



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

TENDÊNCIAS ATUAIS DA EPIDEMIA DE HIV E AIDS NO BRASIL E EM PERNAMBUCO: Os REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA

TACIANA MARIA DA SILVA¹

ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA²

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO³

RESUMO

O estudo objetiva discutir as tendências na epidemia de HIV e Aids em mais de 4 décadas e os rebatimentos na política de saúde diante do recrudescimento do neoliberalismo e neoconservadorismo. O pensamento crítico norteou a revisão, discussão, estudo documental e entrevistas com gestores. O enfrentamento da epidemia em PE perpassa contradições no âmbito da elaboração e da efetivação da política.

PALAVRAS CHAVE – HIV e Aids; política de saúde; neoliberalismo; neoconservadorismo.

ABSTRACT

The study aims to discuss trends in the HIV and AIDS pandemic over more than four decades and the repercussions on health policy in the face of the rise of neoliberalism and neoconservatism. Critical thinking guided the review, discussion, documentary study and interviews with managers. Tackling the epidemic in PE involves contradictions in the development and implementation of policy.

KEYWORDS - HIV and AIDS; health policy; neoliberalism; neoconservatism.

¹ Hospital do Câncer de Pernambuco

² Universidade Federal de Pernambuco

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná

1. Introdução

A adoção das premissas neoliberais atreladas ao neoconservadorismo vem intensificando o processo de desmonte das medidas implementadas pelo modelo brasileiro de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids. Crescem os partidos e os políticos com pautas conservadoras, principalmente no governo de Jair Bolsonaro, que tiveram apoio e incentivo aberto. Sua agenda ganha interlocutores na mídia, nas igrejas, nas universidades, nas instituições políticas burguesas, que cumprem o papel de ocultar o real problema, que é a geração do endividamento público e supremacia do capital financeiro na totalidade da vida econômica do país. Predominam censura, controle e interdição a campanhas informativas e educativas (no carnaval, para profissionais do sexo, que discutem preconceito, homofobia, sexualidade etc.), proibição de materiais pedagógicos em escolas, além de corte de verbas para pesquisas, posições de governos que adotam uma política comprometida com conservadorismo religioso para ganhar votos e apoio político.

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

O neoconservadorismo está em consonância com o programa neoliberal de governança da burguesia, com rejeição à democracia e manutenção das liberdades de mercado. Mas, se afastou dos princípios do puro neoliberalismo, ao remoldar práticas neoliberais em dois aspectos fundamentais: primeiro, na preocupação com a ordem como resposta ao caos de interesses individuais e, em segundo, na preocupação com uma moralidade inflexível, como o cimento social necessário à manutenção da segurança do corpo político, vis-à-vis perigos externos e internos (Harvey, 2008).

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

Na agenda neoconservadora, as intervenções para enfrentamento do HIV são centradas em ações despolitizadoras, moralizantes e direcionadas à responsabilização do indivíduo. A

ascensão de grupos de extrema direita, com pautas anticomunistas, e valorização do capital repercute nas políticas, direitos sociais e enfrentamento ao HIV e Aids. Não considera, portanto, as relações desiguais de gênero, o racismo estrutural, as desigualdades, pelo contrário, as estimulam.

Essas pautas conservadoras, que reforçam medo e nojo nos remetem à sorofobia, termo discutido por Barbosa Filho e Vieira (2021), a qual pode ser entendida como um “[...] conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e medos infundados sobre HIV e Aids que resultam em episódios de violência institucional, física, psicológica e política contra populações soropositivas e grupos sociais mais vulneráveis à pandemia de HIV e Aids” (2021, p. 135).

Central no discurso da extrema direita brasileira, com uma agenda de afirmação da moral e das hierarquias tradicionais de gênero, ataca os direitos sexuais e reprodutivos, a universalidade do acesso ao tratamento do HIV e Aids, chegando ao desmonte do Programa Nacional de HIV/Aids.

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

Entendemos que é necessário ampliar as ações e estratégias direcionadas às pessoas vivendo com HIV e Aids, retomando os moldes adotados no início da epidemia, com participação da sociedade civil em ações de educação em saúde e ênfase na prevenção, que vem sendo colocada de lado, principalmente, devido a cortes nos financiamentos. Já é sabido que o acesso universal e gratuito ao tratamento com antirretrovirais, que proporcionou maior tempo e qualidade de vida para quem vivia e vive com o vírus, seja pré ou pós exposição, não é suficiente. As ações de prevenção e a rede de proteção social deve ser ampliada e o direito à saúde deve ser integral.

Há o mito conveniente de que as doenças infectocontagiosas atingem a todos igualmente, sem distinguir classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, e de que ultrapassam barreiras e limites sociais. Porém, as pandemias que estamos vivenciando mostram o contrário. Quando o perfil da epidemia ganha contornos da classe trabalhadora mais empobrecida, atingindo mulheres, negros(as), população LGBTQIA+, os impactos econômicos e sociais são diferentes. Os números

também nos mostram como a epidemia de HIV e Aids atinge de forma desigual os diferentes grupos.

Os dados brasileiros apontam que a epidemia HIV e Aids está longe de ser controlada, e que, apesar de ter atingido bons indicadores nos mais de 40 anos da doença, existem ainda regiões (Norte e Nordeste) no país com alta incidência de diagnóstico e mortalidade. A aids, nos primeiros anos, era uma doença que atingia principalmente homossexuais de classe média e alta, e pessoas brancas. “No Brasil, de 1980 até junho de 2023...foram detectados 1.124.063 casos de Aids...Em 2022, foram registrados 36.753 casos de Aids” (Brasil, MS, 2023, p. 9). A aids tem notificação obrigatória desde a década de 1980, mas o HIV só tem notificação compulsória a partir de 2014, daí não haver dados consistentes ao período anterior. De 2007 até junho de 2023, foram notificados no Sinan 489.594 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Em 2022, foram notificados 43.403 casos de infecção pelo HIV (Brasil, MS, 2023, p. 14).

As reflexões apresentadas neste artigo foram extraídas de tese de doutorado defendida em 2023. Tem como objetivo discutir as tendências atuais da epidemia de HIV e aids e os rebatimentos do neoliberalismo e neoconservadorismo no Brasil para a política de enfrentamento ao HIV e Aids. Está fundamentado no pensamento social crítico, procura compreender a política de saúde que está posta na realidade brasileira, indo além da aparência. Nesse sentido, parte da discussão teórica e histórica do problema real das atuais tendências das políticas de saúde no Brasil, com caráter de reforma regressiva, adotado nos últimos dez anos, que vêm seguindo as propostas da contrarreforma do Estado sobre a política de saúde. Além da compreensão de que, com a influência das diretrizes do neoliberalismo atreladas ao avanço do conservadorismo sobre a política de saúde, os direitos das pessoas vivendo com HIV e aids ficam comprometidos. O pensamento crítico norteou a revisão e discussão bibliográfica, o estudo documental e as entrevistas com gestores em Pernambuco.

2. Contrarreforma na política de saúde e rebatimentos na política de HIV e Aids

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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

Os interesses do Estado capitalista são privados e, a partir dos anos 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. “Setores antes geridos ou regulados pelo Estado têm de ser passados à iniciativa privada e desregulados” (Harvey, 2008, p. 76), livres de qualquer interferência. Assim, os recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal são disputados pelo capital, pois têm papel relevante na manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social (Salvador, 2012).

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

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

No Brasil, a década de 1980 é caracterizada pela participação de novos sujeitos sociais discutindo as condições de vida da população. Nesse período, houve intensa mobilização social com o intuito de lutar pela democratização e pelo fim da ditadura no país, o que ocasionou o surgimento de diversos movimentos. Nesse contexto, surgiu o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na luta pela saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Silva, 2011).

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

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

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

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

Outro meio de favorecimento do setor privado se dá através da compra de planos de saúde para funcionários públicos, dos subsídios e isenções fiscais às empresas, do repasse de recursos orçamentários e compra de serviços de entidades sem fins lucrativos, a exemplo de grandes hospitais privados lucrativos que criam suas Organizações Sociais (Oss) privadas, que se qualificam como instituições filantrópicas e podem assumir a gestão dos serviços públicos, recebendo recursos do Estado (Cislaghi, 2016; Correia, 2017).

O orçamento público é um espaço de luta política, em que diferentes forças da sociedade buscam inserir seus interesses. A financeirização da riqueza acarreta pressão na política social, em especial na Seguridade Social, uma vez que esta é o nicho dos produtos financeiros. Assim, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social para o mercado (Salvador, 2010).

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

O ajuste fiscal não é recente no país, nem é restrito ao Brasil, e foi aprofundado nos últimos anos com objetivo de favorecer os interesses do grande capital – seguindo ainda a falácia de que a causa da crise é devida ao excesso de gastos públicos. Além disso, a radicalidade do ajuste fiscal só reafirma que o golpe de 2016 não foi para coibir a corrupção, mas foi motivado pelo interesse e compromisso ideopolítico de ampliar a atuação do Estado na canalização de recursos públicos para amortecer os efeitos da crise junto aos interesses do capital (Boschetti; Teixeira, 2019).

Desde 2016 é evidente a polarização no Estado brasileiro, marcado por profunda regressão civilizatória em todos os campos das conquistas sociais da classe trabalhadora. O governo de Michel Temer teve essa marca da nova fase da ortodoxia neoliberal, sendo seguida no governo de Jair Bolsonaro, em que houve o privilegiamento do setor privado e minimização dos recursos para saúde. A medida mais importante para limitar os gastos públicos foi a Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou despesas primárias com saúde e educação por 20 anos.

Ainda no governo Temer, tivemos a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, com desestruturação da Estratégia Saúde da Família; a proposta de planos de saúde populares, com a justificativa de que iria diminuir os gastos do SUS, mas na verdade onera a população que dele precisa; mudanças na Política de Saúde Mental e na Rede de Atenção Psicossocial, dentre outros retrocessos. Todas essas medidas são somadas às tendências já em curso na contrarreforma na política de saúde, com assistencialização, ênfase em ações emergenciais, precarização de serviços, mercantilização, privatização, tecnificação e ampliação restrita, marginalização dos espaços de controle social e promoção da saúde restrita (Soares, 2019; Silva, 2023). A avalanche ultraneoliberal iniciada no governo Temer, foi aprofundada no governo de Bolsonaro, e colocou o país em cenário de extremo retrocesso social, “que contou com aliados



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

neoconservadores que radicalizam diversos elementos da hegemonia aprofundada pelos governos do PT” (Freire; Cortes, 2020).

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

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

3. Tendências na epidemia de HIV e Aids.

Refletir a respeito da resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids é uma tarefa apropriada devido à importância da reflexão crítica e permanente sobre as estratégias adotadas pelos governos desde a década de 1980, as conquistas da sociedade civil que teve posicionamento ativo e firme, de reivindicação do Estado em relação ao direito à saúde e aos principais desafios no enfrentamento da epidemia.

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

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

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

Ao analisar os boletins epidemiológicos, podemos observar que o perfil das pessoas vivendo com HIV é, majoritariamente, com escolaridade até o Ensino Médio (34,7%), já aqueles com Ensino Fundamental II incompleto representam um percentual de 11,3%, mas o preocupante nesses dados é que a porcentagem de escolaridade ignorada chega a 25,1%, o que prejudica a avaliação dessa variável. Mas os poucos anos de escolaridade, em média 9 anos, nos dão uma ideia da renda baixa das pessoas diagnosticadas com HIV e Aids, pois a escolaridade pode ser um indicativo de renda, ou seja, quanto menor o tempo de estudo, menor a renda.

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

Na análise dos dados entre 2011 e 2022, no quesito raça/cor, observou-se uma queda de 12,3 pontos percentuais entre pessoas brancas, e um incremento de 13,4 pontos percentuais entre pessoas pardas e 1,3 entre pretas. Desde 2010, os casos são mais prevalentes entre mulheres negras do que em homens negros. Em 2020, as proporções foram de 58,3% e 60,0% entre homens negros e mulheres negras, respectivamente (Brasil, 2021). Desde a década de 1990 as mulheres têm parcela significativa nas taxas de infecção, podemos afirmar que são mais vulneráveis ao vírus, o que pode ser justificada pela dificuldade em negociar o uso de preservativo, pela desigual de relação de poder que perpassa a sociedade machista e patriarcal em que nos inserimos. O fato de as mulheres serem historicamente colocadas na posição de cuidadoras, sempre cuidando dos outros e nem sempre se cuidando também é indicativo dessa vulnerabilidade.

Os jovens também estão sendo vítimas do vírus. A faixa etária de 15-24 anos tem porcentagem elevada, de 23,7% de casos. Em 2021, na faixa de 15-34 anos foi de 45,6% em mulheres. A faixa de 50 anos ou mais também teve aumento entre 2011 e 2021, de 12,2% para 17,9%. Tanto que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT da PrEP, lançado em



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

2021, apresenta a alteração da faixa etária para início da PrEP, que anteriormente era a partir de 18 anos e baixou para 15 anos. As mulheres nessa faixa etária também estão se infectando. Dentre elas, outra faixa etária elevada é a de 50 anos ou mais, o que representa ainda vulnerabilidade das mulheres ao vírus.

Desde 2013, no Brasil, os homens jovens, entre 13 e 19 anos, principalmente homossexuais, apresentam tendência de crescimento nas notificações, passando as mulheres na mesma faixa etária (Brasil, 2018). O que levanta questionamentos sobre o que vem sendo implementado pelo governo brasileiro para alcançar esses jovens no que se refere à prevenção ao HIV/Aids, além de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Até 2008, houve um aumento no número de casos de aids em mulheres. A partir de 2009, “[...] observa-se uma redução nos casos de Aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada 10 em mulheres em 2017” (Brasil, 2018).

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

No que se refere à mortalidade, em 2019, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) um total de 10.565 óbitos por causa básica aids, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100 mil habitantes. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e Aids de 2021, a taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 29,9% entre 2010 e 2020. Mas, no próprio boletim, é ressaltado que esse decréscimo pode estar relacionado a problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS. Além da demora no registro das notificações e alimentação da base de dados do SINAN, devido à mobilização em todas as esferas dos profissionais de saúde, ocasionada pela pandemia da Covid-19 (Brasil, 2021).

Desde o início da epidemia até dezembro de 2022, foram notificados 371.744 óbitos tendo a Aids como causa básica. No ano de 2021, foram notificados 11.238 óbitos, em que 37,8% foram no Sudeste, 17,9% no Sul, 14,5% no Nordeste, 5,6% no Norte e 5,4% no Centro-Oeste. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, no período de 2010 a 2020, a tendência de



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

mortalidade é de queda, mas essa tendência não está presente em todas as regiões no Brasil. As regiões Norte e Nordeste apresentam aumento no coeficiente em nove estados: Amapá (24,2%), Sergipe (30,0%), Piauí (28,5%), Ceará (27,1%), Paraíba (15,4%), Acre (15,0%), Tocantins (11,8%), Pará (6,5%) e Maranhão (2,5%) (Brasil, 2021).

Em Pernambuco (2022), foram notificados 15.825 novos casos de HIV. A taxa de detecção ficou em 32,4 e a razão de sexo em 2,4. Com relação à escolaridade, as pessoas diagnosticadas com HIV, no mesmo período, tinham Ensino Fundamental incompleto (31,7%) e Ensino Médio (30,8%). A categoria raça/cor tem predominância de pardos com 70,0% e preta com 11,8%, as pessoas autodeclaradas brancas com 17,4%. A transmissão heterossexual (94,6%) é predominante. As faixas etárias com maior porcentagem são de 20-29 (35,1%) e 30-39 (29,6%).

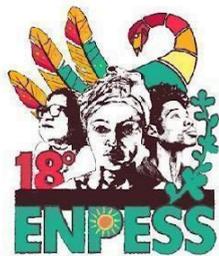
Os casos de aids notificados no período de 2017 a 2021 totalizam 5.020, com taxa de detecção de 9,7%. A categoria raça/cor predominante é de pardos (72,7%), brancos 16,6% e pretos 10,0%. A maioria das pessoas diagnosticadas com aids tem Ensino Fundamental incompleto (38,0%). Os óbitos por aids entre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

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

No estado pernambucano, o enfrentamento do HIV/Aids vem seguindo as orientações do governo federal e Ministério da Saúde. Os CTAs e SAEs são centrais no diagnóstico e tratamento das pessoas soropositivas, embora não sejam suficientes para a demanda identificada. Se faz importante frisar que o enfrentamento em Pernambuco, como no Brasil, está submetido às contradições do neoliberalismo.

Esses serviços são mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde ou pelos municípios e contam com profissionais concursados, celetistas ou cargos comissionados. O alto quantitativo de novos usuários lida, em contrapartida, com o quadro insuficiente de funcionários em alguns serviços de Recife, gerando a interrupção do cadastro de novos usuários.

A tendência significativa de queda é observada nas regiões Sul e Sudeste, talvez por contarem com melhor acesso às tecnologias e serviços de saúde. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste a tendência é de crescimento nos últimos 10 anos. É observado, também, um aumento



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

estatístico de óbitos entre mulheres, dentre elas as mulheres negras, e uma estabilização entre homens.

As taxas de mortalidade diminuíram consideravelmente desde a implantação da política de acesso universal e gratuito ao tratamento com antirretrovirais através da Lei nº 9.313, de novembro de 1996, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), indo de encontro com as diretrizes do Banco Mundial e da USAID, que defendiam a gratuidade universal apenas das ações de prevenção.

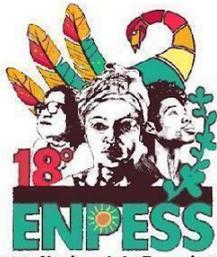
Concordamos com Parker (2017) segundo o qual, os 20 primeiros anos da Lei nº9.313/96 significaram muitos avanços no acesso aos medicamentos, mas ainda faltavam incluir mais de 20 milhões de pessoas nos tratamentos naquele período. Não só incluir, como também mantê-las em tratamento. Também é preciso lembrar que o medicamento é uma questão de direitos humanos, e não apenas uma questão técnica a ser solucionada ou tratada somente em arenas de comércio internacional ou em decisões técnico-jurídicas.

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

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

Na contramão do cenário mundial, os dados brasileiros apontaram que a **aids** está longe de ser controlada. Em 2015, já era visível o crescimento no número de casos entre homossexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH), acompanhados da maior concentração da epidemia nos centros urbanos e aumento da razão masculino/feminina, devido a uma redução na transmissão heterossexual, embora ainda se percebam as taxas elevadas entre mulheres (Grangeiro; Castanheira; Nemes 2015).

Em pesquisa recente de Leite (2020), constata-se a mudança no perfil epidemiológico. A autora observa, também, que apesar das políticas globais de testagem e prevenção combinada,



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

ainda existe um hiato entre o plano normativo e o das práticas cotidianas. Os achados da autora demonstram que a realidade requer políticas que trabalhem a prevenção do HIV em cada grupo específico (principalmente entre as populações-chave em relação ao HIV), com estratégias descentralizadas de prevenção, testagem oportuna, início imediato de tratamento, estímulos à adesão ao tratamento.

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

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

Concordamos com Cazeiro *et al.* (2021) que a sistemática negação e negligência de populações-chave e mais vulneráveis ao vírus e a não interferência nessas dimensões evidencia a necropolítica praticada pelo Estado. Condizente com o projeto neoliberal dos últimos governos, que tende a concentrar mais renda e reduzir as políticas sociais.

Um achado importante em nossa pesquisa foi a parceria entre a ONG internacional Aids Healthcare Foundation - AHF com as gestões estadual e municipais. A retomada do atendimento de novos usuários se deu através da inserção dessa ONG no interior dos serviços públicos, utilizando os espaços físicos e, inclusive, distribuindo insumos públicos, como o caso do ARV. Novos profissionais são alocados nesses serviços, mas não estão lá através de concursos públicos, estão, sim, vinculados à AHF, via bolsa de pesquisa, que evidencia a precarização do trabalho, não garantindo nenhum direito trabalhista para essas pessoas. A AHF também administra uma Clínica do Homem na capital pernambucana.

A implantação da prevenção combinada no estado de Pernambuco segue a mesma diretriz nacional. Nas entrevistas com gestores, foi colocado pelas coordenações do Programa Estadual que o Ministério da Saúde cria os protocolos, manuais, portarias e envia para os estados de forma muito amarrada e o repasse para os municípios se dá através de *e-mail*, grupos de WhatsApp e capacitações e encontros. Foi observado também que o Programa estadual centraliza suas ações na prevenção combinada, principalmente a PrEP, ou seja, as intervenções biomédicas são prioridade no estado, seguindo a diretriz nacional.

O avanço da prevenção combinada nos municípios, principalmente os do interior do estado, sofre com um entrave muito grande, que é a contrapartida do estado ou a falta dela. São oferecidos testes antiHIV, medicamento ARV, capacitação, orientação, matriciamento, mas o recurso financeiro – que é extremamente importante para os municípios – não é garantido. Eles têm que arcar com espaço físico, contratação de pessoal, e todo o resto.

Vale ressaltar que, conforme dito pelas coordenações, esse material é resumido e/ou simplificado para melhor entendimento. A prevenção e educação em saúde são invisibilizadas nesse processo e a assistência ganha *status* prioritário. Outros fatores que precisam ser discutidos para o real enfrentamento da epidemia, como sexualidade, reprodução, estigma, preconceito, direitos humanos são menos discutidos, salvo quando ocorrem encontros, fóruns, capacitações.

4. Considerações finais

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



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

Fica claro que não se pode discutir a aids e o seu enfrentamento sem compreender os papéis de gênero, as relações sociais de sexo/gênero e todas as implicações que esses têm nas relações entre homens e mulheres. É importante ter clareza que a vulnerabilidade, individual ou coletiva, ao vírus é variável e depende de inúmeras determinações sociais, econômicas, culturais e biológicas.

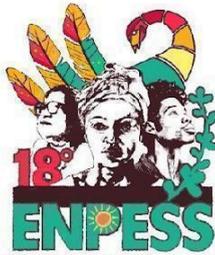
O Brasil perde oportunidades e retrocede cada vez mais, deixa de dialogar e trabalhar em conjunto com as ONGs que atuam com pessoas vivendo com HIV e aids, que já têm história. O país que já foi pioneiro na oferta de medicamentos antirretrovirais vem se tornando um exemplo a não ser seguido. E essas ações ou omissões têm mediações ou se particularizam nos estados brasileiros.

O enfrentamento ao HIV/Aids em Pernambuco delinea uma nova relação entre o estado e o chamado terceiro setor, não na mesma direção da sinergia progressista entre movimentos e ONGs/Aids e Estado. Vemos que dentro dos SAEs e CTAs a inserção de uma ONG assistencial, reforça a utilização de força de trabalho mais precarizada, sem estabilidade e direitos trabalhistas e com formas de atuação que não discutem a epidemia e nem contribuem para empoderar politicamente os usuários e populações-chave para enfrentar desigualdades sociais que delinham o HIV e a aids.

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

Por fim, vemos que essa discussão não finda aqui, a temática, apesar de mais de 4 décadas, continua com questões latentes a serem debatidas. O perfil da epidemia vem mudando e as estratégias precisam mudar junto com ele. Por isso precisamos de uma política de saúde forte para atender às necessidades da sociedade. Pensando na realidade brasileira, que tem uma desigualdade elevada e está entre os países mais desiguais do mundo, fica difícil acabar com a desigualdade e assim acabar com a Aids no país. As questões de igualdade de gênero, direitos humanos, fim do estigma e preconceito, atenção primária, e a saúde como um todo também são ignoradas, pois as políticas sociais sofrem com o desfinanciamento.

Referências



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

- BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Argumentum**, Vitória, v. 13, n. 3, p. 134-147, set./dez. 2021.
- BARBOSA, R. H. S.; ROCHA, S. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e Aids na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. *In*: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (Orgs.). **HIV/Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo**: África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2018.
- BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S.O. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. *In*: SALVADOR, E.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Crise do capital e fundo público**: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.
- BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: DF, Planalto, 1996.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 8 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2021**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2022**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E *et al.* (Orgs.). **Serviço social e Saúde**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.
- BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**. A ascensão da política antidemocrática no ocidente. Traduzido por Mario A. Marino e Eduardo Altheman C. Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019, 256 p.
- CAERES, C. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. **Boletim ABIA**, [s./], n. 44, jan.-mar. 2000.
- CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N. da, SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p.5361-5370, 2021.
- CISLAGHI, J. F. A agenda conservadora para a saúde no Brasil. *In*: DEMIER, F.; HOEVELER, R. **A onda conservadora**: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.
- CORREIA, M. V. C. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In*: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. (Orgs.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2017.
- FREIRE, S. M.; CORTES, T. L. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. *In*: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. F. (Orgs.). **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- GUIMARÃES, C.D. **Aids no feminino**. Porque a cada dia a mais mulheres contraem Aids no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. UFRJ 2001.
- HARVEY, D. **O neoliberalismo**: história e implicações. Tradução Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.



Encontro Nacional de Pesquisadoras
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:
desafios a uma formação profissional
emancipatória no Serviço Social

- LEITE, D. S. (2020). **A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas** / AIDS in Brazil: changes in the epidemic profile and perspectives. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 57382–57395. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-228>
- PAES-SOUSA, R, RASELLA, D, SOUSA, JC de. **Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população**. Saúde debate [Internet]. 42(especial 3 nov):172-8. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1163>
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão**. UFMG, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/aude_no_brasil.rtf. Acesso em: 7 maio 2021.
- ROCHA, M. S. Aids: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, C. A.; PARKER, R.; PIMENTA, C.; TERTO JR., V. **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. ABIA: Rio de Janeiro, 2003.
- ROCHA, M. S. G.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A.; CASIMIRO, I. O tempo é hoje: interseções entre neoliberalismo e a epidemia de Aids na periferia capitalista. In: DÍAZ, M. R.; SACRAMENTO, O. J.; FRANCH, M.; ROJAS, P. (Orgs). **VIH/SIDA, Migracion e derechos humanos: Perspectivas Internacionales**. 1. ed. Buenos Aires: Clacso, 2019, p. 203-226.
- SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.
- SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.
- SILVA, S. S. S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- SILVA, T. M. **Contradições na política de enfrentamento à epidemia de HIV e Aids em Pernambuco em tempos de convergências neoliberais e neoconservadoras**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2023.
- SOARES, R. C. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2010.
- SOARES, R. C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018.
- SOARES, R. C. **A contrarreforma na política da saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo**. Anais do 7º Encontro Internacional de Política Social; 14º Encontro Nacional de Política Social. Mesa coordenada Contrarreformas na saúde e impactos no Serviço Social. Vitória, ES, Brasil, 2019.
- VIEIRA, A. C. S. **Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas**. *Argum.*, Vitória, v. 10, n.1, p. 72-83, jan./abr. 2018.