúde e abandono de ações mais abrangentes na parte preventiva, sobretudo de base político-pedagógica. De acordo com Castro (2017), tal situação convive com o favorecimento de ações voltadas à medicalização, contraposta ao aprimoramento da rede de serviços voltados para as pessoas soropositivos no SUS.

Em meio a esse processo, aconteceu a apresentação do novo teste de HIV em 2014, a ser disponibilizado no SUS e nas farmácias. Tal teste pode ser feito sem auxílio médico, através de haste coletora, na qual a pessoa deve extrair o fluido da gengiva e da mucosa da bochecha, inseri em uma solução e após 30 minutos obtém o resultado. Se for negativo, a solução fica com uma única linha vermelha; em caso positivo, aparecem duas linhas

vermelhas indicando que há anticorpos do HIV³³. O teste é indicado após trinta dias após o contato com o vírus ou situação de falha na prevenção.

Questiona-se se essa ferramenta pode ocasionar agravamento na assistência à saúde, tendo em vista que no caso de uma infecção marcada pelo preconceito e discriminação, a recepção do diagnóstico pressupõe o aconselhamento e a assistência por parte de uma equipe especializada, além de mistificar uma tendência de desresponsabilização do Estado para a sociedade civil. A esse respeito, Castro (2017) afirma que o crescimento de clínicas privadas realizando testes anti-HIV no Brasil além de exigir o custeamento pelo serviço prestado do sujeito, pode ocasionar em atendimentos discriminatórios, considerando-se que os profissionais nem sempre estão preparados para atender suas demandas.

É importante sinalizar que, no âmbito internacional, desde 2014 vem sendo utilizada a estratégia conhecida como 90-90-90 do UNAIDS, que visa o fim da epidemia até 2030 no mundo. Para isso é necessário que 90% das pessoas saibam sua condição sorológica, 90% dessas pessoas estejam em tratamento com antirretrovirais e, que deste quantitativo, 90% com carga viral indetectável do vírus. “O Brasil foi um dos primeiros países da América Latina e Caribe a adotar formalmente as metas 90-90-90, incluindo o seu acompanhamento no sistema de monitoramento clínico do HIV já estabelecido no país.” (BRASIL, 2021, p. 20).

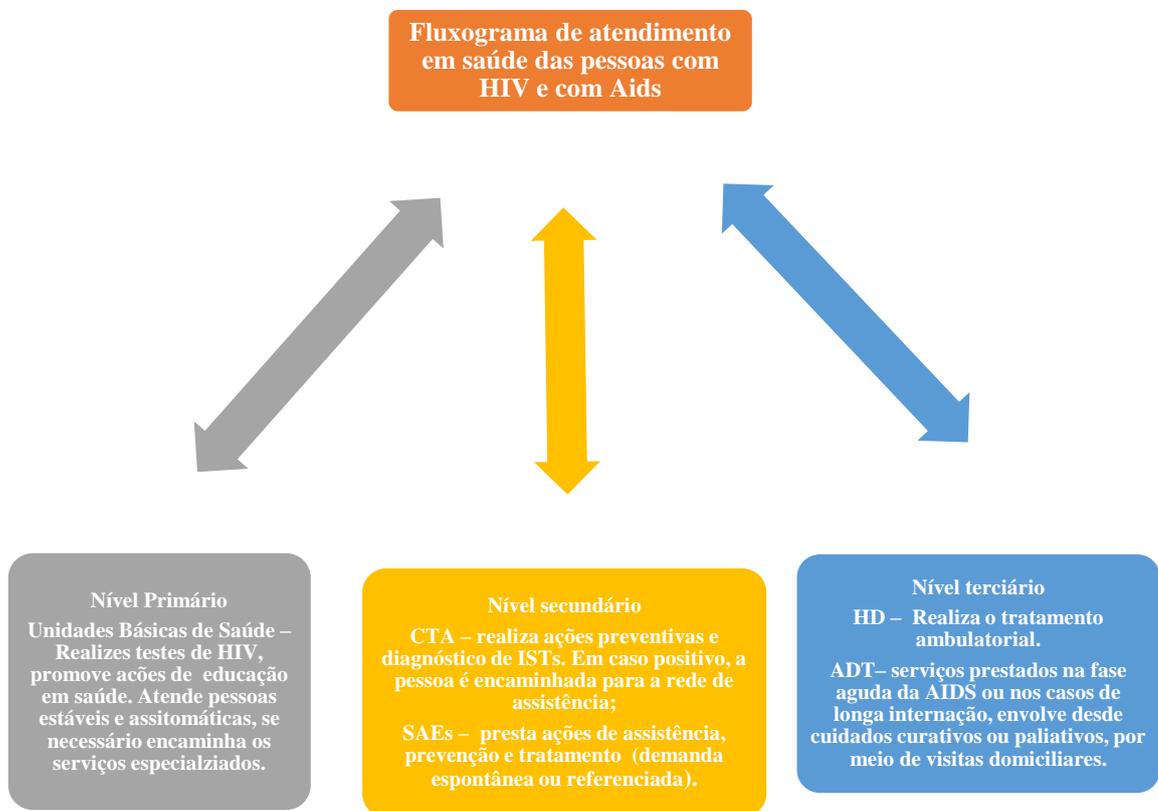
Atualmente, considerando o foco biomédico por trás da proposta 90-90-90 para as ações de prevenção ao HIV/Aids e somados os baixos investimentos em ações de prevenção pautadas em direitos humanos e educação em saúde em países como o Brasil e Vietnã, é provável que a longo prazo tais ações não consigam reverter o número de desistências ao tratamento, pois usar antirretrovirais requer dos infectados a aceitação de sua condição sorológica - algo bastante difícil ainda nos dias de hoje devido ao preconceito . (CASTRO, 2017, p. 29).

De acordo com Viera (2018), o SUS responde essas demandas a partir de uma rede de serviços, que está distribuída em todo território nacional. São 443 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 654 Serviços de Assistência Especializada (SAE), 77 Hospitais-Dia (HD), e 48 Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além de hospitais especializados em doenças infectocontagiosas. No caso de Sergipe, após um levantamento na plataforma do Ministério da Saúde³⁴ foram constatados 12 CTAs, distribuídos em conformidade com as oito regiões, estando: um no Agreste Central, em Glória; um no Baixo São Francisco, em Propriá;

³³ Ver mais em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/12/sus-oferecera-teste-rapido-para-aids-com-fluido-oral-partir-de-marco.html>

³⁴Levantamento realizado junto ao Ministério da Saúde.

um no Médio Sertão, em Estância; dois no Alto Sertão, em Itabaiana; dois no Cento Sul, em Lagarto; e três na Grande Aracaju, sendo um em Nossa Senhora do Socorro e dois em Aracaju. Não há registros de CTAS nas regiões Sul e Leste sergipano. Existe apenas um SAE no Estado, situado em Aracaju, que presta atendimento especializado a toda população sergipana. Além disso, há um Hospital Universitário em Aracaju/SE, e outros especializados, dentre os quais Laboratório Central de Saúde Pública de Sergipe - Instituto Parreira Horta. Abaixo segue uma síntese da rede de serviços em assistência à saúde das pessoas com HIV ou AIDS nos diferentes níveis.



Elaboração própria.

Semelhante ao cenário nacional em Sergipe, as respostas à epidemia baseiam-se nas diretrizes da Política anti-HIV, tendo em vista que envolve um conjunto de ações e estratégias desenvolvidas pelo MS em articulação com Secretaria de Estado da Saúde e secretarias municipais de saúde, além de contar com a participação da sociedade civil. Estes serviços objetivam a atenção integral à saúde da população com IST, dentre elas o HIV, ao estimularem ações e atividades educativas que versem sobre a adoção de práticas sexuais

seguras, na direção de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e no processo de autonomia destes sujeitos; além de visarem a diminuição dos índices de IST, especialmente o de HIV e AIDS.

Ainda que se observem os avanços nos serviços de assistência à saúde às pessoas com HIV, percebem-se desafios na sua execução, dado que a “[...] estruturação de uma rede assistencial em HIV/AIDS contemplando majoritariamente ações de média e alta complexidade não tem sido suficiente para garantir a integralidade da atenção à saúde.” (VILARINHO *et al.*, 2013, p. 276). Nesses termos, embora a descentralização do manejo ao HIV e AIDS para atenção básica se configure como mais uma estratégia que busca a redução de casos da enfermidade e o diagnóstico precoce do HIV, existem algumas polêmicas, dentre as quais o parco investimento na capacitação dos profissionais da atenção básica para evitar atitudes que reforcem o preconceito ou estigma.

De acordo com a pesquisa realizada pela UNAIDS Brasil *et al.* (2019), constatou que no Brasil, nos serviços não especializados, quase 68% das pessoas entrevistadas sinalizaram que tiveram demandas não relacionadas ao HIV, isso aponta uma incongruência entre o que prevê o aparato legal ao estabelecer o direito à saúde e a realidade concreta dos serviços, que tem ligação com os cortes nas três esferas governamentais. Ademais, o estudo revelou que 15,3% das pessoas sofreram alguma discriminação nos serviços de saúde por parte dos profissionais pelo fato de viver com HIV ou com AIDS, sendo que 6,8% do grupo relataram que a equipe de saúde evitou o contato físico ou fez algum comentário negativo, e 5,8% destes tiveram o sigilo quebrado sem o consentimento. Tais resultados indicam que o preconceito e a discriminação ainda são alarmantes no país, sendo que este atua como impeditivo na adesão ao tratamento e continuidade deste, pois, em alguns casos, as ações e serviços prestados violam os direitos e cidadania das pessoas soropositivas.

Há que se ressaltar que, na maioria das vezes, os usuários desconhecem seu diagnóstico e acabam descobrindo no momento da internação, quando já estão com estado avançado da infecção pelo HIV, ou seja, a AIDS. Geralmente, os serviços especializados estão localizados nos grandes centros urbanos (leia-se as capitais, como é o caso de Sergipe), o que pode se tornar um impeditivo para a adesão ao tratamento, considerando que alguns usuários, mesmo morando em municípios pequenos, optam em fazer o acompanhamento nas capitais com medo do preconceito ou ser reconhecido por alguém da sua cidade natal, o que contribui para agravar os serviços especializados, expressos nas filas para acesso ao medicamento, demora para marcar retorno clínico, quantidade ínfima de leitos para àqueles que precisam de internamento nos serviços ambulatoriais, entre os quais o Hospital Dia

Somado a isso, é perceptível que os usuários dos municípios de pequeno porte quando buscam o acesso aos serviços especializados esbaram em dificuldades com relação ao deslocamento e debilidade para arcar com a alimentação até o momento do atendimento ou da realização de procedimentos clínicos, e isso afeta o processo de cuidado em saúde. De modo a reforçar essa argumentação, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde sobre a qualidade dos serviços prestados à pessoa com HIV ou com AIDS no território nacional, no ano de 2010, demonstrou que 40,6% dos participantes estavam inseridos em ambulatórios de especialidades, enquanto 34,1% deles vinculados aos ambulatórios especializados que ofertam serviços apenas ao HIV. Os outros estavam inseridos na atenção básica em saúde (14,4%) e em Hospital (9,7%).

O estudo demonstrou a centralidade da atenção à saúde das pessoas soropositivas nos serviços especializados, no entanto, é válido pontuar que esses serviços têm convivido com um quadro restrito de funcionários, inclusive com a falta de profissionais, entre eles os infectologistas, o que se torna um dos desafios observado com o crescimento da epidemia, e, conseqüentemente, a busca dos serviços de saúde. Além disso, observam-se os frequentes cortes nos investimentos das ações, debilidades na capacidade técnica e problemas de gestão nas três esferas (União, Estados e Municípios). Nessa perspectiva, Viera *et al.* (2014) destacam outro ponto a ser enfrentado no manejo à epidemia, ou seja, a incipiente oferta de programas de apoio assistencial, voltados a assegurar o acesso à alimentação, habitação, transporte, sobretudo, para àqueles indivíduos que não conseguem ser inseridos no mercado de trabalho em função da doença ou do estigma a ela associado.

Com base nas explanações realizadas, constata-se que existem percalços no atendimento integral à saúde das pessoas que vivem com HIV e AIDS, que podem estar relacionados com a falta de diálogo entre as esferas governamentais e com as desigualdades regionais, aliás outra possibilidade explicativa é o fato de que embora nas redes especializadas exista uma organização multiprofissional (infectologistas, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros), as ações desenvolvidas tendem a ocorrer de forma isolada e individualizante, o que compromete o atendimento integral e interdisciplinar. Apesar disso, as políticas sociais se constituem como mediadora às condições aviltantes da população usuária dos serviços, especialmente os segmentos mais pauperizados atingidos por esta infecção ou em casos mais graves com o estágio da patologia.

Isto porque, no caso da previdência social, os indivíduos contribuintes têm acesso a um benefício monetário que pode garantir a sobrevivência daqueles que ficaram impossibilitados ao trabalho até a sua superação, e que caso isso não ocorra, há a

possibilidade do benefício por invalidez. Àqueles sem proteção previdenciária encontram na política de assistência social formas de garantir sua subsistência, ainda que tenham que obedecer a condicionais, geralmente relacionadas à baixa renda, que quando comprovadas permitem a possibilidade de algum benefício garantido pelo Estado. Por exemplo, no caso das pessoas com baixa renda e no estágio avançado da infecção, no caso a AIDS, é possível o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), desde que sejam realizadas uma perícia médica e uma avaliação social pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). No caso da política de saúde, caracterizada por ser universal e não-contributiva, a intenção é que as ações aconteçam de forma integrada respeitando as determinações sociais, um dos exemplos é assistência gratuita aos medicamentos e serviços de saúde (SANTOS, 2014).

Deve-se destacar que somente em 2014, foi aprovada pela Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais (TNU) a Súmula 78, que discute sobre a requisição de benefícios previdenciários pelos portadores de HIV. Ficou estabelecido que no caso dos portadores do HIV, mesmo os assintomáticos, a incapacidade transcende a mera limitação física, e repercute na esfera social do requerente, segregando-o do mercado de trabalho. Sendo assim, aspectos pessoais, econômicos, sociais e culturais devem também ser considerados na caracterização da incapacidade. A síndrome por si só em geral não incapacita para o trabalho, porém o estigma social ainda impacta sobremaneira o acesso ao mercado de trabalho, o que pode ser comprovado pelo elevado número de desempregados [...]. (SANTOS *et al.* 2020, p. 3224).

A pesquisa desenvolvida por Santos *et al.* (2020), responsável por analisar a concessão de benefícios no âmbito da Seguridade Social no Brasil, especialmente na previdência e assistência social, entre os anos de 2004 a 2016, constatou que mais da metade dos benefícios concedidos para as pessoas desempregadas ou que estava sem alguma estabilidade empregatícia, o que significa que não havia contribuído para a previdência por períodos contínuos. Reafirma-se, assim, a segregação social no mundo do trabalho a que as pessoas com AIDS são colocadas, como também demonstrou a persistência da patologia na fase da vida mais produtiva.

Os benefícios foram distribuídos em previdenciários (71.939; 72,4%), assistenciais (26.302; 26,5%) e acidentários (1.128; 1,1%), sendo grande parte concedida a indivíduos do sexo masculino (64.654; 65,1%). Os desempregados (50.404; 50,7%), residentes em área urbana (96.767; 97,4%), faixa etária entre 20-39 anos (49.508; 49,8%) e que tiveram a concessão do

benefício baseado no artigo 27 do Decreto 3048/99 (51.985; 52,3%) foram os mais incidentes. (SANTOS *et al.*, 2020, p. 3215)

No caso de Sergipe, as taxas de benefícios assistenciais são de 14,2 e de 22,9 nos casos acidentários e previdenciários, respectivamente. Deste modo, percebe-se que em tempos de ações regressivas por parte do Estado brasileiro e contrarreformas das políticas sociais, o conjunto das políticas integrantes da Seguridade Social brasileira vêm sofrendo incursões, que estão associadas ao deslocamento dos fundos públicos para pagamento da dívida pública, em detrimento do atendimento da necessidade concreta de sobrevivência da classe subalterna. E, no caso da saúde, ainda que observe a precarização dos serviços e a estrutura precarizada das instituições, faz-se imperativo articular a assistência à saúde com a rede de serviços, na perspectiva de ultrapassar a dimensão imediata do fazer profissional e potencializar o fortalecimento de ações contínuas, sob o horizonte de atendimento integral.

No entanto, Santos (2014) vem dizer que a realidade apresentada nos serviços especializados está distante do previsto, pois mesmo que os usuários tenham acesso aos serviços de referência, aos especialistas, exames, equipe multiprofissional e direito à medicação, existem dificuldades na assistência à saúde relacionadas ao aumento de demandas face o crescimento dos casos de HIV e diagnósticos de AIDS. Ainda há um intervalo considerável de tempo entre as consultas, às vezes pouca disponibilidade de vagas nos serviços de referências, caso seja necessário outro especialista que não compõe o quadro ofertado, ou, também, a demora para marcação de exames específicos. Tal cenário distancia a possibilidade de um atendimento integral nos diferentes níveis, com destaque para os serviços de alta complexidade transformando-se em um problema crônico na saúde pública, visualizado, sobretudo, na falta de oferta de serviços e especialistas na rede.

Assim, observado o contexto de informatização dos serviços faz-se necessário que os profissionais usem as ferramentas tecnológicas, especialmente no que diz respeito aos Sistemas de Informação de Saúde, como forma de sistematizar suas ações e refletir sobre os direcionamentos dados, o que pode contribuir no aprimoramento do fazer profissional e na avaliação das políticas sociais, a exemplo do preenchimento mais detalhado das notificações compulsórias dos casos de pessoas com HIV e com AIDS. Considera-se que para que esse processo ocorra alinhado as reais demandas e necessidades da classe trabalhadora é nuclear a presença da sociedade civil. Em posse desses elementos, a seguir serão observadas as inflexões na política de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, na perspectiva de sinalizar os desafios e potencialidades em contexto de crise do capital.

2.2 REGRESSIVAS NAS MEDIDAS ANTI-HIV NOS GOVERNOS DE TEMER E BOLSONARO

A partir das reflexões realizadas no tópico anterior, é perceptível que a política anti-HIV no Brasil tem apresentado traços inovadores no manejo à epidemia, principalmente quando considerado que o país é referência mundial nas medidas contra à AIDS, com destaque para distribuição gratuita das terapias antirretrovirais e a assistência à saúde universal, expressão das lutas sociais no âmbito do Estado.

No entanto, percebidas as atuais tendências político-econômicas em curso no país, reflexos do contexto internacional face a atual crise do capital e da crise sanitária, que tem culminado na adoção de contrarreformas altamente danosas para classe trabalhadoras em nome do grande capital, observam-se inflexões no âmbito do tratamento e na integralidade da atenção à saúde, subfinanciamento nas estratégias de prevenção ao HIV, ao passo que se impulsiona as atividades vinculadas às grandes indústrias farmacêuticas e distancia o diálogo com as ONGs/AIDS. Em vista disso, ao longo desta secção serão observadas as contrarreformas via “não clássicas” no manejo a esta epidemia.

Para adentrar as discussões, faz-se necessário demarcar que o golpe jurídico-parlamentar que favoreceu a ascensão do governo de Michel Temer, expôs o viés antidemocrático, conservador e reacionário das fracções da burguesia brasileira – traço constitutivo da classe dominante brasileira –, em um momento de avanço da extrema-direita no plano internacional e revelou o aprofundamento de contrarreformas na esfera do direito e nas políticas sociais, com destaque para a EC nº 95/2016. Nas palavras de Salvador (2017, p. 426) essa contrarreforma aprovada pelo

[...] governo brasileiro [Michel Temer] volta com carga a ortodoxia neoliberal com brutal corte de direitos sociais, sobretudo do financiamento público, como denota o Novo Regime Fiscal (NRF), aprovado pela EC n. 95. O NRF inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhado na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por vinte anos [até o ano de 2036], limitando-se a correção pela inflação.

No caso da saúde, isso vem incidir no aprofundamento do subfinanciamento crônico do SUS, tendo em vista que as projeções atuarias do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) preveem a perda de recursos que poderiam alcançar R\$ 1 trilhão no período de 20

anos, considerando-se o limite mínimo de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), e a R\$ 743 bilhões partindo-se do limite de 15,0% da RCL de 2016 (VIERA; BENEVIDES, 2016).

Nos dois anos subsequentes, mesmo recebendo valores superiores à simples correção do aplicado no ano anterior pela inflação, a saúde deixou de receber R\$ 17,6 bilhões em 2018 e 2019, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019, caso prevalecesse o disposto no artigo da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que determinava que 15% da RCL fossem aplicados em saúde pelo governo federal. Considerando os recursos autorizados no início de 2020, de quase R\$ 5 bilhões abaixo do piso anterior, a perda estimada entre 2018 e 2020 é de R\$ 22,5 bilhões (Moretti, Funcia e Ocké-Reis, 2020) [...] Como se pode constatar, o teto de gastos impôs grande restrição orçamentária ao Ministério da Saúde (MS) e representava importante barreira ao financiamento das ações e dos serviços necessários ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 em todas as áreas de políticas públicas. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021a, p. 112).

Apesar do contexto pandêmico ter contribuído para a flexibilização da EC nº 95/2016, considerada a situação de calamidade pública com expressivo número de pessoas infectadas e estarrecedores quantitativos de mortes, o que levou ao Ministério da Saúde, após vários tensionamentos, a aumentar 39 bilhões em cima do valor inicial que era de R\$ 125,1 para 164,3 bilhões na atenção primária em saúde, percebe-se que o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias elaborado em 2021 e o atual Projeto de Lei Orçamentária Anual preveem a volta ao teto de despesas apenas corrigido pela inflação, desconsiderando os recursos alocados em 2020 no manejo à pandemia de COVID/19. Noutras palavras, o valor voltará para R\$ 123,83 bilhões, o que significa R\$ 35,0 bilhões a menos em relação à dotação atualizada de agosto de 2020 (FUNCIA, 2020).

Tal processo coloca para os serviços de saúde e para o conjunto de bens e serviços destinados ao atendimento das necessidades concretas da classe trabalhadora no pós-pandemia uma realidade desafiadora, considerado o aumento de desemprego e a exponenciação da miséria na realidade mundial e nacional. No entanto, no caso do Brasil observa-se que os interesses do capital internacional não foram colocados em segundo plano, especialmente em 2020, considerando-se que o deslocamento do fundo público para pagamentos de juros e amortizações da dívida pública atingiu “[...] R\$ 1,381 TRILHÃO, quantia 33% superior ao valor gasto em 2019, privilegiando principalmente grandes bancos e investidores nacionais e estrangeiros.” (FATTORELLI; ÁVILA; MULLER, 2020, p. 2).

Partilho do entendimento de Behring (2021), quando afirma que o fundo público deve ser visto como uma mediação da crise, seja nas fases de estagnação ou nos ciclos de onda

longa do capital. Para tanto, deve-se entender que esse processo se encontra mediado por condições políticas, em especial no Brasil. Nesse sentido, o fundo público envolve uma articulação entre economia e a luta de classes. O Estado, nesse processo, é responsável por distribuir o fundo público. Para autora, o Estado, enquanto instrumento assegurador da ordem burguesa, tem privilegiado determinados setores, em especial, o capital formador de juros. Em outros termos, o pagamento de juros e encargos da dívida pública, como é o caso do Brasil que apresenta um contexto de ajuste fiscal permanente, conforme vários estudiosos vem advertindo e os dados sinalizados acima apenas reforçam essa argumentação. Por isso, o fundo público está longe de ser apenas um algoritmo numérico, ele reflete as condições sociais da classe trabalhadora, e em tempos de ofensiva burguesa provoca o desfinanciamento das políticas sociais. Tem vários fatores que justificam um ajuste fiscal diacrônico, que leva as pessoas as condições aviltantes que estão vivendo.

Além de números há vidas, pessoas que pagam impostos, que vivem sob o lastro da desigualdade. A alternativa talvez seja uma outra forma de direcionar esses recursos, o que refletiria em melhorias nas condições de vida da população. No entanto, essa condição tem relação com o lugar do país na economia, ou seja, um país de capitalismo periférico e dependente, que adota uma série de compromissos fiscais. E, no caso brasileiro, considerado o traço conservador e reacionário da burguesia nacional é provável que as tendências sejam o adensamento de contrarreformas que oneram a classe trabalhadora através do agravamento do caráter regressivo do sistema tributário (BEHRING, 2021).

O corolário desse processo é a precarização dos serviços, focalização das políticas sociais e incentivo às ações assistencialistas, o que distorce da perspectiva do direito à saúde e tende a submeter todos aspectos da vida social em nichos de mercado, dentre os quais as repostas à epidemia de HIV/AIDS. Essa situação revela a faceta mais predatória do capitalismo, expressas na banalização da vida humana, superexploração do trabalho e busca incessante pela extração de lucros, ao mesmo tempo que expõe o aviltamento das expressões da “questão social”, perdas de direitos e redefinições nos sistemas de proteção, colocando-os novamente sob o mantra do acesso nas interfaces com a renda e trabalho.

Essa ambiência penaliza sobremaneira a classe trabalhadora, pois em tempos de aprofundamento da crise econômica e sanitária, houve o agravamento da desigualdade e a elevação da concentração de renda, ao mesmo ritmo que são observadas a elevação do desemprego e a estagnação em alguns setores da economia em vários países, decorrentes das medidas de enfrentamento ao Coronavírus. No bojo desse processo, as ações mitigadoras para

o manejo da COVID/19 têm se mostrado incipiente para atender as necessidades concretas da classe subalterna e encontrarão um terreno ainda mais atroz no pós-pandemia.

No caso da política de saúde, de acordo com Soares (2020), os desdobramentos desse contexto expressam uma série de tendências, decorrentes das contrarreformas no SUS e do Estado, dentre as quais, a tecnificação da política de saúde através da incorporação de novos modelos e instrumentos de gestão; agravamento do subfinanciamento; foco numa assistência precária, fragmentada e focalizada; refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do projeto da reforma sanitária; ampliação restrita do sistema; privatização e mercantilização da saúde; ações de promoção à saúde limitadas; precarização e superexploração do trabalho; e confrontos nos espaços de participação social, e, ainda, uma inclinação de mudanças de direcionamentos políticos dos defensores da Reforma Sanitária aos se alinharem e contribuir na formulação dessas contrarreformas.

Para a Política anti-HIV os efeitos da ofensiva burguesa foi o adensamento da adoção de abordagens biomédicas, em detrimento de intervenções calcadas nos direitos humanos e ações de base político-pedagógicas na prevenção e promoção à saúde. A esse respeito, Castro (2017) destaca alguns impasses nas respostas a esta epidemia no contexto de contrarreforma do SUS e do Estado, tais como: crescimento de clínicas privadas realizando testes de HIV; redução dos espaços de participação popular, ações pontuais e medicalizantes, saída de cena da assistência à saúde sob a perspectiva de direitos, decorrente do avanço do conservadorismo e o “direito de mercado”.

Para Viera (2018) essa realidade tende a se acentuar com a EC nº 95/2016, e quando atrelado as limitações nas contratações postas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, trarão repercussões na vida das pessoas soropositivas, assim como de toda população brasileira usuária do SUS. É possível que os antirretrovirais, aparados por lei, não faltem. No entanto, é provável que não cheguem em todas regiões do país face a essa tendência de redução dos recursos do SUS. Aliás, coaduno com a autora quando afirma que as pessoas com HIV e AIDS demandam não apenas medicamentos específicos, mas o manejo clínico para doenças oportunistas, marcações de exames, atendimento na média e alta complexidade, acompanhamento contínuo, que será afetado pela redução de recursos do SUS e se cristalizará em perversa regressividade, caso coloque a população para pagar os serviços de saúde. Sobre isso, Agostini *et al.*, (2019, p. 4602) afirmam que

A crise e o desfinanciamento do SUS não necessariamente repercutem de ‘outro modo’ na política de HIV quando consideramos outras áreas da seguridade social, mas podem servir como catalisadores para a consolidação

de retrocessos civilizatórios como a legitimação do fim da dispensação de medicamentos e serviços públicos para o tratamento do HIV e suas coinfeções.

No que toca à Lei de Responsabilidade Fiscal, segundo Castro (2017), em que pese inicialmente essa legislação ter sido pensada como forma de ampliar a transparência da administração pública, os efeitos foram a ausência de diálogo com a sociedade civil. Ademais, a adoção do “fortalecimento do complexo industrial de saúde”, traz como implicação debilidades na transparência dos encaminhamentos da Política anti-HIV.

Com isso em mente, a forte atuação de grandes corporações nas decisões governamentais no tratamento e prevenção do HIV/Aids deve ser compreendida como um retrocesso na política de combate ao HIV/Aids. Isto porque as discussões de acerca das medidas a serem tomadas para combater esse agravo passam pela ‘aprovação’ dessas corporações que buscam, por meio da venda de medicamentos e insumos em saúde, obter lucros exponenciais. É importante frisar que essa realidade começou a emergir após a introdução de Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDPs) que acabaram por estimular o diálogo exclusivo entre governo e os setores empresariais.

Com o fortalecimento da indústria farmacêutica nessa seara, a incorporação de novas tecnologias para o tratamento tem se tornado um grande desafio, levando a fortalecer o discurso do ‘tratamento que é possível’ e não mais o discurso de direitos humanos que pautou as negociações entre Estado - via Ministério da Saúde- e empresas farmacêuticas. (CASTRO, 2017, p.79).

Destarte, Parker (2015) compreende que na teia mundializada do grande capital, as respostas à epidemia de HIV/AIDS por depender das técnicas e tecnologias engendradas pela ciência e pelas empresas internacionais, revelam algumas contradições em sua efetivação. Em meio a isso, declarações globais e nacionais de possibilidade do fim da epidemia, controle do HIV e eficácia no tratamento de doenças interligadas a esta infecção, tornam-se recorrentes por parte dos supostos administradores da epidemia em âmbito nacional e internacional. No caso do Brasil, a situação dessa epidemia apresenta contradições, a exemplo dos dados divulgados pela UNAIDS que afirmam aumento de casos nas populações-chaves, enquanto o Ministério da Saúde sinaliza uma possível estatização, divergindo da real situação apresentada no país.

Esse debate sobre a reemergência da epidemia vem sendo aprofundado pela comunidade científica, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz. Dentre pesquisadores consultados nessa pesquisa, destacam-se os estudos de Parker (2015), Grangeiro, Castanheira

e Nemes (2015) e Castro (2017), havendo um consenso entre os autores no entendimento de que

Desde 2011 a barreira dos quarenta mil casos novos anuais foi ultrapassada, sem sinais de que voltará a reduzir em um curto período de tempo. Voltou a crescer o número de casos entre homossexuais, acompanhado da maior concentração da epidemia nos centros urbanos e do aumento da razão masculino/feminino devido, especialmente, à redução da transmissão do HIV por meio do uso compartilhado de drogas injetáveis e da desaceleração da transmissão heterossexual. [...]

Mas, o que mais evidencia a re-emergência da doença no país é a tendência da mortalidade. Depois de anos seguidos de redução, o número de mortes e a taxa de mortalidade voltaram a crescer. Somente em 2013 foram 12.700 casos de óbitos pela doença, um número similar ao de 15 anos atrás, quando a política de acesso aos antirretrovirais havia sido implantada. Nos últimos sete anos o crescimento da taxa nacional de mortalidade aumentou em pouco mais de 5%, passando de 5,9% por cem mil habitantes em 2006, para 6,2% por cem mil habitantes, em 2013. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul as taxas chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à política de acesso aos antirretrovirais, neutralizando todos os avanços observados anteriormente nessas locais. (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015, p. 5)

Para Parker (2015), essas contradições apresentam um componente ideológico que extrapolam os fatos científicos e relevam uma intencionalidade “dourada” de êxito no manejo à epidemia, que interessa especialmente os gestores internacionais e aparentemente o governo brasileiro, expressando efeitos devastadores como a redução dos recursos para o enfrentamento da epidemia, argumento para intensificar as políticas neoliberais no setor da saúde em sua totalidade, ao passo que oculta as reais dimensões da prevalência do HIV e AIDS. “Independentemente destas contradições, para aqueles que vivem na linha de frente da epidemia, nas comunidades e nas populações mais afetadas, certamente não parece que a epidemia está chegando ao fim – muito pelo contrário.” (PARKER, 2015, p. 2-3)

Como se sabe, a trajetória histórica do HIV e AIDS revela que os momentos iniciais da enfermidade foram construídos através de uma epidemia de significados, mediatizados pelo estigma e discriminação, o que demonstra que o vírus ideológico é tão perigoso quanto o vírus biológico, denominado de terceira epidemia. É nesta visão ideológica construída historicamente que são pensadas (ou não) respostas para o enfrentamento do vírus e controle da enfermidade (PARKER, 2015).

Nessa forma de sociabilidade, a ideologia é usada como instrumento garantidor da reprodução da classe dominante. Assim, denota-se que as respostas engendradas para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, independente do contexto, ocorrerão de tal modo

que apresentem uma funcionalidade a burguesia. Tais reflexões, conforme o autor, demonstram que os discursos relacionados a cura da AIDS, enquanto possibilidade real, apesar de dar ânimo e instigar àqueles envolvidos com a temática, esbaram em um terreno de falseamento da epidemia, sobretudo nos dados oficiais face o aumento do nível de infecções no Brasil e no mundo.

Ainda que o Brasil venha logrando conquistas na adoção de medidas anti-HIV, a exemplo da criação de protocolos clínicos e adequações as exigências internacionais, como é o caso da “Tratamento para todos” e “Testar e Prevenir”, os quais seguem em curso no país e foram explicitados no tópico anterior, Parker (2015) entende que essas medidas trazem em sua essência uma lógica de responsabilização dos sujeitos pela infecção e controle da mesma, tornando as pessoas soropositivas meras consumidoras dos medicamentos, ao passo que descarta a conformação de estratégias coletivas para enfrentamento da epidemia, sem correlacionar as determinações sociais e despida de intervenções na área da educação em saúde. Tal situação, de acordo com o autor, apenas reforça que o caminho para uma resposta eficaz no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS deve ocorrer na articulação com a sociedade civil e a produção de conhecimento comunitário, tendo em vista que é por intermédio destes que se pode elaborar estratégias que atendam às necessidades e demandas locais.

Nesse sentido, a fim de ilustrar que apenas a adoção de medicamentos, por mais eficazes que sejam, por si só são ineficientes para responderem as vulnerabilidades da infecção pelo HIV. Ainda em Michel Temer em 2017, sintonizado com as recomendações internacionais, acontece a adesão do arsenal medicamentoso, denominado método “3 em 1” (Lamivudina, Efavirez e Tenofovir), que consiste na combinação dessas três substâncias em único comprimido. No entanto, os momentos iniciais dessa adesão são caracterizados por danos as pessoas soropositivas, posto que essa combinação ocasionava vários efeitos colaterais, inclusive agravava os problemas de saúde mental.

Para Castro (2017), essa discussão traz como pano de fundo, especialmente nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, os limites da propriedade intelectual das grandes indústrias de fármaco, com implicações na vida da população soropositiva. Países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha, já colocaram a estratégia do “3 em 1” em desuso. Percebido isso, houve um realinhamento no uso da medicação no Brasil, através da Portaria nº 007/2017, passando a incorporar o Dolutegravir no arsenal de medicamentos, associado Lamivudina e Tenofovir, exceto em casos específicos como coinfeção de tuberculose pelas

peças vivendo com HIV ou com AIDS e nas mulheres soropositivas gestantes ou que pretendem engravidar. Coadunado com a autora quando adverte que

Desta forma, estamos diante de um reducionismo das ações de combate ao HIV/Aids às estratégias biomédicas de prevenção, cujas ações confundem a cura da Aids com o impedimento da replicação do vírus HIV e que somadas aos cortes orçamentários da saúde em todos os níveis de governo dá materialidade a um modelo único de prevenção que não tem garantias efetivas de adesão e que se encontra apartado das ações de apoio sugeridas pela dita Prevenção Combinada, a qual não saiu do papel e já se mostra difícil de ser implementada diante da perda de capacidade de resposta, acolhida e resolubilidade do Sistema Único de Saúde. Além disso, tomar um medicamento todos os dias como forma de prevenção não é algo tão simples assim, pois o tratamento é perpassado por episódios de preconceito ou mudanças no estilo de vida do soropositivo que podem repercutir na adesão e na continuidade do tratamento. (CASTRO, 2017, p. 112-113),

É inconteste que a testagem e o tratamento imediato devem ser prioridades, pois ambos contribuem na diminuição da morbidade e mortalidade e redução da transmissão do HIV, porém isso deve acontecer sem restringir as ações preventivas. Destarte, é imperativo que as abordagens em torno da epidemia aconteçam no viés da interseccionalidade, na perspectiva de estabelecer mediações entre marcadores sociais transversais que envolvem a epidemia do HIV, como: a questão étnico-racial, o debate de gênero, as lutas do movimento feminista, abordagens geracionais, a perspectiva de classe, a desigualdade da concentração de renda imperante no país, como também as discussões sobre o machismo, patriarcado, diversidade sexual, heteronormatividade. Essas intersecções permitem compreender a infecção numa visão mais totalizante do sujeito, levando-se em conta as especificidades e demandas das pessoas infectadas, como também possibilitam traçar estratégias mais plurais e inclusivas de resistência e mobilização frente aos ataques sofridos, de maneira coletiva e individual.

No âmbito dos avanços científicos, em alguns países as vacinas ou microbicidas anti-HIV ainda estão em fase de teses e impossibilitadas de serem aplicadas na população. No entanto, conforme a reportagem exibida pelo fantástico recentemente³⁵, alguns testes foram iniciados em 2021 nos Estados Unidos, México, Itália, Espanha, Polônia, Peru, Argentina e Brasil. Neste último país, a pesquisa recebeu o nome de Mosaico, que consiste na combinação de vários genes subtipos do HIV, e tem sido aplicada em oito centros de estudos brasileiros,

³⁵ Ver reportagem na íntegra em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/08/22/vacina-contr-o-hiv-fantastico-acompanha-voluntarios-de-pesquisa-que-pode-mudar-a-historia-da-aids.ghtml>

dentre os quais o Hospital Emílio Ribas, em São Paulo. Todos os voluntários são soronegativos. A previsão de divulgação dos primeiros resultados está sendo avaliada para daqui há aproximadamente dois anos.

Em países como a África, práticas antigas como a camisinha e a circuncisão ressurgem como formas biomédicas de prevenção ao vírus. Neste ambiente, novas ferramentas tecnológicas são colocadas em cena, como a PEP e PREP, mas que enfrentam dificuldades para serem adquiridas pelos países periféricos devido aos diversos problemas sociais, econômicos e políticos, como também pela falta de homogeneidade nas técnicas e tecnologias usadas no enfrentamento desta epidemia (PARKER, 2015).

A adoção dessas medidas biomédicas indica a necessidade de conscientizar as populações mais afetadas sobre as mudanças comportamentais, como o cuidado com a alimentação e hábitos saudáveis, desde que considerada as vulnerabilidades socioeconômicas da população infectada. Há que se ressaltar que em 2021, a África começou a realizar a fase de aplicação de vacina anti-HIV em mulheres, grupo mais afetado pela epidemia. Em meio a esse cenário, é adensada uma

[...] ofensiva (neo)conservadora [que] atinge diferentes dimensões da realidade, contando com grande chance de incorporação por atividades sociais que prescindem da razão em decorrência da crença em dogmas, a exemplo das religiões. Nesse sentido, quando se trata de avaliar questões que remetem a valores morais, os (neo)conservadores são moralistas, ou seja, intolerantes, preconceituosos e, no limite, fundamentalistas. (BARROCO, 2015, p. 631)

Os reflexos dessa guinada neoconservadora no Brasil ganham solidez com o golpe que levou Temer ao poder e segue a passos largos com Bolsonaro, trazendo implicações nas respostas anti-HIV através da proibição de materiais na área, a exemplo de cartilhas de prevenção destinada à população de transexuais e travestis e para jovens; a redução de intervenções educativas sobre gênero, orientação sexual e direitos reprodutivos; e defesa que a sexualidade seja abordada basicamente no âmbito familiar (AGOSTINI *et al.*, 2019). Esse cenário compromete as ações estruturais destinadas a reduzir a discriminação, inserção social e eliminação de barreiras legais, responsáveis para amenizar as taxas de crescimento e mortalidade da epidemia. Nessa direção,

Os desafios para o enfrentamento ao HIV/ AIDS no Brasil não se restringem exclusivamente à dimensão econômica. Há um aspecto importante do ponto de vista da 'agenda de valores': além da instrumentalização da crise política, fomentaram-se anseios difusos e construíram-se 'anti-agendas' que

passaram a questionar categorias como o ‘gênero’, a ‘diversidade sexual’ e a ‘redução de danos’, historicamente centrais à prevenção do HIV no Brasil. O combate à ‘ideologia de gênero’ e a proposta da ‘escola sem partido’ vêm promovendo uma caçada, em termos inquisitoriais, a teóricos internacionalmente reconhecidos, como Paulo Freire e Judith Butler. (AGOSTINI *et al.*, 2019, p. 4601)

Considerado o caráter antidemocrático, conservador e obscurantista do atual projeto governo ultraliberal do presidente Jair Bolsonaro, “[...] de estímulo ao ódio de classe e aos grupos sociais historicamente excluídos de acessos a bens, serviços públicos e direitos, como o povo negro, em especial as mulheres pretas e pobres, os LGBTI+, os(as) jovens periféricos(as) e as classes trabalhadoras destituídas e subalternizadas.” (YAZBEK; RAICHELIS; SANT’ANA, 2020, p. 207), essa conjuntura de perversas contrarreformas neoliberais, com destaque a EC 95/2016, vêm incidir no agravamento do precário funcionamento das políticas sociais da Seguridade Social, com reflexos no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

Nessa direção, notam-se incursões no enfrentamento do HIV, dentre eles, destaca-se a publicação do decreto nº 9.795/2019 que prevê a alteração do nome do Departamento de Doenças de IST/AIDS e Hepatites Virais para o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Não por acaso, na oportunidade, foi desativada uma rede oficial do MS que tratava da temática diariamente, e, para além disso, o presidente da república declarou de forma extremamente preconceituosa e estigmatizante que “Uma pessoa com HIV, além de ser um problema sério para ela, é uma despesa para todos no Brasil”³⁶, o que demonstra o caráter conservador e obscurantista, pois além de reforçar um viés discriminatório em torno dessas pessoas que historicamente foram colocadas à margem da sociedade, aponta a tentativa de silenciamento e a desmobilização por parte da gestão pública em fornecer respostas eficazes a uma das infecções que ainda mata mais de 10 mil pessoas por ano no Brasil, num ato de negligência, desprezo e banalização a esta epidemia.

De acordo com Parker *et al.* (2020), outros dois retrocessos na Política anti-HIV acontecem em 2019, que são a desativação da Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais – responsável por estabelecer o elo entre o governo federal e os movimentos sociais -; e da Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, que articula ações intersetoriais para o manejo da epidemia. Ambas, ainda sem previsão de retorno. Apesar disso, cumpre assinalar que em maio de 2020, o Supremo Tribunal Federal decidiu

³⁶ A reportagem na íntegra está disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/uma-pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-aqui-no-brasil-diz-bolsonaro/>.

derrubar as restrições de doações de sangue por homossexuais, ao considerar que tais atitudes eram inconstitucionais, além de representar um avanço histórico na luta LGBTQIA+ e na diminuição da estigmatização, permitiu amenizar a queda de estoque sanguíneo no Brasil provocado pela COVID/19.³⁷

A pandemia do Coronavírus trouxe alguns rebatimentos para epidemia de HIV, apesar de tomadas medidas pelo MS, a exemplo da modificação no fluxo assistencial, com possibilidade de teleconsultas, aumento do intervalo clínico e laboratorial em usuários estáveis e ampliação na liberação de medicamentos; verificou-se uma redução em 23% e 22% no número de pessoas que realizaram os primeiros exames de CD4 e CV, antes do início da terapia antirretroviral, e de 20% no quantitativo de pessoas vivendo com HIV que iniciaram o tratamento, quando comparado ao ano anterior, o que pode estar associado as medidas de isolamento social pela pandemia de COVID19. Em contrapartida, elevou-se para 58% o número de dispensações de medicamentos suficiente para 60 ou 90 dias, em comparativo a 2019 e 2020, isso provocou um menor número de visitas às unidades de saúde na busca pelo tratamento, e conseqüentemente, reduziu o número de dispensações realizadas nesse período. Aliás, outro efeito indesejável da pandemia foi o aumento de 29% na proporção de pessoas soropositivas que atrasaram mais de um mês para a dispensação dos antirretrovirais, em relação a 2019 (BRASIL, 2021).

Nessa mesma direção, Parker *et al.* (2020) afirmam que o impacto da pandemia da COVID/19 sobre a epidemia de HIV/AIDS é preocupante, pois os estados e municípios brasileiros, em virtude da sobrecarga dos serviços de saúde por conta do coronavírus, reduziram expressivamente as ações de prevenção; bem como devido a necessidade de profissionais de saúde para manejo à COVID, o que resultou no deslocamento de profissionais que atuam nos serviços especializados de assistência as pessoas com HIV e AIDS; diminuiu as ações de prevenção combinada, especialmente a da PreP com uma queda de 30%; e em algumas regiões brasileiras foram interrompidos serviços básicos de assistência à saúde das pessoas com HIV, a exemplo dos responsável pelo teste de HIV e controle da carga viral.

Para os autores, o cenário mais emblemático foi o da Cidade de Fortaleza/CE, posto que vários serviços destinados a atender as pessoas soropositivas foram desmontados, inclusive, alguns deles antes da pandemia, sob a justificativa de ausência de infectologista.

³⁷ Ver mais em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/09/supremo-tribunal-federal-derruba-restricoes-a-doacao-de-sangue-por-homens-gays.ghtml>.

Ademais, houve a redução temporária do fornecimento de camisinha masculina e feminina, em razão das medidas de isolamento social. Não obstante, o Ministério da Saúde retardou o edital responsável pelo financiamento de ações da sociedade civil e ONGS/AIDS, visto que a previsão era no início de 2020 e seu lançamento só aconteceu no final de agosto, através da Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO). Isso comprometeu o funcionamento das entidades e aponta que o lançamento de apenas um documento de repasses de verbas impede a elaboração de estratégias mais eficazes e duradoras. Tal situação, nas respostas oficiais do Ministério da Saúde, foi explicada pelo contexto pandêmico, conquanto quando observado a política ultraliberal e obscurantista do governo Jair Bolsonaro, fica evidente que o interesse subjacente é precarizar ainda mais o financiamento das políticas sociais.

Recentemente no final de outubro de 2021³⁸, o governo Bolsonaro, através de suas redes sociais, estabeleceu uma relação entre as vacinas contra a COVID e AIDS, atribuindo essa informação à uma publicação da revista Exame, cujo o título da notícia era “Algumas vacinas do Covid-19 podem aumentar o risco ao HIV”. Indubitavelmente, essa afirmativa expõe o caráter negacionista, conservador e preconceituoso, característicos desse governo que incita o ódio as minorias e desconsidera as evidências científicas. Destarte, tendo por base os estudos científicos e a literatura disponível, é impensável essa relação entre a imunização³⁹ e a probabilidade de ter maior suscetibilidade a desenvolver a AIDS.

Entidades nacionais e internacionais manifestarem repúdio as declarações proferidas pelo presidente, uma vez que elas reforçam o estigma e a discriminação para as pessoas vivendo com HIV, em um momento que demanda de mais investimentos em ações para diminuir o avanço da pandemia da Covid/19 e epidemia de HIV/AIDS. Para Borges e Matos (2020), esse movimento tem se dado concomitante à aprovação de pautas econômicas com maior intensidade, mediante cortes e restrições de direitos. Dessa forma, os autores compreendem que esses posicionamentos do atual governo e de seus respectivos ministros, para além de expor os preconceitos mais arraigados na sociedade, atuam como “cortina de fumaça”, que tem como horizonte desmobilizar a força da classe trabalhadora na luta pela manutenção dos direitos conquistados.

³⁸ Ver mais em: <https://www.poder360.com.br/midia/entenda-como-surgiu-a-informacao-falsa-sobre-vacinas-causarem-aids/>.

³⁹ Cumpre salientar que no início de 2021, a população soropositiva foi incluída nos grupos prioritários Plano Nacional de Vacinação. Em setembro do recorrente ano, através da Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde, houve a recomendação da aplicação de uma dose adicional para os grupos prioritários, inclusive para as pessoas vivendo com HIV e AIDS.

Esse ambiente indica a necessidade de articulação entre diversos movimentos sociais, pesquisadores, profissionais da saúde e ativistas no sentido de retomarem os aspectos mais pluralistas presentes nos momentos iniciais da epidemia, na perspectiva de ações pautadas nos direitos humanos e respeito às diferenças, sobretudo diante da extinção de diversos Conselhos participativos na esfera federal. Assim, quando observadas as novas formas tendências em curso, como por exemplo o uso das tecnologias, percebe-se que esta pode se tornar mais uma ferramenta impulsionadora de mobilizações sociais. Ainda que se reconheça o avanço de ideias e práticas neoconservadoras nas múltiplas dimensões da vida social.

Diante das reflexões explicitadas, denota-se que a assistência à saúde das pessoas com HIV e com AIDS tem apresentado inovações na parte preventiva, tais como o método da prevenção combinada com destaque para a PreP e a PeP, estratégia eficaz no enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS, ainda que se reconheça que essas ações biomédicas apresentam uma funcionalidade à lógica capitalista, posto que acabam beneficiando os grandes oligopólios da indústria farmacêutica e setores privados, o que implica no superdimensionamento de recursos na parte medicamentosa, sem a devida correlação com os determinantes sociais em saúde.

Nesse cenário, são adensadas tendências de focalização de recursos em respostas biomédicas, que progressivamente retira investimento das ações preventivas. Além disso, observa-se que sob o discurso falacioso de falta de recursos tem sido incipiente o investimento nas ações desenvolvidas pela sociedade civil, as quais se encontram fragilizadas politicamente, com poucos repasses políticos e recursos ineficientes para dar continuidade aos serviços desenvolvidas. Feitas essas considerações, o próximo capítulo fará uma análise sociodemográfica das pessoas vivendo com HIV e AIDS na particularidade arcajuana, sob o prisma de descortinar essa realidade.

CAPÍTULO III POPULAÇÃO VIVENDO COM HIV E AIDS EM ARACAJU/SE: RESULTADOS E PERSPECTIVAS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados da investigação, que consiste na análise socioepidemiológica das pessoas com HIV e com AIDS no município de Aracaju/SE, a partir dos dados coletados através da Secretaria Estadual de Saúde (SES) Sergipe, referentes ao período de 2016 a 2020. Trata-se de dados brutos que são encaminhados ao Ministério da Saúde, que após agrupamento e classificação podem sofrer pequenas alterações nos quantitativos finais, principalmente pelo fato de ainda ser recorrente a subnotificação de casos. Entretanto, isso não modificou os dados finais da pesquisa porque são ínfimas as alterações quando elas ocorrem.

Fez-se necessário recorrer aos dados da SES na perspectiva de compreender separadamente a dimensão do HIV e da AIDS no município de Aracaju/SE, tendo como base o ano de diagnóstico.⁴⁰ Os dados divulgados pelos órgãos oficiais, a exemplo do boletim epidemiológico, que expressa a situação da epidemia em nível nacional e estadual; do DATASUS e Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, que retratam a situação da epidemia em nível nacional, estadual e municipal, trazem tênues separações entre o HIV e a AIDS.

Dessa forma, o banco de dados da SES proporcionou identificar as informações desejadas e contribuiu para delimitar os três eixos temáticos que deram corpo à discussão desenvolvida nesse capítulo, quais sejam: a) Elementos epidemiológicos do HIV e AIDS em Aracaju/SE; b) Aspectos sociodemográficos das pessoas com HIV e AIDS na capital sergipana; c) Registros gestacionais de HIV e AIDS no contexto aracajuano. Apesar deste capítulo utilizar dados estatísticos para descortinar as dimensões do HIV e AIDS em Aracaju, compreende-se que os resultados apresentados demonstram que a realidade vai muito além do número, visto que as análises possibilitam o conhecimento de histórias de vida.

⁴⁰ Tal escolha, baseia-se nas análises de Souza e Ramos (2019), ao considerar que o ano de diagnóstico tendencialmente é mais fidedigno à data exata que o sujeito descobre o prognóstico. Já no caso do ano de notificação, esse processo pode acontecer tardiamente, visto que, não necessariamente, quando o profissional identifica um indivíduo com HIV acontece a notificação ao MS. No período delimitado por este estudo, a partir do ano de notificação, foram identificados: 1120 casos de HIV e 731 de AIDS. O número total de registros resulta das informações do SINAN Crianças (usuários menores de 13 anos) e SINAN Adulto (usuários maiores de 13 anos). Chamou atenção que, no período analisado, houve um registro de HIV e dez de AIDS em pessoas menores de 13 anos. Isso revela, dentre outras questões, fragilidades no acompanhamento da transmissão vertical.

Assim, quando considerado o caráter contraditório e desigual dessa sociedade, fica evidente que esse grupo se depara com vulnerabilidades e contextos diferenciados, o que implica uma análise das múltiplas determinações que permeiam a realidade desta epidemia, de modo a ultrapassar tendências meramente quantificáveis existentes nos sistemas de saúde.

3. 1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO COM HIV E AIDS EM ARACAJU/SE

Como sinalizado no capítulo anterior, a AIDS consta na lista de notificações compulsórias desde 1986. Isso permitiu a incorporação processual de mais elementos para analisar a situação dessa patologia no país, ainda que haja casos de subnotificação. Por outro lado, a infecção pelo HIV enquanto notificação compulsória ocorre a partir de 2000, inicialmente com gestantes, e em 2014 estende-se aos demais segmentos populacionais. Essa inclusão tardia traz implicações para realizar uma análise mais rigorosa sobre o perfil do HIV no Brasil.

Dentre os desafios, destacam-se o enxuto quantitativo de indicadores e a subnotificação de casos por parte dos profissionais da saúde. Tal situação pode comprometer a elaboração de respostas ao HIV e a AIDS, uma vez que informações epidemiológicas importantes são desconhecidas, a exemplo do quantitativo total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, dentre outros. Aliás, a ausência de registro pode ocasionar debilidades no processo de racionalização para a oferta contínua de medicamentos e na elaboração de ações prioritárias para as populações mais vulneráveis. Por isso, a necessidade das notificações de casos de HIV e AIDS, bem como as melhorias da qualidade das fichas notificadas e investigação de casos (BRASIL, 2020b).

Desse modo, a sistematização de informações em suas particularidades são fundamentais para que se possa conhecer outros cenários do HIV e AIDS no Brasil. Neste tópico, são detalhados os números de casos diagnosticados com HIV e AIDS, as formas de transmissão e os óbitos na capital aracajuana. Para efeito de melhor compreensão dos resultados são enfatizados os percentuais com maior prevalência, conquanto todas as informações estão disponíveis nos respectivos gráficos de cada indicador.

De acordo com as estatísticas globais divulgadas pela UNAIDS em 2021, desde o surgimento da epidemia, 77,5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV no mundo, sendo que até o final de 2020, havia 37,6 milhões de indivíduos vivendo com o vírus. Cerca de 6 milhões não sabem de sua condição sorológica positiva em 2020. No caso brasileiro,

estima-se que havia cerca de 936 mil pessoas HIV positivas, ao final de 2020, destas, 820 mil (88%) estavam diagnosticadas; 766 mil (82%) vinculadas a algum serviço de saúde; e 691 mil (74%) permaneciam associadas nos serviços. Deste quantitativo, 71% estavam com cobertura antirretroviral e supressão viral de 65% entre todos os indivíduos infectados pelo vírus. Nesse ano, cerca de 605 mil homens e 331 mil mulheres estavam infectados pelo HIV no país. (BRASIL, 2021).

O Relatório de Monitoramento Clínico do HIV de 2020 identificou um crescimento de 27% na proporção de pessoas diagnosticadas com o vírus, entre 2012 a 2020, saindo de 68% para 88%, respectivamente; enquanto a supressão viral passou de 64% dos casos em tratamento para 81%. Todavia, “[...] a partir do diagnóstico, as perdas são proporcionalmente maiores entre as mulheres. Assim, o acesso ao diagnóstico, a vinculação e retenção nos serviços, a retenção ao tratamento e a supressão viral são menores em relação aos homens.” (BRASIL, 2021, p. 24).

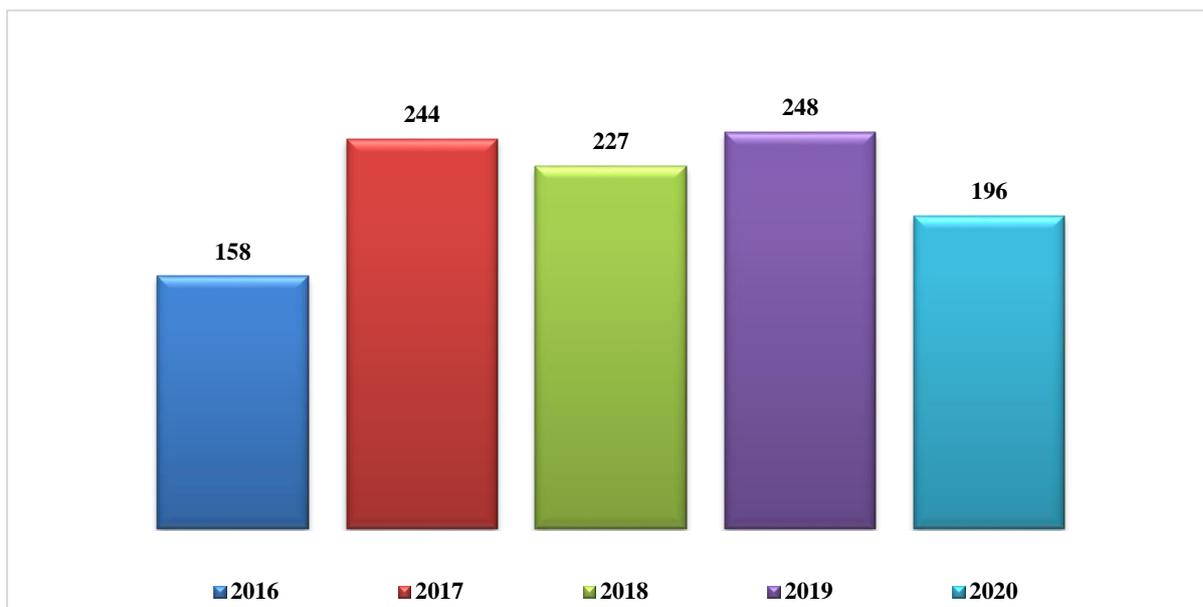
Embora o documento evidencie o aumento do diagnóstico da infecção pelo HIV, observa-se que o início do tratamento ainda é permeado de desafios, que se relaciona, entre outros fatores, com o preconceito e desconhecimento sobre a infecção e/ou doença, os efeitos colaterais das terapias antirretrovirais, as fragilidades nas articulações entre as ações preventivas com outras políticas, e as relações desiguais entre as classes, gênero e raça/etnia, as quais exercem influências nas condições objetivas da população soropositiva e na maior suscetibilidade à epidemia.

Como elemento potencializador desse aspecto está a dificuldade dessa população em se manter incluída no mercado formal de trabalho seja por causa da baixa qualificação de sua mão de obra seja por causa das complicações da própria doença já que a mesma requer certa frequência nas unidades de saúde e para a realização de exames. Além disso, devido à inserção em trabalhos precários, ou sem proteção social previdenciária, os mesmos tendem a sofrer com a rotatividade e com a pouca estabilidade financeira necessária para dar continuidade ao tratamento. (CASTRO, 2017, p. 47).

No que toca aos registros de AIDS em nível nacional foram identificados, no período de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de AIDS no Brasil, o equivalente a uma média anual de 39 mil novos casos, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2020b). Na capital sergipana, a partir das informações disponibilizadas pela SES, constatou-se que entre os anos de 2016 a 2020, foram diagnosticados **1.073 casos de HIV**, os quais foram distribuídos da seguinte forma: 158 casos em 2016, 244 em 2017, 227 em 2018, 248 em 2019 e 196 em 2020,

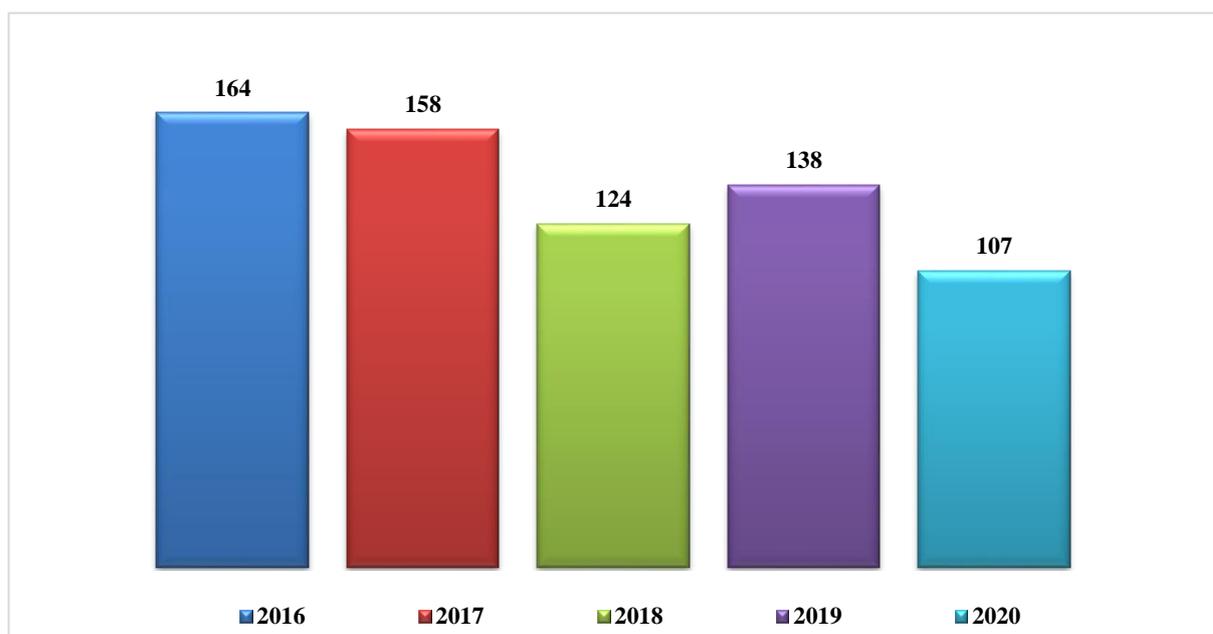
conforme indica o gráfico 01. Já no que diz respeito à evolução clínica do vírus no contexto aracajuano foram identificados **691 registros de AIDS**, sendo 164 registros em 2016, 158 em 2017, 124 em 2018, 138 em 2019 e 107 em 2020 (gráfico 02). Isso evidencia um cenário expressivos de registros da epidemia no município, mesmo que tenha se observado oscilações no período analisado.

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de HIV por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de AIDS por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Os dados apresentados nos gráficos 01 e 02 demonstram que se somado os números de HIV (1.073) com os de AIDS (691), a epidemia apresentaria em sua totalidade o correspondente a 1.764 diagnósticos no contexto aracajuano, a partir do recorte delimitado nesta investigação. Isso resultaria na seguinte caracterização de casos diagnosticados: 60,83% das pessoas com HIV e 39,17% com AIDS. Chamou atenção o fato que, mesmo considerado o momento atípico provocado pela pandemia de COVID/19, em 2020 houve tênues decréscimos em quase todos os indicadores, inclusive nos registros de HIV e AIDS por ano diagnóstico, conforme demonstram os gráficos 1 e 2, que podem estar relacionados às medidas de isolamento social.

Devido ao número total de diagnósticos de HIV e AIDS deste estudo resultarem das informações do SINAN Crianças (usuários menores de 13 anos) e SINAN Adulto (usuários maiores de 13 anos), identificou-se, no período analisado, que dos 691 casos de AIDS, quatro deles foram em crianças; e dos 1073 registros da infecção pelo HIV, apenas um caso infantil. Essa situação pode estar associada, dentre outros aspectos, a fragilidade no monitoramento da transmissão vertical do HIV, assunto a ser tratado no terceiro tópico deste capítulo.

No diz que respeito às taxas de detecção da AIDS no Brasil, percebe-se um cenário de “estabilização” da epidemia nos últimos dez anos. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2020, houve uma redução de 17,2% – passando de 21,5 casos por 100 mil habitantes em 2009, para 17,8 em 2019. Esse é um dos indicadores inexistentes em nível nacional para analisar a infecção pelo HIV no banco da vigilância em saúde, o que expõe uma fragilidade que precisa ser revista nas análises nacionais.

Para Castro (2017, p. 82), embora o discurso oficial defenda a “[...] ‘estabilização’ da epidemia a nível nacional, a mesma não está estável nas regiões mais pobres do país, sendo sua dinâmica instável e difícil de prever se os aspectos político-econômicos e sociais não forem considerados nas ações governamentais.” Viera (2018, p. 79) complementa esse pensamento quando afirma que:

Em relação à aids, o Boletim Epidemiológico identifica uma tendência de queda na taxa de detecção no país, capitaneada pelas regiões Sudeste e Sul, ainda que no Nordeste e no Norte haja uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção, [...] O crescimento da aids nas regiões mais pobres do país, com menor infraestrutura de serviços de saúde, emite um alerta para o enfrentamento da aids.

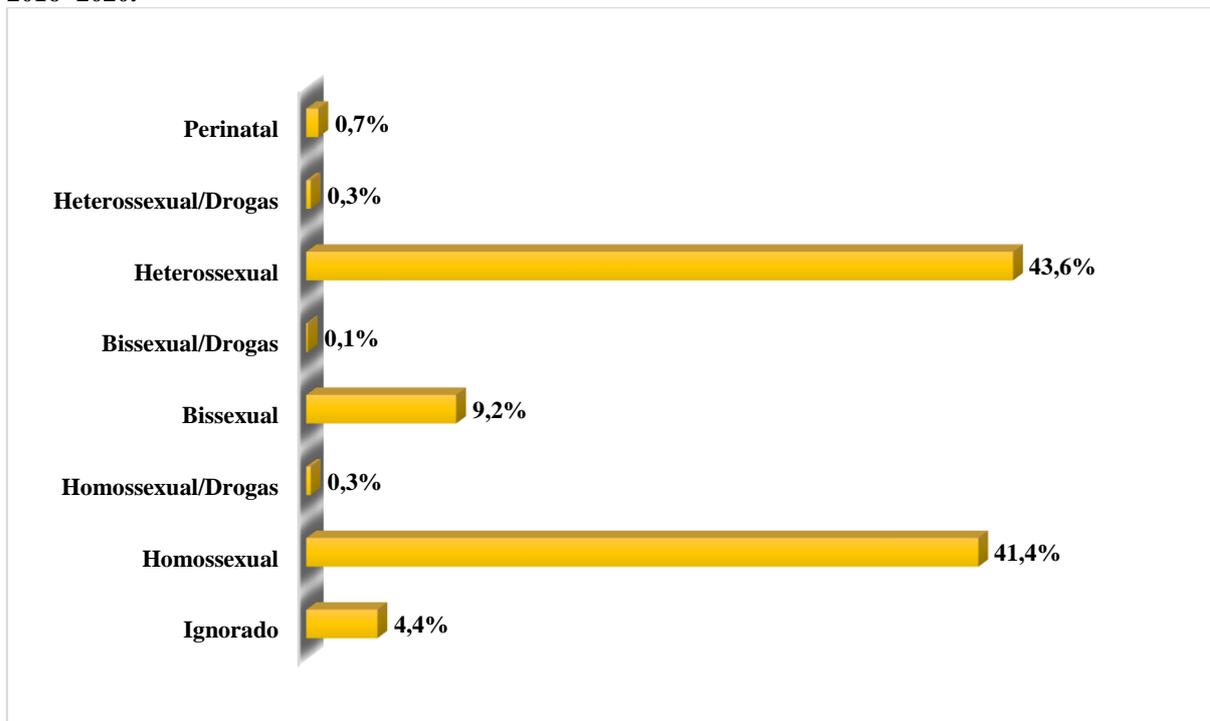
Dentro desse panorama epidemiológico, o Estado de Sergipe apresentou acréscimo nessa taxa de detecção 23,8%, saindo de 13 casos/100 mil habitantes em 2009, para 16,1 em 2019, ultrapassando a média nacional que era de 17,8 (BRASIL, 2020b). No município aracajuano, a taxa de detecção da AIDS superou a média do estado de Sergipe em 2019, atingindo 27,4 casos/100 mil habitantes; além disso, houve alta de registros em 22% (169 casos) de HIV e AIDS, nos últimos três meses de 2020⁴¹.

Denota-se que isso pode representar, entre outros fatores, o processo de interiorização da epidemia em Sergipe, tendo em vista que, apesar dos municípios vizinhos prestarem assistência em saúde às pessoas soropositivas, reconhece-se que a estigmatização da doença, fortemente existente no ideário social, tende ocasionar o deslocamento destas para a capital sergipana, haja vista que Aracaju possui a única rede especializada voltada a este público. Tal ambiência pode, inclusive, trazer repercussões no tratamento, considerando-se que esse processo engloba despesas, como transporte e alimentação até que sejam realizado o atendimento. Para além disso, esse cenário pode superlotar os serviços especializados, o qual, conforme abordado, encontra-se fragilizado face a demora na marcação de exames específicos, lacunas no quadro profissional e maior tempo de espera entre o acompanhamento de saúde, mesmo que se prolongue os formulários e/ou fichas de liberação medicamentosa, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Ademais, no que se refere às vias de exposição dessa epidemia no contexto aracajuano, especificamente à forma de transmissão dos casos de HIV verificou-se a prevalência da via relação heterossexual (43,6%), inclusive houve também os heterossexuais que fazem uso de drogas injetáveis (0,3%). Em seguida, identificou-se que 41,4% da exposição ao vírus deu-se através de relações homossexuais, sendo que pequeno percentual deste grupo também usa drogas injetáveis (0,3%) – gráfico 03. Tal realidade diverge do cenário nacional, uma vez que em 2020 a principal forma de transmissão em homens (51,6%) foi por via relação sexual homossexual ou bissexual; já em mulheres 86,6% através de relação heterossexual (BRASIL, 2020b).

⁴¹ Ver reportagem na íntegra em: <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2021/02/15/numero-de-casos-de-hiv-cresce-22percent-em-aracaju-diz-secretaria-da-saude.ghml>.

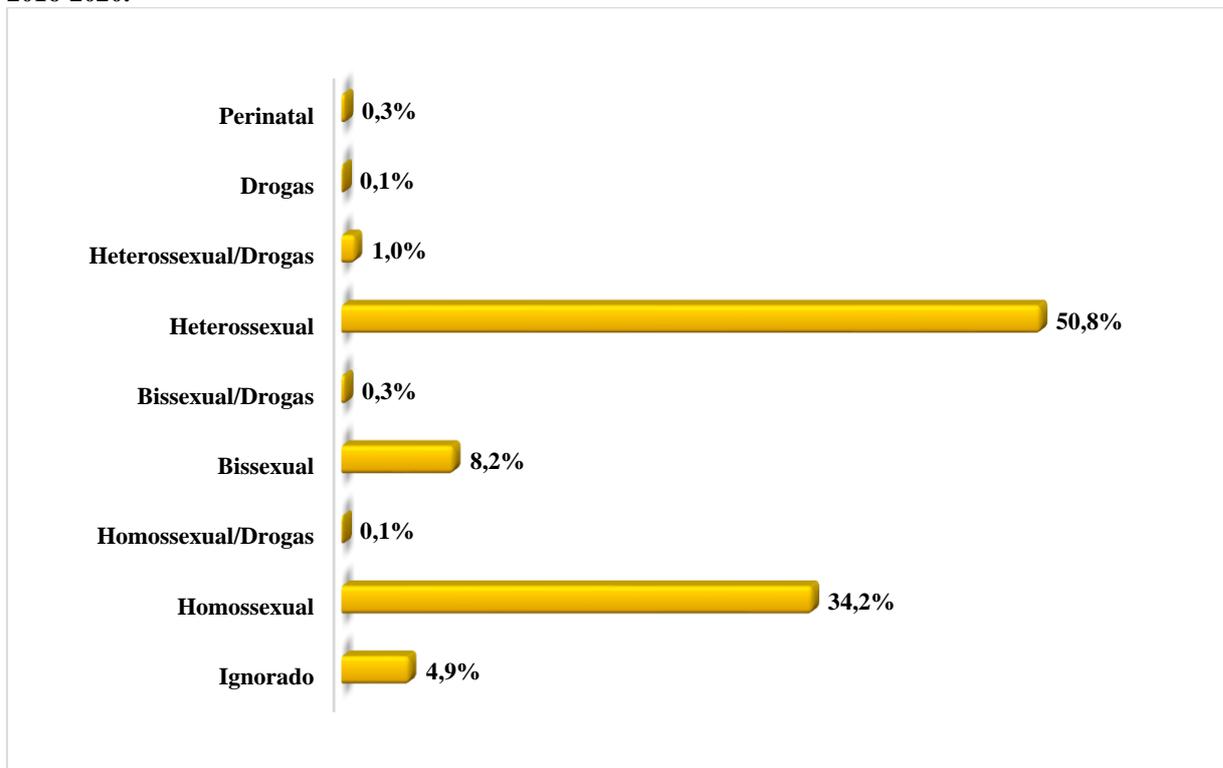
Gráfico 3- Distribuição dos casos de HIV por formas de transmissão e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016- 2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Quanto às formas de transmissão das pessoas com AIDS no município aracajuano, percebeu-se novamente a predominância da via relação heterossexual (50,8%). Além disso, 1,0% deste grupo também usa drogas injetáveis. A outra principal forma de exposição ao vírus foi através de relações homossexuais, 34,2% dos registros. Aliás, 0,1% deste segmento também faz uso de drogas injetáveis (Gráfico 04). Destaca-se que esse panorama difere da realidade nacional, se observado que em 2020 a principal forma de transmissão de AIDS em homens (39,8%) foi por via de relação sexual homo/bissexual superando timidamente a exposição heterossexual (39,5%); já em mulheres foi de 87,8% e se deu via relação sexual heterossexual (BRASIL, 2020b) Situação que, conforme explicitado, é semelhante também nos registros de HIV.

Gráfico 4- Distribuição dos casos de AIDS por formas de transmissão e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Ressalta-se que essa correlação entre a orientação sexual e o uso de drogas não consta nas informações oficiais publicizadas pelo Ministério da Saúde. Por isso, evitou-se agrupá-los, nesse estudo. Segundo Leite (2020), nos momentos iniciais da epidemia, o uso de drogas injetáveis figurava como um dos principais responsáveis pelas formas de contágio, porém desde 2008 esse número tem ficado abaixo de 5%. Em 2020, por exemplo, a transmissão através do uso de drogas injetáveis nos casos de HIV, no Brasil, foi de 1,9% em homens e 1,3% nas mulheres (BRASIL, 2020b), o que pode contribuir para reforçar as assertivas defendidas pela autora. Nessa mesma direção, percebeu-se que essa tendência também foi observada na realidade aracajuana, especialmente diante dos pequenos percentuais de HIV (0,7%) e AIDS (1,5%), cuja via de transmissão ocorreu através do uso de drogas injetáveis, seja apenas por essa categoria de exposição ou em associação com a orientação sexual, como demonstram os gráficos 3 e 4.

Os resultados dessa investigação apontaram o predomínio da categoria de exposição heterossexual nos casos de HIV e AIDS, respectivamente 43,6% e 50,8%, no contexto aracajuano. Mesmo diferindo do cenário nacional, partilha-se do entendimento de Nascimento *et al.* (2020), quando destacam que o aumento de casos entre homens heterossexuais exerce

interferências na expansão da infecção entre as mulheres. Nesse sentido, torna-se fundamental a compreensão que a

[...] vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais revelam que a decisão de onde, quando e com quem usar o preservativo ainda tende a ser exclusivamente do homem, principalmente no contexto dos relacionamentos estáveis, em que ocorre o não uso do preservativo, pois se atribui o valor de ‘mulher de casa’ – as esposas e namoradas – com base na ideia do privado, do conforto e da segurança. Já em detrimento da decisão do uso do preservativo que ocorre nas relações casuais com prostitutas, desconhecidas e outros, atribui-se o valor de ‘mulher do mundo’, que está vinculado com a ideia do espaço público que oferece a impessoalidade, a insegurança e o não familiar. (NASCIMENTO *et al.*, 2020, p. 884).

Evidencia-se, desse modo, a importância de um olhar atento no que diz às mulheres, dado que a prevalência através de relações heterossexuais expõe o fenômeno da desigualdade de gênero e raça/etnia, expressa nas relações patriarcais, heteronormativas e racistas fortemente enraizadas, que levam as mulheres a se submeterem a situações que dificultam a tomada de decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, perceptíveis no receio ou medo de exigir que seus parceiros usem o preservativo nas relações sexuais. Nessa linha argumentativa, coaduno com as análises de Cisne e Santos (2018, p. 43) quando afirmam que

[...] a lógica que estrutura o patriarcado é de privilégio e dominação masculinos relacionados à subalternização e à invisibilização das mulheres e do que é associado ou considerado identificado como feminino, a exemplo das travestis e das mulheres transsexuais. Logo, ainda que o exercício do poder patriarcal não se restrinja ao sexo biológico da mulher, permeia a construção social do sexo feminino, que se associa ao frágil, ao desvalorizado e ao subserviente, enquanto o ‘modelo’ patriarcal do homem é de força, virilidade, poder e dominação.

A partir disso, entende-se que a discussão sobre a epidemia de HIV/AIDS engloba uma teia de relações de natureza complexa, especialmente no debate do feminismo e da diversidade sexual, visto que engloba situações concretas da vida singular dos sujeitos, em âmbito individual e coletivo, que se relacionam, dentre outros aspectos, com à sexualidade, à afetividade, à vivência sob os ditames patriarcais, misógino, racista e heterossexual. Estabelecer esses nexos contribui para o fortalecimento da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, além de atuarem contrários às diferentes formas de exploração, violência e opressão existentes no cotidiano (CISNE; SANTOS, 2018).

Um dos exemplos mais emblemáticos desse cenário é a forma perversa como a população trans (transexuais e travestis) é tratada em sua heterogeneidade/pluralidade de

manifestações, tendo suas trajetórias de vida atravessadas pela opressão, violência, marginalização, violação de direitos, deslegitimação da sua identidade de gênero e invisibilização nas lutas sociais das quais são parte e expressão. Tais aspectos têm efeitos concretos em seu cotidiano, pois a expectativa de vida deste grupo é de apenas 35 anos e lhes faltam oportunidades de emprego e educação, sendo frequentemente pessoas vítimas de agressões verbais e físicas, excluídas do seio familiar, devido à discriminação, o preconceito e o estigma por conta da sua identidade de gênero. Esses fatores explicam o porquê a prostituição tende a ser a principal fonte de subsistência deste grupo populacional; como também são inseridas (quando conseguem) na informalidade do trabalho.

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transsexuais (2020)⁴², o Brasil está entre os principais países no ranking mundial que mais mata a população trans. Esse cenário ganhou conotações preocupantes no primeiro semestre de 2020, tendo em vista que, apesar do contexto pandêmico, houve um aumento de 48% no número de assassinato deste segmento populacional, quando comparado ao mesmo período de anos anteriores. Em contrapartida, é um dos países que mais consome pornografia de pessoas trans.

No caso da infecção pelo HIV, conforme UNAIDS Brasil *et al.* (2019), as pessoas trans apresentam 12 vezes mais a chance de se infectar que a população em geral no Brasil, e tende a sentir o preconceito duplamente nos serviços de saúde, por ser trans e pela condição sorológica, sem esquecer que quando os marcadores de classe e raça/etnia são adicionados a situação torna-se mais delicada. Ainda que não seja objetivo deste trabalho aprofundar esse debate, tecer essas reflexões possibilita compreender de que modo determinados segmentos populacionais, por questões históricos-estruturais, são atravessados pela infecção de formas diferentes.

Outrossim, percebe-se que, historicamente, a infecção pelo HIV atinge grupos específicos, o que contribui para marginalizar determinados grupos societários, com ênfase a população LGBTQIA+ por ter sido a mais afetada nos momentos iniciais da epidemia. Reconhece-se que no caso das mulheres, isso pode levar algumas, em sua maioria heterossexuais, casadas e com parceiros fixos, a se sentirem protegidas, e, dessa forma, não procurarem pela realização de exames que diagnostiquem o HIV e/ou AIDS, o que pode resultar em um diagnóstico e tratamento tardios. Nessa lógica,

⁴² Ver reportagem na íntegra em: <https://antrabrazil.org/category/violencia/>

Podemos pensar, também, as bases do heterossexismo como uma forma ideológica de naturalização dos sexos que organiza, estrutura e dissemina a heterossexualidade como a prática supostamente correta e única possibilidade aceitável de expressão e vivência afetivo-sexual. E, desse modo, temos uma imposição heterossexualidade sobre as demais de orientação sexual, que são tratadas sem aceitação e legitimidade social. A força ideológica das relações patriarcais se atualiza de tal forma que, apesar dos avanços históricos decorrentes das lutas sociais dos sujeitos feministas e LGBT, elas encontram maneiras de se reproduzir, posto que são apropriadas nas relações sociais capitalistas, funcionando de modo favorável à exploração da força de trabalho e, quando necessário, à reprodução do conservadorismo; especialmente para exercer controle, disseminam um concepção de família tradicional, em que o alvo da dominação é o universo identificado como feminino e uma espécie de negação e inferiorização de tudo que não for heterossexual. (CISNE; SANTOS, 2018, p. 44 -45).

Assim, compreende-se que o resultado dessa investigação ao evidenciar a predominância em via transmissão heterossexual na realidade aracajuana, acaba por remeter às questões estruturais das relações sociais forjadas na sociedade capitalista, as quais tem bases ideológicas e culturais alimentadas pelo patriarcalismo, heterossexismo e o racismo. Esse ambiente, de certo modo, expõe a faceta conservadora e moralizante que caracterizaram os momentos iniciais da AIDS, e que hodiernamente se manifesta na sorofobia, através do preconceito e estigma, a qual tende associar a suscetibilidade à infecção pelo HIV restrita a grupos específicos, dentre os quais os homossexuais.

Para Lopes (2021), mesmo passado quatro décadas da epidemia HIV/AIDS, o imaginário social que atravessa à discussão da homossexualidade está entrelaçado pela trajetória histórica acerca da sexualidade, ciência e medicina em determinados momentos. De tal modo que, questões morais e éticas muitas vezes associadas à sexualidade, baseiam-se em argumentações científicas, na direção de perpetuar narrativas preconceituosas; e instituições como família, religião, escola, família ao gerarem tais discursos, objetivam ditar o “dever ser” no âmbito das relações sexuais e afetivas. Tais construções resultam em estereótipos, que colocam para os homossexuais

[...] características socioeconômicas distintas dentro de um mesmo grupo: o da promiscuidade. Todos se relacionam na busca pelo sexo, não são capazes de manter relações duradouras e baseadas também no afeto. Não há envolvimento. É o que permeia essa representação social. Nesta perspectiva de não aceitação das relações homoafetivas, visões negativas acerca da homossexualidade estão presentes também entre os próprios homossexuais. Há aqueles que não querem ser associados a lugares frequentados por outros homossexuais [...] (LOPES, 2021, p. 50129).

Trazer esses elementos para a discussão, implica reconhecer que essa construção social, que na aparência tende estar desvinculada das relações de poder, classe e trabalho, possui bases materiais e sócio-históricas alicerçadas pelas relações desiguais entre as classes, gênero e raça/etnia, que se caracterizam por exercer interferências na subjetividade, no corpo e na sexualidade, como também serve para reproduzir opressão, violência e marginalização das populações mais vulnerabilizadas, entre elas a população soropositiva.

Desse modo, considera-se que “[...] as masculinidades⁴³ não estão marcadas e limitadas ao corpo físico e cultural, mas são formadas por um conjunto de mediações culturais, sociais, econômicas, étnicas, políticas e históricas.” (NASCIMENTO *et al.*, 2020, p. 881), que são baseadas nas relações de poder entre os sexos e gêneros construídos no decorrer da história humana. Na perspectiva marxiana, o conceito de poder, “[...] está vinculado à classe social, bem como ao exercício de sua missão histórica. Mais do que isso, verifica-se que o conceito de poder na dominação das mulheres, nas relações de gênero, ocorre, principalmente, nas esferas do mundo do trabalho e doméstico.” (HENRICH; KERN, 2015, p. 452).

No caso dos homossexuais, esses fatores elencados tendem a ser agravados, posto a naturalização histórica do que é legitimado na sociedade como aceitável, ou seja, a figura masculina heterossexual, tendencialmente associado a imagem de um homem branco, responsável pela reprodução da família tradicional heteropatriarcal-monogâmica, cujas relações se baseiam na dominação e superioridade sobre as outras formas de masculinidade e/a feminização. As consequências para as relações homoafetivas são a deslegitimação de comportamentos julgados “desviantes” e das práticas sexuais e afetivas que destoem deste modelo hegemônico. Isso resulta para este grupo na busca pelo enquadramento de atitudes/comportamentos “másculos” (vestimentas, tribo de voz, entre outras), como também atua na fragmentação das lutas sociais do movimento, visto que os que conseguem se moldar a esse modelo tendem reprimir e julgar o restante, o que reflete em dilemas e divergências dentro do próprio grupo.

⁴³ Para Nascimento *et al.* (2020, p. 881) a categoria masculinidades no plural, deve ser “[...] entendida como os modos sociais e culturais convencionados em torno da identidade de gênero masculina construída na sociedade. [...] é importante considerar que as masculinidades são processos de construção, mutáveis em face dos contextos sociais em que as experiências de meninos e meninas vão ocorrendo; para falar de masculinidade e/ou feminilidade é preciso compreender que são conceitos relacionais de gênero. Nessa acepção, o conceito de gênero aqui está baseado na formulação de Joan Scott, que o explica como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero como uma forma primeira de significar as relações de poder.”

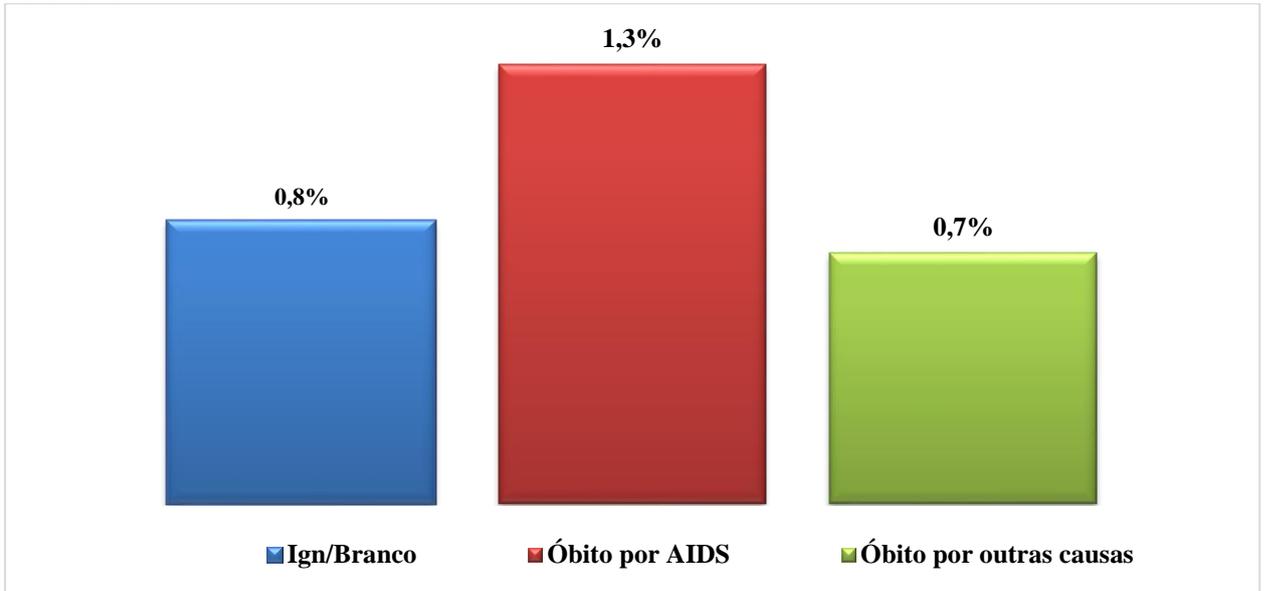
Nesse sentido, o estigma é o que marca, baseado em certos atributos que impõem um controle de posição social que diferenciam os indivíduos e delimitam uma posição marginal na sociedade. E, não distante, as políticas de saúde acabam sendo permeadas por esses estigmas. **As representações sociais que identificavam os homossexuais como vilões e/ou como vítimas da Aids, durante a década de 1980, ainda se sustentam e produzem os estigmas e preconceitos decorrentes da associação Aids e sua ligação com a homossexualidade** e pela possibilidade de vir a infectar-se com o HIV, caso não sejam adotadas práticas sexuais consideradas seguras. (NASCIMENTO *et al.*, 2020, p.86, grifos nossos).

. Como pontuado, tal processo tem bases culturais e ideológicas concretas que atuam como elementos de violadores de direitos, segregador e coercitivo para determinados grupos sociais, como também expõe que as sequelas históricas da epidemia de HIV/AIDS, marcada pelas associações negativas aos homossexuais ainda pairam no ideário social, expresso no preconceito, estigma, discriminação, estereótipo presuntivo de que ser gay é sinônimo de propenso à promiscuidade e ter o HIV, mesmo com os avanços científicos essa associação assola o ideário social e traz efeitos nas condições objetivas e subjetivas das pessoas infectadas, entre elas os homossexuais. Partilho das análises de Nascimento *et al.* (2020, p. 883), quando destacam que

Tal aspecto [também] é político e funciona como um processo estruturante para a relação de subordinação das mulheres e de alguns grupos de homens em relação à masculinidade hegemônica [...], [é nesse ambiente que] as representações sociais são elaboradas frente a uma realidade que se impõe ao indivíduo.

À luz dessas reflexões introdutórias, a seguir é exposto os quantitativos de óbitos na realidade aracajuana. O percentual de mortes tendo como causa principal a infecção pelo HIV neste município, foi de 1,3% e 0,7% de óbitos por outras causas. Há que se ressaltar que nem o boletim epidemiológico e nem as estimativas mundiais da UNAIDS fazem menção ao quantitativo de óbitos relacionados ao HIV, o que sugere a necessidade de incorporar esse indicador a essas estimativas, visto exercer interferências nas análises das reais dimensões dessa epidemia.

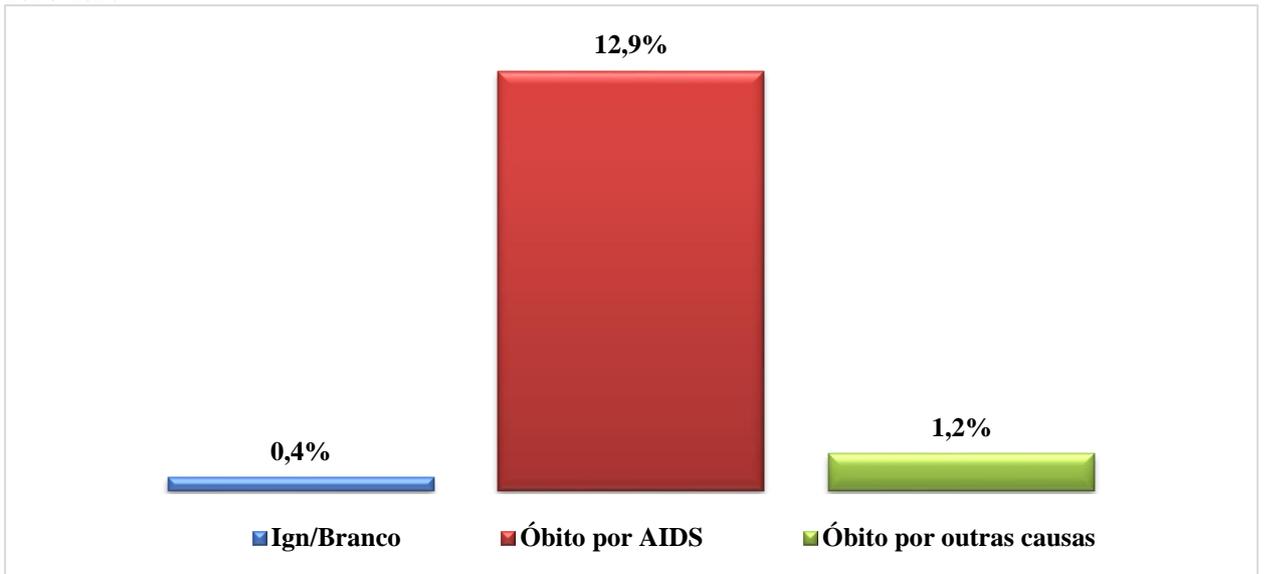
Gráfico 5- Distribuição dos casos de óbitos das pessoas com HIV por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Quanto aos óbitos tendo como causa principal a AIDS no município aracajuano, identificou-se um quantitativo significativo (12,9%), o que evidencia que essa questão de saúde pública ainda é um desafio a ser enfrentado na região. Arelado a isso, observou-se ainda 1,2% de óbito por outros motivos.

Gráfico 6 - Distribuição dos casos de óbitos das pessoas com AIDS por ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Em âmbito mundial, conforme as estimativas divulgadas pela UNAIDS em 2021, a partir do início da epidemia até final de 2020, foram notificadas 34,7 milhões de mortes relacionadas à AIDS no mundo. Enquanto no Brasil, dados do Ministério da Saúde relevaram que, desde emergência da epidemia até o final de 2019, foram registrados 349.784 óbitos em decorrência da AIDS, sendo que a média de mortes por esta enfermidade foi de 10.565 em 2019.

Embora a maior proporção de óbitos ocorra nas regiões Sudeste (57,7%) e Sul (17,8%), em 2019 o Nordeste ocupou o segundo lugar com 23%. A média nacional do coeficiente de mortes era de 4,1 casos/100 mil habitantes em 2019, dentre os Estados que ficaram abaixo desse quantitativo está Sergipe com 3,6. **A prevalência de mortes por AIDS, entre 1980 a 2019, foi de 70,4% em homens e 29,6% mulheres.** Em 2019, foram observados **61,7% de óbitos em negros** (47,2% pardos e 14,5% pretos) e 37,7% em brancos. Não houve diferenças expressivas no que diz respeito às faixas etárias, **sendo que os homens apresentam maior taxa de mortalidade.** Por exemplo, desde 2003 a razão de morte por sexo é de dois óbitos para homens para cada óbito entre mulheres. A razão de sexo é fornecida através da relação entre o número de casos em homens e mulheres (BRASIL, 2020b).

Nos últimos dez anos, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2020, **a população com faixa etária de 60 anos ou mais apresentou aumento do coeficiente de mortalidade (38,5%).** Em jovens de 20 a 24 anos, também foi observado uma tendência de crescimento neste indicador, passando de 3,0 em 2009, para 3,3 óbitos /100 mil habitantes em 2019; enquanto nas crianças de 5 a 9 anos (50,0%) e 10 a 14 anos (66,7%) houve uma redução. Outro ponto a ser ressaltado é que a partir de 2013 houve um declínio nos casos de AIDS no Brasil, passando de 43.368 casos; para 37.308 registros em 2019.

Os resultados desta investigação coadunam com o cenário nacional, quando se constata que na realidade aracajuana, visto que a população negra é mais atingida por óbitos decorrentes da AIDS (12,9%), especialmente os homens negros, entre 20 a 24 anos. Para além disso, identificou-se outra convergência dos achados neste estudo com o cenário nacional, já que na capital aracajuana também foram percebidas tendências de crescimento dos casos por ano diagnósticos e óbitos em idosos, denominado pela literatura especializada como envelhecimento da epidemia, o que demonstra a magnitude dessa epidemia e expõe a necessidade de fortalecimento da rede de cuidado das pessoas infectadas, ampliando as abordagens e respostas no manejo ao vírus.

Dentre os fatores que podem explicar essa diminuição destacam-se: a utilização dos medicamentos antirretrovirais e a adesão ao tratamento. A partir de 2013, o Ministério da

Saúde recomendou a introdução da terapia antirretroviral independente do quadro clínico apresentado, o que corroborou para a redução do desenvolvimento da doença com efeitos na minimização das taxas de detecção da AIDS. Essa diretriz é materializada no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos no ano supracitado, ao trazer para o debate comprovações científicas que a introdução precoce das terapias antirretrovirais propiciaria o aumento da longevidade, melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas e reduções dos números de mortes e internações, sendo a adesão e continuidade do tratamento pontos essenciais para esses efeitos positivos.

No entanto, diante das tendências de crescimento da infecção pelo HIV e diagnósticos de AIDS, observa-se que o fenômeno da reestruturação produtiva, que se caracteriza pelo agravamento do desemprego e exponenciação da informalidade do trabalho, trouxe alguns percalços para o controle da epidemia, expressa no aviltamento das condições objetivas da população soropositiva, com efeitos nas fragilidades relacionadas a permanência e continuidade do tratamento, “[...] o que pode contribuir para o aumento no número de infecções por HIV em situações em que os métodos de barreira se mostram ineficientes como também para a manutenção de altas taxas de mortalidade por Aids no país mesmo com pequenas variações ao longo dos últimos 15 anos.” (CASTRO, 2017, p. 39).

Nesse sentido, coaduno com a autora quando afirma que, embora existam avanços nas estratégias de prevenção e tratamento ao HIV e AIDS, a exemplo da garantia antirretroviral gratuitamente no Brasil e do método da prevenção combinada, estes podem dar sinal de esgotamento ao longo do tempo, colocando em pauta a necessidade da formulação de ações mais amplas no enfrentamento à epidemia, que visem atenuar os efeitos do crescimento de casos, no horizonte de ampliar a assistência às pessoas soropositivas, para além das ações do âmbito do SUS. Tais ações devem ser pensadas na trama de correlações de forças estabelecidas entre o Estado e a sociedade civil, sobretudo, na forma como primeiro atua nas refrações da “questão social”.

É neste cenário de complexas determinações, o qual se encontra permeado de contradições e bases objetivas, que a realidade desta epidemia tem se apresentado no país e no município aracajuano, sendo a mortalidade por AIDS um grave problema de saúde pública a ser enfrentado, especialmente quando considerado que a epidemia impulsiona desigualdades e atinge principalmente as populações mais marginalizadas (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população trans, indivíduos que usam álcool e outras drogas, além

de grupos vulneráveis como população negra, pessoas em situação de rua e sujeitos privados de liberdade)⁴⁴.

Perante o exposto, a discussão a seguir traz como centralidade os aspectos sociodemográficos da população soropositiva aracaçuana nas interfaces com os desdobramentos em curso na sociedade brasileira.

3.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS COM HIV E COM AIDS EM ARACAJU/SE

Este tópico discute as informações referentes à zona de residência, faixa etária, escolaridade, quesito raça/cor e sexo designado ao nascer. A escolha desta última expressão está baseada na nomenclatura utilizada pelo Relatório de Monitoramento Clínico do Ministério da Saúde. Convém pontuar que em outros documentos oficiais, dentre os quais o Boletim Epidemiológico, ainda não adotam tal expressão, tornando-se necessário instigar algumas problematizações concernentes ao assunto.

Com base nas reflexões desenvolvidas ao longo da exposição, reconhece-se que em termos biológicos o sexo é classificado como masculino e feminino. Conquanto, quando se compreende que uma sociedade fundamentada em relações sociais tipicamente capitalista, que se estrutura sob o lastro da exploração do trabalho e ocasiona desigualdades, cujas bases culturais e ideológicas são de caráter classista, patriarcal, heteronormativa e racista, pensar o sexo exclusivamente nessa dimensão acaba por anular a construção social e histórica do que é ser masculino e identificado como feminino em sua heterogeneidade de expressões.

Assim, entende-se que é fundamental colocar em cena cada vez mais o debate de gênero, posto que esta categoria se constitui como produto das relações sociais, e nesta sociabilidade o sexo é empregado para determinar o gênero limitado, na maioria das situações, apenas a genitália, sem considerar que nem todos indivíduos se enquadram nessa violenta imposição social, que descarta as singularidades constitutivas de cada indivíduo e nega o direito de ser aquilo que ele se percebe e mais se identifica/reconhece. Noutras palavras, ignora sua identidade de gênero.

Apesar deste trabalho não objetivar aprofundar essa discussão tampouco esgotá-la, sumariar esses elementos introdutórios contribui para desnaturalizar e historicizar as

⁴⁴ Em nível mundial, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2021), o risco de se infectar pelo HIV é 35 vezes maior entre as pessoas usuárias de drogas injetáveis; 34 vezes mais alto para mulheres trans; 26 vezes maior para as trabalhadoras do sexo; 24 vezes mais alto entre homens gays e outros que fazem sexo com homens.

desigualdades entre gênero, que se entrelaçam com as disparidades cotidianas existentes entre raça/etnia e classe. Para assim, possivelmente, poder contribuir no aprimoramento da coleta de informações dos serviços de saúde, entre elas a ficha de notificação do HIV e AIDS, especialmente a do SINAN e SIM, já que esta alimenta os sistemas de vigilância em saúde; como também tende colaborar na formulação e melhoria das políticas públicas específicas para os grupos populacionais mais oprimidos e marginalizados pela epidemia de HIV/AIDS. Um exemplo disso, seria

[...] a inserção de um campo para inserção do nome social (nome diferente do de registro civil – e que possuem uso assegurado no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS 1.820/2009 e no âmbito do serviço público federal pelo Decreto Presidencial 8.727/2016) e também com o campo identidade de gênero, com as opções: Mulher Transexual, Travesti/Mulher Travesti e Homem Transexual. (KRÜGER, 2017, p. 13).

Com vistas a reforçar essa reflexão, destaca-se a pesquisa de Krüger (2017)⁴⁵, que analisou a inserção dessas duas variáveis nos sistemas de vigilância em saúde e identificou que a falta de dados específicos acerca das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, como é o caso da população trans, aponta para a incipiência nas reais dimensões da epidemia de HIV/AIDS. No tópico anterior, inclusive, destaca-se de que forma a população trans (travestis e transsexuais) é afetada pela discriminação e preconceito, e como isso reflete na suscetibilidade à epidemia

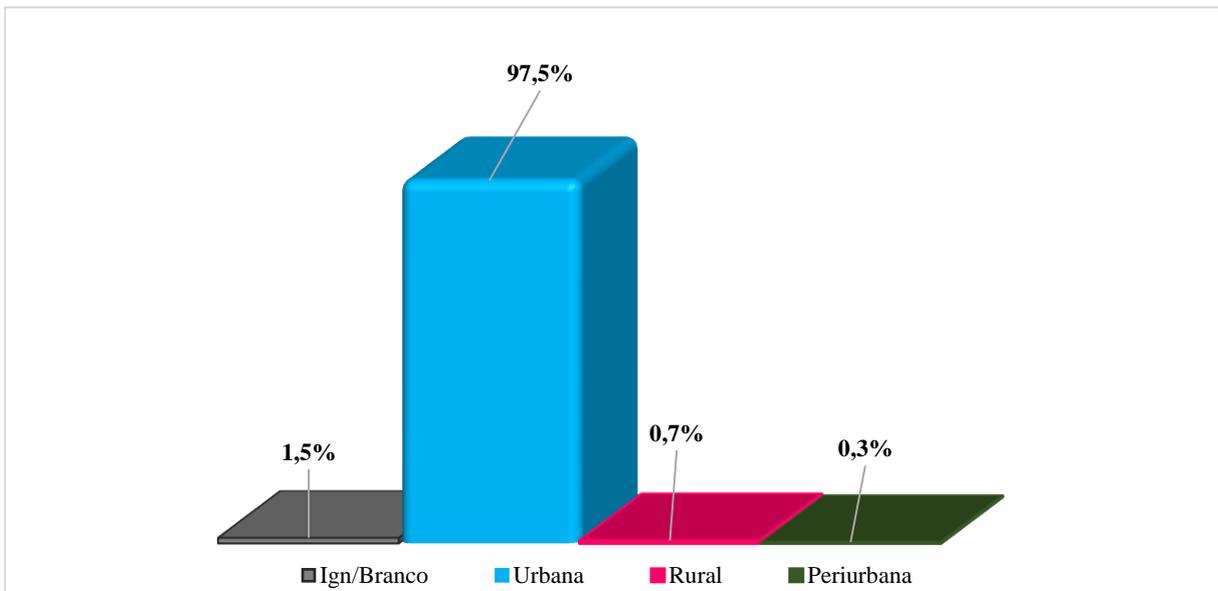
As análises da autora mostram que embora alguns sistemas do Ministério da Saúde, como o SILCOM e o SISCEL, já indiquem como opcional o preenchimento do nome social, a adesão desses campos (nome social e identidade de gênero) em sistemas como SINAN e SIM, inclusive nos Boletins Epidemiológicos anuais – cuja alimentação dos dados são oriundas também destes dois sistemas de vigilância em saúde –, ainda aparece como é algo inexistente, o que aponta a necessidade de incorporá-los como rotina no atendimento dos usuários. Dessarte, coaduno com a autora, que tal escassez nos dados oficiais do Ministério da Saúde pode dificultar a implementação de políticas públicas e tomada de decisões, em saúde pública,

⁴⁵ A pesquisa desenvolvida por Krüger (2017) intitulada “*Inserção dos campos ‘nome social’ e ‘identidade de gênero’ nos sistemas de vigilância em saúde: uma alternativa para qualificação da informação sobre a epidemia de HIV/AIDS na população trans brasileira*”, para além da análise histórico-social acerca da vulnerabilidade da epidemia na população trans e suas interlocuções com a discussão sobre gênero e diversidade sexual, aponta caminhos minuciosos de que forma e como incluir no sistemas de vigilância em saúde os campos “nome social” e identidade de gênero”. Aos interessados neste debate tão caro na sociedade, recomenda-se essa leitura.

no manejo à epidemia de HIV/AIDS, que levem em conta as determinações sócio-históricas que influenciam na maior prevalência do vírus em grupos mais marginalizados.

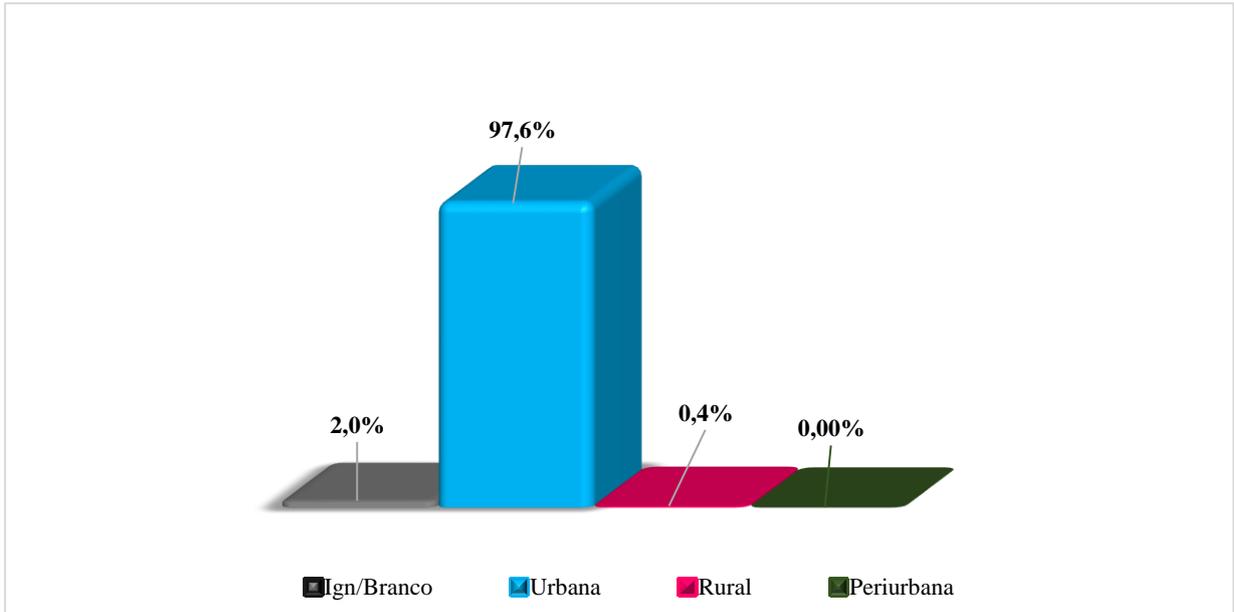
Feitas essas sinalizações, a partir daqui serão discutidos os dados relacionados à zona de residência das pessoas que vivem com HIV e AIDS no contexto aracajuano. No tocante ao HIV neste município, constatou-se 97,5% das pessoas residem na zona urbana, enquanto 0,7% vive na área rural. Por sua vez, no que diz à AIDS na capital sergipana, observou-se praticamente o mesmo cenário, isto é, 97,6% residem na área urbana e 0,4% na zona rural (gráficos 7 e 8). É oportuno salientar que o indicador zona de residência apresenta um caráter inovador, visto que aparece com pouca frequência nas divulgações oficiais sobre a temática, a exemplo do Boletim Epidemiológico que publiciza, em sua maioria, as informações referentes às Unidades Federativas.

Gráfico 7 - Distribuição dos casos de HIV por ano de residência e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Gráfico 8 - Distribuição dos casos de AIDS por ano de residência e ano diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

O estudo realizado por Limas *et al.* (2021) analisou o avanço da epidemia em adultos jovens e suas relações com os serviços de saúde e de assistência social, em um município do Paraná, e percebeu uma distribuição desigual entre os estabelecimentos destinados a prestar os serviços desses setores, com predominância na área urbana. Isso trouxe implicações quanto à prevenção e diagnóstico precoce do HIV, principalmente na acessibilidade aos serviços de saúde, tendo em vista que os territórios que

[...] não apresentaram estabelecimentos de saúde e/ou assistência social, no entanto, possuem casos notificados com infecção pelo vírus HIV, o que permite afirmar que nesses territórios havia dificuldades para se garantir o acesso do indivíduo ao sistema de saúde, uma vez que 52,5% dos indivíduos notificados já chegaram ao serviço de referência com o quadro de aids, o que corrobora para o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, contribui para a transmissão do vírus. (LIMAS *et al.*, 2021, p. 344).

Ainda assim, os referidos autores compreendem que a acessibilidade da população soropositiva aos serviços públicos de saúde no território também pode apresentar um efeito paradoxal, que se relaciona à estigmatização e preconceito acerca da doença, tendo em vista que nem sempre a proximidade territorial facilita a descoberta do diagnóstico ou início do tratamento precocemente, já que vários usuários optam por se deslocarem para outros municípios para realizar o acompanhamento em saúde,

“[...] isto apesar de se ter uma rede organizada de atendimento em seu município de moradia. Esse deslocamento do indivíduo para outros territórios tem sido atribuído à busca pelo anonimato no atendimento às suas necessidades em saúde, uma vez que não quer sofrer com a discriminação por viver com o vírus.” (LIMAS *et al.*, 2021, p. 344).

Ademais, os poucos serviços de saúde nas áreas rurais, ou seja, nas áreas mais afastadas dos centros urbanos, podem dificultar o acesso aos serviços de saúde, fazendo com que os indivíduos quando cheguem aos sistemas de saúde, geralmente aos serviços de referência, apresentem a manifestação clínica da infecção, ou seja, a AIDS. Essa situação pode contribuir para o diagnóstico tardio e maior transmissibilidade do vírus. Logo, compreende-se que as disparidades entre os estabelecimentos de saúde e o contingente populacional alertam “[...]a necessidade de descentralização das ações em saúde no sentido de garantir acessibilidade às ações de promoção da saúde ou prevenção de agravos objetivando o enfrentamento ao fenômeno HIV.” (LIMAS *et al.*, 2021, p. 345).

Depreende-se, assim, que essa também pode ser a realidade apresentada em Aracaju/SE, visto que o município é caracterizado, essencialmente, por ser uma capital urbana e os dados desta investigação apontaram que mais de 97% das pessoas com HIV e AIDS residem na área urbana, aliás o único Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS do Estado está localizado na capital sergipana, podendo, inclusive, também algumas pessoas de municípios vizinhos se deslocarem para capital sergipana, com vistas de garantir o anonimato.

Outrossim, entende-se que outro fator “[...] importante é a falta de serviços especializados no interior. Além disso, a inadequada estrutura física dos serviços, insuficiência e perfil dos profissionais de saúde, irregular monitoramento e avaliação das ações são fatores que podem ter influenciado nos resultados obtidos.” (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 60). Dessa forma, considerado que o município aracajuano apresenta maior contingente populacional de Sergipe, o correspondente a 28,41% (ARACAJU, 2017), é possível afirmar que a região pode deter os maiores registros da epidemia de HIV/AIDS do Estado.

Em termos territoriais, Aracaju apresenta cerca de 181,86 Km² e densidade demográfica de 3.692.97 habitantes/Km², segundo a PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju⁴⁶ (IBGE, 2021). O PIB aracajuano equivale a mais de 42% na participação da economia do Estado, distribuídos em atividades do setor de serviços (65%), administração pública (19%) e

⁴⁶ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua Trimestral/Aracaju.

indústria (16%).⁴⁷ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,770, considerado alto e único no estado, quando comparado aos demais, que apresenta o IDH elevado. O Índice de Gini de 0,62, o que aponta uma desigualdade social expressiva (ARACAJU, 2017). A estimativa populacional de 2021 foi de 671.603 mil habitantes, segundo a PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021).

No que concerne aos serviços de saúde, o município aracajuano está organizado em oito regiões, e conta com 44 Unidades Básicas de Saúde; duas Unidades de Pronto Atendimento 24h, localizadas na zona norte (UPA Nestor Piva) e outra zona sul (UPA Fernando Franco); dois Centros de Especialidades Médicas (CEMAR Siqueira Campos⁴⁸ e CEMAR Augusto Franco), como também unidades de vigilância sanitária e epidemiológica (ARACAJU, 2017). No caso do enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, há apenas um SAE na capital sergipana que presta atendimento especializado contra o vírus em nível estadual, além de dois CTAs.

Outrossim, há um Hospital Universitário e outros serviços especializados na rede pública e privada. A partir da descentralização dos serviços para atenção básica, esses serviços de saúde também passaram a atuar junto às pessoas com HIV e AIDS mesmo que se reconheçam os diversos desafios para equipe diante do aumento da demanda e da falta de capacitação para lidar com as especificidades e as complexas questões que o *status* de soropositivo para o HIV representa.

Apesar disso, guardadas as proporções, observa-se que as supracitadas regiões em saúde se deparam com questões como: crescimento elevado da população; alta densidade urbana; construção de moradias irregulares; baixos indicadores socioeconômicos, inclusive no quesito renda, violência, acesso a saneamento, com efeitos nos indicadores da saúde (ARACAJU, 2017). Por exemplo, no caso da região 1, responsável por abranger a praia de atalaia e regiões adjacentes da zona de expansão, no que toca à saúde [...] destaca-se que, pela distância de outros serviços, como os hospitais públicos e privados do município, a população acessa bastante as Unidades Básicas de Saúde, as quais são porta de entrada e acesso a serviços de saúde.” (ARACAJU, 2017, p. 38).

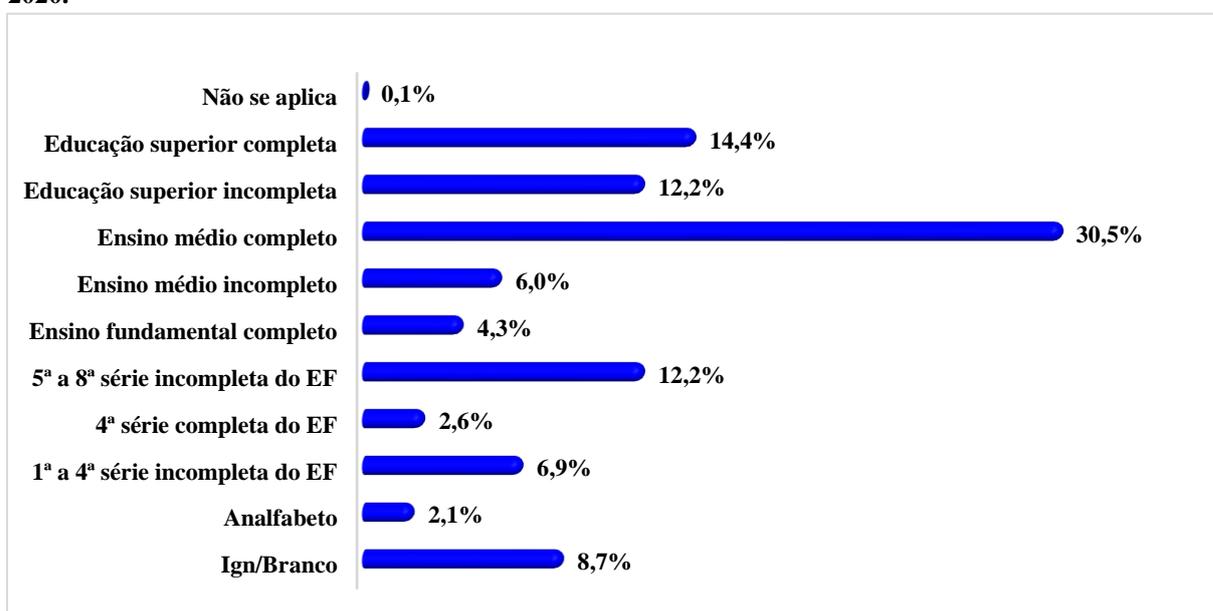
No que diz respeito ao nível de escolaridade, os dados desta investigação indicaram que em Aracaju a maioria das pessoas com HIV possui o ensino médio completo (30,5%),

⁴⁷ Ver matéria na íntegra em: <https://al.se.leg.br/municipios-e-economia-aracaju/>

⁴⁸ Esta instituição tem como uma das suas especialidades o Centro de Referência de IST/AIDS, que engloba o CTA e o SAE. Sendo a oferta deste serviço ambulatorial, dentre outras questões, que o difere do CEMAR Augusto Franco. Como mencionado no capítulo anterior, há dois CTAs (CTA Hemolacen e o CTA alocado no CEMAR Siqueira Campos).

seguido do ensino superior completo (14,4%). Chamou atenção que a educação superior incompleta e o ensino fundamental incompleto da 5ª a 8ª série também apresentarem números expressivos, respectivamente, 12,2% em ambas situações. Houve um percentual expressivo de ignorados (8,7%) nesse quesito (gráfico 9). Já os dados nacionais mostram que a escolaridade predominante nas pessoas com HIV é o ensino médio completo (21,1%), com um percentual alarmante de ignorados (25,2%) dos casos registrados em 2019 no que toca este indicador, o que implica em dificuldades na avaliação dos casos de HIV (BRASIL, 2020a).

Gráfico 9 - Distribuição dos casos de HIV por escolaridade e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



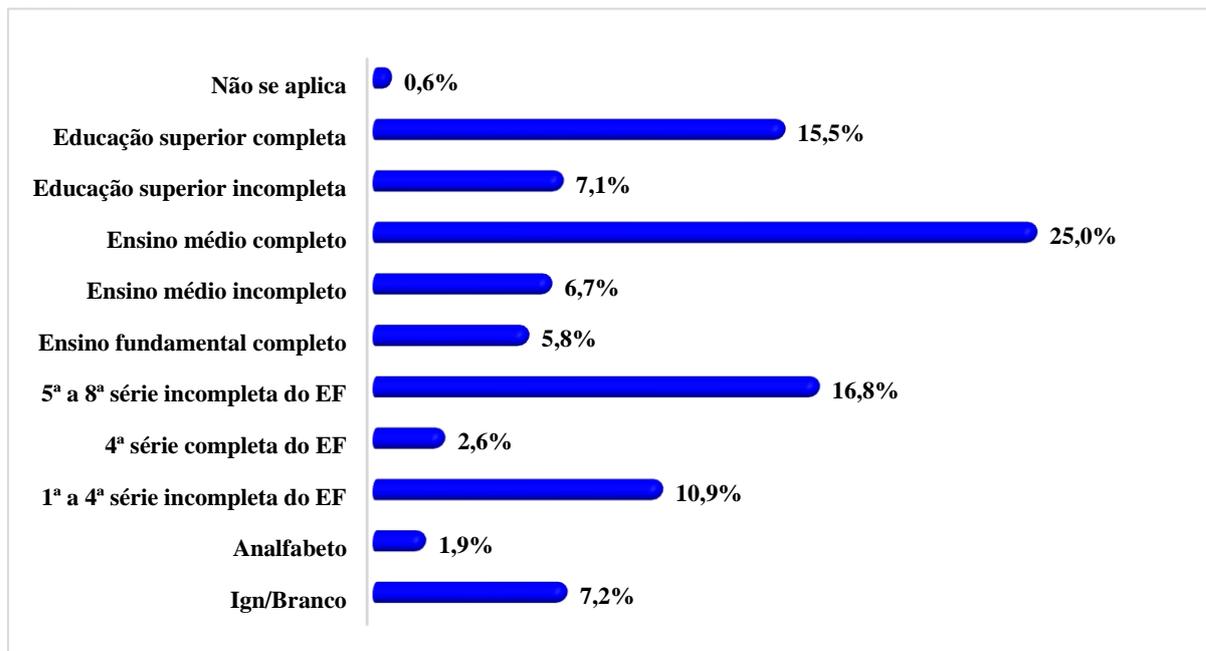
Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Por outro lado, em se tratando do grau de escolaridade das pessoas com AIDS na capital sergipana, identificou-se que a maioria possui o ensino médio completo (25,0%), com tênues separações os indivíduos com a 5ª a 8ª séries do ensino fundamental incompleto (16,8%) ou ensino superior completo (15,5%). Novamente foi percebido um número substancial de ignorados (7,2%) nesse indicador, o que aponta a importância desse preenchimento já que este permite analisar aspectos sociodemográficos dessa população (gráfico 10).

Dados do Ministério da Saúde relevaram que em 2020, no Brasil, o grau de escolaridade com maior prevalência nas pessoas com AIDS foi da 5ª a 8ª séries incompletas (21,0%), apesar de uma tendência de redução neste grupo aos longos dos anos. Nesse caso, percebe-se uma divergência entre o cenário nacional e a realidade aracajuana, que pode estar

relacionada ao fato do índice nacional de ignorados ser bem elevado (23,3%). Dessa forma, denota-se que a subnotificação dessa variável é um desafio a ser enfrentado pelos sistemas de vigilância em saúde, tendo em vista que sua ausência traz implicações nas respostas sanitárias de manejo a esta epidemia e pode incidir em fragilidades para pensar a dimensão da epidemia.

Gráfico 10 - Distribuição dos casos de AIDS por escolaridade e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Nos últimos anos, evidencia-se uma tendência que aponta maiores níveis de escolaridade para homens, em relação às mulheres. Em 2019, a proporção de analfabetos do sexo masculino era de 2,0%, enquanto as mulheres de 2,8% em relação à AIDS. Ainda nesse ano, enquanto 38,6% dos homens possuíam ensino médio completo, as mulheres aparecem com 25,0% nos registros da AIDS (BRASIL, 2020b.). Essa situação demonstra que as mulheres, devido apresentar menor níveis de escolaridade, podem encontrar maior dificuldade para serem inseridas no mercado de trabalho, desse modo, “[...] verifica-se que graças à recessão econômica, bem como à instabilidade política, o desemprego e o subemprego atingem principalmente a mulher.” (HENRICH; KERN, 2015, p. 51). Ressalta-se que essa análise mais detalhada sobre as tendências da escolaridade quanto ao sexo é algo inexistente no caso da infecção pelo HIV, o que aponta a necessidade de incorporar esses elementos.

No contexto aracajuano, percebeu-se que a população com HIV e AIDS apresenta similaridade quanto à escolaridade o ensino médio completo, ou seja, 30,5% e 25,0%, respectivamente. Aliás, cumpre salientar, conforme PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju

(IBGE, 2021), que a ocupação por nível de instrução ocorre com maior prevalência nos indivíduos com ensino médio (33,37%). Porém, ainda assim, tanto com ensino superior completo como as de ensino médio completo, estavam desempregadas, o equivalente a 9,38% e 20,20%. É importante destacar que essa região detém cerca de 37,659 pessoas não alfabetizadas, o correspondente a 5,95% da população aracaçuana.

De acordo com o Ministério da Saúde, núcleos socioeconômicos de menor escolaridade se tornam menos assistidos e menos instruídos, de forma que ficam mais vulneráveis à infecção por HIV e outras doenças. Dessa forma, tais indivíduos tornam-se difusores desses agentes por razões predominantemente socioeconômicas (menor capacidade de ter suas demandas atendidas, residência em locais com infraestrutura precária) e biológica (pior imunidade). (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 60).

Percebe-se, assim, que embora o nível de escolaridade tenha atuado historicamente como sendo o responsável pela mobilidade social, uma vez que, supostamente, mais anos de estudos favorece uma melhor inserção no mercado de trabalho, observa-se que em tempos de reestruturação produtiva, no processo de acumulação do capital, o desemprego e a precariedade das relações trabalhistas são exacerbados. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2021b), houve aumento na taxa de desemprego praticamente em todos os níveis educacionais, em âmbito nacional, no segundo semestre de 2021, ainda que a ocupação entre os trabalhadores do ensino médio (completo e incompleto) tenha apresentado crescimento de 7,0%, percebe-se que “[...] a alta de 8,5% da força de trabalho neste segmento educacional anulou os efeitos da melhora da ocupação sobre o desemprego [...]” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021b, p. 29).

Logo, entende-se que essa realidade traz implicações para o tratamento das pessoas com HIV e AIDS, uma vez que por ser uma epidemia marcada pelo estigma e preconceito, torna-se mais difícil uma pessoa infectada ser inserida no mercado de trabalho. Especialmente, quando estudos evidenciam, nas últimas décadas,

A variável escolaridade, que é usada com um marcador de situação socioeconômica, indica o fenômeno da pauperização, o qual tem levado a um aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos com baixa escolaridade. A AIDS aparece em todas as camadas sociais, porém, ao longo dos anos observou-se um aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade mais baixa. Homens e mulheres apresentaram níveis de escolaridade diferentes em todo o período analisado, assim, o risco a que estão expostos os indivíduos do sexo masculino de maior escolaridade ainda é superior àquele observado nos indivíduos de menor escolaridade, e

diferentemente no sexo feminino, o maior risco está entre as mulheres de menor escolaridade. (LEITE, 2020, p. 57389).

Em face ao exposto, considera-se que no caso da epidemia de HIV/AIDS, o acesso ao maior grau de escolaridade pode contribuir para que as pessoas entendam melhor como o vírus age no organismo e acerca dos avanços científicos logrados nas últimas décadas. Entretanto, objetivando atingir a todas as pessoas é fundamental o desenvolvimento de ações preventivas, especialmente na área de educação em saúde, tendo em vista que o acesso à informação pode contribuir com as mudanças de hábitos/comportamentos sociais e na adoção de práticas sexuais seguras.

Ironicamente, apesar de reconhecer essa assertiva, nem sempre o elevado grau de escolaridade garante maior prevenção a infecção pelo HIV, como é o caso da realidade aracajuana, caracterizada pela predominância do ensino médio na população soropositiva. Dentre alguns fatores que podem explicar esse paradoxo destacam-se: o tabu de se falar de sexualidade, irrisórias campanhas informativas sobre os novos métodos preventivos, a exemplo da PreP e PeP, associação da infecção restrita a determinados “comportamentos de risco” (prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais), o que resulta na permanência do ideário social de “doença dos outros”.

Não se deve perder de vista que, a educação, sob o prisma do capital, é convertida num conjunto de práticas sociais que subsidiam a internalização de consensos necessários à reprodução deste sistema. Por isso mesmo, sua funcionalidade na dinâmica social, é atravessada por contradições, projetos e lutas societárias que não se esgotam nas instituições educacionais, embora encontre nestas um espaço privilegiado de objetivação (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2013).

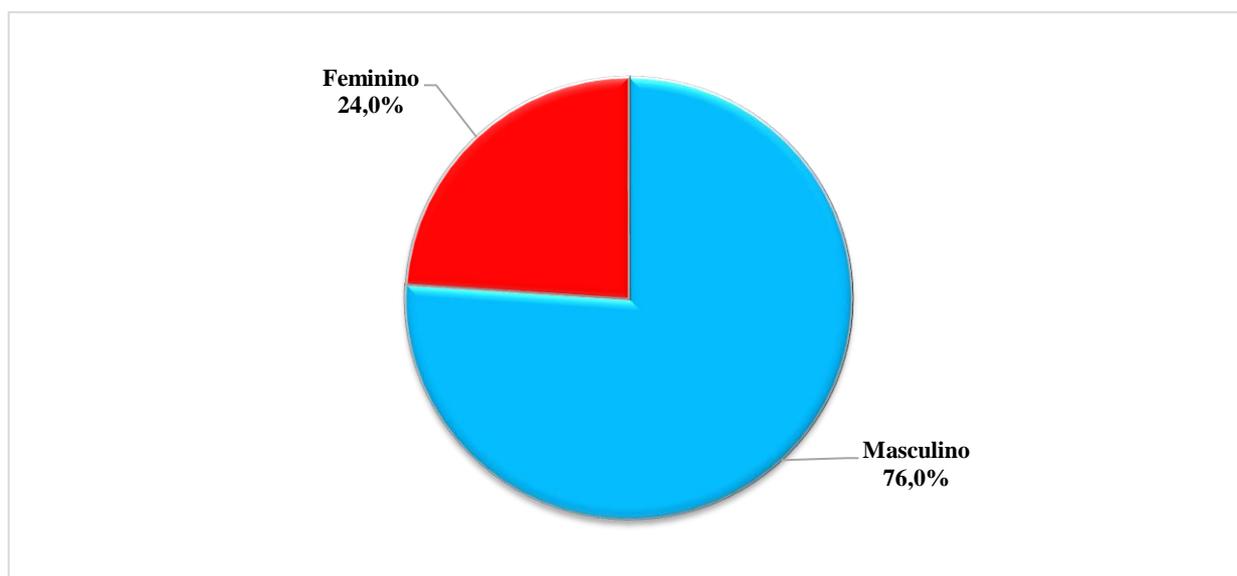
Nesse sentido, compreende-se que a educação, e, conseqüentemente, o acesso ao maior grau de instrução sofre interferências da classe em que os sujeitos estão inseridos, e considerado as marcas históricas apresenta desproporções em mulheres e negros, com rebatimentos nas pessoas com HIV e AIDS. Ainda que se percebam avanços na política de educação, em tempos de parques investimentos, ataques à autonomia, democracia e liberdades, observa-se um ambiente de inflexões para esta política e as demais políticas sociais, manifestas nos tensionamentos e recrudescimento de medidas governamentais que minam as possibilidades de a classe trabalhadora acessar determinados direitos.

No caso desta epidemia, o avanço do neoconservadorismo nas diferentes dimensões da vida social, em escala mundial e nacional, reverbera em incursões no desenvolvimento das

respostas de prevenção e promoção direcionadas ao enfrentamento do vírus, sendo recorrentes, no Brasil, discursos preconceituosos e moralistas pelo atual presidente da república e seus ministros, em relação às questões identitárias, diversidade sexual e epidemia de HIV/AIDS, cuja lógica subjacente é a defesa de projeto político que maximiza os interesses de uma determinada classe. “A isso somam-se o fundamentalismo religioso e obscurantista, o negacionismo da ciência, os irracionalismos, as práticas neofascistas que impõem o social-darwinismo e a necropolítica como *modus operandi*.” (RAICHELIS; ARREGUI, 2021, p. 142, grifos das autoras).

Após essas sinalizações, a seguir são discutidos alguns aspectos relacionados ao sexo designado ao nascer na realidade aracajuana. Esta investigação constatou que em relação às pessoas com HIV, 76,0% são homens e 24,0% mulheres (gráfico 11). Já os dados nacionais indicam que a maior prevalência de casos de HIV, foi de 69,4% em homens e 30,6% em mulheres. A razão entre os sexos do ano de 2019, foi de 26 homens com HIV para cada dez mulheres (BRASIL, 2020b).

Gráfico 11 - Distribuição dos casos de HIV por sexo e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020

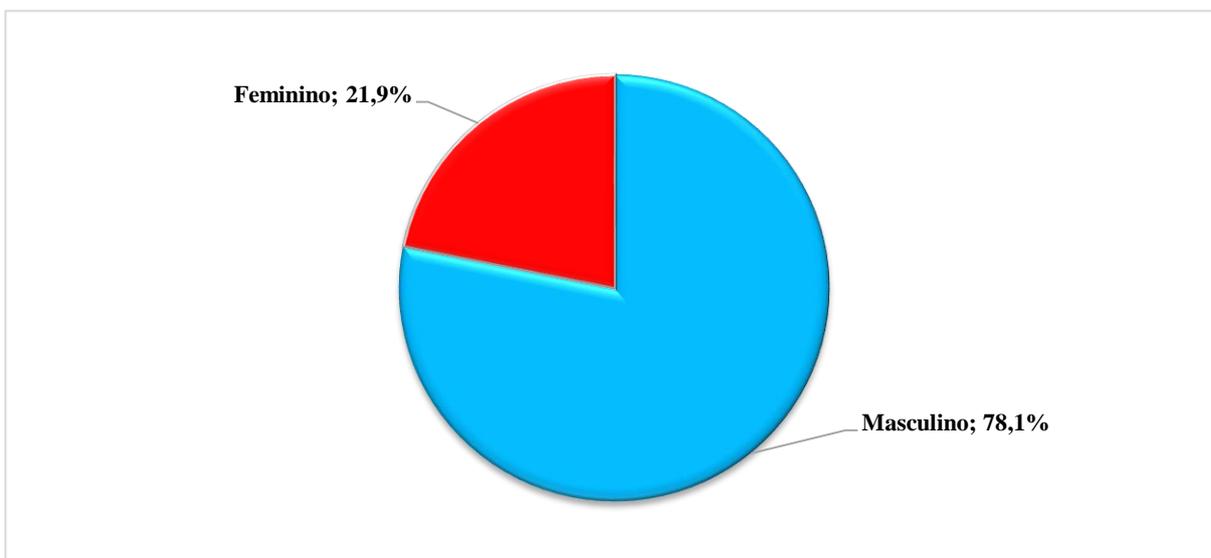


Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Esse cenário do sexo designado ao nascer se repete nos casos das pessoas com AIDS no contexto aracajuano, posto que 78,1% são em homens e 21,9% mulheres (gráfico 12). Em relação ao sexo nos casos de AIDS em nível nacional, tem-se 65,7% no sexo masculino e 34,3% no feminino. A razão entre os sexos permaneceu estável entre 2010 a 2019, o equivalente a 23 casos de AIDS em homens para cada dez mulheres. A partir de 2012

observa-se uma tendência de redução nessa taxa. Em 2019, por exemplo, entre homens essa taxa apontou 25,2 casos/100 mil habitantes; já nas mulheres, foi de 10,5 (BRASIL, 2020a). É importante demarcar que o indicador taxa de detecção por sexo não aparece nas análises da infecção pelo HIV no boletim epidemiológico.

Gráfico 12 - Distribuição dos casos de AIDS por sexo e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Logo, percebe-se que os homens são mais afetados pelo HIV e AIDS na realidade aracajuana, o equivalente 76,0% e 78,1%, respectivamente. Isso reitera a tendência nacional de maior incidência de casos da epidemia em homens como demonstraram os dados oficiais do Ministério da Saúde. A partir das reflexões suscitadas no tópico anterior, denota-se que os agravos em saúde no sexo masculino, entre eles a infecção pelo HIV, se constituem como um desafio na agenda dos problemas de saúde pública, que se relaciona a questões socioculturais e ideológicas incutidas no processo de socialização dos homens, a qual tende atribuir a identidade masculina, baseado no modelo patriarcal, atributos como força, virilidade, poder e dominação, com efeitos numa suposta crença de invulnerabilidade a doenças, desvalorização do autocuidado e incipiente preocupação com saúde.

Para Nascimento *et al.* (2020), no caso da suscetibilidade ao HIV, as implicações dessas construções hegemônicas de gênero é atribuir ao homem o poder de decisão sobre o uso ou não do preservativo, sendo que, em algumas situações, nem os homens ou as mulheres percebem que essa relação de dominação permanece, pois ainda persiste na sociedade “comportamento esperados” em relação aos papéis de gênero. Acerca disso, Knaut *et al.* (2020, p. 2-3) asseveram que

Entre os homens, as questões de gênero são impostas especialmente nas relações entre homens e mulheres e nas relações entre homens com outros homens, em razão do que se denomina de ‘masculinidade hegemônica’. Práticas como a multiparceria sexual, o consumo de drogas ilícitas e o consumo de bebidas alcoólicas, que podem contribuir para a vulnerabilidade ao HIV, acabam sendo naturalizadas e não associadas a uma maior vulnerabilidade ao HIV. Um indicador dessa naturalização é a pequena produção de estudos sobre aids com homens que se identificam como heterossexuais quando comparados aos HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas.

Para as autoras, essa lógica perpassa a assistência à saúde, que desencadeia no diagnóstico tardio e pouco destaque em políticas ou ações de prevenção, sobretudo nos casos dos homens heterossexuais. Comumente a população masculina descobre o prognóstico por ocasião de alguma enfermidade; ou por meio de visitas frequentes aos serviços de saúde para cuidar de problemas recorrentes; ou através de um evento de promoção da testagem; como também quando optam em doar sangue. Outra forma de saber a condição sorológica é através do pré-natal, momento em que as mulheres atuam como “pontes” para conhecimento do diagnóstico nos homens. Isso pode estar relacionado, entre outros fatores, ao ideário social de que a doença atinge segmentos específicos, como os homossexuais, fazendo com que os homens heterossexuais se considerem “imunes” ao vírus.

Ainda de acordo com as autoras, foi observado que geralmente os homens heterossexuais têm poucos espaços nos estabelecimentos de saúde para abordar temas relacionadas a descoberta e pós-diagnóstico, bem como as expectativas para o futuro. Para além disso, percebeu-se que para as pessoas que trabalham os horários restritos para atendimento podem dificultar a ida de homens aos serviços de saúde, como também foram identificadas limitações no número de exames disponíveis, quadro limitado de profissionais de saúde, entre outros fatores, que dificultam a realização de testes. Possivelmente, essa também seja a realidade apresentada em outras regiões do país, inclusive no município aracajuano.

Destarte, é possível afirmar que entre os homens alguns gargalos podem ser identificados na questão de gênero, raça/etnia e a classe que os mesmos integram, além das fragilidades colocadas pelo subfinanciamento dos sistemas de saúde, com consequência nas irrisórias ações preventivas com este grupo e debilidades no incentivo da realização de testes rápidos. Em consequência, depreende-se que a prevalência de casos em homens neste estudo, especialmente pela via heterossexual, traz no seu contraponto a possibilidade de aumento dos casos em mulheres, principalmente se considerar que, no segundo trimestre de 2021, a

maioria da população aracajuana é feminina (53,44%), seguido de 44,56% do sexo masculino, conforme estimou a PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021).

O estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2019), teve como foco de análise as mulheres soropositivas na capital aracajuana, no período de 2014 a 2017, e percebeu uma tendência de crescimento de casos de HIV e AIDS em mulheres. Sendo que este segmento populacional, em sua maioria, estava em idade reprodutiva, tinha iniciado a vida sexual precocemente, apresentava baixo nível socioeconômico, encontrava-se em união conjugal e permanecia com comportamento sexual de risco, mesmo após o diagnóstico. A investigação ainda revelou dados positivos referente ao uso de antirretrovirais, posto que a maioria das mulheres apresentaram bons índices de células CD4 e carga viral.

À luz desses dados, observa-se que a vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV traz como pano de fundo as relações desiguais de sexo, gênero e raça/etnia, em que a figura feminina recebe influências dos ditames do patriarcado através do controle sobre seu corpo e sexualidade, ao mesmo tempo em que sob um “modelo” heterossexual atua obrigatoriamente na naturalização dos sexos, na direção de atender duas premissas: a primeira, visa a garantia do controle dos seus filhos, tendo em vista que permitem mais força de trabalho, e, conseqüentemente, pode ampliar a capacidade de produzir riqueza; a outra, defende que garantida sua prole, os homens asseguram a manutenção da propriedade privada (CISNE; SANTOS, 2018).

Desse modo, em consonância com a argumentação de Cisne e Santos (2018), a estrutura patriarcal traz na sua base constitutiva a defesa da família heteropatriarcal-monogâmica, que busca dominar a subjetividade e o corpo em seus múltiplos aspectos – como controle da tomada de decisão em relação à saúde sexual e reprodutiva – da mulher e do que é vinculado ao feminino em toda sua heterogeneidade de expressão, além de influenciar na forma como se dá a divisão sexual e racial do trabalho, na violência contra mulher e população LGBTQIA+ e nas relações de sexo/sexualidade. Assim, ousaria acrescentar que quando adicionados à perspectiva de classe e a questão étnico-racial, fica evidente que as mulheres pobres e negras são as mais violadas, discriminadas, oprimidas e marginalizadas, e, por conseguinte, são mais afetadas pela epidemia.

Nesses termos, entende-se que a feminização da epidemia de HIV/AIDS evidencia desvantagens histórico-estruturais das mulheres em relação ao homem. Trata-se de um contexto de vulnerabilidade social e violência, o que corrobora para que a infecção se situe no âmbito das relações desiguais de gênero, raça/etnia e de exclusão social, como também revela uma certa negligência nas respostas sanitárias voltadas a esse grupo, haja vista que as ações

tendem a ser limitadas na busca de gestantes com HIV, no horizonte de prevenir a infecção da criança (LEITE, 2020).

Na prevenção, isso se manifesta na negociação do uso do preservativo, sobretudo nas relações conjugais, fixas ou douradas, posto que, dentro de uma união estável solicitar o uso de preservativos desde que não seja a fim da contracepção, pode ocasionar riscos para as mulheres em questões como: a afetividade, ruptura da confiança do casal, rótulos negativos às mulheres que apresentam esse conhecimento e tem iniciativa na esfera sexual, como também pode até ocasionar a possibilidade de perda do suporte financeiro do parceiro, nos casos em que há essa relação (FELIX; CEOLIM, 2011).

Há exceções em relação ao uso dos preservativos e contraceptivos no que toca às mulheres, que tendem a reforçar o emprego de preservativos apenas para pessoas sem relacionamento fixo ou em situações de infidelidade do parceiro. Tal ambiente acaba por ocasionar uma espécie de associação entre “mulheres de casa” (esposas ou parceiras fixas) com base na ideia do privado, do conforto e da segurança e “mulheres da rua” (relações casuais com profissionais do sexo, desconhecidas e outras) aludindo o valor do público, da impessoalidade, da insegurança e do não familiar (NASCIMENTO *et al.*, 2020). Não obstante, é provável que devido a multiplicidade de papéis sociais atribuídos às mulheres, que a mesma postergue o cuidado com o corpo e com a própria saúde.

De acordo com a ginecologista Bruna Wunderlich⁴⁹, para as mulheres lésbicas e bissexuais, a propagação do mito de que relações homoafetivas femininas não apresentam chances de transmissão de IST's, tem impulsionado maior exposição a riscos. É importante compreender que qualquer relação sexual, sem ou com penetração, coloca as pessoas em situação de exposição as ISTs, tendo em vista que as principais formas de transmissão são o sexo oral, contato entre a mucosa ou com sangue e a penetração. Alguns dos percalços que dificultam a prevenção deste grupo são o preconceito na assistência à saúde, constrangimentos ou violência na realização de exames ginecológicos e a inexistência de métodos de proteção especificamente desenvolvidos para elas, especialmente para o sexo lésbico, o que pode resultar na descoberta tardia do diagnóstico, bem como no início do tratamento. Knaut *et al.* (2020, p. 2) acrescentam que

Entre as mulheres, observa-se um maior consumo de drogas lícitas, em especial psicofármacos (como antidepressivos, ansiolíticos e anfetaminas),

⁴⁹ Ver reportagem na íntegra em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/08/lesbicas-e-bissexuais-tambem-contrair-doencas-sexualmente-transmissiveis.shtml>

que podem estar relacionados a comportamentos que impliquem uma maior suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, no que se refere às políticas de prevenção da aids, as mulheres são destacadas apenas quando se inserem em categorias sociais específicas, como profissionais do sexo, ou quando estão gestantes.

É notório que os elementos destacados, evidenciam que as relações desiguais de classe, gênero e raça/etnia influenciam na maior vulnerabilidade ao vírus, como também nas decisões relacionadas à prevenção, podendo, inclusive, ter repercussões na adesão e continuidade do tratamento. Para Santos *et al.* (2020), essas disparidades no contexto atual são visualizadas diante da nítida desigualdade na oferta de trabalho, sendo perceptível maior informalidade no sexo feminino do que em homens. Assim, a segregação setorial, profissional e até mesmo na remuneração entre os sexos, que se traduz no acesso limitado à proteção social concernentes ao labor, relevam que a informalidade do trabalho para as mulheres acontece concomitante à menores remunerações e precários vínculos laborais, sendo frequentemente marcada por assédios (moral e/ou sexual) e violação dos direitos.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2021a), com a crise sanitária novos agravantes acentuaram a disparidade na divisão sociossexual e racial do trabalho, especialmente para as mulheres (negras e pobres), a exemplo da ausência de atividades escolares presenciais, aumento da sobrecarga do trabalho doméstico e de cuidados não remunerados pelas mulheres em prol de suas famílias, como também da necessidade de permanecer trabalhando nas casas dos empregadores, na maioria das vezes, às custas de sua própria saúde e segurança; além de terem sido colocadas na linha do enfrentamento ao COVID19, resultando em maior desgaste físico e mental. Além disso, outro efeito da nova pandemia do novo coronavírus foi o agravamento da violência doméstica e da violência familiar contra a mulher.

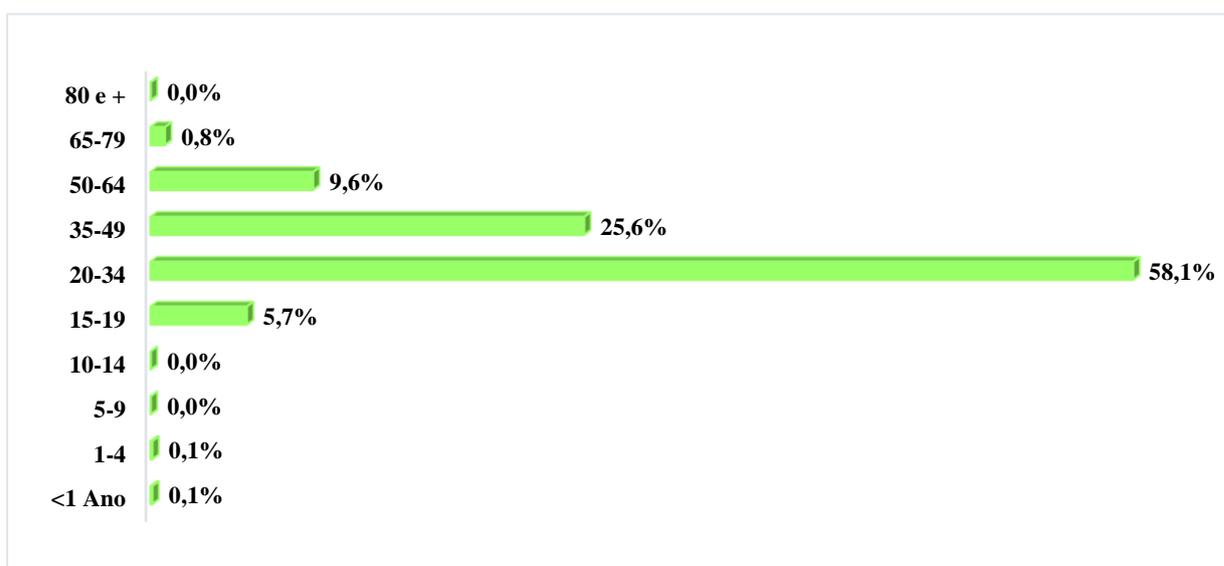
Com isso, entende-se que tais fatores, além de se constituírem como um dos elementos responsáveis pela vulnerabilidade feminina ao vírus, repercutem na maior demanda pelas políticas sociais, entre elas o Auxílio Emergencial, destinado a mitigar os efeitos da pandemia face ao desemprego e a perda de renda, ainda que tenha sofrido tensionamentos com reduções dos valores no decorrer dos últimos meses, o que demonstra fragilidades no atendimento das necessidades básicas da população.

A fim de ilustrar de que forma essa desigualdade no que toca ao gênero incide no mercado de trabalho nacional, especialmente em termos de desemprego entre homens e mulheres, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2021b, p. 26), “[...] enquanto a desocupação masculina recuou de 12,0% para 11,7%, entre 2020 e 2021, entre as

mulheres houve avanço de 2,2 p.p. [pontos percentuais], chegando a 17% no segundo trimestre de 2021.” Na realidade aracajuana, a desocupação, no segundo trimestre de 2021, atingiu cerca de 15,82% da população, em razão de sexo, o equivalente 56,58% no sexo feminino e 43,42% no masculino, segundo PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021).

A partir dessas considerações, a seguir são abordadas as faixas etárias da população soropositiva no contexto aracajuano. Em relação as pessoas com HIV na região, observou-se que 58,1% têm de 20 a 34 anos, seguido de 25,6% de indivíduos entre 35 a 49 anos (gráfico 13). Essa realidade é semelhante ao cenário nacional, posto que a faixa etária com maior incidência de casos estava no grupo de 20 a 34 anos (52,7%) (BRASIL, 2020b).

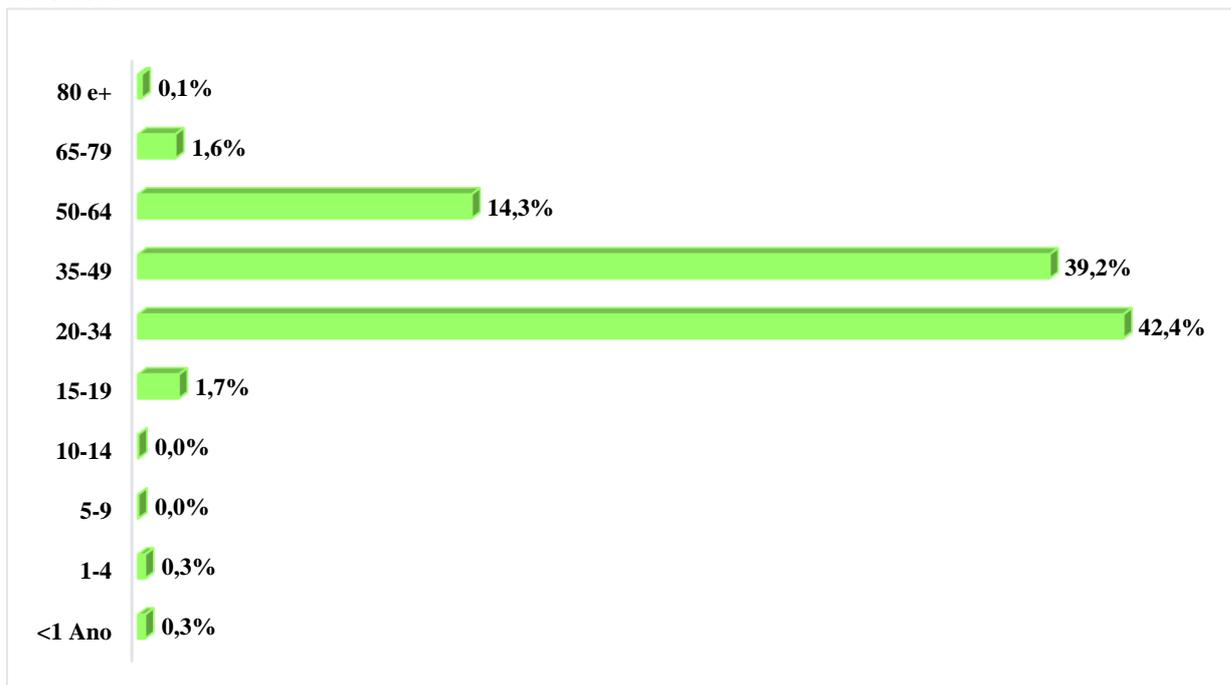
Gráfico 13 - Distribuição dos casos de HIV por faixa etária SINAN e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Quanto à faixa etária dos indivíduos com AIDS em Aracaju, identificou-se novamente a maior prevalência entre 20 a 34 anos (42,4%) e de 35 a 49 anos (39,2%). Chamou atenção nesta investigação o número expressivo de casos na população entre 50 a 64 anos, o correspondente a 9,6% nos registros de HIV e 14,3% na AIDS (gráfico 14). Esses dados corroboram com cenário da pirâmide etária da população aracajuana, pois, segundo a PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021), 66,44% são adultos. Já em âmbito nacional “a maior concentração dos casos de aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos.” (BRASIL, 2020b, p. 18).

Gráfico 14 - Distribuição dos casos de AIDS por faixa etária SINAN e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Ao analisar as mudanças na faixa etária da epidemia de HIV/AIDS, no Brasil, o estudo de Leite (2020) identificou que a idade com maior prevalência, em ambos sexos, foi de 30 a 59 anos, com oscilações nas últimas décadas. Desde meados dos anos 1990, há uma tendência de diminuição dos casos nas pessoas de 15 a 29 anos, que se relaciona à redução nos casos de usuários de drogas injetáveis, tendo efeitos entre os jovens. A partir dos 2000 houve aumento nos registros de AIDS na população com mais de 60 anos.

Sendo assim, não se observa o fenômeno da juvenização no país. Porém, tem ocorrido um aumento de casos em homens jovens na faixa etária de 15-29 anos (com acometimento desproporcional de homens gays). Jovens estes, que não veem o HIV como uma sentença de morte, pois nasceram em uma época onde o tratamento mantém a saúde de uma pessoa que vive com o vírus. De acordo com [Jeolás (2003)], os jovens tendem a se distanciar do discurso preventivo, não racionalizam as próprias práticas sexuais, mesmo com riscos comprovados. Houve um aumento de casos em faixas etárias mais avançadas, acima dos 60 anos. Em uma revisão integrativa [...], [Aguiar *et al.* (2020)] sugerem que os idosos HIV positivo são sexualmente ativos e estão envolvidos em comportamentos de risco de transmissão do vírus, apresentando resistência quanto ao uso do preservativo. (LEITE, 2020, p. 57388-57389).

Diante do exposto, observa-se que a epidemia de HIV/AIDS, em nível nacional e na realidade aracajuana, concentra-se na População Economicamente Ativa (PEA), isto é,

àquelas pessoas em condições de participar das atividades produtivas do país⁵⁰. Assim, considera-se que, para a população soropositiva, a vinculação ou não ao mercado de trabalho, terá interferências em seu processo de reprodução social e no acesso aos sistemas de proteção social, reverberando na adesão e continuidade do tratamento.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) revelavam que no quarto trimestre de 2021 o número de desempregados no país era de 12 milhões de pessoas, sendo que novamente é observado uma queda na taxa de desemprego (11,2 %), e cerca de 4,7 milhões de brasileiros estão desalentados⁵¹. Nesse mesmo ano, em consonância com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2021b), a maior prevalência do desemprego foi em jovens de 18 a 24 anos, o equivalente a 29,5%. No município aracajuano, de acordo com PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021), no segundo semestre de 2021, a taxa de desemprego foi superior ao cenário nacional, atingindo 15,82% e 7.941 pessoas estavam desalentadas, principalmente as mulheres; além disso, percebeu-se que a renda mensal habitual desse município, foi de R\$ 3.844,46 para homens e R\$ 2.284,97 para mulheres.

Esses números reforçam as marcas constitutivas do mercado de trabalho nacional, que se estrutura através das relações desiguais de classe, gênero e raça/etnia, principalmente na divisão sociossexual e racial do trabalho, ocasionando para os grupos mais marginalizados (mulheres e negros) diversas situações de desigualdades, discriminação, violências e violação de direitos nas diferentes dimensões da vida social. De acordo com Raichelis e Arregui (2021), no caso da inserção (ou não) no mercado de trabalho, observa-se a discriminação salarial no caso das mulheres, ou seja, mesmo desempenhando função/atividade semelhante aos homens recebem menos⁵²; e se forem negras, são submetidas a trabalhos mais precários e salários ainda mais baixos. Isso é observado no relatório da Oxfam Brasil em 2017, na medida em que [...] a renda média da mulher representava 40% a menos que a auferida pelo homem e que a renda média da população preta ou parda era 50% a menos que a da população branca. (RAICHELIS; ARREGUI, 2021, p. 138).

⁵⁰ Segundo o IBGE, compreende os indivíduos com 14 anos ou mais de idade, que estão trabalhando ou procurando ser inseridos no mercado de trabalho. Para maiores detalhes acerca desse assunto, ver a reportagem na íntegra disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/03/31/desemprego-fica-em-112percentem-fevereiro-diz-ibge.ghtml>

⁵¹ De acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), os desalentados são aquelas pessoas que não possuem trabalho e nem buscaram nos últimos 30 dias, por desestímulos do mercado de trabalho ou por razões fortuitas, mas procuraram efetivamente trabalho nos últimos 12 meses. Ver mais em: <https://www.dieese.org.br/analiseped/2018/201810pedbsb/9.html>.

⁵² De acordo com a PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021), a diferença salarial entre os gêneros na população aracajuana é de R\$ 1.559,50.

Na realidade atual, diante da crise sanitária, ocasionada pelo novo coronavírus, descortinou-se em níveis alarmantes as desigualdades do mercado de trabalho, em âmbito mundial, nacional e local. Assim, é possível afirmar que essa ambiência também pode ser observada na realidade aracajuana, considerando-se que a maioria da população adulta (mulheres e negros) busca com dificuldade ser inserida na esfera de produção social local. Desse modo, percebe-se que a crise pandêmica também exacerbou as contradições nas múltiplas dimensões da vida social em proporções perversas, principalmente ante à exponenciação do desemprego, disparidade entre a renda e agravamento da pobreza da população, em nível mundial e nacional, o que avivou ainda mais a atual crise capitalista.

Mesmo reconhecido os efeitos devastadores ocasionado pelo momento pandêmico, Raichelis e Arregui (2021) assinalam que, a crise sanitária, econômica e social vivenciada no início do século XXI está permeada pelas transformações societárias, econômicas e políticas desencadeadas com a fase imperialista do capital, iniciada a partir dos anos 1970 face à instauração da queda tendencial das taxas de lucro decorrente da superprodução e subconsumo.

Nesse processo, o capital incorpora as inovações e os avanços tecnológicos e científicos, especialmente as tecnologias de base digital, que aceleram a produtividade do trabalho, provocam a economia de trabalho vivo e ampliam a população sobrando para as necessidades médias de valorização do capital, ampliando e diversificando a superpopulação relativa (Marx, 1968 e 1975). Dinâmica que aprofunda as taxas de desemprego e de precarização do trabalho em escala mundial. (RAICHELIS; ARREGUI, 2021, p. 139).

Dessa forma, conforme as autoras, as mudanças em andamento no mundo do trabalho, marcadas pelo desemprego, informalidade, desproteção laboral, superexploração da força de trabalho, precarização dos vínculos empregatícios, se configuram enquanto uma estratégia adotada pelo capital em tempos de mundialização neoliberal, tanto nos países centrais como na periferia dependente. “Trata-se de um poderoso mecanismo de reorganização do trabalho no contexto do capitalismo hegemônico pelas finanças, que combina flexibilização, terceirização e informalidade do trabalho [...]” (RAICHELIS; ARREGUI, 2021, p. 139).

Em decorrência disso, são observadas tendências de arrefecimento das lutas trabalhistas, competição entre os trabalhadores e desmontes das leis trabalhistas, trazendo como consequência um clima de insegurança e instabilidade aos trabalhadores, que os levam a se submeter a relações trabalhistas cada vez mais precarizadas e com poucas garantias, ambiência que foi acentuada no contexto pandêmico através do teletrabalho ou trabalho

remoto⁵³, mediatizadas pelas tecnologias de informação e comunicação através de plataformas digitais.

Acrescente-se a esse quadro a flexibilização da legislação protetora do trabalho, que fragiliza a organização coletiva dos(as) trabalhadores(as) e suas resistências, a desconstrução da CLT e a terceirização irrestrita; a contrarreforma da Previdência Social; e, nesse momento, encontra-se na pauta da Câmara Federal o projeto de contrarreforma administrativa (PEC nº 32/2020), cuja finalidade é desconstruir o regime jurídico único, as carreiras públicas do Estado e a estabilidade do servidor público, com impactos na qualidade dos serviços públicos.(RAICHELIS; ARREGUI, 2021, p. 142).

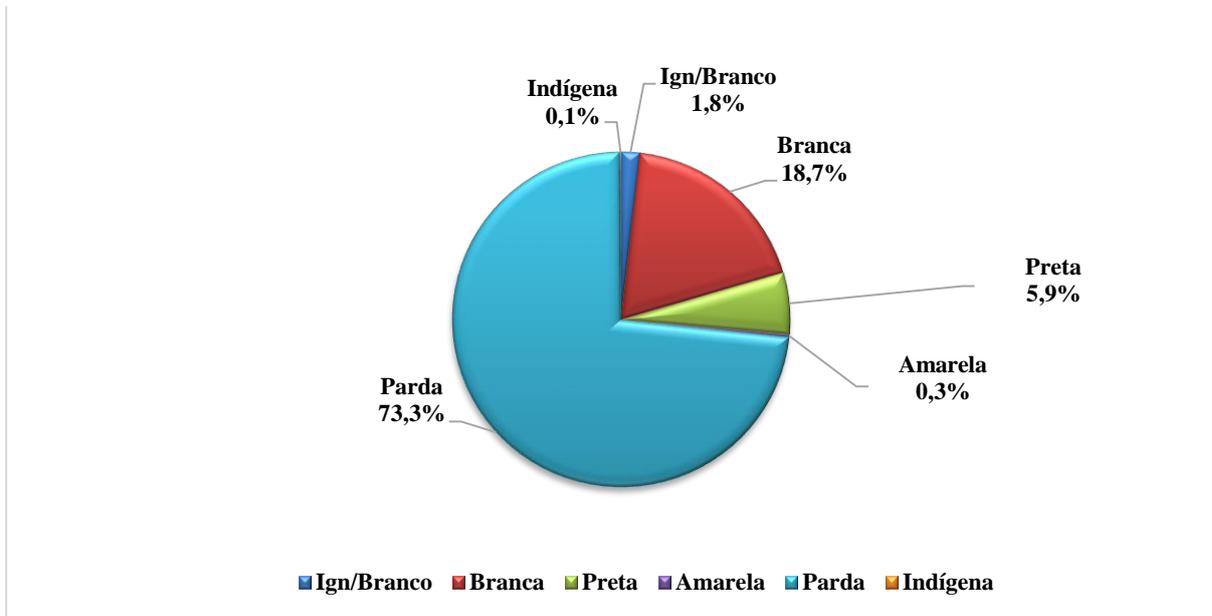
Essa ambiência traz implicações para a população soropositiva, dado que além de ser afetada por essas novas metamorfoses no mundo do trabalho e por essas contrarreformas, também é atravessada pela estigmatização envolta dessa epidemia, o que pode dificultar ainda mais sua inserção na esfera da produção. Se é verdade que a vinculação ao trabalho atua como mediadora do acesso à renda, em tempos de ofensiva burguesa certamente as constantes elevações inflacionárias, como é o caso do Brasil, podem comprometer o atendimento das necessidades básicas dos sujeitos, tendo em vista que, apesar dos diversos aumentos nos produtos e serviços no país, o caráter regressivo da política tributária brasileira onera principalmente a classe trabalhadora, e o acesso aos sistemas de proteção social torna-se cada mais pontual, seletivo e fragmentado.

Tais elementos, quando analisados com relação a variável raça/cor aparecem com dimensões ainda mais significativas, conforme apontam os dados da realidade aracajuana. Em relação às pessoas com HIV neste município, constatou-se que 79,2% são pessoas negras⁵⁴ (73,3% pardos e 5,9% pretos). Enquanto 18,7% são brancas (gráfico 15). Esse cenário é semelhante ao contexto nacional, tendo em vista que no Boletim Epidemiológico de 2020, foram identificados 50,7% dos casos de HIV em negros (40,0% pardos e 10,7% pretos) e 40,1% em brancos.

⁵³ Considerado os limites e objetivos deste estudo, evitou-se adentrar à discussão do teletrabalho e trabalho remoto. No entanto, enquanto sugestão de leitura recomenda-se o artigo de Raichelis e Arregui, “*O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia.*” Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.242>.

⁵⁴ Neste estudo, a população negra compreende as pessoas “[...] que se autodeclararam pretas e pardas foram agrupadas por existir uma uniformidade estatística de características socioeconômicas dos dois grupos e pelo fato de as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem de natureza semelhante.” (TEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018, p. 3513).

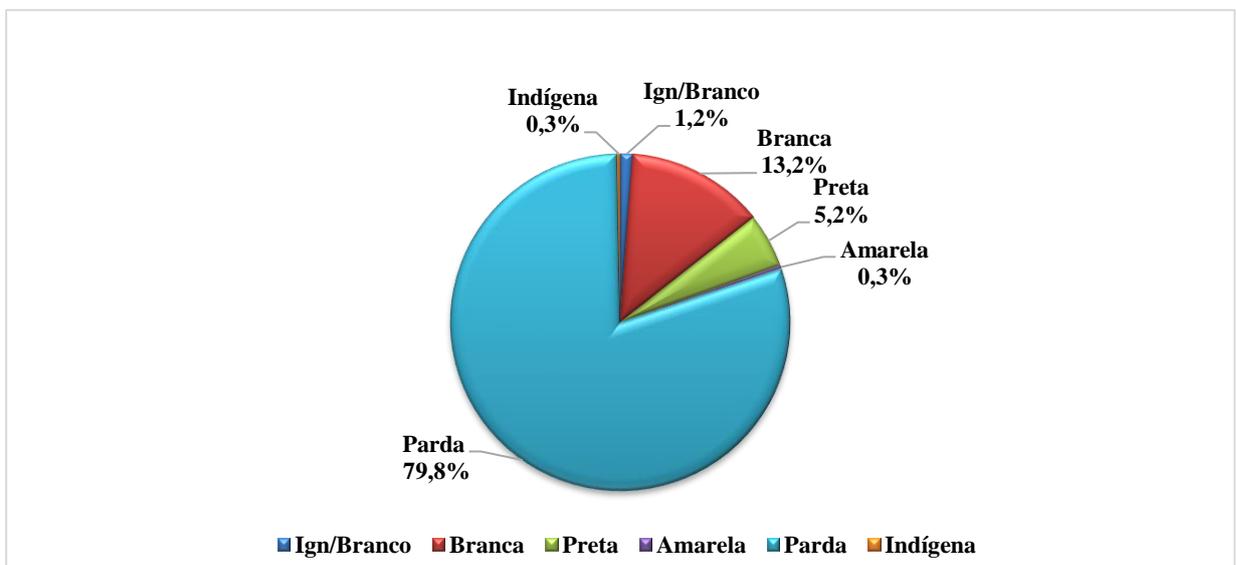
Gráfico 15 - Distribuição dos casos de HIV por raça/cor e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

A situação apresentada na infecção pelo HIV é a mesma para as pessoas diagnosticadas com AIDS em Aracaju, visto que 85,0% são pessoas negras (79,8% pardos e 5,2% pretos). Por outro lado, 18,7% são brancas (gráfico 16). Em nível nacional, os dados oficiais mostram proporções menores nos casos de AIDS, tendo em vista que, 57,4% das pessoas são negras (47,1% pardas e 10,3% negras) e 36,9% brancas (BRASIL,2020b).

Gráfico 16 - Distribuição dos casos de AIDS por raça/cor e ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Percebe-se, portanto, que a população negra apresenta maioria dos casos de HIV (79,2%, destes, 73,3% pardos e 5,9% pretos) e AIDS (85,0%, destes, 79,8% pardos e 5,2% pretos) na realidade aracajuana. Tais dados coadunam com as estatísticas divulgadas pela PNAD-Contínua Trimestral/Aracaju (IBGE, 2021), uma vez que na capital sergipana, a população negra representa 73,62% (64,75% pardos e 8,87% pretos), enquanto os autodeclarados brancos são 25,95%. Já em âmbito nacional, este grupo populacional “[...] responde por 56,3% de todos os brasileiros, segundo dados da PNAD Contínua [...]”. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021a, p. 369).

O estudo realizado por Souza e Ramos (2019) analisou a população negra soropositiva sergipana e constatou a predominância esmagadora deste grupo em todos os indicadores analisados, cujas explicações aludem aos traços peculiares da formação sócio-histórica brasileira, marcada pela colonização e escravização dos povos africanos, criminalização, violação de direitos, preterição na inserção da esfera produtiva deste segmento social em relação às pessoas brancas - que não deve ser associada à falta de esforço ou capacidade deles, mas sim pela forma como a tessitura social foi organizada econômica, ideológica e politicamente –; na transição do trabalho escravo para o trabalho livre, passando a adotar a raça como operador de privilégios e prestígios na sociedade. Os negros sempre foram colocados à margem da sociedade, em precários postos de trabalho, menores salários e parca assistência por parte do Estado, tornando-se terreno fértil para elaboração de crenças, a exemplo da existência de uma suposta supremacia branca.

Tendo por base a argumentação desenvolvida pelos autores, é possível afirmar que essas atitudes racistas, além de submeterem os negros a situações aviltantes em seus cotidianos, também interferem na subjetividade desses sujeitos, e perduram hodiernamente nos diversos âmbitos da vida social, naturalizando o preconceito, a criminalização, a marginalização, a discriminação racial e a violência contra o povo negro, na mesma proporção que conservam desigualdades de gênero e adensam o conservadorismo. Destarte, o racismo, enquanto elemento estruturante e estruturador das relações sociais, atua como intensificador das desigualdades as quais a população negra está submetida em seus cotidianos, ganhando contornos mais perversos quando a classe e o gênero são adicionados.

“Não por acaso, [...] segundo os dados da PNAD Covid-19, em maio de 2020, 38,6% dos negros estavam inseridos na informalidade (contra 30,2% dos brancos), em novembro de 2020, esse número aumenta para 38,9% (frente a 29,5% dos brancos).” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021a, p. 380). Esses números reforçam a histórica sub-representação que este segmento é submetido nos diversos âmbitos da vida social, seja na

desproporcionalidade de renda, escolaridade, acesso às políticas sociais, etc., que incide nas precárias condições de vida e saúde, não obstante, impere

[...]no país a igualdade no âmbito legal, embasada no mito da democracia racial, onde todos são iguais, independe de cor, num país miscigenado. No entanto, a suposta igualdade não é concretizada, levando os indivíduos negros à exclusão e à marginalização, ao retirar deles o direito de lutar, afinal não há por que reivindicar algo numa sociabilidade que aparentemente, na legislação, garante a equidade. (SOUZA; RAMOS, 2019, p. 17).

Na saúde dessa população, o racismo estrutural e institucional⁵⁵ comprometem o acesso aos serviços de saúde, de modo que, em algumas situações, as instituições acabam negligenciando esses sujeitos através de práticas e atitudes desrespeitosas, discriminatórias e estereotipadas, que colocam barreiras ao pleno acesso dos seus direitos, em detrimento de um atendimento que deveria ser humanizado, conforme estabelecem os mecanismos legais e os princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, é importante destacar que, para além do fator institucional, as ações racistas são também refletidas nas condutas individuais – conscientes ou inconscientes – (SOUZA; RAMOS, 2019).

É este cenário de racismo estrutural – e não aspectos da biologia destes grupos – que torna a população negra particularmente vulnerável à pandemia da Covid-19 [e também à epidemia de HIV/AIDS], seja no que se refere aos efeitos em termos de saúde (morbimortalidade), seja no que diz respeito aos efeitos econômicos, os quais podem também resultar em mortalidade pela fome, pela pobreza e pela falta de acesso a condições mínimas de garantia da vida. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021a, p. 347).

Em face do exposto, é importante salientar que o maior quantitativo de pessoas soropositivas autodeclaradas pardas, pode estar associado a dificuldades de os profissionais questionarem os sujeitos sobre sua raça/cor, como também o autorreconhecimento étnico/racial. Ademais, como afirmam Souza e Ramos (2019, p. 89-90), esse índice elevado de pessoas que se declaram pardas pode ser explicado pelo fato de que “[...] em uma

⁵⁵ Segundo Almeida (2019, p. 35-36). “Sob esta perspectiva, o racismo [institucional] não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça”. Tais condutas dificultam o acesso e a permanência nas diferentes instituições. Aos interessados nessa discussão, sugere-se como indispensável a leitura da obra do autor “Racismo Estrutural”, sob a coordenação de Djamilia Ribeiro, a qual fornece elementos para pensar atitudes racistas (conscientes ou inconscientes), como também fornece lastro para entender de que forma o racismo atravessa o cotidiano da população negra.

sociedade na qual o racismo estrutural é basilar na constituição das relações sociais, ser negro não é algo positivo, o que pode levar muitos indivíduos (as) a encontrarem no pardo um meio-termo para se constituírem enquanto sujeitos de direitos, ainda que, nas condições objetivas, isso não se verifique [...]”.

Feitas essas colocações, percebe-se que em tempos de crise sanitária, econômica e social, que tem acentuado ainda mais as desigualdades sociais, raciais e de gênero, são percebidos efeitos perversos para os grupos mais marginalizados (pobres, mulheres e negros), sendo que, para a população negra, avanços que começaram a ser logrados nas últimas décadas, a exemplo das ações afirmativas com a Política de Cotas e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – compreendidas aqui como resultante das intensas lutas do movimento negro – passam a conviver com clima de tensionamento, incursões, investimentos reduzidos e parca participação popular nos espaços decisórios.

De acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2021a), tal ambiência confere para este segmento populacional desafios na materialização das políticas públicas de igualdade racial, o que vem incidir no agravamento das suas condições concretas de reprodução social, e, por conseguinte, na maior vulnerabilidade à doença e diversos tipos de comorbidades, entre outros fatores, à infecção pelo HIV e a COVID-19. Descortinar essas determinações em saúde que atravessam o povo negro, a qual tem o racismo como componente promotor de desigualdades, pode contribuir para melhorar as políticas específicas deste grupo.

Após essas considerações, o próximo tópico contempla a análise das gestantes soropositivas no município aracajuano, no horizonte de observar de que forma esse fenômeno tem se apresentado na região.

3.3 REGISTROS GESTACIONAIS DE HIV E AIDS NO CONTEXTO ARACAJUANO

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2021)⁵⁶, com o agravamento das desigualdades, decorrente dos efeitos perversos impostos pela pandemia do novo coronavírus, foram impulsionadas situações de vulnerabilidades com implicações na

⁵⁶ Em números, os efeitos desse contexto em nível mundial, conforme dados da UNICEF, foi a estimativa de 300 mil crianças infectadas pelo HIV, o equivalente a uma criança infectada a cada dois minutos. Enquanto isso, o número de mortes pela AIDS neste grupo foi de 120 mil durante o mesmo período, uma criança a cada cinco minutos. Estando parte considerável dos registros na África ao Sul do Saara. Ver matéria na íntegra em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/uma-crianca-foi-infectada-com-hiv-cada-dois-minutos-em-2020>

epidemia de HIV/AIDS, colocando crianças, adolescentes, gestantes e lactentes pauperizadas em maiores riscos, tendo em vista o parco e, na maioria das situações, o inexistente acesso à serviços vitais de prevenção e tratamento do HIV.

Nesse contexto, de acordo com Trindade *et al.* (2021), o progressivo crescimento da epidemia de HIV/AIDS em mulheres em idade reprodutiva tem impulsionado o incremento nas taxas de transmissão vertical, que consiste na transferência do vírus para a criança através de fluidos, sangue ou leite materno, configurando-se como importante desafio na agenda pública de saúde. Segundo as autoras, é inconteste que o HIV na gestação traz implicações na vida das mulheres, com efeitos negativos para o binômio mãe-filho, sobretudo quando o diagnóstico acontece tardiamente, o que pode dificultar ainda mais a eliminação da transmissão vertical.

Estudos demonstraram que o risco de transmissão do HIV durante o trabalho de parto é bastante expressivo, correspondendo a cerca de 65%, ao passo que tal risco no decorrer da gestação e amamentação é de 35% e 22%, respectivamente. Entretanto, a implementação de medidas profiláticas ao longo da gestação e parto reduz o risco de transmissão materno-infantil a índices menores que 2%. (TRINDRADE *et al.*, 2021, p. 2).

Entre os fatores relacionados a essa forma de transmissão destacam-se: alta carga viral da mãe, não utilização dos medicamentos antirretrovirais, ruptura da membrana amniótica superior a quatro horas, via do parto⁵⁷, como também a prematuridade da criança e a utilização de drogas, falta de aconselhamento pré e pós-teste, fragilidades na assistência pré-natal, baixo nível socioeconômico e o medo do preconceito, que as levam a procurar tardiamente os serviços de saúde para realizar os testes de HIV (TRINDRADE *et al.*, 2021).

Pelos argumentos expostos ao longo deste estudo, compreende-se que as mulheres devido ao contexto de desigualdade de gênero e raça/etnia enraizada na sociedade, e também pelas concepções históricas associadas à maternidade, à família e à sociedade como um todo (HENRICH; KERN, 2015), podem apresentar maior vulnerabilidade à infecção perinatal, seja pelo pouco conhecimento sobre a infecção e/ou doença ou pela possibilidade de gestações consecutivas sem acompanhamento adequado no pré-natal. (TRINDRADE *et al.*, 2021). Tal ambiência evidencia que, “No Brasil, o perfil epidemiológico da infecção em gestantes tem

⁵⁷ “É importante lembrar que as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical não contraindicam o parto vaginal em gestantes vivendo com HIV/aids, desde que sua carga viral esteja dentro de parâmetros seguros. O protocolo reforça que a cesárea eletiva é via indicada apenas para gestantes com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL” (TRINDADE *et al.*, 2021, p. 5).

sido caracterizado pelo aumento do número de casos em mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade e que não exercem atividade remunerada [...]” (TRINDRADE *et al.*, 2021, p. 4).

No caso das mulheres negras, o estudo desenvolvido por Teophilo, Rattner e Pereira (2018), ao analisar as disparidades étnico/racial na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS, identificou que estas, além de serem maioria dos serviços (61,4%) e possuírem as piores características socioeconômicas, apresentaram desvantagens na assistência pré-natal, seja na gravidez não planejada (52,2%), no menor número de consultas (64,7%), isto é, boa parte nem atingiu o mínimo de sete consultas recomendadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde, além de menos orientação quanto ao parto normal (59,6%) e sobre o local de parto (59,8%), inclusive, tiveram menos acompanhamento no parto (68,0%), sob a alegação de desautorização dos serviços de saúde. Ademais, há maior proporção de gravidez na adolescência nas negras (18,8%) do que em mulheres brancas (15,1%).

As restrições de acesso aos serviços e a baixa qualidade da atenção são fatores que incrementam a vulnerabilidade de mulheres negras à morte por causas relacionadas à gravidez; o risco de morte para essas mulheres pode ser 80% maior do que para as brancas. A desigualdade na saúde também atinge crianças negras, as quais têm 25% mais probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade do que as crianças brancas (ONU, 2011, *apud* MADEIRA; GOMES, 2018, p. 473).

Essas iniquidades em saúde também aparecem nos casos de aborto⁵⁸ e nas taxas de morbimortalidade das mulheres negras. Ainda que não se constitua objetivo deste estudo aprofundar as reflexões sobre essas temáticas, coadunado com Teophilo, Rattner e Pereira (2018), que essa esmagadora predominância das mulheres negras nas estatísticas, que também perpassa a toda população negra, revela a necessidade de perceber essas fragilidades nos sistemas de saúde, uma vez que o racismo pode dificultar o acesso e resultar em agravos, que poderiam ser resolvidos se fossem elaboradas políticas e ações destinadas para atenuar essas disparidades em saúde, desde que interseccionem, entre outros fatores, com o gênero, a raça e o contexto socioeconômico.

Destarte, denota-se que as construções históricas sobre os papéis sociais a serem desempenhados pelo gênero feminino, “[...] historicamente é medido nos espaços privados

⁵⁸ As mulheres negras apresentam uma probabilidade três vezes maior de realizar um aborto do que mulheres brancas, e sofrem mais violência obstétrica (VICTORIA *et al.*, 2011). “Outro ponto é a questão da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentaram um risco de incidência de Aids 40% maior, os coeficientes dessa doença foram praticamente o triplo dos apresentados pelas mulheres brancas.” (BATISTA, 2021, p. 4929).

dos lares, nos âmbitos doméstico e maternal” (HENRICH; KERN, 2015.p 455), e na cena contemporânea “[...] esse papel assume outras formatações, incluindo as responsabilidades femininas, em muitos casos, o auxílio na manutenção econômica familiar.” (HERINCH; KERN, 2015, p. 461). Isso pode contribuir para reforçar situações, que conferem o poder de escolha dos métodos preventivos à figura masculina, para além da relação de submissão das mulheres aos companheiros imposta pelas leis e costumes, que tende resultar em limitações da autonomia reprodutiva, desvantagens na negociação dos métodos preventivos, possibilidade de contato com IST’s, entre outras, a infecção pelo HIV, a gravidez inesperada, a violência sexual e o aborto.

No caso da descoberta do diagnóstico soropositivo nas gestantes, além dos efeitos negativos associados à epidemia, há uma certa tendência de culpabilização destas pelo diagnóstico e/ou uma espécie de desencantamento dos relacionamentos, já que muitas descobrem o diagnóstico face à infidelidade dos parceiros; como também esse processo, por características, transformações e significados que são intrínsecos ao período gestacional, pode agravar as incertezas sobre o futuro do recém-nascido e seu desenvolvimento, o que tende a refletir na saúde mental ou até mesmo na busca pela religião como uma forma de suporte para lidar com o diagnóstico (CALVACANTE *et. al*, 2021).

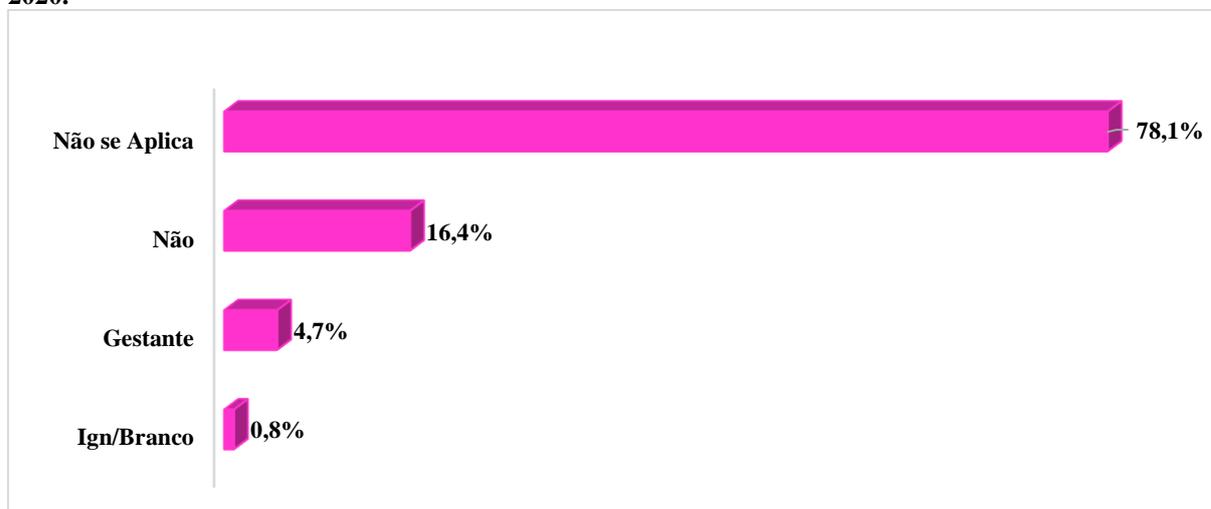
Salienta-se que, com outras roupagens, na contemporaneidade essa culpabilização/punição da mulher reforça uma identidade feminina submissa. Tem-se clareza de que isso não ocorre naturalmente. Nesse processo, reconhecem-se diversos aspectos analíticos, como exemplo, a dependência financeira de um grande contingente de mulheres, os diversos tipos de violência a que muitas estão submetidas, a desigualdade de raças, já que é evidente a dupla exclusão vivenciada pelas mulheres negras, entre outros fatores que dificultam ainda mais a vida real daquelas que têm Aids. Afirma-se isso porque, além da doença, essas mulheres vivenciam outras expressões da questão social como agravantes de sua situação e que definem o processo de feminização da Aids como um fator cada vez mais excludente. (HENRICH; KERN, 2015, p.453).

Os dados oficiais do Ministério da Saúde, revelaram que, no Brasil, entre os anos 2000 a junho de 2020, foram identificados 134.328 casos de gestantes com HIV. Nos últimos dez anos, houve um crescimento na taxa de detecção de HIV deste grupo: em 2009, havia 2,3 casos/mil nascidos, já em 2019, passou para 2,8. Apesar dessa tendência de aumento em todas regiões brasileiras, o Norte e Nordeste detêm maiores incrementos na taxa de detecção de gestantes com HIV, o equivalente a 83,3% na última década (BRASIL, 2020b).

Dentro desse panorama epidemiológico, o Estado de Sergipe aparece entre as 12 regiões que apresentam a detecção de gestantes com HIV superior à média nacional, o equivalente a 3,1 casos/mil nascidos vivos. Um dos fatores que explica essa elevação é a ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria na prevenção da transmissão vertical do HIV, dentre as quais, as ações desenvolvidas na atenção básica. A faixa etária dessas gestantes com HIV, em nível nacional, é de 20 a 24 anos (27,6%), com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta (28,3%), com separação tênue entre a proporção de gestantes com nível médio completo (27,8%), sendo a maioria 63,2% negras (49,5% pardas e 13,7% pretas) e 32,2% brancas (Brasil, 2020b). É inexistente no Boletim Epidemiológico informações sobre as gestantes com AIDS, o que dificulta traçar um panorama sobre elas no cenário nacional, como também sugere a necessidade de englobar nos sistemas de vigilância em saúde variáveis relacionadas a este público na publicização dos dados oficiais.

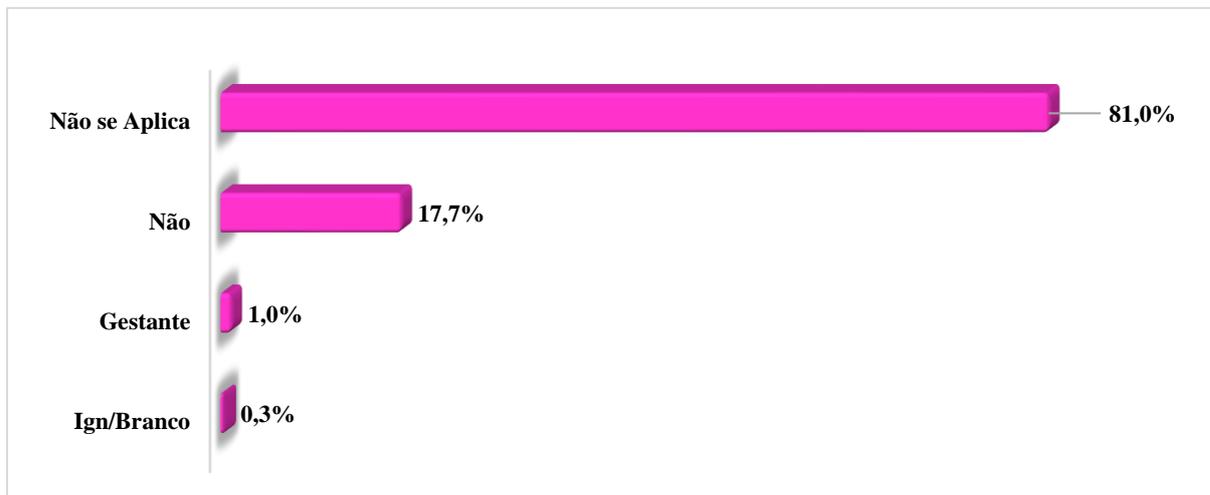
No contexto aracajuano, a partir dos dados coletados nesta investigação (gráficos 17 e 18), identificou-se um percentual modesto de gestantes com HIV (4,7%), que pode estar relacionado à possibilidade das mulheres soropositivas, quando acompanhadas, poderem engravidar sem transmitir o vírus para o filho, desde que seguidas as recomendações médicas. Nos casos das gestantes com AIDS, observou-se 1,0% de grávidas com estágio avançado da doença, que se explica, entre outras questões, pelas fragilidades no acompanhamento durante o pré-natal. Chamou a atenção o fato de que, no período delimitado neste estudo, em 2019 teve um registro em criança, e no que toca à AIDS houve quatro registros infantis. Ambos na primeira infância.

Gráfico 17 - Distribuição dos casos de gestantes com HIV por ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020.



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

Gráfico 18 - Distribuição dos casos de gestantes com AIDS por ano de diagnóstico em Aracaju/SE 2016-2020



Elaboração própria. Fonte: SINAN Criança e SINAN Adulto/Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe
*dados sujeitos à alteração, tabulados em 01/09/2021.

As análises desenvolvidas pelo Plano Municipal de Saúde 2018-2021, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, acerca da epidemia de HIV/AIDS no contexto aracajuano, mostram que, desde a emergência do vírus em 1987 até 2016, no que diz respeito às gestantes soropositivas,

[...] percebeu-se que ainda existem mulheres que descobrem a sorologia durante o parto 14,5%, momento não ideal, uma vez que o diagnóstico precoce possibilitaria a adoção de medidas mais efetivas para redução da transmissão vertical. Entretanto, como o momento do parto ainda viabiliza instituir o tratamento para a criança exposta deve-se realizar o teste. Verificou-se também que 50,4% (66), tiveram a evidência laboratorial durante o pré-natal e 35,1% (46) antes do pré-natal, períodos oportunos para instituir as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical. A taxa de detecção em menores de 5 anos tem sido utilizada como indicador para monitoramento da transmissão vertical do HIV e têm-se observado uma discreta queda dos números na série histórica, tendo os maiores registros nos anos de 2013 e 2016, com 5 e 3 casos, respectivamente, totalizando 14 casos nos últimos 06 anos. (ARACAJU, 2017, p. 31).

O Ministério da Saúde recomenda a utilização dos medicamentos antirretrovirais durante o período gestacional e no trabalho de parto, além da realização de cesárea para as mulheres com carga viral elevada ou desconhecida. Quanto ao neonato sugere-se a substituição do aleitamento materno por fórmula (leite em pó) e uso de antirretrovirais disponibilizados gratuitamente no Sistema Único de Saúde. Considera-se que o diagnóstico precoce, realizado através do uso de testes rápidos previstos para serem feitos no primeiro

trimestre da gestação, início do terceiro trimestre e no momento do parto, ou também em circunstâncias em que haja exposição de risco ou violência sexual, aliados à uma assistência adequada no pré-natal, diminui a transmissão vertical. Entende-se também que a presença de IST na gestação pode ocasionar complicações para a criança, como o aborto, parto prematuro, doenças congênitas, inclusive, podem acarretar na morte do recém-nascido (ARACAJU, 2017). Nesse sentido,

A atenção integral às pessoas com IST e às parcerias sexuais, no momento adequado e oportuno, interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções e melhora a qualidade de vida das pessoas. É fundamental orientá-las sobre a prevenção da transmissão e de novas infecções, assim como sobre os sinais e sintomas, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e a importância de evitar contato sexual até que a parceria seja tratada e orientada.” (ARACAJU, 2017, p. 31).

De acordo com Cavalcante *et.al* (2021) compreende-se que no cuidado em saúde para mulheres, particularmente nas gestantes soropositivas, faz-se necessário o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar e de uma assistência em saúde, que foque em aspectos mais amplos, para além da maternidade, sob o prisma de prevenir a transmissão vertical, como também possíveis agravos no desenvolvimento do recém-nascido, que podem estar relacionados à depressão e/ou outras complicações psicológicas sofridas pelas mães, expondo a importância da atenção à saúde mental materna durante a gestação, puerpério e também na puericultura. Assim, pensar também estratégias para fortalecer a autonomia deste grupo, o autocuidado e maior envolvimento dos familiares, pode favorecer uma maior adesão ao tratamento, com efeitos na criança, e, possivelmente na minimização dos casos de transmissão vertical.

Para os autores, inclusive, deve-se respeitar a privacidade e o direito de a pessoa soropositiva revelar (ou não) o *status* sorológico, mesmo assim o que ainda se verifica é a violação desse aspecto nos serviços de saúde. Com isso, as atividades de educação em saúde podem incentivar a continuidade e adesão ao tratamento, desde que respeitem as singularidades dos sujeitos, sendo o acolhimento e aconselhamento, através de uma linguagem adequada, pontos essenciais para vinculação nos sistemas de saúde e fomentadoras de estratégias que promovam a autonomia das mulheres e de seus familiares.

Diante de toda exposição realizada ao longo deste capítulo, percebe-se que a análise da epidemia de HIV/AIDS atravessa questões estruturantes da sociedade, sejam as desigualdades de classe, gênero, raça/etnia, –fatores de ordem cultural, preconceitos, etc., o que permite

afirmar que, embora a infecção pelo HIV seja universal, isto é, atinge a todos indistintamente, considera-se que há determinantes sociais em saúde que acentuam a vulnerabilidade dos grupos mais pauperizados (jovens, mulheres e negros). Revela-se, assim, que a epidemia se situa numa trama de bases concretas históricas que não devem ser descoladas das bases sociais, econômicas e políticas estruturantes do *modus operandis* capitalista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões delineadas neste estudo, percebeu-se que para entender a essência do objeto estudado, a população soropositiva aracajuana, faz-se necessário apreender que as ações e estratégias adotadas no manejo ao vírus são influenciadas pelos direcionamentos político-econômicos do estado brasileiro e pelos confrontos sociopolíticos em disputa na área da saúde.

Dessa forma, é importante demarcar que as forças progressistas que atravessam a trajetória histórica dessa infecção, especialmente as lutas sociais ligadas à defesa dos direitos humanos, à aceitação ampliada de saúde, ao respeito à diversidade sexual e ações de educação sexual, tiveram efeitos positivos no controle do vírus. Com destaque para o movimento da Reforma Sanitária e as lutas sociais LGBTQIA+.

Nessa perspectiva, considera-se que foi por intermédio das lutas sociais, materializadas no âmbito do Estado sob a forma de políticas sociais, que os avanços nas respostas biomédicas delegaram a infecção a condição de doença crônica, ou seja, pode ser controlada com o uso regular dos antirretrovirais. Isso proporcionou uma melhoria da qualidade de vida desses sujeitos, expressa na redução do vírus no organismo em níveis indetectáveis, contribuindo para que a população soropositiva tivesse um aumento na sobrevida.

No entanto, um dos maiores desafios no enfrentamento a essa epidemia é o imaginário social construído sobre infecção, cristalizado em discursos preconceituosos, moralistas, estigmatizantes e discriminatórios, que ainda permanecem na sociedade sob novas roupagens, com efeitos na descoberta tardia do diagnóstico, debilidades na adesão e continuação do tratamento, conflitos no âmbito familiar, dificuldade na aceitação da nova condição sorológica, problemas em saúde mental e insegurança nos relacionamentos. Por isso, o enfrentamento a essa epidemia precisa ser compreendido como uma questão política, posto que o envolvimento de todos proporcionaria romper com a desinformação e o preconceito.

Todavia, entende-se que, em tempos de avanços do negacionismo científico e recusa do conhecimento socialmente referenciado, são percebidos avanços das narrativas neoconservadoras nos diversos âmbitos da dinâmica social, com implicações no manejo à epidemia através de retrações orçamentárias na parte preventiva e assertivas estigmatizantes. Nesse contexto, a classe trabalhadora é interpelada comumente pelas ofensivas do capital diante da atual crise e pelas “reformas” neoliberais, que se manifestam, entre outros, no

subfinanciamento da esfera pública, intensificação de contrarreformas nas políticas sociais e no esfacelamento dos direitos sociais.

Somado a isso, verifica-se que, tanto nos países centrais como nos periféricos, como é o caso do Brasil, o processo de reestruturação produtiva, iniciado a partir dos anos 1970 no contexto da queda exponencial dos lucros do capital, corroborou para recrudescer estratégias que buscam superexplorar a força de trabalho, expressas na informalidade, desemprego, terceirização e teletrabalho, sendo adensadas incursões nas legislações trabalhistas, nos sistemas de proteção laboral e desmobilização dos movimentos sociais dos trabalhadores.

Em termos de políticas sociais, são percebidas duas tendências: a primeira estimula o seu acesso via mercado, e a segunda avulta as marcas filantrópicas e assistencialista mistificando a perspectiva de direito, o que evidencia aniquilamento das bases universalizantes assumido pelos sistemas de proteção social após a Segunda Guerra Mundial. No bojo desse processo, são realçadas as parceiras público-privadas, ações do terceiro setor e ênfase nos programas de transferência de renda destinados à população em extrema pobreza, que têm como pano de fundo o subfinanciamento e transferência de responsabilidade por parte do Estado para o setor privado ou a sociedade civil.

Ainda que a pandemia do novo coronavírus tenha agravado os efeitos da crise econômica, ante a exponenciação do desemprego e da miserabilidade, em escala mundial e nacional, constata-se que as tímidas medidas de proteção social, designadas a frear os avanços dos casos, conservaram uma atuação minimalista por parte do Estado. Isso, indubitavelmente, teve reflexo nas milhares de vidas perdidas em decorrência da Covid 19 nos diversos países do mundo, e evidenciaram que as contrarreformas em curso, especialmente na esfera das políticas sociais, como é o caso da saúde, impuseram limites para suprir o atendimento das necessidades básicas da população e controle da situação sanitária.

No caso do Brasil, uma das estratégias desenvolvidas foi a criação do Auxílio Emergencial, com o intuito de prover uma renda temporária a segmentos populacionais específicos, com base em critérios socioeconômicos. No entanto, no decorrer dos meses o valor estipulado ao benefício seguiu com tendências de redução, mesmo em meio a elevação do desemprego, aumento da miserabilidade, exacerbação da inflação e parcas alterações na renda mínima da população.

Ironicamente, apesar disso, os interesses do grande capital seguiram intocáveis, tendo em vista que uma parte considerável do fundo público foi deslocada para pagamentos de juros e amortização da dívida pública. Tal situação, quando considerado o caráter regressivo da política tributária brasileira, reverbera perniciosamente na classe trabalhadora, principalmente

no que diz respeito ao acesso aos direitos sociais e a efetivação das políticas públicas, dentre as quais a da saúde.

No que concerne à política de saúde, apesar dos avanços logrados na Constituição Federal de 1998 que concebe a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, de caráter universal e não contributiva, observa-se que a adoção dos princípios neoliberais impôs limites à materialização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), manifestos nas frequentes tendências de capitalização dos serviços mediante a focalização e privatização das ações.

Apesar do contexto pandêmico, esse ambiente tem apresentado poucas alterações, pois, além da desarticulação na formulação de ações para enfrentamento ao novo coronavírus entre os três níveis federativos e as sucessivas trocas de ministros características dos momentos iniciais do manejo à Covid 19, especialmente do Ministério da Saúde, houve liberação de recursos para planos e seguros privados, os quais poderiam ser repassados para o SUS.

Em posse desses elementos, fica evidente uma incongruência entre as prerrogativas estabelecidas nos aparatos legais regulamentadores do SUS, uma vez que a expropriação dos recursos para a rede suplementar ou privada intensifica o processo de descentralização das responsabilidades do Estado para o setor mercadológico, o que culmina no agravamento do subfinanciamento na área da saúde, precarização da qualidade dos serviços e no atendimento de forma equânime e integral, além da fragilidade na garantia de uma assistência universal e, sobretudo, frágil consulta popular nos processos decisórios. Atrelado a isso, ainda existe como impeditivo a EC 95/2016 que congelou os gastos sociais por vinte anos, o que reforça o histórico subfinanciamento na área da saúde e cujos efeitos atingem sobremaneira as populações mais pauperizadas.

Enquanto uma das políticas públicas de saúde brasileira, a Política anti-HIV vem sofrendo essas determinações conjunturais, pois, além dos elementos supracitados, são impregnados outros aspectos inerentes às respostas contra o vírus, tais como: a primazia nas respostas biomédicas, em vez de ações de promoção e prevenção; frágeis repasses para as atividades da sociedade civil; desmonte dos conselhos e fóruns participativos; desmobilização dos movimentos sociais; e a incipiente divulgação das novas medidas anti-HIV, a exemplo da PreP e PeP.

Para Viera (2018), é provável que tais incursões enfraqueçam o lugar de destaque que o Brasil ocupa mundialmente no enfrentamento à epidemia, que se relaciona ao fato de prestar assistência à saúde e tratamento gratuito no âmbito do SUS, e, assim, considerado as

regressivas do Estado, comece a aparecer respostas cada vez mais esparsas e restritas à assistência medicamentosa, com estímulo de parceiras com os planos privados em saúde. Essa ambiência pode impor novos desafios para a epidemia de HIV/AIDS, sobretudo ante os recorrentes cortes orçamentários do governo federal, o que irá conferir, entre outros, constantes tensionamentos nas medidas anti-HIV, a exemplo da oferta dos medicamentos.

Perante toda argumentação desenvolvida nesta pesquisa é possível afirmar que as estratégias de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil podem corroborar para engendrar dois tipos de discursos. De um lado, o da banalização da epidemia, uma vez que a oferta da assistência terapêutica medicamentosa gratuita pode levar à diluição de outras intervenções, sobretudo às ações preventivas e de promoção em saúde, sob a alegação de que a garantia desse “tratamento” desencadeou o controle da patologia ou, como afirmam os órgãos oficiais, um cenário de “estabilização” dessa infecção, como se observa nas últimas décadas.

Essa acepção vilipendia os elementos histórico-estruturantes que perpassam a suscetibilidade ao vírus, ou seja, as determinações sociais em saúde; reforça uma lógica funcional aos ditames do capital (leia-se os grandes oligopólios da indústria farmacêutica e setores privados); além de conservar traços preconceituosos e estigmatizantes tão latentes na realidade hodierna ante o avanço do neoconservadorismo. Não é casual que, nesse ambiente, vitalizem-se aspectos regressivos nas respostas anti-HIV, a exemplo dos cortes em campanhas preventivas e múltiplas falas emblemáticas e preconceituosas do atual presidente acerca da temática, que nas suas entrelinhas atuam como uma “cortina de fumaça”, numa nítida estratégia de pulverizar a assistência à saúde da população soropositiva, diluir os espaços participativos, fragilizar as intervenções da sociedade civil e reforçar o estigma desse segmento populacional.

Outro fator que está relacionado a esse aspecto, conforme Castro (2017), é a tendência de individualização do tratamento que, sob o mantra de dar liberdade aos sujeitos para escolherem qual método usar, acaba por transferir a estes a responsabilização pelos caminhos da epidemia. Dessarte, compreende-se que no “frigir dos ovos” esse processo se configura como uma estratégia perspicaz por parte do Estado, sintonizado ao interesse de uma classe, de transferência de responsabilidades das desigualdades para os sujeitos individuais.

Paralelamente, a referida autora ainda destaca que as tentativas de homogeneização das estratégias de enfrentamento aos segmentos mais vulneráveis a esta epidemia têm se mostrado ineficazes e controversias, dado a tendência moralizante e conservadora que legitima essas práticas, as quais tendem ser deslocadas de uma visão integral dos sujeitos mais

vulnerabilizados pela infecção e/ou doença. Ainda assim, embora se perceba o esforço do Ministério da Saúde em desenvolver estratégias para universalizar o diagnóstico e tratamento, a exemplo da adesão a meta mundial dos 90-90-90, observa-se que nem sempre o montante de pessoas testadas condiz proporcionalmente ao crescimento de indivíduos vinculados aos serviços de saúde. Ou seja, diagnosticar nem sempre é sinal de vinculação e permanência do tratamento.

Como evidenciado, a materialização dessas pactuações recebem influências das tendências político-econômicas em curso, que se caracterizam por privilegiar o *status quo*, o que acarreta em fragilidades para fornecer respostas satisfatórias no manejo à epidemia. Dentre os desafios, destaca-se a deterioração dos três níveis de complexidade em saúde, com aumento nos serviços ambulatoriais especializados, que ficam sobrecarregados pelo aumento de atendimentos e demandas; quadro reduzido de profissionais (leia-se falta de especialistas, dentre os quais infectologistas); e limitação da capacidade técnica, o que tem resultado no distanciamento da oferta dos serviços dos princípios constitucionais, sobretudo no que toca à integralidade do cuidado.

É provável que um dos fatores que contribuem para a situação acima mencionada esteja relacionado com o receio dos usuários de serem reconhecidos por alguém da sua cidade natal, o que os levam a realizar o tratamento nas regiões metropolitanas, na direção de fugir do imaginário social negativo envolto na epidemia. Ao que tudo indica, isso pode ocasionar entraves para prosseguir com o tratamento ante as necessidades objetivas da população soropositiva, tais como a dificuldade com transporte e o acesso a insumos alimentares durante a permanência desses sujeitos nos serviços de saúde.

Por outro lado, elencado esses elementos que perpassa pelo manejo a essa epidemia, têm-se o discurso da reemergência da infecção, que embora se reconheça os avanços biomédicos e seus efeitos na atenuação da expansão da infecção, a exemplo do “Tratamento como Prevenção”, do “Testar e Tratar” e da proposta da “Prevenção Combinada”, pondera-se que a situação epidêmica segue com tendência de crescimento nas regiões mais pauperizadas e nos interiores dos países. No caso desse estudo, é possível inferir que talvez a epidemia siga com tendência de crescimento em Sergipe, tendo em vista que, diante da estigmatização da infecção, as pessoas de municípios adjacentes optem por realizar o acompanhamento na capital aracajuana.

Afinal, são indivíduos inseridos em contextos de desigualdades inerentes às relações capitalistas, e cujas dimensões objetivas e subjetivas são aviltadas pelos discursos moralistas e discriminatórios, inculcados no imaginário social da infecção. Portanto, ao problematizar essas

questões almeja-se que as reflexões feitas nesse estudo possam contribuir no desvelamento do que está por trás de cada número, na perspectiva de romper com análises rasas e superficiais em torno da dinâmica apresentada por esta epidemia no Brasil e na realidade aracajuana, a qual ainda segue numa tendência de culpabilização dos segmentos mais marginalizados pela infecção, sem vislumbrar as determinações histórico-sociais que colocam esses grupos mais vulnerabilizados nessa situação.

Assim, esse estudo objetivou descortinar o cenário da infecção de HIV e AIDS na realidade aracajuana. A escolha em separar a infecção e a patologia deu-se por compreender as distinções conceituais e etiológicas entre elas, no entanto, foi um desafio—visto que a literatura especializada opta em integrá-las em suas análises. Outro ponto limitador nessa pesquisa foi a histórica subnotificação nos sistemas de vigilância em saúde, o que pode contribuir para encobrir a realidade dos dados e trazer dificuldades na forma de enfrentar o manejo da epidemia. Verificou-se, inclusive, que alguns indicadores importantes não são considerados, a exemplo do nome social e a identidade de gênero.

De forma geral, os resultados dessa investigação levam para alguns caminhos, que se relacionam com o contexto nacional a saber: as pessoas negras são as mais atingidas nos casos de óbitos; prevalência em homens; faixa etária; tendências de crescimento dos casos por ano diagnóstico e óbitos em idosos; além da predominância de identificação de casos na área urbana; e pequenos percentuais cuja via de transmissão se deu através do uso de drogas injetáveis.

Na realidade aracajuana constatou-se:

- 1) a presença majoritária de pessoas negras, representando 79,2% casos de HIV e 85,0% de AIDS, com destaque para homens negros, entre 20 a 24 anos, reforçando, assim, a histórica relação de desigualdade de raça oriunda desde o processo de colonização brasileira;
- 2) registros de casos de HIV e AIDS predominantemente na área urbana (97,5% e 97,6%, respectivamente), cuja relação pode ser devido ao fato da necessidade de preservar o anonimato, face ao preconceito e discriminação que as pessoas soropositivas podem sofrer no seu local de origem;
- 3) maior ocorrência entre as pessoas com escolaridade de nível médio (30,5% - HIV e 25% - AIDS), o que demonstra que o nível de instrução não é impeditivo para ter HIV ou AIDS, mas serve de reflexão para os traços históricos de machismo, virilidade masculina, subalternidade da mulher na relação sexual, o não uso de

preservativos, entre outros, o que é reiterado pelos dados relativos ao sexo, com prevalência entre homens – 76,0% nos casos de HIV e 78,1% nos de AIDS;

- 4) maior predominância na faixa etária entre 20 a 34 anos, respectivamente 58,1% nos casos de HIV e 42,4% nos de AIDS, ou seja, pessoas em idade economicamente ativa, que diante do cenário de mudanças no mundo do trabalho e dos processos de reestruturação produtiva, estão em disputa para inserção no mercado de trabalho, e, no caso das pessoas soropositivas ainda enfrentam a discriminação e o preconceito;
- 5) predominância em via de transmissão heterossexual, (43,9% em relação ao HIV, destes, 0,3% faz uso de drogas injetáveis e 51,8% no que toca à AIDS, destes, 1,0% usam drogas injetáveis), desmistificando a ideia de que HIV e AIDS é algo específico de homossexual;
- 6) prevalência de óbitos em pessoas com AIDS, negras e jovens, com ascendência moderada entre os idosos;
- 7) aumento, ainda que com percentual reduzido, de casos em mulheres (24% nos casos de HIV e 21,9% da AIDS), principalmente em decorrência de relações sexuais com seus parceiros;
- 8) pequeno percentual do número em grávidas com HIV (4,7%) e AIDS (1,0%), o que pode significar uma menor ocorrência de transmissão vertical;
- 9) Um decréscimo nos indicadores no período inicial da pandemia, possivelmente em função do período de isolamento social, ou seja, ao fato das pessoas não procurarem os serviços de saúde com a frequência que faziam anteriormente.

Esses resultados indicam, como já mencionado algumas vezes ao longo dessa dissertação, a importância de compreender a questão do HIV e da AIDS além dos dados estatísticos, ou seja, a sua compreensão deve perpassar a realidade estrutural da sociedade capitalista e todas as nuances e contradições próprias desse sistema. Essa imbricação implica observar todo processo de desigualdade de classe e gênero, preconceitos, discriminação, e ao mesmo tempo as respostas que são dadas pelo Estado para mitigar, por meio das políticas sociais, possíveis estrangulamentos que provoquem tensões sociais, em uma correlação de forças que vai delineando o campo de cada ator social.

Embora exista a possibilidade do HIV e da AIDS atingir a todos indistintamente, os dados mostram que na realidade nacional e aracajuana, de forma específica, há determinantes sociais que se sobressaem quando analisados os dados dessa pesquisa. A questão de raça, de

gênero, o patriarcado, a relação de submissão da mulher na relação sexual, a condição socioeconômica, entre outros, são aspectos que precisam ser observados. Daí a importância de se conhecer aspectos do perfil sociodemográfico das pessoas que vivem com HIV e AIDS, para que esses elementos tomem evidência e sirvam de reflexão para que medidas sejam adotadas, com base na realidade social.

Um dos elementos que pode contribuir nesse processo é a descentralização dos serviços, alinhada com outras políticas públicas, pois, conforme evidenciado ao longo da pesquisa, embora a atenção básica se constitua como uma ferramenta elementar nesse processo, a própria dinâmica socioinstitucional desse nível de atenção à saúde, ao incorporar mais essa demanda ao seu fluxo de atendimento, pode ocasionar em situações violadoras de direitos e discriminatórias para as pessoas que vivem com HIV e AIDS.

Ademais, é preciso desmitificar a visão construída historicamente de que a doença atinge essencialmente as relações homoafetivas em suas múltiplas manifestações, “rasgar o véu” para as práticas moralizantes e conservadoras que permeiam esta epidemia e colocar em discussão a necessidade de todos, indistintamente, se protegerem nas relações sexuais, realizarem os testes de HIV regularmente e contribuir no enfrentamento desta epidemia. Para tanto, é fundamental investir em capacitação profissional, em todos os níveis de atendimento. Tem sido notório o despreparado de profissionais de saúde ao lidarem com esse segmento populacional.

Descentralizar as ações para que estas não fiquem predominantemente no âmbito urbano é fundamental, mas ela deve ser acompanhada de um processo de formação dos profissionais envolvidos para que possa se construir um atendimento humanizado. Trata-se de traçar ações pluralistas e inclusivas que envolvam os três níveis de atenção à saúde, as quais devem ser realizadas em interface com as demais políticas sociais, tendo como norte os princípios e diretrizes da Política Nacional de IST/AIDS.

Esses pontos, inclusive, colocam em cena a necessidade de intervenções profissionais que respeitem a autonomia dos sujeitos, guiadas por valores éticos, que objetivem potencializar o acesso aos direitos e políticas sociais com foco na continuidade e adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, observada a natureza complexa e multifacetada da epidemia de HIV/AIDS, espera-se que novas pesquisas surjam e busquem explorar outras nuances da temática.

Por conseguinte, a partir de toda essa exposição e ponderado essa conjuntura temerosa, faz-se necessário retomar estratégias organizativas e de mobilizações através de fóruns e debates, mesmo que virtuais, na defesa dos direitos e políticas sociais, de modo a reacender o

pertencimento enquanto classe trabalhadora, que é comumente aviltada pelos ditames capitalistas. No caso da saúde, cabe a defesa do SUS, tomando por base os fundamentos da reforma sanitária, no horizonte de lutar pela saúde enquanto direito universal e impedir o desmonte total dos direitos conquistados, sem ignorar as especificidades do atual momento histórico.

Por fim, no horizonte de continuidade das ações relativas ao processo preventivo e tratamento do HIV e AIDS, é fundamental resgatar os traços progressistas, pautados nos direitos humanos e no respeito às diferenças, de modo a instigar a articulação entre diversos movimentos sociais, pesquisadores, profissionais da saúde e ativistas, no sentido de criar estratégias de enfrentamento a essas contrarreformas, sob o prisma de romper com o estigma, o preconceito e a discriminação, tendo como objetivo a ampliação da justiça social, democratização e a intersectorialidade entre políticas sociais, assegurar direitos e a garantir a cidadania para população soropositiva.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, R. *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**. p. 4599-4604, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Acesso em: 29 set. 2021.
- ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro ; Pólen, 2019.
- ARACAJU. Governo Municipal. **Instrumento**: “Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021”. Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju/SE, 2017. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/saude/27_01_2020-Versao-ADEQUADA-do-PMS-Final-PMS-2018-2021.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SERGIPE (ALESE). **Municípios e Economia | Aracaju**. ALESE, 15 mai. 2020. Disponível em: <https://al.se.leg.br/municipios-e-economia-aracaju/>. Acesso em: 08 mar. 2022
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Assassinatos de pessoas trans voltam a subir em 2020**. ANTRA, 03 mai.2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/category/violencia/>. Acesso em: 20 marc. 2022.
- BARROCO, M. L. S. Não Passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n.124. São Paulo: Cortez, p. 623- 636, 2015.
- BATISTA, M.A.L. Desigualdades assistenciais sob o enfoque étnico-racial e suas repercussões à saúde da mulher. **Revista Brazilian Journal of Development**, v.4, n.2, p. 4922-4936 mar./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-075>. Acesso em: 02 mai. 2022.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BEHRING, E. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R. **Fundo público, valor e política social**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2021.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.
- BORGES; M. E.S.; MATOS, M. C. de. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. *In*: BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C.; FREIRE, S.M.F. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, p. 71-88. Disponível em: www.editoranavegando.com. Acesso: 18 fev. 2022.
- BOSCHETTI, I.S. América Latina, política social e pobreza: “novo” desenvolvimentismo? *In*: SALVADOR *et al.* (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo, Cortez, 2012.

BRASIL. **Covid 19**: Painel coronavírus Brasil. Atualizado dia 10/11/2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Datasus e Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1. ed., Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03-17.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020a. Disponível: CF88_EC105_separata.pdf (senado.leg.br). Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil (Relatório da Aplicação de 2010 e Comparação com o resultado de 2007)**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Brasília, DF: Sistema Qualiaids/Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV 2020**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. Brasil: Ministério da Saúde - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 17 de novembro de 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos. Atitudes e Práticas na população brasileira 2013**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.126, de 8 de outubro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1126_08_10_2012.html. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1. ed., Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: 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, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2020**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Portal do Planalto. **Lei complementar nº 141, de 13 janeiro de 2012**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Portal do Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Portal do Planalto. **Lei nº 8.880, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Portal do Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Portal do Planalto. **Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Portal do Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Portal do Planalto. **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. Brasília, DF: Portal do Planalto, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Portal do Planalto. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília, DF: Portal do Planalto, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRAVO, M. S.I. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. Elisabete et al. (Org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 2.ed. São Paulo: OAPS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 88-110.

BRAVO, M. I.S; MENEZES J. S.B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: Algumas reflexões. *In*: BRAVO, M. I.S; MENEZES J. S.B. de (org.). **Cadernos de saúde**: Saúde na atualidade por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.p.15-28.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan-jun. 2020. Disponível em: DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Acesso em: 14 dez. 2020.

CARTA CAPITAL. **Uma pessoa com HIV é uma despesa para todos aqui no Brasil”, diz Bolsonaro**. Carta Capital, 05 fev.2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/uma-pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-aqui-no-brasil-diz-bolsonaro/>. Acesso em: 15 jan.2021.

CASTILHO; D. R.; LEMOS; E. L. de S.; GOMES, V.L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.118>. Acesso em: 06 agos.2020.

CASTRO, M. G. de. **Política anti-hiv, novas diretrizes e SUS**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife/PE, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25577>. Acesso em: 30 dez. 2020.

CAVALCANTE, M. A. E. da S. *et al.* O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós-parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 3, p. 01-21. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13157>. Acesso em: 26 abr. 2022.

CISNE, M.; SANTOS. S. M. M. dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1. ed., v. 8, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (BRASIL). **Subsídios para a atuação de assistentes sociais na política de educação**. Brasília: CFESS, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/livros-brochuras-e-outros/>. Acesso em: 15 mai. 2022.

COSTA, L.T. da C; MÉLLO, L.; NOGUEIRA, P.T. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.4, p.1094-1104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180679>. Acesso em: 14 ago. 2021.

COUTINHO, C.N. **Cultura e Sociedade no Brasil: ensaios sobre ideias e formas**. 4.^a d. Rio de Janeiro: Expressão popular, 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **PRINCIPAIS CONCEITOS**. DIESSE, [2018]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analiseped/2018/201810pedbsb/9.html>. Acesso em: 27 abr. 2022.

ENGLES, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.

FATTORELLI, M. L; ÁVILA, R.; MULLER, R. Gastos com a dívida pública cresceram 33% em 2020. **AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA PÚBLICA**, 2020. Disponível em: <https://auditoriacidadada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-publica-cresceram-33-em-2020/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. São Paulo: Globo, 5 ed., 2006.

FELIX, G.; CEOLIM; M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n.4, p. 884-891, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400015>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Lésbicas e bissexuais também podem contrair doenças sexualmente transmissíveis**. Folha de São Paulo, seção saúde, 29 ago. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/08/lesbicas-e-bissexuais-tambem-podem-contrair-doencas-sexualmente-transmissiveis.shtml>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FUNCIA, F. R. Não deixe o governo federal reduzir em R\$ 35 bilhões o orçamento da saúde no PL de diretrizes orçamentárias (PLDO) 2021 da União. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 36, set. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/34i5gGC>. Acesso em: 30 set. 2020.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). **FGV Social lança a pesquisa "Desigualdade de Impactos Trabalhistas na Pandemia"**. Rio de Janeiro: FGV Social centro de políticas sociais, 2021. Disponível em: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-desigualdade-de-impactos-trabalhistas-na-pandemia>. Acesso em: 10 out. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF, BRASIL). **Uma criança foi infectada com HIV a cada dois minutos em 2020 – UNICEF**. UNICEF Brasil, 29 nov. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/uma-crianca-foi-infectada-com-hiv-cada-dois-minutos-em-2020>. Acesso em: 24 abr. 2022.

G1 BEM ESTAR. **SUS oferecerá teste rápido para Aids com fluido oral a partir de março**. G1 BEM ESTAR, 18 dez. 2013. Disponível em <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/12/sus-oferecera-teste-rapido-para-aids-com-fluido-oral-partir-de-marco.html>. Acesso em: 17 out. 2021.

G1 ECONOMIA. **Desemprego fica em 11,2% em fevereiro e ainda atinge 12 milhões, diz IBGE**. G1 Economia, 31 mar. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/03/31/desemprego-fica-em-112percent-em-fevereiro-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 23 abr.2022.

G1 FANTÁSTICO. **Vacina contra o HIV: Fantástico acompanha voluntários de pesquisa que pode mudar a história da Aids**. G1 Fantástico, 22 de agosto de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/08/22/vacina-contr-o-hiv-fantastico-acompanha-voluntarios-de-pesquisa-que-pode-mudar-a-historia-da-aids.ghtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

G1 POLÍTICA. **Supremo Tribunal Federal derruba restrições à doação de sangue por homens gays**. G1 POLÍTICA, 09 mai. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/09/supremo-tribunal-federal-derruba-restricoes-a-doacao-de-sangue-por-homens-gays.ghtml>. Acesso em: 17 fev. 2022.

G1 SERGIPE. **Número de casos de HIV cresceu 22% em Aracaju, diz Secretaria de Saúde**. G1 Sergipe, 15 fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2021/02/15/numero-de-casos-de-hiv-cresce-22percent-em-aracaju-diz-secretaria-da-saude.ghtml>. Acesso em: 17 jan. 2021.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4.ed., 2002.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, n.24, v.12, p.149-161, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>. Acesso em: 14 jan. 2021.

GRANGEIRO, A; CASTANHEIRA, E.R.; NEMES, M.I. B. A. Reemergência da Epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. vol. 19, n. 52, p.5-6, Jan/Mar 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>. Acesso em: 30 out. 2021.

HENRICH, G.; KERN, F. A. A Questão de Gênero na Relação com a AIDS: a maternidade em foco. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 450 - 462, ago./dez. 2015. Disponível em: DOI: 10.15448/1677-9509.2015.2.21534. Acesso em: 19 abr. 2022.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *In*: DURIGUETTO, M. L.; IAMAMOTO, M. V. (org.). **Serviço social: questão social, território e política social**. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2021, p. 182-204.

IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. *In*: BOCCHETTI *et al.* (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo, Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desemprego**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 10 out. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Mercado de trabalho: conjuntura e análise nº 72**. Brasília: Ipea, Ministério do Trabalho, out. 2021 b. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bmt72>. Acesso em: 14 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua/ Aracaju 2º trimestre de 2020**. Prefeitura de Aracaju: IBGE, 2021. Disponível em: https://transparencia.aracaju.se.gov.br/wp-content/uploads/periodicos/Periodico_PNAD_Continua_Aju_2020_2.pdf. Acesso em: 05 mai. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília: Ipea, v. 1, p. 109- 172, 2021a. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/210826_boletim_bps_28.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

KNAUTH, D. R. *et al.* O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Caderno Saúde Pública**, v. 36, n.6, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>. Acesso: 11 abr. 2022.

KRÜGER, A. **Inserção dos campos “nome social” e “identidade de gênero” nos sistemas de vigilância em saúde: uma alternativa para qualificação da informação sobre a epidemia de hiv/aids na população trans brasileira**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose) –

Universidade Federal do Rio Grande Do Norte – UFRN, Natal/Rio Grande do Norte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/43890>. Acesso em: 30 marc. 2022.

LEITE, D. S. A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas. **Revista Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 57382-57395, 2020. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv6n8-228. Acesso em: 12 mar. 2022.

LIMA; B. G. S. OLIVEIRA; M.C. S.de. **Relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social I, II e III**. Universidade Federal de Sergipe – UFS, São Cristóvão, 2019.

LIMAS, F. M. *et al.* Análise espacial dos casos de HIV em adultos jovens e o acesso aos serviços públicos em um município do Paraná. **Mundo da Saúde**, v. 45, s/n, p. 337-347, 2021. Disponível em: DOI: 10.15343/0104-7809.202145337347. Acesso em: 14 abr. 2022.

LOPES, P. de O. HIV e AIDS, passado e presente: os gays como representação social da doença. **Revista Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 50122-50134, 2021. Disponível em: DOI:10.34117/bjdv7n5-421. Acesso em: 24 marc. 2022.

MACHADO, C.V; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T.W. de. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**. Supl.2, p. 5143-5161, 2017. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 07 set. 2020.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Acesso em 30 abr. 2022.
ALMEIDA, S, L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.

MARQUES, M.C. da C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História Ciências e Saúde–Manguinhos**, v.9, p. 41-65, 2002; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400003>. Acesso em: 07 set. 2021.

MARQUES, R.; BERWIG, S. E. As políticas sociais no pós-pandemia: há algo de novo no front? **Argumentum**, Vitória, v. 13, n. 1, p. 6-18, jan./abr.2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/35362>. Acesso em: 03 set. 2021.

MATOS. M. C. **Cotidiano, ética e saúde**. O serviço social frente à reforma de estado e à criminalização do aborto. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica – PUC, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDONÇA, I.P. **O trabalho do assistente social na atenção básica em Sergipe (2015 a 2019)**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe – UFS, São Cristóvão/SE, 2020. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/14034>. Acesso em: 08 set. 2020.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 28. ed., 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 12. ed., 2010.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e Seguridade Social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. *In*: MOTA, A. Elisabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2.ed. São Paulo: OAPS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 40-48.

NASCIMENTO, I, R. do *et al.* Representações sociais de masculinidades no curta-metragem “Aids, escolha sua forma de prevenção”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.3, p. 879-890, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15802018>. Acesso 24 marc. 2022.

NEMES, M. I. B; SCHEFFER, M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil. *In*: CORREA, Salvador (Org). **Mitos vs Realidades: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA. p. 33-38. Disponível em: <http://abi aids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>. Acesso em: 22 set. 2021.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. *In*: *Temporalis/Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social*. **Temporalis**, Brasília, DF: ABEPSS, nº 3, 2001. p. 41-50.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, J. P. As condições históricos-sociais da emergência do Serviço Social. *In*: NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.p. 13-77.

NETTO, J.P. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n111/a02.pdf>. Acesso em: 11 marc. 2021.

OLIVEIRA, L. M. S de *et al.* Transmissão vertical do HIV: variáveis epidemiológicas de gestantes em um Serviço de Assistência Especializada em Alagoas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.22, n. 4, p. 56-64, out-dez, 2020. Disponível em: DOI:10.47456/rbps.v22i4.27835. Acesso em: 24 abr. 2022.

OXFAM BRASIL. **A distância que nos une: Um retrato das desigualdades brasileiras**. Escrito por Rafael Georges, coordenado por Kátia Maia e revisado por Wanda Brant. Editoração Brief Comunicação, 2017. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/a-distancia-que-nos-une/#:~:text=Seis%20brasileiros%20t%C3%AAm%20uma%20riqueza,recebe%20em%20um%20%C3%BAnico%20m%C3%AAs>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PARKER, R. *et al.* AIDS e COVID 19: o impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. *In: Dossiê ABIA. HIV/AIDS e COVID 19 no Brasil.* Rio de Janeiro, p. 22-24, 2020. Disponível em: <https://abiaids.org.br/dossie-abia-hiv-aids-e-covid-19-no-brasil/34379>. Acesso em: 04 nov. 2021.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. **Divulgação em saúde para debate.** Rio de Janeiro, n. 27, p. 08-49, 2003.

PARKER, R. **O fim da Aids?** Rio de Janeiro: ABIA, 2015. Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/FIM_da_AIDS_semcorde.pdf> Acesso em: 15 set. 2021.

PODER 360. **Entenda como surgiu a informação falsa sobre vacinas causarem aids.** Poder 360, 26 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/midia/entenda-como-surgiu-a-informacao-falsa-sobre-vacinas-causarem-aids>. Acesso em: 30 out. 2021.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS/BRASIL). **FOLHA DE DADOS 2021: ESTATÍSTICAS MUNDIAIS SOBRE O HIV.** Brasília, DF: UNAIDS, p.1 - 6; 2021. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf. Acesso em: 17 nov. 2021.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS/BRASIL). **Guia de Terminologia do UNAIDS.** 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf?e7c8b3c974. Acesso em: 30 jan. 2021.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS/BRASIL) *et al.* **SUMÁRIO EXECUTIVO: Índice de Estigma em relação às pessoas com HIV/AIDS no Brasil,** 2019. Disponível: https://UNAIDS.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.

RAICHELIS, R.; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.242>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SANTOS, E.; ARAÚJO, N.M.S. Traços históricos da saúde no Brasil e sua configuração na contemporaneidade. *In: SANTOS, J.S. et al. (org.). Políticas públicas brasileiras: reflexões e práticas.* São Cristóvão, SE: Editora UFS, 2016.p.13-44.

SANTOS, G. C. dos. **A dimensão social da AIDS:** avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco. Recife- PE, 2014. Tese (Doutorado em

Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco –UFPE, Recife, PE. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12010>. Acesso em: 23 dez. 2020.

SANTOS, K.A.R *et al.* Aids e seguridade social brasileira: análise dos benefícios concedidos na previdência e assistência social, 2004-2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, p.3215-3226, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.18282018>. Acesso em: 30 set. 2021.

SANTOS, J. S. “**Questão social**”: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, R. M. dos. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS**: Demandas e Desafios nos hospitais públicos. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SERVO, L.M.S *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: história, participação federativa e respostas à pandemia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 114-129, dez. 2020. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-11042020E407. Acesso em: 14 ago. 2021.

SILVA, B. E. B. da *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres vivendo com HIN em Sergipe. *In*: 2º Congresso Internacional de Enfermagem - CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU), 2019. Aracaju, SE. **Anais [...]**. Aracaju, SE, v. 1, n.1, p. 1.-2, 2019. Disponível: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/11557/4488>. Acesso em: 07 mai. 2022.

SILVA, G. S. da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. *In*: BRAVO, M. I.S; MENEZES J. S.B. de (org.). **Cadernos de saúde**: Saúde na atualidade por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p.10-14.

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social** [recurso eletrônico], Recife, PE, Editora UFPE, 2020. (Originalmente apresentada como tese da autora – doutorado na UFPE. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Serviço Social, 2010 – sob o título: Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje.). Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/70>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SOARES, R.C; CORREIA, M.V.; SANTOS, V.M. dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em: 07 set. 2021.

SOUZA; C. A. de; RAMOS; M.A.M. **A população negra com hiv e aids: um estudo epidemiológico no estado de Sergipe**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe – UFS, São Cristóvão/SE, 2019.

SUBRACK, M.S. Problematizando a vulnerabilidade social. *In*: BERNADI, J. (org.) Vulnerabilidade social e AIDS: o desafio da prevenção em tempos de pauperização. **Pastoral de DST/Aids-CNBB**, Porto Alegre/RS, 2005, p. 21-60.

TEIXEIRA; M.J.O. Determinantes sociais da saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. *In*: RAMOS, A; SILVA, L.B; PAULA, L. G. P (org.). **Serviço Social e**

SUSpolítica de saúde: ensaios sobre trabalho e formação. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 47- 66.

THEOPHILLO, R.L; RATTNER, D; PEREIRA, E.L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>. Acesso em 27 abr. 2022.

TRINDADE, L. de N. M. *et al.* Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, supl. 4, p. 01-07, 2021. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784>. Acesso em 03 mai. 2022.

VICTORA, C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet: Saúde no Brasil**, Londres, p. 32-36, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 10 ab. 2022.

VIERA, A.C. de S; *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista Katálysis**, Florianópolis, vol.17, n.2, p.196-206, jun.- dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>. Acesso em: 14 jan. 2021.

VIERA, A. C. de S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. *In: Reformas regressivas e política de saúde.* **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 10, n. 1, p. 72-87, jan-abril. 2018. Disponível em: DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18622>. Acesso em: 12 nov. 2020.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VILLARINHO, M. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 66, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0034-71672013000200018. Acesso em: 12 nov. 2020.

YAZBEK; M. C.; RAICHELIS; R.; SANT'ANA; R. Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.138, p. 207-213, maio/ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.209>. Acesso em: 23 dez. 2021.

ANEXOS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes menores que 13 anos)				
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS (pacientes menores que 13 anos)		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 24	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Antec. Epid. da Mãe	31 Idade da mãe	32 Escolaridade da mãe	33 Raça/cor da mãe	
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação		
INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS				
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	Provável modo de transmissão		38 Transmissão sanguínea	
	36 Transmissão vertical	37 Transmissão sexual	Uso de drogas injetáveis	
	Informações sobre transfusão/acidente		Tratamento / hemotransfusão para hemofilia	
Ant. epid. (cont.)	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	
	42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	
Aids em menores que 13 anos		Sinan NET		SVS 14/06/2006

Dados do Laboratório	44	Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	1 - Positivo/reagente 5 - Indeterminado	2 - Negativo/não reagente 6 - Detectável 7 - Indetectável	3 - Inconclusivo 9 - Ignorado	4 - Não realizado		
	Antes dos 18 meses de vida: <input type="checkbox"/> 1º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 2º teste de detecção de ácido nucléico <input type="checkbox"/> 3º teste de detecção de ácido nucléico		Após os 18 meses de vida: <input type="checkbox"/> Teste de triagem anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste confirmatório anti-HIV <input type="checkbox"/> Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3		<input type="checkbox"/> Teste rápido 2			
Critérios de definição de caso	45	Critério CDC adaptado	1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado			
	Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve <input type="checkbox"/> Aumento crônico de parótida <input type="checkbox"/> Dermatite persistente <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Oíte ou Sinusite) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave <input type="checkbox"/> Anemia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões <input type="checkbox"/> Candidose oral resistente ao tratamento <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose com diarreia > 1 mês <input type="checkbox"/> Diarreia recorrente ou crônica <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Febre persistente > 1 mês <input type="checkbox"/> Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) <input type="checkbox"/> Hepatite por HIV <input type="checkbox"/> Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês idade <input type="checkbox"/> Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos) <input type="checkbox"/> Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês <input type="checkbox"/> Leiomiossarcoma <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário de cérebro <input type="checkbox"/> Miocardiopatia <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase) <input type="checkbox"/> Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (único episódio) <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Nocardiose <input type="checkbox"/> Pneumonia linfóide intersticial <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi <input type="checkbox"/> Síndrome da emaciação (<i>Aids Wasting Syndrome</i>) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Trombocitopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada ou extrapulmonar <input type="checkbox"/> Varicela disseminada Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade) <input type="checkbox"/> < 1.500 células por mm ³ (<25%) <input type="checkbox"/> < 1.000 células por mm ³ (<25%) <input type="checkbox"/> < 500 células por mm ³ (<25%)							
	46	Critério óbito	Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação				1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
Trat.	47	UF	48	Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	49	Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
Evolução	50	Evolução do caso					51	Data do óbito
		1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Transferência para outro município 9 - Ignorado						
Investigador	Nome		Função					
	Assinatura							

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		AIDS		3	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7		Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9		Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor		
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado				
	14	Escolaridade						10	Não se aplica	
		0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado								
15	Número do Cartão SUS		16					Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)		19	Distrito	
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida, ...)		Código		
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)		24		Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		27		CEP
28	(DDD) Telefone		29		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		Pais (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso										
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação								
	Provável modo de transmissão									
	32	Transmissão vertical <input type="checkbox"/>				33	Sexual <input type="checkbox"/>			
		1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado					1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado			
	34	Sanguínea		Uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/>		Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/>		Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses <input type="checkbox"/>		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Tratamento/hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/>							
Informações sobre transfusão/acidente										
35	Data da transfusão/acidente		36	UF	37		Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
38	Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente							Código		
39	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?								<input type="checkbox"/>	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica									
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV									
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado									
	<input type="checkbox"/> Teste de triagem		Data da coleta			<input type="checkbox"/> Teste confirmatório		Data da coleta		
	<input type="checkbox"/> Teste rápido 1		<input type="checkbox"/> Teste rápido 2			<input type="checkbox"/> Teste rápido 3		Data da coleta		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006

