



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

EPIDEMIA DE HIV E AIDS E DESIGUALDADES SOCIAIS EM PERNAMBUCO

ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA ¹
RAQUEL CAVALCANTE SOARES ¹
TACIANA MARIA DA SILVA ¹
KETTLY FELIX BRAGA ¹
EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO ¹

RESUMO: Este artigo discute as tendências da epidemia de HIV/Aids no Brasil e em Pernambuco tendo como base os dados de boletins epidemiológicos oficiais. Focaliza os desafios na garantia do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, diante do avanço neoliberal e do desfinanciamento da política de saúde. Analisa as tendências de crescimento de novas infecções levando em consideração as desigualdades e contradições sociais brasileiras, de uma perspectiva histórico-crítica, de totalidade.

Palavras-chave: HIV/Aids; política de saúde, neoliberalismo.

ABSTRACT: The article discusses trends in the HIV/Aids epidemic in Brazil and Pernambuco based on data from official epidemiological bulletins. It focuses on the challenges in guaranteeing the right to health of people living with HIV considering neoliberal advances and cuts in

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal De Pernambuco

resources allocated to health policy. It analyzes the growth trends of new infections taking into account Brazilian social inequalities and contradictions, from a historical-critical perspective, of totality.

Keywords: HIV/AIDS; health policy, neoliberalism.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo consubstancia resultados de pesquisa realizada sobre a política de HIV/Aids no Brasil e em Pernambuco e os serviços de referência em HIV/Aids. Precisamente discutiremos as tendências da respectiva epidemia em meio à crise sanitária relacionada à pandemia da covid-19 e às tendências da contrarreforma ultraneoliberal em curso.

As desigualdades sociais e contradições da sociabilidade capitalista contemporânea expressam-se no âmbito das políticas sociais e na determinação social do processo saúde-doença. A epidemia de HIV/Aids, em particular vem se configurando a partir dessas contradições e diversidades em níveis regionais e locais. Os indicadores epidemiológicos evidenciam em Pernambuco e no Nordeste do Brasil um crescimento de casos entre homens (sexo designado ao nascer) jovens e uma redução entre as mulheres, inferior às regiões mais desenvolvidas do país.

Diversos países no mundo vêm apresentando diminuição de casos de HIV/Aids e de mortes, especialmente a partir do acesso a medicamentos antirretrovirais desde o início da infecção, segundo orientação da Organização Mundial de Saúde² (OMS). Antes disso, os países mais pobres não forneciam acesso universal a antirretrovirais, limitando-se a ações no âmbito da tríade ABC – abstinência, fidelidade e uso de preservativos (método de barreira). No Brasil, que já utiliza desde 1996 a distribuição de antirretrovirais, há uma estabilização dos novos casos de HIV e das mortes por Aids, mas essa tendência não é percebida com a

2 Em 2008, o uso de antirretrovirais foi indicado, pela OMS, para pessoas com CD4 entre 350-500. CD4 são células do sistema imunológico (linfócitos), alvo do vírus HIV. Seu número diminui com a evolução da patologia. A partir de 2015, a OMS defende o uso desses medicamentos a partir da imediata detecção da infecção por HIV.

mesma intensidade no Nordeste, região com maior pobreza e desigualdade e em Pernambuco, estado com o segundo mais alto índice de desemprego do país. De acordo com a PNAD contínua o estado pernambucano ficou entre os três estados da região com maior índice de desemprego (13,6%) (IBGE, 2022).

Ademais, a política de saúde vem sofrendo as inflexões da contrarreforma ultraneoliberal, com perdas de recursos inclusive relativos à política de HIV/Aids. A crise sanitária da pandemia de covid-19 agravou ainda mais essa situação, repercutindo no acesso aos serviços de saúde, à própria medicação, a ações de prevenção, entre outros.

Nesse sentido, o presente trabalho apresenta, a partir da pesquisa documental e de dados secundários de boletins epidemiológicos nacionais e estaduais, a discussão dos dados sobre HIV e Aids no Brasil e em Pernambuco na sua relação com as tendências do aprofundamento neoliberal no Estado brasileiro. Trabalha com o método materialista-histórico-dialético, analisando a epidemia de HIV e Aids no Brasil e em Pernambuco, na perspectiva de totalidade, na tentativa de ultrapassar a aparência, e identificar contradições na política de saúde na contemporaneidade.

2. POLÍTICA DE SAÚDE E CONTRARREFORMA

O direito público e universal à saúde, conquistado a partir da Constituição de 1988, vem sendo objeto de grande ofensiva, dados os interesses de ampliação do mercado privado da saúde bem como das necessidades de apropriação do fundo público brasileiro desde a década de 1990. Todavia, em 2016, com o golpe institucional realizado no Brasil, os processos de contrarreforma se intensificaram e aprofundaram, especialmente com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95.

Ademais, segundo Soares (2018), a contrarreforma na gestão Michel Temer passa a ganhar configurações mais explícitas, havendo um movimento de interferência mais incisiva das organizações do mercado privado da saúde na gestão do Ministério da Saúde. As propostas de planos populares de saúde, as sistemáticas reuniões do Ministro da Saúde com o setor privado e a tendência de

desfinanciamento do SUS com perdas de mais de 20 milhões de reais até início de 2020, são expressões desse processo.

De fato, segundo Boschetti e Teixeira (2018), os recursos destinados à função saúde sofreram uma queda de 7% em 2017; dentre as áreas mais impactadas com o corte de recursos consta a política de HIV/Aids, especialmente os medicamentos para tratamento de pessoas com HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Com a ascensão e consolidação da onda neoconservadora, a gestão Jair Bolsonaro, traz elementos que agregam há um só tempo: ultraneoliberalismo, neoconservadorismo e neofascismo. O discurso tanto do presidente da República quanto do seu Ministro da Saúde sobre as pessoas com HIV/Aids e a assistência à saúde desse segmento populacional mostram-se de cunho moralista, difundindo a ideia de que o Estado não deve se responsabilizar por uma problemática considerada individual e relativa à sexualidade. Tais ideias, em verdade, expressam, sob a forma moralista, o projeto ultraneoliberal de Estado, que privilegia a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros e pelo mercado privado como um todo

Ainda em sua gestão, o Ministério da Saúde extinguiu o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, criando o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que incorporou a área de HIV e Aids. Os recursos disponibilizados ao novo departamento passaram a ser divididos entre todos os setores envolvidos, entre os quais, tuberculose e hanseníase. Também fez uma alteração na forma de divulgação de informações sobre HIV e Aids, deixando o site então existente sem receber novas informações.

Por outro lado, além disso, houve um crescimento das parcerias público-privadas, com ampliação da contratação ou convênio com entidades privadas com ou sem fins lucrativos, para a execução e gestão de serviços de saúde. Dentre esses, serviços de referência em HIV/Aids. Nesses termos, adensa-se aquilo que Granemann (2006) denomina privatização não clássica, em que os serviços de saúde são ofertados ou geridos por instituições privadas mas integram a rede

pública de saúde, sem implicar na venda direta ou pagamento direto pelos serviços.

Todas essas nuances e tendências têm impactos importantes na política de HIV/Aids e nas configurações da epidemia no Brasil e, particularmente, no Nordeste brasileiro, especialmente no contexto da crise sanitária. Houve, assim, muitas dificuldades e obstáculos nesse período de acesso a medicamentos e serviços de referência, à assistência em saúde à pessoa com HIV/Aids. Parte dessas dificuldades ocasionadas pelas medidas de isolamento da pandemia, mas outra parte pelo desfinanciamento da política de HIV/Aids e por sua não priorização pelo governo federal.

3. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS

A Declaração Política das Nações Unidas sobre HIV/Aids, publicada em junho de 2016, com o título “Acelerar a Resposta para Lutar Contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030”, expressa um compromisso global com a construção um “mundo sem Aids” enfatizando que se as estratégias e programas de controle sobre a epidemia não forem direcionadas à transformação das relações de exploração e desigualdades de poder, que determinam as vulnerabilidades à epidemia, será impossível acabar com a epidemia até 2030 (UNAIDS, 2016).

A Declaração política para a Aceleração da Resposta à Aids no período de 2016-2021, foi adotada pelos Estados-Membros das Nações Unidas na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2016 sobre o Fim da Aids, realizada em junho de 2016, em Nova York. Ela abarca o *Fast Track 2016-2021*³, as metas 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), deixando clara a necessidade de investimento em prevenção, tratamento e cuidado para adultos, jovens e crianças vivendo com HIV/Aids. Entram também em suas discussões as populações-chave, relações de gênero, empoderamento das pessoas com HIV/Aids, sexualidade, direitos reprodutivos. A promoção de leis, políticas e práticas para acessar os serviços e acabar com estigma e preconceito também fazem parte das propostas citadas na Declaração.

³O *Fast-Track* consiste em uma estratégia da UNAIDS entre 2016 e 2021 para alcançar as pessoas deixadas para trás no combate à epidemia de HIV/Aids.

Este objetivo só pode ser viabilizado por meio da combinação de estratégias e articulação de antigos e novos atores sociais, atribuindo centralidade aos serviços de base comunitária, implementados parcialmente pela sociedade civil, e o envolvimento das populações-chave e grupos mais vulnerabilizadas, que segundo o *Fast Track* foram as menos favorecidas pelos avanços no enfrentamento à epidemia, sobretudo nos aspectos de participação e poder decisório. Em realidades como a latino-americana e a brasileira, esses grupos respondem pela maioria dos novos casos de HIV e mortes relacionadas à Aids (UNAIDS, 2016).

A Declaração do UNAIDS de 2016, assim como o *GAP Prevention Report* (UNAIDS, 2016) e os programas de metas globais *Getting to Zero* e 90-90-90, publicados pelo UNAIDS, evidenciam que, mesmo que as atuais ações de combate à epidemia tenham continuidade ou apenas expandam a sua cobertura, sem mudar radicalmente suas estratégias e epistemologias, os resultados serão modestos frente a uma epidemia que tende a se concentrar entre os grupos sociais, regiões, etnias e minorias mais estigmatizadas e subalternizadas na sociabilidade capitalista. De acordo com estes Programas, o foco no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids deve ser a promoção de mudanças nas relações de poder que fazem com que homens e mulheres, especialmente na periferia capitalista, continuem a ser vulneráveis à infecção ou morte em decorrência da sua condição de subalternização material, política, identitária ou simbólica (UNAIDS, 2013, 2016).

Transformações nas estruturas públicas e privadas de bem-estar social, embora fundamentais às classes e grupos mais vulneráveis à epidemia, sofrem limites estruturais no combate às relações sociais que reproduzem essa mesma vulnerabilidade. Então, mesmo as ações voltadas à expansão de políticas e programas sociais de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na agenda de HIV /Aids devem considerar, como elementos centrais, as diretrizes no campo da economia, do direito, da cultura, etc. que vêm gradativamente contribuindo para que HIV/Aids se torne uma doença dos mais pauperizados, estigmatizados e subalternizados e um fator de empobrecimento individual e familiar (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016; BARBOSA FILHO; VIEIRA & SORIANO, 2016).

O neoliberalismo está no centro desse processo de concentração da epidemia entre os setores mais precarizados da classe que vive do trabalho e sobre os grupos

mais subalternizados segundo as hierarquias de poder de sexo, raça, etnia, sexualidade e geração, e da crescente pauperização de homens e mulheres soropositivos, observável em mais de três décadas de epidemia de HIV/AIDS.

A distribuição de antirretrovirais, em decorrência dos compromissos do Estado brasileiro, com a Lei nº 9.313 em 1996 e implementada a partir de 1997, foi acompanhada por uma acentuada falta de acesso desses usuários às demais especialidades médicas e serviços assistenciais, como exames e consultas com especialistas por meio do Sistema Único de Saúde, sem citar a dificuldade crônica em acessar os serviços de assistência e previdência social (focalizados nas pessoas vivendo com HIV/Aids mais pauperizadas e sintomáticas), como foi identificado por Vieira (2011) e Soares (2018). A seletividade entre o que pode e o que não pode ser provido pelo Estado neoliberal ocasiona, no Brasil, uma universalidade fragmentada, com expressivo hiato entre o conteúdo das políticas sociais e o modo como elas são implantadas. Essa restrição neoliberal da universalidade reproduz a agenda global de HIV/Aids 2016-2030 e está presente nos consensos e protocolos do Ministério da Saúde sobre Prevenção e Tratamento.

Os novos casos de HIV no Brasil seguem a tendência mundial concentração nas áreas e populações mais pobres de estados mais desenvolvidos e nos estados pertencentes à região com maiores iniquidades sociais, entre as quais, o Nordeste, apesar de medidas de enfrentamento da epidemia.

Em dezembro de 2013, o Brasil foi pioneiro ao adotar novas estratégias para controlar a epidemia de Aids, oferecendo tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico e contagem de células de defesa CD4. Até então, o protocolo usado no SUS garantia medicamentos apenas para aqueles com menos de 500 células de CD4 por milímetro cúbico de sangue, ou seja, em estágios mais avançados da infecção, já com risco de contrair doenças oportunistas (BRASIL, 2013).

Somente em setembro de 2015, a OMS incluiu em suas diretrizes para tratamento do HIV/Aids a recomendação para inclusão do Tratamento como Prevenção – TcP, para todas as pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, independentemente do estado imunológico e contagem de CD4, expandindo

mundialmente o acesso a estes medicamentos (WHO, 2015). Em 2019, os protocolos de tratamento ARV foram revisados pela OMS. O Dolutegravir combinado ao Inibidor de Transcriptase Reversa Nucleotídeo – ITRN passa a ser recomendado no lugar do Efavirenz, o que representa uma grande mudança na linha de tratamento (WHO, 2019).

Para Parker (2015) “na ausência de políticas mais amplas de prevenção social e política, e como uma forma de enfrentar reduções de orçamentos de programas de Aids no mundo inteiro, muitos países, além do Brasil, estão adotando o TcP”. Esta alternativa, entretanto, pode levar ao abandono de um leque mais amplo de atividades preventivas. Representa também um terreno fértil às frações mais conservadoras da sociedade, que atuam contra os direitos humanos, HIV/Aids, direitos sexuais, direitos reprodutivos, discussões de gênero do debate público.

O estado de Pernambuco segue essa orientação do TcP, adotando os protocolos e estratégias recomendados pelo Ministério da Saúde. Com isso, as pessoas com o vírus ou as que estão em risco de adquiri-lo são tratadas como consumidores individuais de medicamentos e ocorre o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda complexidade da epidemia (PARKER, SEFFNER, 2016).

As metas 90-90-90, inseridas no *Fast Track* 2016-2021 vêm sendo revisadas desde sua implantação. A nível global, em 2020, das pessoas vivendo com HIV, 84% sabiam de seu status sorológico; 73% tinham acesso ao tratamento e 66% estavam em supressão viral (UNAIDS, 2021).

No Brasil, o Relatório de Monitoramento Clínico (BRASIL, 2021) apontou que, ao final de 2020, havia aproximadamente 936 mil PVHIV no país, das quais 820 mil (88%) estavam diagnosticadas; 82% (766 mil) haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde; e 691 mil (74%) estavam retidas nos serviços. A cobertura antirretroviral atingia 71% (666 mil) e a supressão viral (CV inferior a 50 cópias/mL) foi obtida por 63% (594 mil) entre todos os indivíduos infectados pelo HIV. Como os números nos mostram, o quadriênio 2016-2021 chegou ao fim sem que as metas do *Fast Track* fossem alcançadas.

Nos países capitalistas periféricos, com conservadorismo enraizado, as

mudanças nas relações desiguais de poder não fazem parte das estratégias políticas, o mesmo ocorre com as populações-chave, prioritárias e pessoas mais vulneráveis ao vírus.

Desde o início da epidemia de HIV/Aids no mundo, de acordo com o UNAIDS (2022), cerca de 84,2 milhões de pessoas foram infectadas por HIV. Morreram 650 mil pessoas por doenças relacionadas à Aids em 2021, totalizando 40,1 milhões de pessoas em decorrência da Aids, desde o início da epidemia. Em 2021, havia 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo.

No Brasil, desde o início da epidemia somam-se mais de 1 milhão de casos de Aids. De 2007 a 2021 foi notificado um total de 266.360 (69,8%) casos de HIV em homens e 115.333 (30,2%) casos em mulheres (BRASIL, 2021, p.10 e 29). Em relação à aids, levando em consideração os dados de 1980 a 2021, foram registrados 688.348 (65,8%) casos de aids em homens e 356.885 (34,2%) em mulheres (BRASIL, 2021, p.14).

Em relação à razão de sexo no Brasil, em 2020, havia 24 casos de HIV em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, Boletim Epidemiológico 2021, p.14). Entre os do sexo masculino também houve uma tendência de aumento na detecção de Aids, em todas as regiões do país há um predomínio de casos em homens. Ao longo do percurso da epidemia de HIV no Brasil os homens passaram a ser maioria. A maior quantidade de casos de Aids no Brasil está entre as pessoas com idade entre 25 a 39 anos. A transmissão se dá, em sua maioria, de forma sexual (BRASIL, 2021).

Uma das tendências da epidemia de HIV/Aids que pode ser percebida através dos dados é a concentração de casos entre pardos e pretos que, historicamente na sociedade brasileira, ocupam um lugar de subalternidade em um contexto social de discriminação e preconceito, com dificuldade de acesso à informação e serviços de saúde; estão também entre as pessoas com menor escolaridade, com menor renda e que ao se descobrirem portadoras de HIV passam a enfrentar outros novos estigmas que somam-se aos que já lhes são historicamente atribuídos.

A caracterização da epidemia no Brasil reflete as desigualdades intrínsecas do país, revelando a tendência de pauperização da epidemia. No Brasil a maior

concentração dos casos de Aids em uma média de dez anos ocorreu entre as pessoas com a 5ª a 8ª série incompleta (BRASIL, 2021).

4. AIDS EM PERNAMBUCO

Pernambuco compõe a Região Nordeste, espaço de grandes desigualdades e concentração de pobreza no país, assim como a Região Norte. Segundo dados da Agência Brasil (2017), de dezembro de 2017, 50 milhões de brasileiros viviam abaixo da linha de pobreza, sendo que o maior índice de pobreza está na região Nordeste – 43,5% da população. Atualmente, as desigualdades se encontram ainda mais acentuadas com quase 63 milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza (FGV Social, 2022).

Das cinco regiões do país, em um período de 10 anos, entre 2010 e 2020, há uma tendência significativa de queda na detecção de HIV nas regiões Sul e Sudeste, entretanto, no Norte e Nordeste do país é registrado um crescimento. Em Pernambuco, entre 2016 e 2019, a taxa de detecção de infecção por HIV cresceu de 26,31 para 38,77. A taxa nacional registra queda em 2019 e 2020. A queda da taxa de detecção em 2020 não pode ser considerada como redução da epidemia de HIV, pois está condicionada ao início da pandemia de covid-19 no Brasil e às restrições por ela ocasionadas (PERNAMBUCO, 2021). As regiões que, historicamente, apresentam mais pobreza e desigualdades, mantêm um aumento do HIV.

Entre os anos de 2016 a 2020 houve uma redução de 40,2% no número de casos de Aids em Pernambuco. Houve 1.239 casos diagnosticados em 2016 enquanto em 741 casos em 2020. Destes 67,7% são homens e 32,3% mulheres (PERNAMBUCO, Boletim Epidemiológico 2021, p.3). Vale registrar e deve ser levado em consideração, ao analisar os dados, que o ano de 2020 foi o primeiro ano da pandemia de Covid-19, com significativa diminuição de ida aos serviços, seja por estarem fechados ou por estarem atendendo prioritariamente pessoas com sintomas da síndrome respiratória aguda. O maior número de casos está em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Segundo a taxa de detecção pela infecção de HIV, no ano de 2020 está em primeiro lugar o município de Recife, seguido por

Jaboatão de Guararapes; Olinda; Caruaru; e Paulista (PERNAMBUCO, 2021).

Pernambuco segue a tendência nacional em relação à cor/raça – pardos e pretos representam a maioria das pessoas com Aids no Brasil e a maioria das mortes. Das pessoas com Aids 73,0% são pardas e 9,3% pretas. Com relação à taxa de mortalidade, houve redução de 22,7% no número de óbitos por Aids entre os anos de 2016 e 2020. No critério raça/cor, as pessoas que se autodeclararam como pardas atingem o maior percentual de mortalidade (67,3%), os autodeclarados pretos ficam em 11,3%. Os dois juntos ultrapassam os autodeclarados brancos (20,6%).

Na região Nordeste, Pernambuco tem o segundo maior percentual de pessoas em tratamento antirretroviral (TARV) da região – 87%, semelhante a Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo no Sudeste. No Nordeste, a Bahia tem o maior – 88% percentual, enquanto no Sudeste, Minas Gerais tem 90%. No Nordeste, Alagoas e Sergipe têm o menor percentual – 81%. Não há grande variação entre as demais regiões.

Outra tendência preocupante da epidemia de HIV/Aids no Brasil é o aumento da mortalidade de pessoas pretas. Conforme o Boletim Epidemiológico de 2020, as mortes notificadas no ano de 2019 atingem majoritariamente pessoas negras: 61,7%, (47,2% pardos e 14,5% pretos), com 37,7% de mortes entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas (BRASIL, 2020).

As mais afetadas, entretanto, são as mulheres negras: 62,1% morreram, ao passo que, entre homens negros, o índice ficou em 61,4%. Na comparação entre os anos de 2009 e 2019, houve queda de 21% na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 19,3% na proporção de óbitos de pessoas negras (BRASIL, 2020).

O coeficiente de mortalidade padronizado de Aids no Estado de Pernambuco foi de 4,2 em 2020, acima da média nacional de 4 óbitos (BRASIL, 2021). No período de dez anos entre 2010 e 2020, de modo geral, houve uma queda no coeficiente de mortalidade por Aids no Brasil, entretanto, os anos de 2020 e 2021 devem ser analisados levando em consideração as interferências da pandemia de covid no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Esses dados indicam as dificuldades de Pernambuco em lidar com o tratamento para pessoas com HIV/Aids, a ocorrência de diagnóstico tardio, a fragilidade da educação em saúde, o problema de aderência e adesão ao uso de antirretrovirais. Não se pode considerar natural que isso aconteça no Nordeste, região de maior concentração de pobreza, de baixos índices educacionais. Se faz necessário enfrentar com outras estratégias a Aids, para conseguir avanços e melhores resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise dos dados da epidemia de HIV/Aids em Pernambuco caracterizamos as tendências atuais levando em consideração as tendências nacionais, dessa forma, é possível perceber que os indicadores nacionais apontam para uma diminuição dos casos de Aids, tendência essa que também pode ser vista em São Paulo, e nas regiões Sul e Sudeste de modo geral, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico, enquanto em Pernambuco há uma oscilação constante que varia entre aumento e diminuição dos casos nesse período. Ao analisar um período de 10 anos percebe-se uma tendência de crescimento.

Em reflexão a respeito da resposta do atual governo brasileiro à epidemia de HIV/Aids, podemos perceber que no decorrer do mandato do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) a política de saúde para HIV/Aids, tida como referência no cenário internacional ao combate da epidemia, passou por algumas alterações, aí incluída a extinção do departamento responsável pela política de saúde para HIV e aids, e criação de novo departamento, incluindo outras doenças crônicas, invisibilizando os nomes HIV e Aids.

As mudanças em uma política de referência internacional trazem muita preocupação com o futuro e administração da política, os atrasos que podem ocorrer, o acesso a medicamentos, o orçamento, o descumprimento de antigas metas e objetivos traçados e aprovados, como o compromisso com a eliminação da Aids até 2030, objetivo firmado pelo Brasil e traçado pela Organização das Nações

Unidas. Os movimentos sociais que atuam na luta contra a Aids mostram que não é apenas uma mudança de nomenclatura no departamento, mas que pode vir a ser o fim de seu protagonismo mundial (UNAIDS, 2020; REDE RRASIL, 2019).

O Brasil foi um dos pioneiros na garantia de todo o tratamento à Aids de forma pública com medicamentos, testagem, campanhas, tratando a população e com isso reduzindo a transmissão. É preciso que a temática tenha visibilidade para que seja percebida sua importância e que haja autonomia administrativa por parte do departamento para a tomada de decisões cruciais.

O decreto que trouxe mudanças no departamento responsável pela luta contra o HIV/Aids tem repercutido e sido alvo de críticas de todos os especialistas na área e de diversas ONGs, incluindo o Movimento Nacional de Luta Contra a Aids. Segundo os especialistas, as mudanças podem enfraquecer as políticas de combate e reduzir sua importância, diminuindo a visibilidade do tema, trazer outras demandas e com isso sobrecarregar, além de preocupações orçamentárias devido ao acréscimo da tuberculose e hanseníase, duas doenças que não são de contágio principalmente sexual (ABIA, 2019).

Ao analisarmos os dados de HIV/Aids, consideramos atípicos os anos de 2020 e 2021, devido à pandemia de covid-19 que teve seu início em dezembro de 2019 se difundindo por todo o mundo e se estendendo até a presente data, acarretando diversos prejuízos materiais e sociais. Durante a pandemia, fizeram-se necessárias medidas como isolamento social, distanciamento, quarentena, lockdown, fechamento de fronteiras e confinamento, acarretando restrições ao atendimento médico que impactaram nos cuidados e tratamentos para pessoas com o HIV, revelando as dificuldades de acesso a medicamentos e tratamentos. Os serviços tiveram seu funcionamento reduzido com alguns atendimentos sendo suspensos e, assim, muitas pessoas deixaram de ser testadas, o que possivelmente contribuiu para uma diminuição nos números oficiais de casos novos de HIV.

Os serviços de saúde de prevenção ao HIV foram diretamente afetados com as mudanças que foram adotadas para conter a covid-19, com flexibilização na distribuição de medicamentos e aumento de atendimentos em trabalho remoto. Também houve consequências psicológicas, sociais e econômicas nas vidas das

peças usuárias desses serviços (PARENTE et al., 2021). A pandemia afetou negativamente os planos de combate à Aids e sua eliminação até 2030. De acordo com o Jornal da USP (2020), o UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids), tem reforçado mensagens para que os países adotem medidas e façam investimentos com o objetivo de reduzir os números de infecções por HIV. É estimado que ocorram por ano cerca de 1,7 milhão de novas infecções por HIV no mundo.

A redução da detecção de HIV no Brasil, em especial, do Sul e Sudeste no país, que pode ser observada antes de 2018, ou seja, antes de ser influenciada pela pandemia de covid-19, pode ser explicada pelo melhor acesso aos serviços de saúde e às tecnologias, assim como a uma maior escolaridade e menores índices de pobreza naquelas regiões. Na região Nordeste, oscilando entre redução de casos de HIV e aumento, ficam em evidência as desigualdades entre as regiões, as diferenças entre a estruturação dos serviços, a falta de profissionais especializados.

A epidemia de HIV/Aids não deve ser tratada de forma emergencial e, sim, a longo prazo, conhecendo as determinações sociais que marcam a realidade brasileira, entendendo suas dimensões e os graus de vulnerabilidade das pessoas que vivem com HIV/Aids. Contudo, com o aprofundamento do neoliberalismo a partir de 2016 no Brasil, podemos perceber um movimento contrário, com a intensificação da redução dos investimentos em políticas sociais, prevalência de privatizações e da mercadorização, prejudicando o acesso ao direito à saúde. Desse modo, a execução das políticas sociais sofre diretamente com as interferências do cenário atual, política e economicamente.

Se faz necessário mobilizar diferentes estratégias para enfrentar o crescimento da epidemia, reduzir a transmissibilidade e trazer melhores condições de vida para quem já foi infectado com o vírus HIV, principalmente entre homens jovens e em algumas regiões específicas. Precisamos ter serviços especializados e estruturados, com profissionais qualificados e em número suficiente para atender à demanda real, ter campanhas preventivas – é preciso que a temática tenha visibilidade para que seja percebida sua importância – assim como a elaboração de políticas eficazes para a prevenção do HIV/Aids principalmente entre os grupos em

que há tendências de crescimento da infecção. É fundamental garantir não só a medicação antirretroviral, mas viabilizar a redução das desigualdades de renda, de acesso a serviços públicos, de escolaridade e outras, decorrentes não só de classe, mas de gênero e cor/raça/etnia.

REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Governo federal muda estrutura de combate à Aids; ONGs dizem que medida enfraquece a área.** Rio de Janeiro: 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://abiaids.org.br/governo-federal-muda-estrutura-de-combate-a-aids-ongs-dizem-que-medida-enfraquece-a-area/32946>. Acesso em: 02 de dezembro de 2021.

AGÊNCIA BRASIL. **Anvisa aprova novo tratamento para o HIV.** Brasília: Agência Brasil. 29 de novembro de 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-11/anvisa-aprova-novo-tratamento-para-hiv#>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2021.

BARBOSA FILHO, Evandro Alves, VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SORIANO, Cecile. **A reprodução das relações capitalistas na África do Sul pós-apartheid: a unidade entre transformismo político e reforma neoliberal.** In: ROCHA, S; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (Org.). HIV Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil Moçambique. 1ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2016, v.1, p. 157-206.

BARBOSA FILHO, Evandro Alves; ROCHA, Maria Solange Guerra. 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. (Org.). **HIV Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil Moçambique.** 1ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2016, v. 1, p. 27-155.

BOSCHETTI, Ivanete, TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O fardo do radical ajuste fiscal para a classe trabalhadora sob a ótica das despesas do orçamento da seguridade social. **Anais do Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço**

Social. Brasília: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids.** Brasília: MS, dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids.** Brasília: MS, dez. 2021.

_____. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasil - DCCI.** Brasília: MS. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/> Acesso em: 30 de julho de 2021.

_____. **Relatório de Monitoramento clínico do HIV.** Brasília: MS, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico Pernambuco HIV e Aids 2021.** Recife: SES, 01 nov. 2021.

GRANEMMAN, Sara. Estado e Questão Social em tempos de crise do capital. IN: GOMES, Vera Lúcia Batista, VIEIRA, Ana Cristina de Souza, NASCIMENTO, Maria Antonia Cardoso do. *Avesso dos Direitos. Amazônia e Nordeste em questão.* Recife: EDUFPE, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) – PNAD contínua. **Taxa de desemprego no segundo trimestre de 2022.** Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34643-desemprego-tem-queda-em-22-estados-no-2-trimestre-de-2022#:~:text=A%20regi%C3%A3o%20tamb%C3%A9m%20abriga%20os,o%20Mato%20Grosso%20e%20Rond%C3%B4nia>.

Jornal da USP. **Aids em tempos de covid-19: repositório da USP informa e ajuda a combater estigma.** São Paulo: 02 de dezembro de 2020. Acesso em: 03 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/aids-em-tempos-de-covid-19-repositorio-da-usp-informa-e-ajuda-a-combater-estigma%e2%80%8b/>

REDE Brasil Atual. **Organizações temem as mudanças nas políticas para HIV/Aids.** São Paulo: Rede Brasil Atual, 09 Jun. 2019. Acesso em 04 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/06/organizacoes-temem-as-mudancas-nas-politicas-para-hiv-aids/>

PARENTE, Juliana et al. O impacto do isolamento social na pandemia de Covid-19 no acesso ao tratamento e aos serviços de prevenção do HIV. **Research, Society**

and Development, v. 10, n. 1. Vargem Grande Paulista: 2021.

PARKER, R.; SEFFNER, F. **A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids**. In ABIA. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids. Rio de Janeiro, 2016.

_____. **O fim da Aids?** Rio de Janeiro: ABIA, 2015. Disponível em: <https://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618#:~:text=Na%20aus%C3%A2ncia%20de%20pol%C3%ADticas%20mais,reduzidos%20e%20para%20abandonar%20um>

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. Vitória: **Argumentum**, vol. v.10, n.1, jan./abr.2018.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Fim da Aids até 2030**. Brasília: 02 de Julho de 2016. Disponível em: <https://unaid.org.br/2016/06/fim-da-aids-em-2030/>. Acesso em 02 de Dezembro de 2020.

_____. **Estatísticas globais sobre o HIV em 2021**. Brasília: UNAIDS, 2021. Disponível em <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 30 de Julho de 2022.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. **Determinações Sociais da Saúde e Aids na Realidade Brasileira**. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante (Org.). Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: UFPE, 2011. p. 49-68.

WHO – World Health Organization. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. Geneve: WHO, 2015.

_____. **Update of recommendations on first - and second - line antiretroviral regimens. HIV treatment**. Geneve: WHO, 2019.