

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

POLÍTICA ANTI-HIV, NOVAS DIRETRIZES E SUS

MAYARA GOUVEIA DE CASTRO

Recife-PE

2017

MAYARA GOUVEIA DE CASTRO

POLÍTICA ANTI-HIV, NOVAS DIRETRIZES E SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco –UFPE, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, orientada pela Professora Doutora Ana Vieira

Recife-PE

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva CRB4-1747.

C355p Castro, Mayara Gouveia de
Política anti-hiv, novas diretrizes e SUS / Mayara Gouveia de Castro. -
2017.
121 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de
Pernambuco, CCSA, 2017.
Inclui referências.

1. Doenças sexualmente transmissíveis – Política nacional. 2. AIDS
(Doença) – Prevenção. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título. II.
Vieira, Ana Cristina de Souza.

362 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2017 –170)

Política Nacional de DST/AIDS. Novas Diretrizes. Prevenção Combinada.
SUS.

MAYARA GOUVEIA DE CASTRO

POLÍTICA ANTI-HIV, NOVAS DIRETRIZES E SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco- UFPE.

Aprovado em: 17 de abril de 2017.

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

Pós-Graduação em Serviço Social- UFPE

Examinadora interna: Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares

Pós- Graduação em Serviço Social- UFPE

Examinadora externa: Dra. Giselli Caetano dos Santos

Hospital Correia Picanço - HCP

Recife, 17 de Abril de 2017

Dedico este trabalho aos familiares, amigos e mestres que me auxiliaram ao longo desse trajeto. Com especial carinho à Felipe Souza, companheiro amado e dedicado.

A PALO SECO

Se você vier me perguntar por onde andei
No tempo em que você sonhava
De olhos abertos, lhe direi:
Amigo, eu me desesperava
Sei que assim falando pensas
Que esse desespero é moda em 76
Mas ando mesmo descontente
Desesperadamente eu grito em português
Mas ando mesmo descontente
Desesperadamente eu grito em português

Tenho vinte e cinco anos
De sonho e de sangue
E de América do Sul
Por força deste destino
Um tango argentino
Me vai bem melhor que um blues
Sei que assim falando pensas
Que esse desespero é moda em 76
E eu quero é que esse canto torto
Feito faca, corte a carne de vocês
E eu quero é que esse canto torto
Feito faca, corte a carne de vocês

Belchior

RESUMO

Em meio atual fase capitalista, marcada pela financeirização e pelos juros, a desregulamentação de capitais e unificação do mercado mundial apesar da heterogeneidade e desigualdade das economias nos permite vislumbrar o papel do Estado nesse processo e seus impactos nas políticas sociais. Isto porque o Estado tem papel chave na sustentação das relações sociais de produção. Nesse sentido, o divorcio entre Estado e Sociedade Civil é evidente, colocando o Estado numa esfera autônoma e que atua para assegurar as condições necessárias para reprodução do capital e manter sobre controle as classes subalternas. Diante dessa realidade, a Política Nacional de DST/Aids brasileira vem apresentando particularidades que fogem, muitas vezes, aos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde e reduzindo suas ações para o âmbito do tratamento da Aids. É nessa seara, que a indústria farmacêutica juntamente com o complexo industrial da saúde vem se fortalecendo, retirando de cena as ações de prevenção pautadas nos direitos humanos e na equidade que marcaram a história de combate ao HIV/Aids e a Política Nacional de DST/Aids, criada em 1999, e que é referência mundial no enfrentamento da epidemia de Aids. Com isso em mente o objetivo dessa dissertação é analisar as tendências que as novas estratégias de combate ao HIV/Aids adotadas pelo Estado, pautadas na Prevenção Combinada, trazem para a Política anti-HIV brasileira. Para tanto utilizou-se da análise de documentos oficiais, dentre eles: Boletim Epidemiológico, Relatórios da Resposta Brasileira da UNGASS, Meta 90-90-90 e as novas diretrizes de tratamento adotadas pelo Brasil. Além disso, foi realizado levantamento bibliográfico de autores que abordassem essa temática e que discutissem o Tratamento como Prevenção e os novos acordos internacionais de enfrentamento da epidemia de Aids. Os resultados indicam que a Prevenção Combinada se tornou uma peça chave nas ações de prevenção ao HIV/Aids, isto porque a mesma tenta articular um conjunto de ações em saúde que atendam de forma integral à população soropositiva. Todavia, mediante os cortes na saúde e a entrega do Fundo Público ao capital financeiro essa proposta vem sendo reduzida ao âmbito do Tratamento como Prevenção, cuja metodologia acaba por reduzir o indivíduo a sua condição sorologia ao mesmo tempo que entrega a responsabilidade do combate à epidemia de Aids aos sujeitos, direcionando para o privado um problema de saúde pública. Sendo assim, nota-se que esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde, via Departamento de DST/Aids, repõe a uma lógica político-econômica determinada, cujos direcionamentos conseguem inserir na Política de Saúde, e nela na Política Nacional de DST/Aids, formas diferenciadas de supervalorização do capital. É em meio a nessa inversão perigosa que os pacientes perdem seus direitos sociais enquanto indústria farmacêutica juntamente com o complexo industrial da saúde fortalece sua atuação, pondo em risco as conquistas já alcançadas pelo Movimento Aids brasileiro.

Palavras Chaves: Política Nacional de DST/AIDS. Novas Diretrizes. Prevenção Combinada. SUS.

ABSTRACT

In today's capitalist phase, marked by financialization and interest, the deregulation of capital and the unification of the world market despite the heterogeneity and inequality of the economies allow us to glimpse the role of the State in this process and its impact on social policies. This is because the State plays a key role in sustaining social relations of production. In this sense, the divorce between State and Civil Society is evident, placing the State in an autonomous sphere and that acts to assure the necessary conditions for reproduction of capital and to keep under control the subaltern classes. Given this reality, the Brazilian HIV/AIDS National Policy has been presenting particularities that often evade the principles and guidelines established by the Unified Health System and reducing its actions to the scope of AIDS treatment. It is in this area that the pharmaceutical industry together with the health industrial complex has been strengthened, removing from the scene the prevention actions based on human rights and equity that marked the history of combating HIV/AIDS and the National STD/AIDS, created in 1999, and which is a world reference in facing the AIDS epidemic. With this in mind, the objective of this dissertation is to analyze the trends that the new HIV/AIDS strategies adopted by the State, based on Combined Prevention, bring to the Brazilian HIV policy. For this purpose, the analysis of official documents was used, among them: Epidemiological Bulletin, Reports of the Brazilian Response of the UNGASS, Target 90-90-90 and the new treatment guidelines adopted by Brazil. In addition, a bibliographical survey was carried out by authors that addressed this issue and discussed the Treatment as Prevention and the new international agreements to confront the AIDS epidemic. The results indicate that Combined Prevention has become a key part of HIV/AIDS prevention actions, because it tries to articulate a set of health actions that fully serve the seropositive population. However, through cuts in health and the delivery of the Public Fund to financial capital, this proposal has been reduced to the scope of Treatment as Prevention, whose methodology ends up reducing the individual to his/her serology status while also giving responsibility for combating the epidemic Of AIDS to the subjects, directing the private to a public health problem. it is noteworthy that this strategy assumed by the Ministry of Health, through the Department of STD/AIDS, responds to a specific political-economic logic, whose directions can insert in Health Policy, and in it in the National STD/AIDS Policy, Different forms of overvaluation of capital. It is in the midst of this dangerous inversion that patients lose their social rights as a pharmaceutical industry together with the industrial health complex, strengthening their performance, putting at risk the achievements already achieved by the Brazilian AIDS Movement.

Keywords: HIV Policy. New Guidelines. Combined Prevention. SUS.

LISTA DE SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAD- Centro de Aconselhamento e Detecção precoce do HIV

CNDST- Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

CNLCS- Comissão Nacional de Luta Contra Sida

CPLP- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento

DST- Doença Sexualmente Transmissível

FGTS- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH- Homem que faz sexo com outro Homem

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST- Infecções Sexualmente Transmitidas

LAV – Lympadenopathyassociated vírus

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONG- Organização Não-Governamental

PASEP- Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS- Programa de Integração Social

SAE- Sistema de Atendimento Especializado

SICLOM- Controle Logístico de Medicamentos

SIM- Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL- Sistemas de Controle de Exames Laboratoriais

SUS- Sistema Único de Saúde

ARV- Antirretroviral

UBS- Unidade Básica de Saúde

UD- Usuários de Drogas

UNAIDS- Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNGASS- Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Cinco passos possíveis para a Prevenção Combinada na Atenção Básica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Apresentação de antirretrovirais preferenciais para PEP e posologias

Quadro 2- Esquemas alternativos para PEP

Quadro 3- Tratamento antirretroviral inicial para adultos vivendo com HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 BRASIL E OS NOVOS ESFORÇOS PARA O COMBATE DO HIV/AIDS.....	19
2.1 BRASIL E HIV/AIDS: algumas considerações.....	19
2.2 UMA NOVA FASE SURGE NO HORIZONTE BRASILEIRO?.....	33
2.2.1 Novos tempos e novos problemas: os dilemas do tratamento antirretroviral.....	40
2.2.2 Prevenção combinada e atenção básica.....	48
3 DO SUCESSO AO DECLÍNIO?.....	55
3.1 OS PRIMEIROS ANOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA ANTI-HIV BRASILEIRA E OS AVANÇOS NO CONTROLE DA EPIDEMIA.....	55
3.2 REESTRUTURAÇÃO DO CAPITAL NA SAÚDE BRASILEIRA E SUA REPERCUSSÃO NA POLÍTICA ANTI-HIV.....	69
3.3 DA ESTABILIZAÇÃO À REEMERGÊNCIA: algumas considerações acerca dos dados epidemiológicos brasileiros.....	81
4 A SAÍDA É PELA DIREITA?	87
4.1 PREVENÇÃO COMBINADA OU TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO? OS CAMINHOS CONTROVERSOS PARA O COMBATE DA INFECÇÃO POR HIV/AIDS NO BRASIL.....	87
4.2 NO CONTRAFLUXO DOS DIREITOS.....	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114

1 INTRODUÇÃO

Em meio atual fase capitalista, marcada pela financeirização e pelos juros, a desregulamentação de capitais e unificação do mercado mundial apoiada na mais completa heterogeneidade e desigualdade das economias nos permite vislumbrar o papel do Estado nesse processo e seus impactos nas políticas sociais. Isto porque o Estado tem papel chave na sustentação das relações sociais de produção.

Tendo por base o marxismo clássico, cabe ao Estado criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pela indústria; conter as manifestações das classes subalternas contra os processos de exploração da força de trabalho; e, garantir a difusão da ideologia das classes dominantes para o resto da sociedade. Com isso em mente, o capital vai exigir um Estado forte e capaz de resistir as oposições das minorias, mesmo que a nível mundial o mesmo encontra-se subordinado aos ditames de outros Estados Nacionais.

Ao submeter o Estado aos seus imperativos, o capital, especialmente na atual fase monopolista, está buscando novos espaços de investimentos lucrativos que pode ser tanto no âmbito dos serviços quanto no âmbito dos empréstimos a países estrangeiros, cujos impactos recai sobre o fundo público dos países devedores. Ao paralisar os países devedores e submeter seu fundo aos seus interesses, os serviços disponibilizados pelas Políticas Públicas passam a sofrer com dois movimentos: o primeiro, se caracteriza pelo sucateamento e o subfinanciamento de suas ações; o segundo, pela submissão dos serviços ao mercado.

No Brasil, esse processo ganha configurações particulares não apenas por ser um país com uma economia remodelada pelos dinamismos das economias capitalistas centrais e do mercado capitalista mundial, mas também por apresentar um capitalismo selvagem e difícil, cuja viabilidade para Fernandes (2006) se decide, com frequência, por meios políticos e no terreno político. Nesse sentido, o divórcio entre Estado e Sociedade Civil no país o transforma em um esfera autônoma em que as classes dominantes atuam para preservar a "ordem", evitando a qualquer custo a ruptura com o passado e preservando antigas formas de exploração de trabalho como também a dependência ampliada do país ao capital internacional. Vale destacar que a não ruptura com o passado levou o país a preservar interesses atinentes à propriedade fundiária apesar da modernização capitalista.

Isto somado ao perfil assistencialista e focalista das políticas sociais em decorrência da reestruturação produtiva no Brasil, acaba por individualizar os problemas sociais e fragmentar a totalidade social em instâncias abstratas, desvinculando-a das relações de poder, de classe e de trabalho. Vale destacar que isto é uma tendência observada em todas as políticas que compõem a Seguridade Social no Brasil, mas na saúde esses aspectos são intensificado pelas orientações do Banco Mundial o qual vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde, tornando-se um grande articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços. Em meio a isso, a capitalização dos serviços de saúde através da ampliação de mercados de saúde vem ganhando expressividade, sendo a compra de equipamentos e medicamentos os principais vultos desse processo.

Com isso em mente, a Política Nacional de DST/Aids brasileira tem sofrido grandes impactos ao longo desse processo, não apenas por estar vinculada a Política Nacional de Saúde mas também por ser o tratamento antirretroviral e as tecnologias de detecção do vírus HIV o atual carro chefe das ações de prevenção ao HIV/Aids. É nessa seara, que a indústria farmacêutica juntamente com o complexo industrial da saúde vem se fortalecendo, retirando de cena as ações de prevenção pautadas nos direitos humanos e na equidade que marcaram a história de combate ao HIV/Aids e a Política Nacional de DST/Aids, criada em 1999, e que é referência mundial no enfrentamento da epidemia de Aids.

Não desconsideramos a importância dos avanços tecnológicos no tratamento e combate ao HIV/Aids, mas problematizamos a redução das estratégias de prevenção ao HIV/Aids ao aspecto biomédico da doença, tendo em vista que é o Tratamento como Prevenção¹ o principal carro chefe dessas ações. Sendo assim, nota-se que esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde, via Departamento de DST/Aids, repõe a uma lógica político-econômica determinada, cujos direcionamentos conseguem inserir na Política de Saúde, e nela na Política Nacional de DST/Aids, formas diferenciadas de supervalorização do capital.

É nessa inversão perigosa que os pacientes perdem seus direitos sociais enquanto o setor privado fortalece sua atuação, pondo em risco as conquistas já alcançadas pelo

¹ É um método de prevenção que tem o tratamento antirretroviral como meio de inibir a transmissão do vírus HIV entre pessoas sorodiscordantes, ou seja, uma pessoa soropositiva manter relações sexuais com soronegativo sem uso de preservativo.

Movimento Aids brasileiro. Além disso, com a adoção de "fortalecimento do complexo industrial da saúde" a falta de transparência sobre os encaminhamentos da Política anti-HIV se tornou um grande problema ao passo que vem alimentando o discurso do "tratamento que é possível mediante os custos do tratamento". Sendo assim, a forte atuação de grandes corporações nas decisões governamentais sobre tratamento e prevenção do HIV/Aids deve ser compreendida como um retrocesso na política de combate ao HIV/Aids, cuja influência passou a se intensificar após a introdução de Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDPs) a qual acabou por estimular o diálogo exclusivo entre governo e os setores empresariais².

Vale destacar que examinar e conhecer a situação da AIDS em um país é saber como se operam os marcadores da desigualdades e os limites que eles impõem para o cuidado e tratamento das pessoas infectadas. Ou seja, compreender as diferenças que "posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens". (PARKER & SEFFNER, 2016, p. 26).

Diante da reconfiguração da epidemia no Brasil, a qual vem apresentando uma tendência à pauperização e interiorização, tem-se buscado ao longo desses trinta anos ampliar e melhorar os serviços disponibilizados e regulamentados pela Política Nacional de DST/Aids, os quais devido às limitações do SUS apresentam algumas dificuldades na implementação de suas ações. Como consequência, a rede de cuidado direcionado às pessoas infectadas, cujas ações estão pautadas nos princípios da integralidade, universalidade, interdisciplinaridade não tem conseguido dar respostas satisfatórias, especialmente nos serviços de menor complexidade e em cidades de médio e pequeno porte populacional, faltando medicamentos essenciais para o cuidado dos soropositivos ao mesmo tempo em que as respostas para a eliminação da transmissão vertical do HIV, a universalização do teste rápido para HIV e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DST) encontram dificuldades em serem realizadas.

²Ver<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/581-scti-e-raiz/deciis/12-deciis/12076-grupo-executivo-do-complexo-industrial-da-saude-gecis>>

Como é possível notar, essa realidade vai de encontro aos princípios estabelecidos na Constituição Federal em que a Seguridade Social, sobretudo a saúde, se configura como um direito do cidadão sendo o Estado o responsável em promovê-la. Além disso, põe em destaque os impactos da reestruturação produtiva sobre o Estado, tendo em vista que foi por meio dela que o mesmo adquiriu novos direcionamentos e passou a tomar medidas bastante regressivas aos direitos sociais já conquistados. Nesse sentido, apesar da institucionalização legal da universalidade do direito à saúde após a Constituição de 1988, integrando um conjunto de direitos que compõem o sistema de seguridade social brasileiro, o seu acesso, hoje, é perpassado por uma série de contradições as quais limitam as práticas e o alcance das ações em saúde.

Mesmo assim, dentre os países que atuam no combate desse agravo, o Brasil ainda tem um grande destaque, não apenas por apresentar, em termos legais, uma Política anti-HIV universal e gratuita, mas também por ser um dos primeiros países da América Latina a alinhar suas ações de enfrentamento ao HIV/Aids aos protocolos internacionais. Desde a sua criação, a política anti-HIV brasileira está fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, além da universalidade da atenção em saúde, busca garantir a integralidade e a descentralização político-administrativa de suas ações. Todavia, com o alinhamento do país aos protocolos internacionais somados a instabilidade política e econômica nacional, os princípios do SUS que a política carrega estão perdendo centralidade para princípios pautados na mercantilização dos serviços e no acesso pela via do consumo. Dentre os novos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas adotadas pelo Brasil está o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV/Aids em adultos.

Enquanto isso, vem ganhando destaque a meta 90-90-90 a qual ao estabelecer metas específicas para as ações de enfrentando ao HIV/Aids no mundo visa o fim da epidemia de Aids até 2030. Essa meta, sancionadas em 2015 pela UNAIDS, tem o Tratamento como Prevenção como a principal estratégia para o alcance dos objetivos propostos pelo meta 90-90-90 os quais são:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente.

- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.

O Tratamento como Prevenção, como o próprio nome sugere, é uma estratégia de prevenção pautada no tratamento antirretroviral. Por meio dela os riscos de transmissão do vírus HIV entre indivíduos sorodiscordantes diminuiria, tendo em vista que o tratamento possibilitaria uma redução no contingente de vírus HIV no organismo do indivíduo soropositivo ao ponto de torna-se indetectável. Desta forma, em uma eventual falha dos métodos de barreira³, a transmissão do HIV pela via sexual seria dificultada. Além disso, é uma estratégia que deve ser adotada juntamente com outras formas de prevenção, pois sua eficiência é maior quando combinada com métodos de barreira e com ações de promoção à saúde.

No Brasil, o Tratamento como Prevenção compõe o que chamados de Prevenção Combinada, esta nada mais é que uma estratégia de prevenção que combina diferentes estratégias para o enfrentamento do HIV/Aids. Dentre essas estratégias estão: redução de danos, tratamento antirretroviral para todos, diagnóstico e testes rápidos, profilaxia pré-exposição(PreP), profilaxia pós-exposição, dentre outros. A PreP consiste no uso de antirretrovirais por indivíduos soronegativos, mas que se encontram em situação de elevado risco de infecção. Com a medicação já presente no organismo o indivíduo tem menos chances de ser infectado pelo HIV. Já a PEP é a utilização do antirretroviral após qualquer situação em que há risco de infecção pelo HIV, sendo importante iniciar essa profilaxia em até 72 horas após a exposição. Todavia, mediante os cortes na saúde, a tendência a flexibilização dos repasses financeiros para os serviços destinados ao atendimento à população soropositiva, o fortalecimento da indústria farmacêutica, dentre outros aspectos, a Prevenção Combinada já dá sinais de que não será totalmente implementada, além disso, é o Tratamento como Prevenção que vem se constituindo como o principal carro chefe do Ministério da Saúde visto que responde aos interesses da indústria farmacêutica ao mesmo tempo em que colabora para a focalização das ações do Estado para o HIV/Aids.

³ Preservativo feminino ou masculino.

Diante de tudo isso, a presente dissertação tem por objetivo **analisar as tendências que as novas estratégias de combate ao HIV/Aids pautadas na Prevenção Combinada trazem para a Política anti-HIV brasileira**. Para tanto a fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica, empreendendo um processo de pesquisa que buscou desvelar aspectos da essência desse novo movimento da Política anti-HIV no Brasil e suas determinações. Dentre os procedimentos metodológicos estiveram:

- Levantamento é análise bibliográfica que tratam da temática central da pesquisa para aprofundamento teórico sobre conceitos e as categorias que orientam o processo de pesquisa, sendo eles: Contrarreforma do Estado, neoliberalismo, reestruturação produtiva, HIV e Aids, dentre outros.
- Análise de quatro documentos do Ministério da Saúde quais foram: Boletim Epidemiológico, Relatório de Progresso da Resposta Brasileira de 2001-2005, Relatório de Progresso da Resposta Brasileira de 2015 e o documento que regulamenta a meta 90-90-90.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa algumas dificuldades foram observadas, as quais fomentaram algumas reflexões acerca da atual conjuntura político-econômica e social brasileira. Isto porque, com a nomeação de Ricardo Barros para o cargo de Ministro da Saúde e a saída de Fábio Mesquita da diretoria do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, novos elementos foram postos em cena, suscitando algumas considerações.

A apresentação de nosso estudo está estruturada em três capítulos e considerações finais:

- Capítulo 1 (**O Brasil e os novos esforços para o combate do HIV/Aids**) discutimos os novos esforços brasileiros para o controle da epidemia de HIV/ Aids no Brasil, pontuando a nova fase epidemiológica do país na qual a população jovem e gay tem se configurado o principal grupo afetado pelo HIV/Aids, os novos desafios para a manutenção do tratamento antirretroviral nos anos 2000 e os novos caminhos adotados pelo Brasil para enfrentar os avanços da epidemia de Aids em seu território;

- Capítulo 2 (**Do sucesso ao declínio**) no qual ponderamos os avanços da Política anti-HIV no controle da epidemia de HIV/Aids após a sua implementação, os impactos da reestruturação produtiva na Política de Saúde e sua repercussão na Política anti-HIV. Além disso, realizamos algumas considerações acerca dos novos dados epidemiológicos do país a fim de problematizar o discurso oficial sobre a "estabilidade nacional" da epidemia;

- Capítulo 3 (**A saída é pela direita?**) no qual são construídos considerações acerca dos caminhos controversos para o enfrentamento ao HIV/Aids diante da nova conjuntura político-econômica brasileira e os impasses para a construção de uma resposta a epidemia que garantam os direitos da população soropositiva, ponderando que as medidas levadas a cabo pelo atual governo respondem a uma lógica político-econômica determinada;

- Considerações Finais, em que realizamos as análises conclusivas em relação aos aspectos observados e discutidos ao longo da dissertação bem como as incertezas para o enfrentamento ao HIV/Aids nos tempos transversos em que vivemos.

2 BRASIL E OS NOVOS ESFORÇOS PARA O COMBATE DO HIV/AIDS

2.1 BRASIL E HIV/AIDS: algumas considerações

Segundo Brito (2000), desde a descoberta do vírus HIV em 1981, o mesmo tornou-se um marco na história da humanidade, sendo um fenômeno global, dinâmico e instável e cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo dependeu, dentre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. Nesse sentido, sua incidência no mundo encontra-se vinculada às práticas individuais da população (sexo sem preservativo, uso de drogas injetáveis, etc.), e à capacidade da sociedade civil em reivindicar programas e políticas sociais que visem ao controle da epidemia.

No que tange à Aids, doença imunológica causada pelo vírus HIV, desde meados da década de 1980 tem se mostrado uma doença social, não apenas por ter se alastrado tão rapidamente nos diferentes países do mundo, mas também por trazer consigo o estigma à população contaminada pelo HIV e por acentuar antigos preconceitos, como por exemplo, a homofobia. Para Parker & Grotz (2015) esses dois elementos são grandes obstáculos para a garantia dos direitos da população infectada, tendo em vista que contribuem para “acentuar as fissuras sociais que, nas palavras de Hebert Daniel, são os caminhos através dos quais a epidemia se alastra” (PARKER & GORTZ, p. 20, 2015). Desta forma, a Aids se destaca entre as enfermidades infecciosas emergentes devido à magnitude e à extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral.

Percebida como uma enfermidade mediada por aspectos político-econômicos e culturais, a Aids tende a ser um marcador social, isto porque expõe contextos e situações de desigualdade, aponta para as vulnerabilidades de grupos marginalizados e afeta os modos de vida da população. Desta forma, falar da Aids em um país é falar da sua organização social, do *modus operandi* do Estado e sua relação com o sistema econômico vigente que imprime características nas políticas sociais. É falar da vida pública, da democracia, do poder e repartição desse poder como também do lugar que o país ocupa no cenário mundial e seu poder de influência sobre pautas e agendas internacionais.

Portanto, examinar e conhecer a situação da AIDS em um país é saber como se operam esses marcadores da desigualdades e os limites que eles impõem para o cuidado e

tratamento das pessoas infectadas. Além disso, compreender as diferenças que "posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens". (Parker & Seffner, 2016, p. 26).

Na tentativa de descrever as principais características da sua dinâmica, várias tipologias têm sido propostas das quais se destaca a que define três tipos de epidemia de Aids: *epidemia nascente* (ou baixo nível) — corresponde a países onde a prevalência da infecção pelo HIV mostra-se menor que 5% em todas as subpopulações com comportamento de alto risco à exposição ao vírus; *epidemia concentrada* — referente a países onde a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% em uma ou mais subpopulações com comportamento de alto risco, mas a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal revela-se menor do que 5%, e *epidemia generalizada* - ocorrendo nos países onde a infecção pelo HIV deixou de ser restrita às subpopulações de comportamento de risco, que apresentam elevadas taxas de prevalência da infecção, e a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal mostrou-se igual ou superior a 5%.

Graças a essa tipificação, inúmeras ações puderam ser desenvolvidas ao redor do mundo no intuito de conter os avanços da doença e evitar aumentos no número de infecções por HIV. Além disso, somados ao tensionamento político dos Movimentos Sociais, especialmente o Movimento LGBT, deram margem para a implementação de programas e políticas sociais em diferentes países do mundo, a exemplo de Portugal e Brasil. Graças esses programas e políticas, foi possível dar corpo a uma rede de apoio e cuidado para a parcela da população afetada pelo HIV/Aids.

Dentre os diferentes países do mundo, o que tem grande destaque nas ações de combate da epidemia de Aids é o Brasil, tendo em vista que possui uma Política anti-HIV universal e gratuita. Esta política brasileira, criada em 1999, vigora até os dias de hoje e está fundamentada nos princípios do SUS, portanto, além da universalidade da atenção em saúde, busca garantir a integralidade e a descentralização político-administrativa de suas ações. Contudo, ao longo da história brasileira, as ações de combate à epidemia nem sempre foram uma preocupação do governo.

Diante disso, tendo por base Grangeiro (2006), é possível, dividir a história do combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil em três grandes fases, quais sejam:

1 - **uma fase inicial** (1983 a 1986) - que restringia o olhar apenas ao infectado, impossibilitando a adoção de ações mais amplas no campo da saúde. É uma fase caracterizada pela centralização da infecção entre homens que fazem sexo com homens (hsh) e homens gays, especialmente entre aqueles com um alto nível de escolaridade e é neste momento em que o conceito de *grupo de risco* é cunhado.

2 - **uma segunda fase** (1988 a 1995) - que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual. É neste momento em que o conceito de *comportamento de risco* é difundido;

3 - **uma terceira fase** (1996 a 2006) - caracterizada por uma maior suscetibilidade das pessoas ao vírus, com grande incidência em heterossexuais, principalmente mulheres, e um aumento percentual de infecções entre pessoas de baixa escolaridade e com tendências à interiorização. É neste momento em que se trabalha o conceito de *vulnerabilidade* ao vírus HIV.

Apesar dos impactos na saúde da população, a epidemia de Aids no Brasil trouxe significativas transformações para o âmbito social, primeiro por trazer à tona estigmas e preconceitos sobre a população homossexual e segundo por contribuir para "mudar dramaticamente as normas da discussão pública sobre a sexualidade" (SIMÕES & FACCHINI 2011, p. 52). Nesse sentido, práticas sociais ligadas ao exercício e a expressão da sexualidade humana passaram a ser debatidos com frequência ao passo que temas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, sexo anal, sexo oral, uso de preservativo, dentre outros, ganharam expressividade dentro e fora da academia. Além disso, a epidemia "escancarou também a presença socialmente disseminada de práticas homossexuais masculinas para além da população homossexual visível" (SIMÕES & FACCHINI, 2011, p. 52), contribuindo para a ampliação de um debate em torno do significado de orientação sexual e identidade sexual.

De acordo com esse raciocínio, Santana (2005) vem dizer que a Aids trouxe "coisas boas" para a população, apesar de ter se configurado enquanto um dos maiores problemas de saúde da atualidade. Dentre os benefícios que a epidemia trouxe, o autor aponta para: maior controle do sangue; discussão de temas ligados à sexualidade tanto na mídia quanto nas escolas e dentro das famílias; a criação de grupos de autoajuda os quais eram inexistentes antes da epidemia de Aids; o estímulo à solidariedade, ao ativismo e à mobilização social; a aprovação de leis específicas que levaram ao acesso a medicamentos e serviços; e, servindo de modelo para outras lutas sociais.

No que tange à mídia, a mesma nem sempre foi um veículo de divulgação de informações verdadeiras sobre a epidemia de aids no Brasil, especificamente nos primeiros anos da epidemia, contribuindo significativamente para a disseminação do medo e do estigma sobre a população infectada ao mesmo tempo que divulgava nomes e informações pessoais daqueles que se infectam com o vírus HIV. Além disso, contribuindo significativamente para a intensificação do preconceito sobre a população LGBT por meio da utilização de expressões como "peste gay" ou "câncer gay" para se referir à epidemia de Aids no país. Diante disso, grupos que simpatizavam com a causa da Aids juntamente com o Movimento LGBT conseguiram pressionar a mídia e forçá-la a divulgar informações corretas a respeito da prevenção ao HIV/Aids o que colaborou para enfrentar a discriminação pela via da informação. Para Santana (2015) foi neste momento que a mídia passou de veículo do medo para parceira no combate à discriminação, deixando de lado notícias que alimentavam a curiosidade da população sobre aqueles que haviam desenvolvido a Aids.

Em meio a este cenário de lutas e estigmas, a consolidação de uma rede de atendimento e acolhimento à população soropositiva enfrentou e ainda enfrenta grandes dificuldades, saindo do descaso governamental nos primeiros anos da epidemia para o sucateamento da Política de Saúde após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos em que se seguiram a implementação do receituário neoliberal. Esse receituário 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 econômico significativo. Desta forma, Tavares et al (1993) vai afirmar que os simples ajustes e reformas de cunho liberal não foram capazes de dar vantagens comparativas dinâmicas à economia brasileira e melhorar a sua inserção

internacional. Isto levou que organismos internacionais como FMI e Banco Mundial concordassem que os ajustes no cenário brasileiro fracassaram.

Mesmo assim, a vigência do receituário no Brasil permaneceu, sendo acrescido de novos aspectos a fim de aliviar os problemas de elevação da taxa de lucro do capital. Segundo Mota (1995) esse "novo consenso" combina ajuste econômico com reformas estruturais que visam atenuar as contradições produzidas pelo próprio modelo de ajuste, como é o caso dos projetos focalizados na pobreza e as chamadas redes de proteção social, ou seja, ações assistencialistas com foco na pobreza. Em paralelo a isso, amplia-se os nichos de investimento do capital e a mercantilização dos serviços ofertados pelas políticas sociais que compõem a Seguridade Social.

Vale destacar que esse cenário ganha forma a partir da década de 1980, mas a sua repercussão na política de saúde passa a ser observados na década de 1990, período em que as políticas de enfrentamento ao HIV/Aids passam a ser estruturadas e respaldadas por leis que visam garantir o acesso e o tratamento a população soropositiva. Dentre as leis que ganham destaque nesse momento está a Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 que trata do tratamento antirretroviral. É em meio ao conflito normativo entre receituário neoliberal e garantia de direitos e universalização dos serviços de saúde e focalização da saúde que a Política anti-HIV brasileira passam a sofrer tensionamentos, pondo em cena novos desafios para a população soropositiva que estão para além do reconhecimento governamental da Aids enquanto um problema social.

Hoje com os direcionamentos do Banco Mundial para a saúde, 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. Em meio a isso, a capitalização dos serviços de saúde através da ampliação de mercados de saúde vem ganhando expressividade, sendo a compra de equipamentos e medicamentos os principais vultos desse processo.

Com isso em mente, os impactos desse processo na Política Nacional de DST/Aids brasileira podem ser observados não apenas no sucateamento e focalização dos seus serviços, mas também por o tratamento antirretroviral e as tecnologias de detecção do vírus HIV o atual carro chefe das ações de prevenção ao HIV/Aids. É nessa seara, que a indústria

farmacêutica juntamente com o complexo industrial da saúde vem se fortalecendo, retirando de cena as ações de prevenção pautadas nos direitos humanos e na equidade que marcaram a história de combate ao HIV/Aids e a Política Nacional de DST/Aids, criada em 1999, e que é referência mundial no enfrentamento da epidemia de Aids. Isto somado ao preconceito de alguns profissionais de saúde, incluindo a classe médica, a respeito do HIV/Aids, torna ainda mais difícil a garantia -via acesso aos serviços de saúde- dos direitos da população infectada.

Como consequência desse processo, ao se analisar o enfrentamento da Aids nos últimos anos fica claro que grande parte de suas ações vem se pautando em abordagens técnicas e biomédicas, evidenciando uma concepção de saúde-doença restrita aos aspectos biológicos da doença. Além disso, retirando a voz da população soropositiva acerca dos seus dilemas e dificuldades na continuação do tratamento antirretroviral.

Sobre a continuidade do tratamento antirretroviral, ao longo dos 20 anos que se sucederam a sua legalização e universalização, os casos de pessoas que o abandonam vem crescendo progressivamente. A fim de ilustrar essa realidade, em um estudo prospectivo⁴ que acompanhou 8 mil pessoas em tratamento com ARV em quatro das cinco regiões do Brasil, entre os anos de 2003 e 2013, constatou-se que cerca de 65% das 8 mil pessoas apresentaram história de perda de seguimento no tratamento. Além disso, apontou que a perda de seguimento do tratamento após cinco anos de início da terapia antirretroviral era de 37,7%, revelando assim uma substantiva perda na efetividade do 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.

Quanto à garantia do direito à saúde para esta população, Soares (2011) vem afirmar que apesar da institucionalização legal da universalidade desse direito após a Constituição de 1988, integrando um conjunto de direitos que compõem o sistema de seguridade social brasileiro, o seu acesso é perpassado por uma série de contradições as quais limitam as práticas e o alcance das ações em saúde. Dentre essas contradições está a subordinação do

⁴ Ler GRANGEIRO, A. et al. (2014) The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. PLoS ONE 9(5):e95673. Doi: 10.1371/journal.phone.0095673.

direito à saúde ao direito ao consumo, esvaziando o seu caráter de direito inviolável e atribuindo uma característica de produto comercializável. Como consequência, o Programa de DST/Aids brasileiro, considerado um exemplo mundial por garantir, dentre outros serviços, o acesso universal ao tratamento antirretroviral e a todo "um conjunto de procedimentos e serviços especializados no tratamento do HIV/Aids" (SOARES, 2011, p. 90) tem sofrido com as inflexões da fragmentação do sistema de saúde e com a precária integralidade das ações em saúde.

Ao se analisar os dados do Fundo Nacional de Saúde⁵ os investimentos em saúde têm se concentrado na rede suplementar de saúde, composta pela grande rede de hospitais particulares. E esta tendência vem sendo acompanhada pela perda gradual de investimentos para o âmbito da atenção básica. Com a Lei 9.313 de 1996 o financiamento do tratamento da Aids depende dos recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, desta forma, se dá da mesma maneira que o financiamento do SUS. Além disso, por 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.

Para Soares (2010) o processo de subfinanciamento da saúde também encontra-se vinculado à perda do atributo de direito universal da saúde e a sua substituição por um conceito que a caracteriza enquanto um problema individual passível de ser mercantilizado, dando margem para o confronto de três grandes projetos de saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária. O projeto privatista, como o próprio nome sugere, se caracteriza por defender a privatização dos serviços públicos de saúde tendo por base a concepção de um Estado Mínimo e a concepção de saúde como um âmbito não exclusivo do Estado. Em contrapartida, o projeto do SUS possível defende a flexibilização da reforma sanitária via modernização ou reatualização dos serviços de saúde. Segundo Soares (2010) este projeto tende a favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista, compondo junto com este uma unidade dialética, ao mesmo tempo que se imbricam numa racionalidade que tende a enfraquecer o projeto da reforma sanitária. No que tange ao projeto da reforma sanitária, deparamo-nos com um projeto que visa à construção de uma saúde pública de qualidade, tendo o Estado como o responsável pela sua gestão.

⁵ Ver dados em <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/graficoComparativo.jsf>>

Em meio à disputa desses três projetos, o projeto privatista e o projeto do SUS possível têm conseguido espaço nas ações do Estado, especialmente após o deslocamento dos conflitos e dificuldades do sistema de saúde brasileiro para o âmbito da gestão. Desta forma, há uma refuncionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde ao mesmo tempo em que há a "incorporação de novos modelos e instrumentos de gestão" (SOARES, 2010,p.95) Para autores como Wagner (2006), essa realidade também reflete o estrangulamento da própria política de saúde em meio a uma economia sustentada por ajustes econômicos que restringem a reprodução social do trabalhador e intensificam a reprodução do capital.

Com isso em mente não é de se surpreender que apesar da importância do Programa Nacional de DST/Aids no controle da epidemia, nos últimos anos, as ações de combate ao HIV/Aids não vem se mostrando tão eficazes como nos primeiros anos, atuando de forma insuficiente sobre a problemática do HIV/Aids. Nesse sentido, vem crescendo o número de casos de infecções por HIV no país, especialmente na população jovem e gay, apontando para uma reemergência da epidemia no país. Todavia, para Soares (2011) as tendências da epidemia à pauperização, feminização e a interiorização para municípios menores e longínquos é um fenômeno ainda presente e que anuncia contradições e processos particulares do momento histórico atual no Brasil e no mundo.

Hoje, diante do aumento significativo de jovens gays com Aids nos últimos anos, podemos supor que estamos vivendo uma nova fase da epidemia, em que as ações de prevenção e tratamento da Aids não têm conseguido atingir significativamente esta parcela da população, mostrando-se “frágeis para vincular as pessoas infectadas aos serviços de saúde” (GRANGEIRO, 2016, p. 22). De acordo com o Boletim Epidemiológico (2016) o aumento de casos de Aids entre aqueles com faixa etária de 15 a 19 e entre 20 e 24 anos é alarmante. No primeiro grupo a taxa de detecção mais que triplicou nos últimos dez anos, saindo de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes ao passo que no segundo grupo a taxa duplicou, saindo de 15,9 para 33,1 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, verifica-se que 50,4% dos casos de infecção por HIV ocorreram via relação sexual homossexual.

Em paralelo a isso, observa-se a assinatura de novos acordos internacionais de combate ao HIV/Aids pelo Brasil e a introdução de novas estratégias de combate via protocolos clínicos. Dentre esses, tem grande destaque o *Protocolo Clínico e Diretrizes*

Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT), publicado em dezembro de 2013. Segundo o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais em nota publicada em seu site⁶, este protocolo recomenda o início imediato do ARV para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids independente da contagem de CD4⁷, possibilitando assim uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas e a redução dos riscos de transmissão.

De acordo com Parker (2015) os novos rumos dado a essa política brasileira têm centralizado seus esforços para o âmbito da medicalização em detrimento das respostas sociais e políticas de enfrentamento do HIV/Aids. Segundo ele, esse direcionamento leva a um controle aparente dos índices de infecção por não atuar significativamente em ações que visem à mudança de comportamentos bem como a mudança de percepção sobre o HIV/Aids. Dito isto, o autor aponta para a necessidade de fortalecimento do diálogo entre Movimentos Sociais e o Estado a fim de construir estratégias que visem a mediação entre essas duas esferas de ação (biomédica e social), tendo em vista que é através desse diálogo que as reais necessidades da população soropositiva podem ser levadas em consideração .

Além disso, para o autor, não se trata de desconsiderar a importância das ferramentas da biomedicina, mas sim de refletir sobre suas limitações e buscar caminhos para que sejam articuladas, de maneira sólida, aos parâmetros de diálogo, de solidariedade e não discriminação que anteriormente constituíram a base da resposta brasileira.

Em meio a essa valorização dos métodos biomédicos de combate à epidemia, autores como Grangeiro et al (2006) apontam novos dilemas enfrentados pelo Brasil para a distribuição de medicamentos antirretrovirais em todo o território nacional, indicando a existência de um conflito normativo entre a Política anti-HIV brasileira e as regras internacionais sobre a propriedade intelectual de fármacos, especificamente sobre a proteção de patentes. É esse conflito normativo que põe em risco o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais pela população soropositiva, visto que a " defesa do acesso aos ARV por parte dos organismos multilaterais afeta marginalmente as regras do comércio internacional, quando não as acata totalmente" (LAGO & COSTA, 2010, p. 13)

⁶ Ver site do Ministério da Saúde

<<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>

⁷ Linfócitos ou células de defesa do organismo humano.

Quanto aos gastos com antirretrovirais, Grangeiro et al (2006) indicam que os gastos quase triplicaram no período de 1998 a 2005 e nos dois primeiros anos desse período (1998 e 1999) o gasto médio por paciente chegou a R\$ 7.781, 00 sendo o maior gasto do período. Entre 2000 e 2004 observa-se um decréscimo seguido de estabilização dos gastos governamentais, mediante a produção local de drogas e as negociações de preços bem-sucedidas. Todavia, a partir de 2005 os gastos voltaram a crescer e a tendência é que aumentem ainda mais nos próximos anos apesar das conquistas na de preços dos medicamentos Efavirenz, Lopinavir/Ritonavir e Nelfinavir, os quais representaram respectivamente reduções de 73%, 56,2% e 73,8%. Segundo Grangeiro et al (2006), esse aumento nos gastos se deve ao enfraquecimento da indústria farmacêutica nacional devido a falta de uma política efetiva no setor, contribuindo para o aumento no preço das drogas produzidas no Brasil. Além disso, para o autor, a não utilização das prerrogativas previstas nos acordos sobre propriedade intelectual, a exemplo da licença compulsória, pode ter colaborado para o aumento dos gastos com antirretrovirais. A respeito dessa dinâmica, Lago & Costa (2010) acrescentam o aumento no número de tratados de livre comércio bilaterais e regionais entre países produtores de medicamentos, deixando em desvantagem países não produtores, a exemplo do Brasil.

Em paralelo a esse cenário, a rede de cuidado direcionado às pessoas infectadas, cujas ações estão pautadas nos princípios da integralidade, universalidade, interdisciplinaridade não tem conseguido dar respostas satisfatórias, especialmente nos serviços de menor complexidade e em cidades de médio e pequeno porte populacional, faltando medicamentos essenciais para o cuidado dos soropositivos, ao mesmo tempo em que as respostas para a eliminação da transmissão vertical do HIV, a universalização do teste rápido para HIV e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DST) encontram dificuldades em serem realizadas. Dito isto, a "recente proposta do Ministério da Saúde de fortalecimento dessa rede pela ampliação do cuidado de pessoas infectadas na atenção básica deixa interrogações a respeito de sua efetividade." (GRANGEIRO et al, 2015, p. 5).

A recente proposta do Ministério da Saúde junto ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para o fortalecimento da rede básica de saúde encontra-se vinculada ao método da *Prevenção Combinada* que, como o próprio nome sugere, consiste numa combinação de estratégias de prevenção que vão desde a promoção de comportamentos

saudáveis à utilização dos métodos biomédicos disponíveis e os métodos de barreira, dando ao indivíduo outras possibilidades de evitar a transmissão do HIV que não apenas a camisinha. Em contrapartida, o grande destaque das ações de prevenção tem sido o método *Tratamento como Prevenção*, adotado pelo Brasil no final de 2013 e que visa auxiliar na obtenção das metas propostas pela meta 90-90-90.

No que tange à proposta 90-90-90, a mesma visa ampliar ainda mais as conquistas alcançadas no combate da epidemia de Aids no mundo, colocando como meta as seguintes proposições: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que tem o vírus até 2020; que 90% de todas as pessoas com infecção por HIV diagnosticadas recebam terapia antirretroviral ininterruptamente e, que até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral tenham supressão viral. O intuito dessa proposta é o fim da epidemia de Aids até 2030. Todavia, 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 Vietnã⁸, 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.

Para Parker (2016) o Tratamento como Prevenção embora se mostre como um avanço nas ações de combate ao HIV/Aids, se conjuga com certo raciocínio de ordem liberal que tende a jogar para o indivíduo a responsabilidade da infecção bem como o controle da mesma. Além disso, tende a transformar esses mesmos indivíduos em consumidores de medicamentos ao mesmo tempo em que afrouxa as respostas e as estratégias coletivas de combate ao HIV/Aids, cuja dinâmica e impactos sociais não se resumem ao ponto de vista biomédico. Com isso em mente, estamos diante de uma estratégia de prevenção que foge da marca histórica do país em vincular educação em saúde, direitos humanos e HIV/Aids.

⁸ Parker (2016) afirma que nesse país o orçamento para HIV/Aids foi reduzido após a saída de doadores internacionais e a única forma que encontraram para manter as ações de enfrentamento ao HIV/Aids foi fazer do Tratamento como Prevenção um eixo fundamental dos trabalhos. Antigamente, tinham dinheiro para realizar educação via pares, intervenções na rua, mas com a redução dos investimentos internacionais a única coisa para qual tinham dinheiro era o tratamento.

Com a sincronia do Brasil aos novos direcionamentos internacionais, o Tratamento como Prevenção (TcP) tem ganhado centralidade junto da Profilaxia pré-Exposição (PrEP) que consiste no uso diário de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo vírus HIV, mas que são suscetíveis à infecção, por apresentarem comportamentos de risco ou por se enquadrarem nos grupos que compõem as populações chave⁹. Quanto ao seu uso, o mesmo foi liberado recentemente nos serviços de saúde especializados. Em paralelo a essa profilaxia encontramos a Profilaxia pós- Exposição (PEP), disponível na rede de saúde brasileira, e que consiste numa medida de prevenção com uso de antirretrovirais até 72 horas após provável exposição ao vírus HIV. A PEP está em protocolo brasileiro desde 2012 e em 2014 o Ministério da Saúde iniciou a introdução da PEP em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no Rio Grande do Sul.

A respeito do Tratamento como Prevenção (TASP, em inglês, TcP, em português), o mesmo é uma estratégia voltada para a diminuição das chances de transmissão do HIV entre pessoas sorodiscordantes, tendo em vista que possibilita às pessoas vivendo com HIV/Aids alcançarem a carga viral indetectável¹⁰. Atualmente, muitos organismos internacionais têm apoiado esta prática, entre os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS). 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 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).

Com isso em mente, 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

⁹ Profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (hsh), homossexuais, usuários de drogas injetáveis.

¹⁰ Quantidade de vírus HIV próximo a zero.

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. Ademais, nas palavras de Grangeiro et al (2015):

a experiência brasileira na resposta à aids contribuiu para consolidar convicções de que o sucesso das estratégias de cuidado está fortemente relacionado às políticas de promoção à saúde e dos direitos humanos. Por um lado, o surgimento de novos métodos preventivos eficazes, muitos dos quais de caráter biomédico, com as profilaxias pré- e pós-exposição sexual e a circuncisão masculina, junto com os já tradicionalmente conhecidos, como o preservativo masculino e feminino, o uso de sorologias para definição de acordos sexuais e as práticas sexuais não penetrativas abrem a possibilidade de ampliar o número de pessoas e de situação em que a prevenção pode ser praticada. Por outro lado, está claro que são as ações estruturais de redução de estigma, de discriminação, de inserção social e eliminação de barreiras legais, que farão com que as taxas de incidência e mortalidade sejam controladas em grupos sociais mais atingidos pela epidemia. Esses grupos sempre tiveram dificuldade para serem inseridos nas respostas estaduais e municipais à aids e, mais recentemente, houve importantes retrocessos da política federal nesse aspecto. (GRANGEIRO ET AL, 2015, p.6)

Quanto à política federal, o âmbito da resposta brasileira ao HIV/Aids tem se defrontado com uma crise política e econômica em que seus impactos sobre a Política anti-HIV brasileira em médio e curto prazos são muito difíceis de prever e que somados às distorções do sistema político brasileiro fruto das pressões das classes dominantes, têm colocado em cena novos acordos econômicos que põem em risco a legitimidade dos gastos para com as Políticas Sociais. Essa crise tem seus antecedentes em 2005 com a divulgação de um esquema de compra de votos de parlamentares e de lavagem de dinheiro que ficou conhecido como o "escândalo do mensalão", mas seus rebatimentos só passaram a ser evidenciados após a instauração da Operação Lava Jato que revelou um esquema articulado de lavagem de dinheiro envolvendo políticos e empresas privadas.

Com base em Boito (2016) no ápice das investigações e na tentativa de barrar as investigações da Polícia Federal, um acordo entre membros do Supremo Tribunal Federal, elites brasileiras, políticos investigados e empresas nacionais e internacionais foi estabelecido, criando um novo projeto político-econômico e social para a nação que culminou no impeachment da presidente eleita Dilma Rousseff e no estabelecimento de reformas sociais regressivas. Como consequência, a flexibilização dos gastos da saúde, a precarização do trabalho, a venda dos recursos naturais brasileiros para o capital internacional, a

desregulamentação de capitais e a reforma da previdência são um dos principais elementos que compõem a pauta governamental.

Diante dessa realidade regressiva, o carácter casuístico, inoperante, fragmentado, superposto e sem regras estáveis ou reconhecimento de direitos das Políticas Sociais, os quais já vinham sendo observadas desde as gestões anteriores, são potencializadas num processo que responde aos imperativos do Banco Mundial e do FMI sobre o modo de intervenção estatal sobre as expressões da Questão Social. Logo, servindo aos interesses de classe e reproduzindo, dentro de seus limites, a desigualdade social.

Tendo por base Yazbek (2003) essa realidade das políticas sociais, apreendida no contexto contraditório das mudanças econômicas, sociais e políticas da sociedade, especialmente, nas três últimas décadas, demonstra que os contrastes entre riqueza e miséria têm dado forma a um "Estado de Mal-estar Social" onde as intervenções no âmbito social têm apresentado pouca relevância na administração pública. Desta forma, o Estado que se configura na sociedade brasileira é um estado que possibilita a expansão do capital em todas as esferas da vida social e que assume diferentes posicionamentos segundo o contexto da acumulação capitalista.

Diante desse cenário instável e permeado por contradições, abrem-se as cortinas para a reflexão sobre os novos caminhos a serem percorridos pelo Brasil para o fim da epidemia de Aids bem como para a superação das dificuldades impostas pelo próprio capital no âmbito das políticas públicas, sendo este o mais preocupante por inserir uma lógica perversa e tendências negativas no âmbito dos direitos sociais, debilitando os compromissos do Estado frente à sociedade civil.

2.2 UMA NOVA FASE SURGE NO HORIZONTE BRASILEIRO?

Diante das colocações anteriormente suscitadas, fica evidente que muita coisa mudou desde a primeira descoberta do vírus HIV no Brasil e novos dilemas têm surgido. Em meio a esse percurso, muitas mortes por Aids ocorreram ao mesmo tempo que a infecção por HIV passou a atingir diferentes grupos sociais antes considerados "imunes" a infecção. Hoje, podemos vislumbrar importantes avanços técnico científicos no âmbito da biomedicina os quais possibilitam uma melhora na qualidade de vida da população infectada, porém a inserção desses novos métodos de controle da infecção não consegue ultrapassar o aparelho biofísico e a relação saúde-doença que resume essa população a sua condição sorológica.

Como consequência, as ações de prevenção pautadas em educação em saúde e direitos humanos, que marcaram significativamente as ações de combate ao HIV/Aids no Brasil vêm perdendo centralidade nas ações do Ministério da Saúde, dando lugar à inserção de métodos mais eficazes de testagem rápida e na medicalização da população por meio de novas combinações de antirretrovirais. É evidente que ambos são imprescindíveis para o controle da infecção no país, contudo, não podem ser as únicas ferramentas de combate à infecção de HIV/Aids por correr o risco de se desconsiderar os determinantes sociais que impulsionam a infecção em diferentes grupos sociais, dos quais tem se destacado a população jovem.

Nesse ínterim, autores como Grangeiro et al (2015) e Parker (2016) chamam a atenção para um reemergência da epidemia de HIV/Aids no Brasil, a qual vem colocando o país na liderança dos índices de infecção por HIV e morte por Aids na América Latina. Segundo dados da Unaid (2014) entre os anos 2005-2013 o país apresentou um aumento de 11% no contingente de novas infecções por HIV; além disso dentre os países da América Latina o número de casos registrados no Brasil corresponde a 47% das notificações observadas em toda região, seguido do México com 11% e Colômbia com 9%. Além disso, enfatiza que boa parte desses novos casos vem se concentrando na população jovem (15-24 anos), algo discutido desde 2011¹¹ por integrantes do Movimento Aids brasileiro.

Quanto ao contingente de mortes por Aids, o Unaid (2014) apontou que dentre os países latino-americanos, o Brasil também vem liderando o número de casos e respondendo

¹¹ Ver link

<<http://noticias.r7.com/saude/brasil-perde-controle-sobre-epidemia-de-aids-denuncia-manifesto-23082012>>

por 33% das notificações na América Latina, seguido da Colômbia com 15% e México com 12%. Este dado é surpreendente devido ao grande número de pessoas que tem acesso à medicação antirretroviral na América Latina, correspondendo a 45% dos 1,6 milhões de habitantes¹². No que tange ao Brasil, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico (2015) houve um aumento de 53,2% no número de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) que iniciaram o tratamento antirretroviral entre os anos de 2009 e 2014 e até 31 de outubro de 2015 mais de 65 mil indivíduos iniciaram o ARV no país. Ainda segundo o documento, o número de pessoas em tratamento quase dobrou entre 2009 e 2014, passando de 231 mil para quase 450 mil.

Essa divergência de dados que apontam para um aumento nos casos de infecção no Brasil ao mesmo tempo que há uma maior inserção de pessoas no tratamento antirretroviral, traz à tona contradições significativas nos direcionamentos dados ao Programa Nacional de combate ao HIV/Aids brasileiro. Muito embora, a proposta desse tópico não seja aprofundar as atuais dificuldades desse programa, vale ressaltar que, mesmo sendo uma referência mundial no combate ao HIV/Aids suas ações de prevenção voltadas para populações específicas da sociedade (travestis, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens) vem esbarrando em dificuldades devido ao conservadorismo parlamentar ao passo que a oferta de antirretrovirais não é garantia suficiente para que soropositivos continuem com o ARV.

No início de 2012, spot da campanha de prevenção do HIV para o carnaval voltado para os jovens HSH foi censurado pelo ministro da Saúde. Em junho de 2013, uma campanha de prevenção do HIV entre prostitutas foi censurada e, em resposta, o diretor do Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais pediu exoneração. Em todos esses casos, as medidas radicais foram tomadas para responder à forte pressão de legisladores conservadores que pertenciam à base política no governo e que fizeram desses tópicos objetos de barganha em relação a negociações de temas mais importantes para o Executivo. (CORRÊA, 2016, p. 15)

Diante disso, é certo afirmar que o país tem apresentado sérias dificuldades no controle desse agravo, suscitando interrogações a respeito dos caminhos percorridos até agora como também sobre as novas estratégias de controle da infecção no país, cujas ações mediante os dados apresentados pelo Unaid e Ministério da Saúde encontram sérias

¹² Report Unaid (2014)

dificuldades em controlar os avanços da epidemia de Aids. Vale ressaltar que os índices apresentados pelos referidos órgãos são os piores indicadores observados ao longo dos mais de trinta anos da doença no país.

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. Uma nova geração, nascida após meados da década de 1990, também começou a apresentar taxas de incidência maiores do que as registradas entre aqueles que iniciaram sua vida sexual logo após o início da epidemia. (GRANGEIRO ET AL, 2015, p. 06)

Essa realidade também se expressa no Boletim Epidemiológico 2015, no qual a taxa de incidência de Aids entre os anos de 2005 e 2014 na população de jovens de 15 a 19 anos, saiu de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes ao passo que entre os jovens de 20 a 24 anos saiu de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes. Quanto ao HIV, a maioria dos casos de infecção pelo vírus está concentrada na faixa etária de 15 a 39 anos. Quanto aos homens, entre o período de 2007 a 2015, verifica-se que 45% tiveram exposição ao HIV via relação homossexual, 39,4% heterossexual e 10,1% bissexual; entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual.

Como é possível notar, a maior incidência de infecções por HIV vem se concentrado na população jovem e gay, o que para Grangeiro (2016) demonstra uma possível mudança geracional no comportamento sexual, marcada por novos arranjos para encontros e relacionamentos e por uma menor adesão a práticas de prevenção ao HIV. Além disso, essa suscetibilidade das novas gerações à infecção pelo HIV é acompanhada pela “existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo vírus HIV que desconhecem seu status sorológico”(GRANGEIRO ET AL,2016, p.), o que contribui para aumentar as chances de transmissão do vírus em relações sexuais desprotegidas. Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), apenas em 2015 o contingente de pessoas que desconheciam seu status sorológico representava 54% dos 781 mil brasileiros infectados pelo HIV, ou seja, 425 mil pessoas

Ainda de acordo com o documento, o total de infectados por HIV no Brasil de 2007 a 2015 chegou a 93.260 casos, ao passo que foram notificados até julho de 2015 um total de 798.366 casos de aids desde o início da epidemia. Tais índices são bastante alarmantes para um país tido como pioneiro no combate e tratamento do HIV/Aids¹³, muito embora muito dessa problemática se deve, dentre outros aspectos, ao sucateamento da Saúde Pública Brasileira, que nos últimos 20 anos tem sofrido com o subfinanciamento dos seus serviços, principalmente nos serviços da atenção básica.

De acordo com Salvador (2011) o subfinanciamento dos serviços de saúde está intimamente ligado ao desvio via Desvinculação de Recursos da União (DRU) dos recursos destinados às políticas sociais. Segundo o autor, desde 1994 os desvios superam a casa dos milhões de reais, evidenciando que a aplicação dos recursos do orçamento sempre priorizou a acumulação do capital em detrimento dos investimentos na políticas sociais, dificultando a universalização das políticas de seguridade no Brasil.

No período 2000 a 2009, o fundo público transferiu o equivalente a 45% do PIB produzido em 2009 para o capital financeiro. De acordo com o Instituto de Estudos Socioeconômicos (2010), com esses recursos seria possível custear o Programa Bolsa Família durante 108 anos (mantido fixo o valor do benefício do programa de 2009). Ou, ainda, seria possível o governo federal custear a educação durante 40 anos, se mantido o mesmo valor gasto em 2009. (SALVADOR, 2012, p. 8)

E em nota acrescenta que,

De acordo com os dados do Sistema Integrado da Administração Financeira (SIAFI), disponibilizados pelo Sistema Siga do Senado Federal, no período de 2004 a 2009, do montante de R\$ 2,1 trilhões (deflacionados pelo IGP-DI) liquidados nas funções assistência social, previdência social e saúde; R\$ 464,54 bilhões passaram “por fora” dos fundos públicos sociais dessas políticas. (SALVADOR, 2012, p. 14)

Ainda segundo o autor, o financiamento da saúde enfrenta problemas desde o início do Sistema Único de Saúde, cujo o ápice foi a crise de 1993 quando o Ministério da Saúde tomou recursos emprestados do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Retomando a discussão acerca do aumento no número de infecções por HIV na população jovem e gay, podemos supor que estamos diante de um perfil epidemiológico que,

¹³ Ler GALVÃO J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.

de certa forma, tem apresentado características muito próximas àquelas apresentadas no início dos anos de 1980, cujo segmento mais afetado foi a população homossexual. Além disso, com um aumento alarmante na taxa de incidência e de mortalidade, sendo este o aspecto que mais evidencia a reemergência da Aids no país, tem colocado em xeque os caminhos desenhados pelo Brasil para a pretensa estabilização da epidemia de Aids até 2030, como sugere a Unids por meio da meta 90-90-90.

Segundo Grangeiro (2016) a reemergência da AIDS em grupos específicos da sociedade torna-se ainda mais preocupante devido ao refrear do envolvimento da sociedade brasileira na resposta à epidemia, isto porque a falta de participação dificulta o debate sobre os novos direcionamentos dados à política e não retrata adequadamente as reais necessidades da população soropositiva. E, diante da complexidade dos fatores que envolvem as novas tendências da epidemia no Brasil, as estratégias adotadas tendem a ser insuficientes se não forem trabalhadas junto a questões estruturais que estão na base dos determinantes da epidemia no Brasil, quais sejam: o estigma e o preconceito, o sucateamento da saúde pública, a violência e a marginalização das populações mais expostas à infecção.

Vale ressaltar que a construção da resposta ao HIV/Aids nos primeiros 20 anos da epidemia foi feita em um espaço diversificado e aberto ao diálogo entre diferentes grupos da sociedade, dentre os quais estavam membros da academia, militantes da sociedade civil e gestores do Estado. Foi por meio desse espaço de construção que estratégias de enfrentamento a situações de desigualdade, estigma e exclusão foram estruturadas e alimentaram "o vigor e a originalidade da resposta à epidemia e permitiram interações com outras áreas, no âmbito da saúde ou fora dela (educação, justiça, serviço social, previdência etc.)" (PARKER & SEFFNER, 2016, p. 27).

Graças a essa transversalidade do debate e à forte inserção da resposta brasileira no campo dos direitos humanos e educação em saúde foi possível a "recusa de fundos no valor de 40 milhões de dólares doados pelo governo Bush em 2005 para utilização na luta contra a AIDS no país" (PARKER & SEFFNER, 2016, 28). Isto porque esse fundo vinha com um direcionamento político pautado em "ditames de ordem moral que confrontavam com as noções de direitos humanos então orientadoras da resposta nacional brasileira" (PARKER & SEFFNER, 2016, 28). Todavia, hoje, diante do avanço conservador em diferentes espaços da

sociedade, especialmente no âmbito da política, os direitos humanos e educação em saúde que direcionaram as ações de prevenção ao HIV/Aids têm dado margem à proliferação de um direcionamento moralizador fortalecido, em sua grande maioria, por igrejas de religiões neopetencostais as quais possuem forte poder midiático e arregimentação de pessoas.

Sobre esse aspecto, Parker & Seffner(2016) vêm afirmar que essa ampliação do conservadorismo também se deve ao cortejo do governo federal sobre esses atores conservadores a fim de obter aliados na câmara federal. Desta forma, para os autores, as pautas progressistas no âmbito da luta contra a AIDS as quais envolvem a defesa dos direitos humanos, a diversidade de gênero e de orientações sexuais passam a sofrer influência dos acordos instituídos, sendo moeda de troca em nome da governabilidade. Como consequência, populações em situação de maior vulnerabilidade (profissionais do sexo, transexuais, travestis, hsh, etc.) continuam apresentando índices alarmantes de infecção por HIV ao ponto de só na região Sudeste o predomínio dos casos entre homens que fazem sexo com homens (hsh) corresponda a quase 60% dos casos notificados em 2014¹⁴.

Diante desse quadro, torna-se imprescindível considerar esses indicadores em sua plenitude a fim de evitar análises superficiais do problema e construir estratégias mais eficazes de combate à expansão da epidemia. Nesse sentido, Parker & Seffner (2016) afirmam que,

conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens. (PARKER & SEFFNER, 2016, p. 25)

Em contrapartida, ao se analisar a cascata de cuidado presente no boletim epidemiológico (2014), tendo em vista que o mesmo não aparece no boletim de 2015 e 2016, das 589 mil pessoas diagnosticadas em 2013, a projeção indicava que 225 mil conseguiram obter carga viral indetectável dos 335 mil que iniciaram o tratamento antirretroviral em 2013. Todavia, Grangeiro (2014) aponta através de um estudo prospectivo realizado com 8 mil pessoas em uso do ARV em quatro regiões do Brasil, entre os anos de 2003 a 2013, 65% dos

¹⁴ Boletim epidemiológico 2015

pacientes apresentaram perda de seguimento em algum momento do tratamento e a probabilidade de perda de seguimento após cinco anos de início da terapia foi de 37,3%. Diante disso, a dificuldade da população soropositiva em permanecer no tratamento antirretroviral é evidente 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.

Apenas em 2014¹⁵ foram registrados um total de 12.449 casos de óbitos por Aids, um número muito próximo aos índices de 10 anos atrás (11.020). Seguindo este ritmo, as taxas de mortalidade nas regiões Norte, Nordeste e Sul aumentaram vertiginosamente ao ponto de serem duas vezes maior que no período anterior à política antirretroviral brasileira, evidenciando dificuldades no controle dessa enfermidade em diferentes regiões do país. Além disso, diante da morte de 12,3 mil brasileiros por Aids em 2013, Grangeiro (2016) aponta que só neste ano 382 mil anos potenciais de vida foram perdidos¹⁶, considerando uma expectativa de vida de 74,9 anos para cada brasileiro.

Em síntese, as informações aqui mostradas apontam o fato de que o Brasil pode estar passando por uma nova fase epidemiológica em que os indicadores apontam para uma reemergência da epidemia em grupos específicos, ao mesmo tempo em que a epidemia poderá "atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos" (GRANGEIRO, 2016, p. 22). E, isto acontece no momento em que novas descobertas científicas no âmbito da prevenção e tratamento ao HIV/Aids ganham destaque mundialmente e apesar da existência de uma política anti-HIV que garante o acesso universal ao tratamento antirretroviral, "evidenciando que a introdução de novas tecnologias medicamentosas, como o caso dos antirretrovirais, tende por si a ter um esgotamento ao longo do tempo, necessitando de outras ações para que seus efeitos sejam os mais amplos possíveis" (GRANGEIRO, 2016, p. 24). Portanto, volta ao centro do debate a capacidade do SUS em atender o grande contingente de infectados como também o impacto dos serviços disponibilizados para o controle desse agravo e o apoio às pessoas soropositivas.

¹⁵ Boletim epidemiológico 2015

¹⁶ Calculado com dados do Banco Relacionado de AIDS, Ministério da Saúde, 2014

2.2.1 Novos tempos e novos problemas: os dilemas do tratamento antirretroviral

Um das principais marcas brasileiras que levou o país ao reconhecimento internacional no combate à epidemia de Aids foi a promulgação da Lei 9.313/ 1996 a qual garante o acesso universal aos medicamentos antirretrovirais pela população soropositiva, sendo o primeiro país em desenvolvimento a adotar com sucesso esta ação. Todavia, esse pioneirismo só foi possível graças às pressões dos movimentos sociais, especialmente o Movimento Aids, que articulado com profissionais da saúde, pesquisadores e pessoas públicas conseguiram chamar a atenção do Estado para a sua responsabilidade social. Foi graças a essas pressões que também foi possível formular o Programa Nacional de DST/Aids, cujas ações foram aplaudidas internacionalmente pelo seu caráter exemplar no controle da infecção por HIV e da epidemia de Aids.

Vale ressaltar que boa parte do sucesso brasileiro se deu pelo entendimento de que o tratamento quanto à medicação antirretroviral é direito humano inviolável, sendo portanto indispensável para a garantia da qualidade de vida da população infectadas. Contudo, diante da crise política e econômica que o país se encontra e somada à conjuntura internacional que impõe a desregulamentação dos direitos sociais em prol da reprodução capitalista, estamos diante de um cenário repleto de ameaças tanto para a saúde pública brasileira de modo geral quanto para a manutenção do acesso aos antirretrovirais pelos soropositivos, cujos impactos tendem a intensificar o sucateamento dos serviços disponibilizados e dificultar o controle das ações de controle da epidemia de Aids no país. Nesse sentido, estamos diante de um cenário marcado por retrocessos e desafios cada vez maiores que põem em xeque as grandes conquistas já alcançadas.

Em fins da década de 1980 e nos primeiros anos da década de 1990, o acesso a medicamentos que tratassem a população infectada já estava na pauta do Movimento LGBT e do Movimento Aids. É importante destacar que o Movimento LGBT foi a pedra angular no processo de formação e consolidação do ativismo político contra a Aids no Brasil não apenas por ter sido a comunidade homossexual a primeira a ser afetada pela epidemia, mas também por ser um dos principais grupos a articular mobilizações sociais que tinham por objetivo a luta por direitos e garantias sociais para população infectada, sendo portanto, "um movimento que se constituiu em um dos principais pilares da resposta à epidemia de aids no

país"(GRANGEIRO, 2009, p. 90).

Outro aspecto importante dessa relação Movimento Aids e LGBT foi o aparente enfraquecimento do Movimento LGBT após a intensificação da epidemia de Aids no país e o fortalecimento do Movimento Aids no cenário nacional, isto porque, segundo Grangeiro et al (2009), houve desentendimentos internos que levaram uma parte dos ativistas a se articular em torno da luta contra a aids, deixando de lado as pautas do movimento homossexual. De acordo com autor esses desentendimentos internos estavam vinculadas às estratégias políticas a serem tomadas pelo movimento, o que possibilitou a existência de duas visões distintas sobre o ativismo político, quais sejam: aqueles que defendiam a manutenção de uma prática política autônoma, com prioridade das ações para garantir a visibilidade de uma identidade homossexual e aqueles que preconizavam o engajamento do movimento nos processos de abertura política e de contestação da ditadura militar. Mas, mesmo com tais desentendimentos, o engajamento político da comunidade homossexual na luta contra a aids não deixou de ser intenso.

Algumas ONGs fundadas nesse período também apresentaram como preocupação a garantia do acesso ao antirretroviral, para Carvalho et al (2016, p. 40) as mesmas "já traziam a questão do acesso a medicamentos como uma das suas preocupações principais, inclusive criando publicações e debates para mobilizar comunidades e democratizar as informações médicas e científicas para um público mais amplo e entre as pessoas vivendo com HIV e AIDS." Outra ação desenvolvida por estas instituições foi a atuação no âmbito judiciário a fim de pressionar as empresas de seguro de saúde para o pagamento do tratamento de seus clientes diagnosticados com HIV/Aids o que contribuiu para incluir a Aids dentre as doenças a serem contempladas pelos planos e seguros privados de saúde. As pressões também alcançaram as três esferas governamentais (municipal, estadual e federal) pressionando por meio de ações jurídicas para que as mesmas promovessem o tratamento com os antirretrovirais e para as infecções oportunistas relacionadas à Aids o que, nas palavras de Carvalho et al (2016), resultou na compra e distribuição gratuita dentro do sistema de saúde de medicamentos ARVs.

Alguns governos locais, como o da cidade de Santos (SP) e posteriormente o próprio estado de São Paulo, foram pioneiros na compra de ARVs por iniciativa própria, independentemente de ações judiciais, garantindo o acesso aos pacientes daqueles locais. Esse tipo de resultado terminou por reforçar a

mobilização da sociedade civil com o acesso ao tratamento e contribuiu para o fortalecimento do programa de AIDS em esfera nacional. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 41)

Graças a esses avanços iniciais, foi possível estruturar a rede de cuidado aos soropositivos e estruturar o arcabouço de ações que viriam a dar força aos movimentos de luta que buscavam a consolidação de uma Política Nacional anti-HIV no Brasil. Diante disso, ao longo dos anos a expectativa de vida dos soropositivos passou a aumentar, não apenas pelo fortalecimento e aprimoramento do diagnóstico laboratorial, mas também pela gratuidade e acesso universal do tratamento antirretroviral, garantidos após a promulgação da Lei 9313/1996.

Em decorrência disso, em relação aos adultos diagnosticados com aids, a sobrevivência dos mesmos entre os anos de 1982 e 1989 que chegava a 5,1 meses passou para 58 meses entre os anos de 1995 e 1996 e para 108 meses para os diagnosticados em 1998 e 1999¹⁷. Hoje, comparado aos anos anteriores e devido aos avanços tecnológicos conquistados ao longo dos anos, essa parcela da população tem apresentado maior expectativa de vida (em anos), podendo morrer em decorrência de outros problemas de saúde que não aqueles vinculados à Aids.

Para Medeiros (2007) isso foi um grande avanço, pois com a universalização do tratamento foi possível um maior controle sobre a evolução da Aids, possibilitando o surgimento de uma nova geração de pacientes que não precisam mais ser subordinados ao isolamento domiciliar ou hospitalar, sendo, portanto, possível falar em vida após o diagnóstico positivo.

Segundo dados do último boletim epidemiológico (2015), até 31 de outubro de 2015 mais de 65 mil indivíduos iniciaram o tratamento antirretroviral no país. E, entre os anos de 2009 e 2014, houve um aumento de 53,2% no número de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) que iniciaram o tratamento antirretroviral. Além disso, de acordo com o documento, considerando apenas as PVHA adultas, a supressão viral de PVHA em ARV atingiu 90% em outubro de 2015. Todavia, muito embora esses dados simbolizem importantes avanços no tratamento ao HIV/Aids no Brasil, especialmente após a divulgação do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* (PCDT), a realidade

¹⁷ Dados do Boletim Epidemiológico 2009

brasileira ainda enfrenta grandes dificuldades para a manutenção do acesso aos ARVs, isto porque no pano de fundo dessa ação existem aspectos econômicos e sociais que fragilizam-na. Dentre esses aspectos estão os acordos internacionais sobre propriedade intelectual, a não adesão ao tratamento antirretroviral e as debilidades no atendimento dos pacientes infectados nos serviços especializados.

Antes de 1996, ano em que há a incorporação de novos artigos no acordo TRIPS¹⁸, a legislação internacional de propriedade intelectual proibia que medicamentos tivessem patentes o que possibilitou ao Brasil produzir medicamentos antirretrovirais genéricos e com baixos custos, a exemplo do Zidovudina (AZT), Didanosina (DDI), Nevirapina (NVP), Lamivudina (3TC) e o Ritonavir (RTV). Nas palavras de Carvalho et al (2016),

A possibilidade de produção nacional de genéricos foi fundamental para a estruturação do programa universal de acesso a antirretrovirais, já que o país podia oferecer combinações de ARVs conforme preconizam as recomendações internacionais de tratamento a um custo muito mais baixo do que se estivesse obrigado a comprar apenas o medicamento de marca. Nos anos seguintes, o sucesso do programa pôde ser medido pela queda em aproximadamente 40% da taxa de mortalidade e mais de 70% da de morbidade em apenas quatro anos. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 42)

Em contrapartida, com o anexo de novos artigos no acordo TRIPS o Brasil passou a seguir as novas regras estabelecidas que o obrigavam ao patenteamento dos medicamentos produzidos no território nacional como também as normas que colocavam limites na concessão de patentes e possibilidades de sua utilização para atender ao interesse público e social" (CARVALHO et al, 2016, p. 41). Como consequência, os antirretrovirais que ainda não estavam sendo comercializados no Brasil passaram a ficar sob o monopólio da indústria farmacêutica internacional. Foi neste momento que se iniciaram as batalhas para a defesa do direito à saúde pela via do acesso a medicamentos.

Graças a abertura do TRIPS para os monopólios das indústrias farmacêuticas, a política brasileira de universalização da ARV começa a sofrer ameaças na sua efetivação, especialmente após denúncias feitas pelos EUA na OMC contra a comercialização e fabricação de genéricos pelo Brasil. Diante dessa ameaça, Carvalho (2016) aponta para a

¹⁸ Sigla em inglês para “Acordo sobre aspectos dos direitos de propriedade intelectual relacionados ao comércio”. É um dos documentos assinados durante a criação da Organização Mundial do Comércio em 1994 e que nivelou a regras de propriedade intelectual para todos os países signatários, obrigando-os a concederem patentes na área farmacêutica.

resposta rápida da sociedade civil organizada juntamente com setores governamentais engajados com a saúde pública na luta contra a restrição de medicamentos imposta pelo TRIPS, dando origem ao chamado "movimento global pelo acesso de medicamentos". Vale destacar que até o final da década de 1990, a resposta brasileira de enfrentamento à Aids trouxe bons resultados graças às mobilizações da sociedade civil e à própria estrutura organizativa do Programa Nacional de enfrentamento à Aids.

Dentre as medidas utilizadas pelo Brasil para contornar os preços crescentes das fórmulas patenteadas estava a licença compulsória, prevista na lei nacional sobre patentes conforme o acordo TRIPS. Essa licença permite a produção e/ou importação de medicamentos genéricos o que força a concorrência no mercado farmacêutico e a queda dos preços, desta forma, laboratórios brasileiros puderam produzir medicamentos com fórmulas muito próximas daquelas patenteadas. Mas a partir dos anos 2000 essa estratégia passou a não impactar na redução de preços, além disso, a divulgação de novos medicamentos menos tóxicos e mais efetivos no combate ao HIV/Aids e protegidos pela lei de propriedade intelectual, levou o Brasil a "declarar oficialmente o risco à sustentabilidade e à viabilidade do programa de acesso universal a medicamentos para tratar a AIDS" (CARVALHO et al, 2016, p.43).

Em decorrência desse cenário, os Movimentos Sociais, especialmente o Movimento Aids buscou colocar no centro do debate a não submissão do direito à vida aos ditames do mercado internacional e às questões de preço de medicamento. Isto levou, por algum tempo, o governo brasileiro a enfrentar as barreiras da propriedade intelectual e de patentes pela via da participação horizontal da sociedade civil e liderando debates sobre saúde pública e patentes em diferentes fóruns nacionais e internacionais.

No entanto, este foi o último ato de um governo ousado que, nos últimos anos da década de 2000 e durante toda década de 2010, apostaria em outras abordagens que não mais se baseiam no enfrentamento da questão da patente nem no confronto com os interesses da grande indústria farmacêutica transnacional e do setor privado. De igual sorte, nos anos seguintes, as estratégias governamentais abandonaram a ousadia e o diálogo – marcas fundamentais do sucesso do programa brasileiro – e se voltaram para o mercado e para o tecnicismo na questão dos medicamentos. Ao mesmo tempo iniciava-se o afastamento das fileiras mais aguerridas do movimento social de AIDS, fileiras estas que constituíram uma força política crucial para até então garantir a sustentabilidade do acesso. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 47)

E acrescenta que,

Além da descontinuidade do compromisso do diálogo com a sociedade civil, a adoção do discurso de “fortalecimento do complexo industrial da saúde” também trouxe uma opção política pela falta de transparência. Em 2012, entrou em vigor no Brasil a assim chamada Lei de Acesso à Informação (LAI). Esta lei regulamentou o direito constitucional dos cidadãos brasileiros ao acesso às informações públicas, tendo como objetivo aumentar a transparência da administração pública. Na expectativa de que a lei pudesse servir para contornar a falta de diálogo, a ABIA/GTPI encaminhou, entre 2012 e 2015, 40 pedidos de informação para o Ministério da Saúde e diversos laboratórios públicos em busca de dados sobre preços e prazos dos inúmeros acordos para a produção de ARVs que estavam sendo anunciados com grande alarde. Desses pedidos, apenas sete tiveram uma resposta completa e satisfatória. Em metade deles a informação foi negada, classificada como sigilosa. Em muitos casos não houve resposta alguma, em franco desrespeito à lei. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 48)

Além disso, para o autor, o descuido com a transparência e os altos preços dos medicamentos antirretrovirais apontam para mudanças significativas na postura brasileira de negociar incansavelmente com as farmacêuticas transnacionais. Diante disso, como consequências dessas escolhas o Brasil enfrentará:

"a) a perda do papel estratégico dos laboratórios públicos, que ao invés de regular o mercado, passaram agora a aplicar altas margens de lucro, sem nenhuma transparência dos custos de produção; b) a perda do poder de negociação do Ministério da Saúde, que vinha justamente da transparência sobre custos de produção e da articulação com a sociedade civil; e c) a perda da perspectiva de direitos humanos, na medida em que as decisões são tomadas com base no que é mais vantajoso para as empresas envolvidas nas PDPs e para a política industrial e não no que é melhor para os pacientes e para as políticas de saúde." (CARVALHO ET AL, 2016, p. 48)

Mesmo com essa triste realidade, o tratamento antirretroviral continua sendo uma das principais ações do Programa Nacional de combate à Aids especialmente após a introdução da estratégia Tratamento como Prevenção pelo Ministério da Saúde no combate à epidemia de Aids e o alinhamento do Brasil à meta 90-90-90 que visa o fim da epidemia de aids no mundo até 2030. Diante disso, segundo dados do último boletim epidemiológico (2015) até 31 de outubro de 2015, mais de 65 mil indivíduos haviam iniciado o ARV no país ao passo que entre os anos de 2009 e 2014 o número de indivíduos que iniciaram o tratamento dobrou, saindo de 231 mil para 450 mil pessoas e representando um aumento de 53,2%.

Todavia, mesmo com esse contingente expressivo o número de pessoas que abandonam o tratamento ou que continuam vinculadas aos serviços de saúde é considerável. Para se ter uma ideia, até finais de 2014, o número de indivíduos que viviam com HIV/Aids no Brasil estava em torno de 734 mil pessoas, representando uma taxa de prevalência de HIV em torno de 0,4% , ou seja, para cada 100 pessoas 40 estavam contaminadas por HIV. Dessas PVHA, 649 mil haviam sido diagnosticadas (83%) e aproximadamente 66% delas continuaram retidas nos serviços de saúde, leia-se serviços de saúde especializados. Quanto ao tratamento antirretroviral 52% dos 781 mil estavam em tratamento (405 mil), em outras palavras, 376 mil brasileiros diagnosticados não estavam em tratamento. Diante disso, Grangeiro et al (2015) aponta para uma clara dificuldade das ações brasileiras em garantir o seguimento clínico da população soropositiva como também a adesão ao tratamento de forma sustentável ao longo do tempo.

De acordo com Nemes & Scheffer (2016) as maiores “perdas” no contínuo do cuidado após o diagnóstico ocorrem nas “etapas” de retenção e de tratamento, ambas responsabilidade principal dos serviços de assistência. Para os autores muito embora o acesso ao ARV e o cuidado em HIV/Aids não seja um problema principal no Brasil, a extensa rede assistencial e a garantia do acesso a antirretrovirais não tem apresentado resultados e impactos esperados. Dentre os fatores que contribuem para isso está o gerenciamento técnico local, cujas atividades de supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho técnico têm sido escassos, além disso, tem deixado de utilizar os sistemas informatizados nacionais que reúnem dados sobre distribuição de medicamentos, resultados de carga viral, etc . Em contrapartida,

Espera-se que o desempenho do contínuo do cuidado diretamente dependente da boa qualidade dos serviços de assistência – o tratamento e a retenção – melhore com o protocolo clínico de início do tratamento logo após o diagnóstico de HIV. Adotado no Brasil em final de 2013, contribuiu para um aumento de 27% de novos tratamentos entre 2013 (56.557) e 2014 (71.936), o que ressalta ainda mais a necessidade de ações dos serviços focadas na adesão ao seguimento e ao tratamento medicamentoso. (NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 35)

Mas para além dessa realidade, a qual será melhor discutida nos tópicos seguintes, outros fatores que também impõem limites ao tratamento antirretroviral e se mostram como

verdadeiros dilemas para a sua adesão são: os efeitos colaterais dos ARVs e as condições objetivas da população soropositiva. Sobre este aspecto Soares (2011) vem afirmar que as condições de vida e a constante preocupação com a própria sobrevivência podem afetar significativamente a qualidade de vida das pessoas soropositivas e, com isso, comprometer a adesão ao tratamento. Nas palavras da autora,

Tais condições, que expressam o conjunto de determinantes sociais que incidem sobre o processo saúde-doença, também podem afetar objetivamente a adesão, limitando-a sob diversos aspectos, como o acesso ou não a uma alimentação de qualidade, a transporte para deslocamento aos serviços de saúde, à medicação complementar, ao saneamento básico, à habitação, entre tantos outros que e que, por sua vez, expressam a desigualdade social no cotidiano" (SOARES, 2011, p. 94)

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. Vale ressaltar que as atividades de trabalho mais precarizadas sem proteção social tendem a ser aquelas em que há superexploração do trabalho, desgaste físico e exposição a ambientes insalubres. Como consequência,

"Resta a eles e a elas contar com um conjunto de políticas de proteção social com acentuado grau de focalização e seletividade, mesmo que legalmente a seguridade social brasileira tenha um conteúdo universal. Nesse sentido, muitos não conseguem acesso a essas políticas e quando o conseguem, suas ações e práticas são caracterizadas por um conteúdo emergencial". (SOARES, 2011, p. 97)

No que tange aos efeitos colaterais dos ARVs, os sintomas mais frequentes para aqueles que fazem uso do coquetel¹⁹ 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,

¹⁹ Combinação de medicamentos que inibem a reprodução do vírus HIV e combatem a Aids. Também conhecido como antirretrovirais

fígado, ossos, estômago e intestino além de problemas neuropsiquiátricos, lipodistrofia²⁰ 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.

Com a introdução de novos protocolos clínicos e seguindo a tendência internacional de Tratamento como Prevenção, a combinação de ARVs ofertados para o início do tratamento passou a ser o " 3 em 1" (lamivudina, efavirenz²¹ e tenofovir) até fevereiro de 2017, o que transferiu para um único comprimido os efeitos da combinação desses três elementos, todavia, a mesma não foi e não é garantia suficiente para amenizar os dilemas que envolvem a adesão ao tratamento até então observados. Isto porque mesmo sendo considerada uma grande conquista brasileira, o " 3 em 1" já é considerada uma tecnologia ultrapassada em países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha pelos efeitos colaterais que proporciona em médio e longo prazo. Diante disso, volta para o centro do debate os limites que a propriedade intelectual impõe para a promoção da qualidade de vida da população.

2.2.2 Prevenção Combinada e atenção básica

Diante do novo *boom* epidemiológico da Aids no Brasil e a fim de driblar as dificuldades no âmbito da retenção e do tratamento antirretroviral, o Ministério da Saúde tem apostado nos serviços de atenção primária para o cuidado e tratamento das pessoas com HIV/Aids. Esta estratégia somada aos novos direcionamentos brasileiros para o controle da epidemia de Aids (Tratamento como Prevenção, Novos Protocolos e Diretrizes Clínicas, Prep, " 3 em 1", dentre outros) vem dar forma à chamada *Prevenção Combinada* entendida como um conjunto de ações que visam prevenir a infecção por HIV por meio de uma rede de

²⁰ Mudança na distribuição de gordura no corpo

²¹ Com a divulgação da Nota Informativa n. 007/2017- DDAHV/SVS/MS em fevereiro de 2017 que retifica a Nota Informativa n. 096 de 2016/DDAHV/SVS/MS, há uma atualização dos esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e indicação do uso ampliado de dolutegravir (DTG) e darunavir (DRV) a partir de 2017. Com isso, passa a ocorrer a substituição dos efavirenz nos esquemas terapêuticos de primeira linha para o dolutegravir, todavia, para aqueles que já iniciaram o tratamento 3 em 1 não é recomendado a nova modificação.

cuidados que envolvem serviços de saúde existentes na atenção básica e nos serviços especializados de saúde.

Como mencionado no tópico 1.1 deste capítulo, a Prevenção Combinada tende a ser uma combinação de estratégias de prevenção que vão desde a promoção de comportamentos saudáveis à utilização dos métodos biomédicos disponíveis e os métodos de barreira, dando ao indivíduo outras possibilidades de evitar a transmissão do HIV que não apenas a camisinha. Amplamente discutida no 10º Congresso de HIV/Aids em João Pessoa na Paraíba, a Prevenção Combinada surge num cenário marcado por retrocessos em direitos já consolidados e resguardados pela Constituição de 1988.

Uma das problemáticas que deram força para essa nova proposta foi o crescente número de brasileiros que não utilizam o preservativo nas relações sexuais casuais. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde por meio da Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) de 2013²², 94% dos brasileiros sabem da importância do preservativo para a prevenção à DSTs e Aids, todavia, 45% da população sexualmente ativa não utilizou o preservativo em relações sexuais casuais nos últimos 12 meses. Diante disso, a Prevenção Combinada visa oferecer outros métodos de barreira ao HIV que não apenas a camisinha tendo em vista que poucos brasileiros vêm aderindo ao seu uso.

Em contrapartida os serviços básicos de saúde que contribuirão para a consolidação dessa nova estratégia vêm enfrentando inúmeras dificuldades em decorrência dos baixos investimentos na saúde pública por parte do Estado, o que tem gerado limitações no atendimento e acolhimento da população em geral nessa esfera da saúde, muito embora saibamos que esta realidade também está presente na média e alta complexidade. Soares (2010) vem afirmar que os baixos investimentos na saúde refletem a ofensiva neoliberal que tem dado força a uma contrarreforma na saúde que, além de precarizar os serviços do SUS, faz com que haja uma ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema.

Hoje, mediante a crise econômica brasileira, a saúde - dentre as políticas que

²² Disponível em <

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16534-no-norte-50-da-populacao-nao-usou-preservativo-com-parceiros-casuais>>

compõem a Seguridade Social- vem tendo o seu orçamento reduzido em números relativos, os quais somados a Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de Dezembro de 2016 que altera a regra transitória de aplicação de recursos em saúde pela União, estabelecendo um novo regime fiscal que vigorará por 20 anos no qual as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Com isso em mente, os sistemáticos desvios de recursos da saúde feitos por meio da Desvinculação de Recursos da União (DRU) deixam de ser os norteadores do sucateamento da saúde para dar lugar a um novo aparato que responde diretamente aos interesses da burguesia associada ao capital internacional, principal arquiteta do golpe de estado que culminou no impeachment da presidente Dilma Rousseff. Sobre o cenário que se desenha a nossa frente sob a égide da Emenda Constitucional nº 95 o IPEA por meio da Nota Técnica nº 28 diz:

Nota-se que, quanto melhor for o desempenho da economia, maior será a perda para a saúde em relação à regra de vinculação vigente. No cenário utilizado para projeções atuariais do RGPS, constante de anexo da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a perda acumulada poderia chegar a R\$ 1 trilhão no período de 20 anos, partindo-se do limite mínimo de 13,2% da RCL de 2016, e a R\$ 743 bilhões partindo-se do limite de 15,0% da RCL de 2016. O único cenário sem perda em relação ao orçamento de 2016 é o de crescimento econômico zero, onde haveria perdas somente na comparação do valor per capita (IPEA, 2016, p. 12)

Portanto, estamos diante de uma política que nos próximos 20 anos se constituirá em um serviço altamente precarizado, focalizado e assistencialista no qual o direito à saúde estará submetido ainda mais ao consumo ao mesmo tempo em que áreas da saúde, consideradas de ponta, como saúde do trabalhador, saúde mental e controle da Aids poderão também sofrer também com uma ampliação restrita e focalizada. Para Santos (2014) essas áreas ou nichos, apesar das dificuldades orçamentários do Sistema Único de Saúde, sempre apresentaram um desenvolvimento de excelência e expertise, sendo uma exceção em meio ao cenário da saúde. Mesmo assim, com as novas normas da Emenda Constitucional nº 95 estabelecida, a vinculação de alguns serviços da Política anti-HIV à atenção básica, os novos protocolos internacionais de enfrentamento ao HIV/Aids e o aumento do conservadorismo é provável que alguns desafios surjam no horizonte, colocando em debate a continuidade da

excelência dos nichos anteriormente mencionados.

Muito embora a atenção básica se constitua enquanto a porta de entrada para o sistema de saúde e desempenhe um importante papel na prevenção de doenças, o seu desempenho geral ainda não é satisfatório, pois além de sofrer com o sucateamento de seus serviços o que envolve a falta de médicos e de uma equipe multiprofissional, a mesma também sofre com "terceirizações e formas precárias de contratação de pessoal que geram alta rotatividade de profissionais, carência de infraestrutura e modelo de atenção centrado em atendimento de demandas agudas"(NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 37) Portanto, direcionar e responsabilizar os serviços de atenção primária pelo cuidado e tratamento em HIV pode não ser a melhor alternativa para enfrentar a nova fase epidemiológica em que o país se encontra. Além disso, vale ressaltar que "no plano da atenção a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS, a atenção primária apresentou insuficiências importantes no controle da transmissão vertical da sífilis e na expansão da oferta do diagnóstico do HIV para grupos mais vulneráveis" (NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 38).

De acordo com Nemes & Scheffer (2016), hoje no Brasil, cerca de 15 % da assistência a pessoas em tratamento antirretroviral já ocorre na atenção primária e, quando o número de pacientes é baixo, os serviços ofertados nesse nível de atendimento mostram certa qualidade. Todavia, em grande parte do território nacional a atenção primária não cumpre o seu papel o que impede a continuidade do cuidado por aqueles que buscam os seus serviços ou o início do mesmo. Sendo assim, "responsabilizar serviços de atenção primária pelo cuidado e o tratamento em HIV até pode constituir alternativa em contextos locais específicos, mas não pode ser, ao menos por enquanto, uma diretriz para o sistema de saúde como um todo". (NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 37)

A ideia de utilizar esse serviço nas ações de combate ao HIV/Aids parte da compreensão de ser na atenção básica que ocorre o primeiro contato dos usuários do sistema de saúde, além disso, a mesma cumpre, em parte, a função de atenção ambulatorial de primeiro nível, atendendo à população que reside em seu entorno. Hoje,

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. (NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 38)

Sobre a capacitação de profissionais de saúde para atuar no âmbito do HIV/Aids, Nemes & Scheffer (2016) afirmam que as informações sobre este agravo bem como os procedimentos necessários para o cuidado e terapêutica do paciente não é assunto bem apreendido por boa parte desses profissionais, especialmente se trabalham fora dos serviços especializados de saúde. Além disso, devido à grande rotatividade de médicos nos serviços de saúde, sobretudo especialistas, e que somados à dificuldade de contratação e reposição de profissionais impedem que soropositivos tenham acesso a atendimento adequado e sem discriminação.

De acordo com o estudo Qualiaids²³ de 2010, foi observado que 28,1% dos serviços brasileiros de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV não possuíam infectologista na equipe ao passo que 40,1% apresentavam apenas um infectologista ou clínico no atendimento à população soropositiva e 64,8% possuíam equipe multiprofissional. Além disso, apenas 65,9% dos serviços referiram que a maioria dos médicos da equipe (infectologistas e clínicos) possuía mais de 5 anos de experiência no atendimento à população soropositiva. Corroborando com esses dados, a pesquisa desenvolvida por Cassenote et al (2016)²⁴ aponta para uma grande escassez de médicos especialistas em HIV no Brasil e afirma que dos 3.229 infectologistas registrados no país 58,5% estão lotados na região Sudeste, especialmente nas capitais e região metropolitana. Vale ressaltar que nesse valor também estão inclusos infectologistas que não trabalham com o HIV.

Desta forma, a falta de profissionais capacitados no atendimento aos soropositivos pode contribuir para a violações de direitos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde para conseguir efetivar a Prevenção Combinada deve primeiramente enfrentar os limites

²³ Ver o link

<http://www.qualiaids.fm.usp.br/download/apps/Relatorio_aplicacao_qualiaids-2010.pdf>

²⁴ Cassenote, A.J., Scheffer, M.C. & Segurado, A.A. (2016). Brazilian infectious diseases specialists: who and where are they? *Braz J Infect Dis.* Mar-Apr; 20(2):141-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26775800>

orçamentários postos à Política de Saúde e investir amplamente na capacitação de profissionais da saúde, pois

não haverá melhoria significativa e sustentada do contínuo do cuidado em HIV sem recursos adicionais que possibilitem o incremento da qualidade e da integração em rede de todos os níveis de serviços de saúde para que possam, inclusive, absorver adequadamente o expressivo aumento do número de pacientes, impulsionado pela condição crônica da AIDS e pelos novos protocolos de tratamento como prevenção que preconizam a ampliação do acesso ao diagnóstico e o início imediato da terapia antirretroviral. (NEMES & SCHEFFER, 2016, p. 38)

Diante disso, o Ministério da Saúde tem buscado capacitar gestores²⁵ e, mais recentemente, jovens lideranças²⁶ de todo o território nacional a fim de que estes atuem no controle social da Política de Saúde nas localidades em que residem e aqueles para que utilizem melhor os recursos financeiros disponíveis, melhorando a saúde local. Esta iniciativa evidencia a importância da descentralização da atenção em saúde na garantia do acesso aos serviços de saúde pela população, pois a mesma além de chamar os estados e municípios para a sua responsabilidade na garantia do direito à saúde da população, objetiva uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade sobre a Política de Saúde.

Em Pernambuco houve a criação de novas unidades de saúde especializadas em HIV/Aids (CTAs e SAE)²⁷, especialmente em municípios interioranos, cujas ações vêm contribuindo para o enfrentamento da Aids em municípios de médio e pequeno porte, além de desafogar os serviços de saúde da capital. Desta forma, Vieira et al (2015) apontam para a importância desse fenômeno que, para as autoras, possibilitou à população dessas localidades ter acesso ao atendimento médico e ambulatorial próximos a suas residências, tornando mais próximo o tratamento para a população soropositiva.

Todavia, como a descentralização não é garantia suficiente para o bom desenvolvimento da rede assistencial para DST/Aids e muito menos para a efetivação do

²⁵ Para mais informações acessar

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/51733-ministerio-da-saude-capacita-gestores-em-gestao-de-custos-em-saude>>

²⁶ Para mais informações acessar

<<http://unaid.org.br/2015/09/jovens-ativistas-se-reunem-em-brasilia-para-curso-de-novas-liderancas-na-resposta-a-aids/>>

²⁷ Centro de Testagem e Acolhimento (CTA); Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

direito à saúde da população, os problemas de gestão e de repasses financeiros conseguem impor limites ao desenvolvimento das ações em atenção básica - objeto das atenções do governo federal- como também nas ações da média e alta complexidade. Assim, nos 5.564 municípios brasileiros existentes, as condições para o desenvolvimento das ações em HIV/Aids a partir da articulação da atenção básica com os serviços especializados enfrentam tensionamento substancial entre o aparato legal que garante o direito à saúde e a limitada capacidade técnica disponível nessa esfera governamental.

3 DO SUCESSO AO DECLÍNIO?

3.1 OS PRIMEIROS ANOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA ANTI-HIV BRASILEIRA E OS AVANÇOS NO CONTROLE DA EPIDEMIA

Diante do que foi exposto no capítulo 1, muitas coisas mudaram no âmbito das ações de prevenção e combate ao HIV/Aids no Brasil devido ao surgimento de novos protocolos internacionais de enfrentamento a epidemia de Aids os quais, a partir de estudos científicos²⁸, passaram a apontar para a importância do tratamento antirretroviral no controle da infecção por HIV. Segundo esses estudos, os benefícios também poderiam ser vistos na redução de complicações decorrentes do HIV/Aids além do aumento na expectativa de vida das pessoas que iniciaram o tratamento após o diagnóstico positivo se comparadas as que iniciaram tardiamente. Nesse sentido, a partir de 2013, o governo brasileiro passou a atualizar suas ações de enfrentamento do HIV/AIDS, lançando o novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e Aids que faz com que adultos com testes positivos de HIV iniciem o tratamento independente da carga viral. Esse novo direcionamento também é conhecido como Tratamento como Prevenção (TcP).

Outra mudança observada nas ações brasileiras está na divulgação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV o qual atualiza as recomendações brasileiras para o uso de medicamentos antirretrovirais para a Profilaxia Pós-exposição (PEP). Segundo o documento, antes da divulgação da Nota Informativa n. 007/2017-DDAHV/SVS/MS, o esquema preferencial passou a ser a combinação do Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r) e nos casos em que o TDF não é tolerado ou contraindicado, a combinação de AZT+ 3TC foi recomendada como alternativa. Com a divulgação Nota Informativa 007/2017 em fevereiro de 2017, o Dolutegravir passa a incorporar os novos esquemas terapêuticos de primeira linha e com isso há também uma pequena mudança nos esquemas terapêuticos alternativos, como é possível ver nos quadros 1, 2 e 3, dos quais o quadro 1 e 2 apresentam o esquema terapêutico (com informações sobre a posologia da medicação e os miligramas a

²⁸ Tem destaque os estudos de WHO (2013) e Karim (2011)

serem administrados em cada droga) antes da Nota informativa n. 007/2017 e o quadro 3 o novo esquema após a divulgação da referida nota.

Quadro 1 – Apresentação de antirretrovirais preferenciais para PEP e posologias

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir (TDF)	Comprimido de 300mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
Lamivudina (3TC)	Comprimido de 150mg	2 comprimidos VO 1 x ao dia
Atazanavir (ATV)	Comprimido de 300mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
ritonavir (r)	Comprimido termooestável 100mg	1 comprimido VO 1 x dia
Nota – TDF e 3TC estão disponíveis na apresentação de dose fixa combinada (DFC) – TDF/3TC 300mg/300mg, devendo ser fornecido ao paciente sempre que possível		

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadro 2 – Esquemas alternativos para PEP

Esquemas Alternativos para PEP	
TDF contraindicado	AZT/3TC (DFC) + ATV/r
ATV/r contraindicado	TDF/3TC (DFC) + LPV/r
	AZT/3TC (DFC) + TDF
A duração da PEP é de 28 dias	

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Quadro 3 - Tratamento antirretroviral inicial para adultos vivendo com HIV/Aids

Preferencial	
TDF ^a / 3TC / DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF ^a / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações ^b : • Gestantes • Coinfecção TB-HIV sem critério de gravidade [conforme critérios elencados abaixo]
TDF ^a / 3TC / RAL ^c	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo ^b : • CD4 < 100 cels/mm³ • Presença de outra infecção oportunista • Necessidade de internação hospitalar/Doença grave • TB disseminada
Alternativo	
TDF ^a / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG ^d
TDF ^a / 3TC / RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes
ABC ^e / 3TC / DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B 5701
Observações: ^a O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC. ^b Realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV (não postergar início da TARV pela indisponibilidade imediata do resultado do exame). ^c Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), deverá ser feita a mudança para TDF/3TC/DTG. ^d Contraindicações ao uso do DTG: PVHA em uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina. ^e O ABC é alternativa de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B*5701 e CV < 100.000 cópias/mL, quando associado ao EFZ.	

Fonte: Nota informativa n. 007/2017-DDAHV/SVS/MS

De acordo com o Protocolo Clínico a definição de apenas um esquema preferencial é importante por facilitar a avaliação de risco e a prescrição de PEP em diferentes serviços de saúde e por profissionais que não são especialistas. A respeito da mudança da terceira droga que compõem o tratamento antirretroviral, o protocolo afirmar que:

[...] Dez estudos²⁹ avaliaram opinavir/ritonavir (LPV/r) atazanavir/r (ATV/r), darunavir/r (DRV/r) e raltegravir (RAL) como parte da profilaxia com três

²⁹ Alguns desses estudos foram desenvolvidos por Mayer et al (1999), Sonder et al (2010), Tosini et al (2010) e Fätkenheuer et al (2014).

drogas. Tamanhos amostrais pequenos e baixa qualidade dos estudos não permitiram chegar a uma preferência clara entre esses medicamentos. Considerando a tolerabilidade e a proporção das pessoas que completam a profilaxia, a escolha é baseada nas questões relacionadas à preferência, aos custos e à disponibilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, P. 24)

De acordo com o site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais³⁰, em 2013 apenas o Brasil, França e Estados Unidos ofereciam o ARV aos soropositivos independentemente do CD4. Todavia, atualmente, o número de países que passaram a adotar o Tratamento como Prevenção (Treatment as Prevention, ou TasP) vem aumentando progressivamente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos soropositivos além de diminuir a morbidade e mortalidade em decorrência das Aids. Segundo o site, graças a essas mudanças nas ações de enfrentamento do HIV/Aids, o Brasil retomou a liderança global na luta contra esse agravo, pois passou a ser o terceiro país do mundo e o primeiro em desenvolvimento a adotar as novas medidas, sendo reconhecido e celebrado mais uma vez o protagonismo do Brasil como padrão global de excelência na resposta a epidemia de HIV/Aids.

Apesar do governo federal ter conseguido alinhar a resposta brasileira aos novos direcionamentos internacionais, a participação social nesse processo não deve ser desconsiderada pois é a partir da correlação de forças entre Estado e sociedade civil organizada que a melhoria dos serviços destinados a população e a garantia de direitos pode ser conquistada. Desta forma, seja por meio da atuação dos Movimentos Sociais ou pelo controle social sobre as políticas públicas é que o Estado passa a reconhecer as reais demandas da população e os principais desafios para o enfrentamento dessa epidemia.

Nos primeiros anos em que foi possível estabelecer os direcionamentos das ações de combate ao HIV/Aids, um novo pensamento sobre saúde foi inserido no âmbito das ações em saúde. Este novo pensamento, marcado pela ampliação do conceito de saúde, foge do binômio saúde-doença tão presente na medicina curativa e estabelece no cenário mundial o poder dos aspectos sociais no processo saúde-doença dos indivíduos. Vale ressaltar que graças ao conceito ampliado de saúde a ideia de promoção à saúde também mudou, abrangendo também fatores econômicos e sociais na construção de estratégias voltadas para o

³⁰ Ver <

<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/politica-brasileira-de-controle-de-dstaids-e-hepatites-virais-um-a-no-e-meio-de-conquist>>

controle de enfermidades. Desta forma, o combate às epidemias passou a ser visto por meio de uma leitura ampliada, ou melhor, de uma análise aprofundada das determinações sociais em que estavam inseridos os indivíduos.

Graças a isso, o Sistema Único de Saúde e nele a Política anti-HIV brasileira, por meio das suas diretrizes e princípios passou a construir uma rede de cuidado em saúde capaz de atender de forma integral à população, garantindo não apenas o tratamento mas também o diagnóstico, atendimento médico e realização de exames além de possibilitar um planejamento estratégico capaz de ultrapassar as ações pontuais e emergenciais que marcaram a trajetória brasileira. Em paralelo a isso, houve a descentralização das ações nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e em diferentes níveis de complexidade (baixa, média e alta).

Todavia, a luta para a ampliação do conceito de saúde não veio de uma hora para outra, pelo contrário, foi marcada por grandes discussões no cenário mundial, cujos debates passaram a colocar em xeque o modelo tradicional que compreendia saúde como a ausência de doença. A carta de Ottawa de 1986 pode ser considerada o marco dessa mudança, pois retira de cena o pensamento positivista de doença que legitima o binômio saúde-doença e aponta para a importância dos aspectos sociais sobre o estado de saúde da população. Nesse sentido, saúde e qualidade de vida passaram a ser temas estreitamente relacionados. Além disso, após a divulgação dessa carta, a promoção em saúde passou a ser concebida como o " processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo" (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1) e afirma que a "saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas" (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1) Diante disso, promover a saúde é compreender que a responsabilidade para a sua promoção não é exclusividade do setor saúde e não se resume a um estilo de vida saudável.

Com isso em mente, Santos (2014) vem afirmar que esta mudança conceitual e consequentemente de paradigma está atrelada à construção de uma nova sociedade, cujos direcionamentos estão inseridos numa perspectiva marxista. Desta forma, ao romper com o antigo modelo positivista de apreensão da saúde como ausência de doença e de responsabilização dos sujeitos, a luta por melhores condições de vida para a população passa a ser fortalecida ao mesmo tempo em que se questiona a lógica desigual reinante entre diferentes grupos sociais. Nas palavras da referida autora,

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)

Tendo por base Iamamoto (2015), esta dificuldade é alimentada pelos mecanismos capitalistas de dominação, os quais intensificam a alienação do trabalhador e banalizam o que é humano. Dentro dessa perspectiva, todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em espaços de poder e no que tange à saúde essa influência é bastante evidente. Sendo assim, as contradições de classe se amplificam em contradições sociais e políticas, tornando toda a sociedade um palco de lutas ideológicas. Diante disso, se faz necessária a atuação de Movimentos Sociais em espaços de debate ou de controle social a fim de chamar o Estado para a sua responsabilidade social frente às demandas das classes subalternizadas.

Com isso em mente, a articulação de ações entre setores políticos, econômicos e sociais torna-se necessária para a construção de estratégias que driblem as limitações impostas pelo capital e garantam direitos. Para Santos (2014) essa articulação além de minimizar iniquidades que interferem na saúde da população tendem também a incidir sobre aspectos do cotidiano que envolvem trabalho, educação, lazer, alimentação, habitação, dentre outros.

Mediante esse novo aparato teórico-ideológico o Brasil passa, a partir da Constituição de 1988 a estabelecer novos direcionamentos para a saúde pública brasileira e após a Lei 8080/1990 passa a articular toda uma rede de saúde pública voltada para garantia de direitos, muito embora, como fora mencionado anteriormente, sofra com os imperativos do capital.

Desde a década de 1990 as ações de combate ao HIV/Aids passaram a incorporar ações de prevenção e enfrentamento voltadas para os direitos humanos e garantia de direitos dos usuários. Como é possível identificar no Plano Nacional de DST/Aids o qual, após anos de luta, passou a regulamentar as ações voltadas para o controle desse agravo. Segundo o documento, é indispensável a promoção de medidas que assegurem o respeito aos direitos humanos e promoção da saúde mental no contexto da epidemia de aids, tendo o Estado Brasileiro obrigações jurídicas claras e precisas para a efetivação das mesmas. Para tanto, foi promulgado em 1996 o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) para otimizar o

cumprimento dessa obrigação. Nesse sentido,

No contexto da epidemia de aids, nas duas décadas de epidemia no Brasil, o direito à prevenção e ao tratamento é reconhecido como um direito fundamental, havendo, dentro do PNDH, itens específicos para garantir e proteger o exercício desse direito. Imbuída dessa concepção, a Rede de Direitos Humanos e Saúde Mental (RDH) em HIV/ Aids, constituída por assessores técnicos das áreas jurídica e de saúde e de instituições/pessoas cadastradas em mala direta, é uma Assessoria da Coordenação Nacional, criada para garantir a vinculação direta das políticas públicas em DST e Aids, com respeito aos direitos humanos, assessorando e fomentando as instâncias governamentais e não-governamentais locais quanto às iniciativas para garantia dos direitos e combatendo as condutas sociopolíticas recorrentes de preconceito e discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/Aids. (PLANO NACIONAL DE DST/Aids, 1999, p. 25)

Vale ressaltar que esse direcionamento técnico-operativo está vinculado também à noção ampliada de saúde, considerando determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos na construção das ações de promoção e prevenção em DST/Aids. Desta forma, o referido documento enfatiza que a operacionalização desse conceito pressupõe entender que

a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão; os grupos devem ser considerados segundo critérios de vulnerabilidade e risco; a participação e a mobilização dos grupos sociais são de fundamental importância para mudança de práticas, atitudes e comportamentos; as ações devem ser dirigidas aos indivíduos, aos grupos específicos e à população em geral, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco e vulnerabilidade. (PLANO NACIONAL DST/AIDS, 1999, p. 14)

Graças a esse direcionamento, muitos avanços foram observados no controle da infecção de HIV e na redução de morte por Aids no país, mas até chegar a esse momento alguns desafios tiveram que ser superados, entre os quais estavam a introdução desse agravo na agenda política como uma questão de saúde pública. Graças às lutas sociais, especialmente do Movimento LGBT e Movimento Aids, o Estado foi chamado a sua responsabilidade social e as ações voltadas para o combate da epidemia foram sendo implementadas e articuladas com o diálogo entre sociedade civil e Estado. Por causa disso, ao longo dos mais de trinta anos que se passaram desde o primeiro caso de aids registrado no país, uma política de enfrentamento à aids foi sendo consolidada ao ponto de ser conhecida e reconhecida internacionalmente, sobretudo pela garantia universal e pública do tratamento antirretroviral.

O primeiro programa de combate à infecção começa a ganhar força nos finais da década de 1980 no Estado de São Paulo. Tal programa estava articulado a quatro estratégias de ação, quais eram: serviços de referência assistencial e laboratorial; vigilância epidemiológica; informação e educação à população; mobilização e participação social. Dentre as diretrizes estavam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção de equidade para grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis.

Entretanto, esta resposta da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo não significou que as autoridades governamentais tivessem aderido prontamente às ações de combate e controle da epidemia, pois:

ficaram famosas algumas declarações vindas do Ministério da Saúde de que esta era uma doença de uma minoria rica (leia-se de homossexuais masculinos), não havendo relevância na construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir nesta doença. Outras instâncias apontavam para a não transcendência e magnitude desta doença, alertando que a existência de um programa de AIDS poderia estar desviando a atenção de outras questões mais importantes, como a desnutrição e até mesmo de outras doenças infecciosas. (SOUZA ET AL, 2010, p. 25)

Para Parker (1997b: 9 apud Souza et al, 2010, p. 25) esta fase inicial da infecção caracterizou-se como uma fase de negação e omissão generalizada da maioria das autoridades governamentais, especialmente do nível federal, tendo em vista a crescente onda de pânico, medo, estigma e discriminação tão marcante nos primeiros anos da infecção.

Vale destacar, nesse momento, a importância da Política de Controle da Hanseníase do Estado de São Paulo na organização das ações de combate ao HIV/Aids no Brasil, tendo em vista que foi na Divisão de Dermatologia Sanitária e Hansenologia do Instituto de Saúde que se desenvolveram os primeiros serviços assistenciais, preventivos e de vigilância epidemiológica através de sua equipe multidisciplinar. Além disso, o ambulatório se tornou o primeiro serviço de referência para pessoas com Aids e de informação sobre a doença através do Disque DST/Aids³¹.

³¹ O "Disque DST/Aids - Ademir Godoy é um serviço de utilidade pública oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde, desde 1983. Foi o primeiro serviço desta natureza na América Latina e a primeira resposta governamental para o enfrentamento da epidemia no início da década de 80. A partir de 1998, o serviço Disque DST/Aids passou a ser um canal gratuito (0800 16 25 50) de escuta, acesso à informação, orientação e aconselhamento sobre práticas de sexo seguro, serviços especializados para

De acordo com Grangeiro et al (2009) a estrutura organizativa do programa paulista possuía forte influência das diretrizes estabelecidas pela reforma sanitária³² e da política de controle da hanseníase, além da forte participação de segmentos sociais mais afetados pelo HIV, passando a ser referência e a influenciar a atuação de outros estados e do governo federal no combate da infecção.

Com a criação do primeiro Programa Nacional de Combate ao HIV/AIDS em 1988, o qual estava vinculado à área de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, as ações de prevenção e combate à epidemia de Aids no Brasil começaram a galgar os seus primeiros passos. Segundo Grangeiro et al, (2009),

a partir da criação do Programa Nacional, implantou-se uma verdadeira rede de interlocução entre profissionais e instituições, que trouxe como consequência a nacionalização da resposta à epidemia e a adoção de diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia em todo o país. Essa organicidade fortaleceu-se a partir de 1994 com recursos provenientes de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial, que permitiu o financiamento de projetos de prevenção e assistência governamentais e não governamentais, a incorporação de novas tecnologias e a ampliação da produção de conhecimento sobre a doença. (GRANGEIRO ET AL, 2009, p. 89)

Para Teixeira (1997 apud Souza et al 2010, p.25), o fortalecimento da cooperação internacional foi uma estratégia política importante para injetar no programa recursos financeiros, bem como, assegurar um instrumental de apoio para garantir intervenções de cunho não discriminatório em relação ao portador do HIV/AIDS.

realização de teste anti-HIV e instituições governamentais e não governamentais que atuam na defesa dos direitos dos portadores de DST/HIV/aids. Para mais informações ler: Grangeiro A, Laurindo da Silva L, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(1):87–94. Ou acesse o site da Secretaria de Saúde de São Paulo: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/servicos/0800-disque-dstaids>>

³²Movimento que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e tinha por objetivo elaborar um novo modelo de saúde que garantisse o acesso universal por parte da população, sendo entendida como um dever do Estado e direito do cidadão. A reforma Sanitária nasceu durante a luta contra a ditadura militar brasileira e tinha por tema “Saúde e Democracia”.

Com a instauração do Sistema Único de Saúde brasileiro em fins da década 1980 e início da década de 1990, trazendo importantes modificações no âmbito da organização da saúde no país e no tratamento da doença, o Programa Nacional de DST e AIDS colocou-se à parte dessa nova estruturação, possibilitando uma diferenciação na forma de gerenciamento do programa. Desta forma,

o Programa Nacional de DST e AIDS, mesmo reconhecendo a importância de inserir as ações de DST/AIDS no novo modelo, demorou em avançar em sua política, pois não tomou como referencial as diretrizes do SUS para o direcionamento das ações de controle das DST/AIDS, optando, pois pela centralização da política e dos recursos financeiros. (TEIXEIRA, 1997 apud FARIAS et al, 2007, p. 2),

Entretanto, em 1992 ocorre uma desestruturação desse programa devido a uma crise institucional no governo federal. Tal crise desencadeou sérias consequências nas ações dos Programas Estaduais diante da falta de perspectiva nacional³³. Além disso, posturas muitas vezes equivocadas da equipe do Programa Nacional de Controle de DST e AIDS determinaram o rompimento das relações com alguns organismos internacionais (Teixeira, 1997; Parker, Galvão e Bessa, 1999 apud Farias et al, p. 5).

Mas, a partir de 1994 houve a reestruturação administrativa do Programa Nacional após o Ministério da Saúde ter acordado um empréstimo com o Banco Mundial, através da Coordenação Nacional de DST e Aids (CN DST e Aids) para desenvolver o projeto de Controle de DST e AIDS. Diante disso, houve a necessidade de contratação de mais profissionais especializados nas áreas de assistência, vigilância, laboratorial, epidemiológica, planejamento e avaliação, informacional, etc.

A partir deste marco a CN DST e Aids fortaleceu sua estrutura gerencial, revisou e/ou elaborou diretrizes e normas do Programa em todas as suas áreas de atuação e promoveu a capacitação de sua equipe de profissionais. A incorporação das diretrizes do SUS no direcionamento das ações de controle de DST e AIDS passou a ser prioridade da CN DST e Aids, pois a implementação do SUS avançava a cada dia no processo de descentralização e criava novas condições de gestão para estados e municípios. (FARIAS ET AL, 2007, p 5.)

³³ Impeachment do presidente Collor. Para mais informações, ler: NOBRE, Marcos. Pensando o Impeachment. In: NOVOS ESTUDOS N° 34. Disponível em: <http://www.novosestudos.org.br/v1/files/uploads/contents/68/20080625_pensando_o_impeachment.pdf>

Com o passar dos anos as ações governamentais para o enfrentamento da epidemia exigiram maior organização de suas ações, possibilitando assim a elaboração do Plano Nacional de DST's/Aids em 1999. Esta política instituiu diretrizes e encontra-se materializada na implementação do Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites virais, e descentralizada em Programas Estaduais e Municipais. Tal política vigora até os dias de hoje e as ações por ela respaldadas através do Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais são consideradas por muitos países um exemplo na luta contra o HIV/AIDS.

Atualmente, é o Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde e, nesta, pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais que vem conduzindo as ações de enfrentamento da Aids no Brasil. Os estados e municípios são responsáveis em planejar e coordenar ações em suas esferas, mas sem deixar de seguir as diretrizes estabelecidas pela Coordenação Nacional.

Diante desse processo de construção e consolidação da Política anti-HIV brasileira, os índices de infecção por HIV e morte por Aids sofreram significativas variações ao longo dos anos, apresentando índices de estabilização nos anos subsequentes à introdução do tratamento antirretroviral e à promulgação do Plano Nacional de DST/Aids em 1999. Nesses anos de ouro a estabilização das infecções por HIV e de morte por Aids passou a ser observada enquanto meta possível, sendo estabelecidos acordos entre Brasil e órgãos internacionais para o monitoramento de seus avanços.

De acordo com o relatório UNGASS³⁴ de 2006 a tendência à estabilização das taxas de detecção de aids no país passou a ser observada a partir de 1997 ao mesmo tempo em que se observava a diminuição de casos de infecções por HIV entre homossexuais, bissexuais e usuários de drogas. Segundo o documento a região Sudeste foi a que mais apresentou tendência à estabilização, sendo o Estado de São Paulo o principal estado a apresentar esta tendência. Vale destacar que naquele momento São Paulo foi o estado que respondia por quase a metade de casos de aids no país.

Além dessas informações, o relatório afirma que numa análise comparativa feita entre

³⁴ Tendo como referência os compromissos firmados pelo Brasil e demais países presentes na Sessão Especial sobre HIV/Aids da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS HIV/Aids), realizada em 2001, expressos na Declaração sobre HIV e Aids das Nações Unidas, a sociedade civil brasileira iniciou, em 2003, um processo de acompanhamento da implementação das ações previstas na Declaração.

1990 e 2002 entre as taxas de incidência e de mortalidade por aids mostram que até 1994 a incidência de casos de aids e a mortalidade apresentam um crescimento constante e uniforme nas cinco regiões do Brasil. Fato que começa a mudar a partir de 1995 quando foi possível observar uma redução progressiva nas taxas de mortalidade em todas as regiões do país. Contudo, a Região Sudeste, a partir de 1998, foi a única que também apresentou redução no número de casos de aids, embora em patamares inferiores aos de óbito.

No que tange à transmissão sanguínea por transfusão de sangue e hemoderivados, o documento afirma que entre 1998 e 2005 o percentual de casos por essa via de transmissão não ultrapassou os 0,3% do total de novos casos de infecção por ano. Já a transmissão vertical passou a apresentar números e percentuais decrescentes, embora ainda em patamares elevados nesse período, com cerca de 500 novos casos por ano. Quanto à taxa de mortalidade por sexo, foi observada uma queda expressiva entre homens após 1995, seguida de uma estabilização, ao passo que nas mulheres a diminuição foi discreta após 1994, passando a se manter constante nos anos seguintes. No que diz respeito à epidemia de aids em adultos nas diferentes regiões do país, o relatório vem dizer que,

A tendência temporal da epidemia de aids em adultos, a partir da comparação entre a incidência de casos observados e estimados para o período de 1990 a 2003, mostra que em todas as regiões, exceto a Norte, as incidências esperadas são maiores do que as observadas. Porém as diferenças entre casos observados e esperados só atingem níveis de significância estatística nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Além do impacto promovido pelo tratamento com anti- retrovirais, podem ter contribuído para essas diferenças a idade da epidemia, a adoção de medidas de prevenção, como o uso de preservativos, que observou um expressivo aumento de vendas no País de 1995 a 2004 e o conhecimento da população sobre a aids e o nível de escolaridade. O acesso universal à TARV³⁵ parece ter também um impacto sobre a mortalidade, mas não seria o único responsável pela diminuição do número de óbitos. Um manejo clínico mais adequado das infecções oportunistas pode ter contribuído com essa redução. (RELATÓRIO UNGASS, 2006, p. 119)

Sobre o percentual de pessoas testadas, houve um crescimento significativo no período de 1998 a 2005, passando de 20% para 32% respectivamente, sendo as mulheres de 25 a 39 anos as que compõem a maior parte da população testada devido à incorporação do teste à rotina do pré-natal. Em 2005 o número de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) era de 321 em todo o território nacional, sendo estudada a possibilidade de

³⁵ Tratamento antirretroviral

descentralização do diagnóstico para a rede básica de saúde.

Quanto ao uso de preservativo pela população jovem de 15 a 24 anos, o relatório da UNGASS (2006) apontou para o uso frequente do mesmo tendo por base pesquisa desenvolvida pela CEBRAP e Ministério da Saúde sobre o comportamento sexual do brasileiro. Segundo a pesquisa, 59% dos jovens de 15 a 24 anos usaram camisinha na primeira relação sexual, ao passo que 84% sempre usam o preservativo com parceiro casual e 56% usaram com parceiro fixo ou na última relação sexual. De acordo com o documento a chance de uso de preservativo na população brasileira aumentou cerca de 100% entre 1998 a 2005 e a proporção de indivíduos que inicia a vida sexual usando preservativo aumentou de 47,8% em 1998 para 65,8% em 2005, sendo a adesão maior entre pessoas mais jovens e com primeiro grau completo e menor entre mulheres, homens negros e na região Centro-Oeste. Entre os anos de 1994 a 2003 a distribuição de preservativos masculinos pelo governo brasileiro foi ampliada em 20 vezes, passando de 13 milhões para 260 milhões de unidades distribuídas. Em relação ao preservativo feminino, até o ano de 2004, o governo brasileiro disponibilizava quatro milhões unidades.

Nota-se que neste momento histórico a adesão ao preservativo foi muito maior que a observada na segunda metade dos anos 2000 que vai ser marcada pela dificuldade de adesão ao preservativo pela população, especialmente em relações sexuais casuais³⁶, demonstrando assim uma dificuldade do Ministério da Saúde em se reaproximar dessa parcela da população. Uma possibilidade para a maior adesão ao uso do preservativo em fins da década de 1990 e início dos anos 2000 se deva ao maior número de campanhas de prevenção ao HIV/Aids como também aos casos de morte por Aids de grandes personalidades brasileiras nos anos de 1980 e 1990, dos quais têm grande destaque Cazuza em 1990 e Renato Russo em 1995.

Dando seguimento à discussão, é fato que muitos dos avanços no controle da epidemia de aids no Brasil se deve ao tratamento antirretroviral universal e gratuito como também às ações estabelecidas pelo Plano Nacional DST/Aids, as quais além de garantir direitos e possibilitar uma melhor qualidade de vida da população infectada, deu margem à redução no número de infecções por HIV em algumas regiões do Brasil, como foi o caso de São Paulo. Todavia, tudo isso só foi possível também com as parcerias firmadas entre Estado e Sociedade Civil Organizada, que mediante o diálogo e a introdução da metodologia de

³⁶ Para maiores informações ver capítulo 1 desta dissertação.

educação entre pares conseguiram estabelecer estratégias de intervenção mais eficazes e vinculadas aos princípios da integridade humana e direitos humanos. Sobre esse aspecto tanto o relatório UNGASS de 2006 quanto o próprio Plano Nacional de DST/Aids brasileiro dão destaque ao papel da Sociedade Civil Organizada na construção e monitoramento das ações de promoção e prevenção ao HIV/Aids.

No que tange ao Plano Nacional de DST/Aids brasileiro, há duas seções que colocam em evidência a importância da participação social, a primeira tem por título *Articulação com Organizações Não-Governamentais* que visa o "fortalecimento das ONGs nas ações de prevenção à DST/Aids por meio de articulação política, técnica e financeira, preservando as características de colaboradores críticos da política de saúde, que se estabelece por meio de permanente interlocução" (Plano Nacional DST/ Aids, 1999, p. 23) e Comunicação social: informação, educação e comunicação (IEC) que estabelece como uma de suas estratégias o "estabelecimento de alianças na sociedade e mobilização de atores sociais, pares e/ou agentes multiplicadores, para a disseminação de informações acerca da prevenção às DST/HIV/aids e ao uso indevido de drogas, junto aos seus respectivos grupos/segmentos sociais" (Plano Nacional DST/ Aids, 1999, p. 29)

Quanto ao Relatório UNGASS (2006), há na seção 2.2 que trata do *Monitoramento do Cumprimento das Metas e dos Compromissos previstos na Declaração sobre HIV e Aids das Nações Unidas adotadas pelo Brasil* uma seção que aborda as Lideranças Sociais na luta contra a Aids. Nesta seção há a seguinte conclusão:

O próprio engajamento da sociedade civil brasileira no acompanhamento das metas na Declaração de Compromisso, que ora se discute, por meio de uma ação sistemática, demonstra o papel de liderança e de mobilização da mesma. O papel das ONGs continua a ser fundamental no trabalho com populações de difícil acesso e com setores marginalizados, somando-se à ação do Estado. Destacam-se entre os avanços: a reiterada luta da sociedade civil pelo cumprimento da garantia do acesso universal aos anti-retrovirais, a preservação de valores como dignidade, direitos humanos e solidariedade, a organização de formas de apoio a pessoas vivendo com HIV/aids. (RELATÓRIO UNGASS, 2006, p. 119)

Nesse sentido, a articulação entre Estado e Sociedade Civil foi e é um importante instrumento na construção de estratégias de prevenção e tratamento que mudaram o quadro epidemiológico brasileiro nos primeiros anos que se seguiram à instauração do Plano

Nacional. Todavia, ao longo dos anos que se seguiram a este relatório a articulação entre essas duas esferas sociais passou a enfrentar grandes desafios, dos quais tem grande destaque a dificuldade de financiamento de ações por parte do Estado para ONGs.

De acordo com Seffner & Parker (2016) essa dificuldade de financiamento soma-se a perda progressiva de autonomia das ONGs já observada na gestão de Lula, cuja causa está na integração de lideranças da sociedade civil à máquina estatal seja pela cooptação deliberada seja pela adesão voluntária. Em decorrência disso, as atividades de controle social desenvolvidas pelas ONGs bem como os projetos-pilotos passaram a sofrer com a perda de financiamento, levando as Organizações Não-Governamentais a serem vistas cada vez mais como executoras de ações pré-estabelecidas pelas políticas públicas e em apoio ao estado. Sendo assim, "as organizações da sociedade civil que não se abrigam nos programas de governo passam a ter cada vez mais dificuldades em sobreviver³⁷, enquanto aquelas que se integram à gestão governamental perdem autonomia de crítica e desaparece a postura de controle social" (SEFFNER & PARKER, 2016, p. 28)

3.2 REESTRUTURAÇÃO DO CAPITAL NA SAÚDE BRASILEIRA E SUA REPERCUSSÃO NA POLÍTICA ANTI-HIV

Antes de dar início à discussão sobre o neoconservadorismo na saúde e seus impactos na Política anti-HIV brasileira, torna-se imprescindível a compreensão macroeconômica do capital e seus mecanismos de dominação nos estados nacionais periféricos. De acordo com Iamamoto (2015) na atual fase capitalista, marcada pela financeirização e pelos juros, a desregulamentação de capitais e unificação do mercado mundial apoiada na mais completa heterogeneidade e desigualdade das economias nos permite vislumbrar o papel do Estado nesse processo e seus impactos nas políticas sociais. Isto porque o Estado tem papel chave na sustentação das relações sociais de produção.

Tendo por base o marxismo clássico, cabe ao Estado criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pela indústria; conter as manifestações das classes

³⁷Ver

<<http://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/03/cai-o-numero-de-ongs-de-apoio-pessoas-que-vivem-com-hiv.html>>

<<http://g1.globo.com/peernambuco/noticia/2014/12/ongs-que-atendem-soropositivos-pedem-socorro-para-manter-servicos.html>>

subalternas contra os processos de exploração da força de trabalho; e, garantir a difusão da ideologia das classes dominantes para o resto da sociedade. Com isso em mente, o capital vai exigir um Estado forte e capaz de resistir às oposições das minorias, mesmo que a nível mundial o mesmo encontre-se subordinado aos ditames de outros Estados Nacionais.

Para Mandel (1985) no capitalismo tardio o Estado passa a ter a função de administrador de crises por meio de políticas anticíclicas, ou seja, é o responsável por estabelecer políticas voltadas para a contenção das crises e manutenção dos processos de valorização e acumulação de capitais. Nesse sentido, "a hipertrofia e autonomia do Estado capitalista tardio são um corolário histórico das dificuldades crescentes de valorizar o capital e realizar a mais-valia de maneira regular" (MANDEL, 1985,p. 341). Como consequência, as políticas sociais perdem seu caráter de direito social e passam a ser políticas compensatórias, focalizadas e de transferência de renda.

Por buscar super lucros, o sistema capitalista ao submeter o Estado aos seus imperativos, especialmente na atual fase monopolista, está buscando novos espaços de investimentos lucrativos que podem ser tanto no âmbito dos serviços quanto no âmbito dos empréstimos a países estrangeiros, cujos impactos recaem sobre o fundo público dos países devedores. Segundo Oliveira (1998) este fundo composto de impostos e taxas recolhidas pelo Estado tem sido um importante veículo de obtenção de super lucros pelo capital. Portanto,

A concentração e centralização dos grandes bancos internacionais criam um mercado interbancário, por eles dominados. Sob a forma de um mercado "por atacado", passa a realizar empréstimos conjuntos aos países "em desenvolvimento". Como esclarece Chesnais (1999), a natureza dos créditos aos países de Terceiro Mundo surge de uma "convenção fictícia de liquidez", não havendo transferência de poupança que representasse sacrifício aos que concederam empréstimos. (IAMAMOTO, 2015, p. 117)

Como consequência,

O comitê dos credores impõe planos de escalonamento da dívida estatal e exigências de privatização e venda de empresas públicas, para converter títulos da dívida em títulos de propriedade entregue aos credores. Está aberto o caminho para a abolição de controles sobre fluxos de capitais, acompanhado de abertura do mercado de títulos públicos. A mobilidade permanente dos capitais em busca de maiores rendimentos expõe as economias nacionais, a elas sujeitas, aos impactos da especulação financeira. (IAMAMOTO, 2015, p. 117)

Desta forma, os recursos financeiros provenientes da produção, arrecadadas e centralizados pelos mecanismos fiscais do Estado tornam-se cativos das finanças, por meio

da dívida pública, paralisando o Estado e reduzindo ainda mais o seu papel frente às demandas das minorias. É neste momento que os *programas de ajustamento estrutural* impostos pelo FMI e Banco Mundial mostram a sua face destruidora, pois ao impor aos países devedores o "ré-escalonamento dos empréstimos condicionados para a aplicação de políticas econômicas favorecedoras da entrada de divisas necessária ao pagamento da dívida" (IAMAMOTO, 2015, p. 118) tais programas visam à maximização do fluxo líquido de capitais e a redução da massa salarial pública e das dispensas públicas em prol da não regulação de capitais, que tende a paralisar os países devedores.

Com isso em mente, estamos diante de uma racionalidade econômica em que seus efeitos têm sido bastante destrutivos para toda a sociedade, intensificando todas as formas de desigualdade e de exploração da força de trabalho. Estas somadas a atual dificuldade do sistema capitalista em deslocar as suas disfunções e torná-las difusas tem colocado em xeque a viabilidade desse sistema econômico. Sendo assim, Mészáros (2010) vem dizer que estamos diante de uma crise estrutural, cujos impactos afetam a totalidade do complexo social e sua novidade histórica torna-se manifesta em quatro aspectos principais, quais sejam: o seu caráter universal, em lugar de restrito a uma esfera particular; o seu alcance global em lugar de limitado a um conjunto particular de países como foram todas as principais crises no passado; a sua escala do tempo é extensa, contínua e permanente em lugar de limitada e cíclica como foram as crises anteriores do capital.

No Brasil, esse processo ganha configurações particulares não apenas por ser um país com uma economia remodelada pelos dinamismos das economias capitalistas centrais e do mercado capitalista mundial, mas também por apresentar um capitalismo selvagem e difícil, cuja viabilidade para Fernandes (2006) se decide, com frequência, por meios políticos e no terreno político. Segundo o autor isso se deve, dentre outros aspectos, a uma burguesia extremamente conservadora que articula o ideário liberal com um forte conservantismo no plano político. Além disso, contam com um forte suporte externo para modernizar as formas de socialização, cooperação, opressão e repressão os quais somados ao seu forte poder econômico, social e político torna "difícil deslocá-las politicamente através de pressões e conflitos mantidos 'dentro da ordem' e é quase impraticável usar o espaço político, assegurado pela ordem legal, para fazer explodir as contradições de classe" (FERNANDES, 2006, p. 298)

Em síntese, no caso brasileiro, a expansão monopolista 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 contra-revolucionário, 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. (IAMAMOTO, 2015, p. 132)

Desta forma, há um divórcio entre Estado e Sociedade Civil, tornando o Estado uma esfera autônoma em que as classes dominantes atuam para preservar a ordem, evitando a qualquer custo a ruptura com o passado e preservando antigas formas de exploração de trabalho como também a dependência ampliada do país ao capital internacional. Vale destacar que a não ruptura com o passado levou o país a preservar interesses atinentes à propriedade fundiária apesar da modernização capitalista.

Apesar da cooptação do Estado pelas classes dominantes e a busca pela manutenção de velhas formas de relações sociais no Brasil, as ações da sociedade civil organizada continuaram existindo, às vezes com maior mobilização pública, outras vezes não. Graças a essas ações as Políticas Sociais passaram a existir nas primeiras décadas do século XX, num primeiro momento com forte teor assistencialista e moralizante, mas após as intensas lutas sociais presentes no período de redemocratização brasileira na década de 1980 e que culminaram na promulgação da Constituição de 1988, conseguiram adquirir o status de direito social. De acordo com Barroco (2005) o perfil assistencialista e moralizante das políticas sociais nas primeiras décadas do século XX acabava por individualizar os problemas sociais ao mesmo tempo em que buscava resolvê-los por meio de resoluções moralizantes que responsabilizavam as classes subalternas pela sua condição de vulnerabilidade. Para a autora, isto acabava por fragmentar a totalidade social em instâncias abstratas, desvinculando-a das relações de poder, de classe e de trabalho.

Muito embora esse direcionamento tenha sido superado ao longo dos anos, ainda hoje, estão presentes aspectos político-econômicos que visam subverter o seu caráter de direito social para um caráter assistencialista e focalista. Um exemplo disso é o subfinanciamento da Saúde em prol de um mercado de planos de saúde, tornando o Sistema Único de Saúde uma política pública para pobres. Sobre esse aspecto Soares (2010) vem afirmar que esta

tendência é observada em todas as políticas que compõem a Seguridade Social no Brasil e que na saúde a mesma tem sido fortalecida pelas orientações do Banco Mundial o qual vem ganhando " cada vez mais espaço no campo da saúde, tornando-se um grande articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxas nos serviços" (SOARES, 2010, p 45).

Como é possível notar, essa realidade vai de encontro aos princípios estabelecidos na Constituição Federal em que a Seguridade Social, sobretudo a saúde, se configura como um direito do cidadão sendo o Estado o responsável em promovê-la. Além disso, põe em destaque os impactos da reestruturação produtiva sobre o Estado, tendo em vista que foi por meio dela que o mesmo adquiriu novos direcionamentos e passou a tomar medidas bastante regressivas aos direitos sociais já conquistados. Para Soares (2010) essa contrarreforma do Estado está fundamentada na racionalidade do capitalismo contemporâneo o qual "traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos e que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise" (SOARES, 2010, p. 40). Segundo a mesma, a racionalidade instrumental burguesa incorpora o conteúdo do ideário neoliberal, do pragmatismo, do consumismo e do imediatismo que "historicamente sempre estiveram presentes sob formações diversas na ciência e na cultura burguesa, principalmente após 1848" (Idem).

Hoje, mediante a atual crise econômica, a contrarreforma do Estado encontra-se vinculada a uma série de estratégias que visam superar e enfrentar os limites do próprio sistema econômico, cuja dinâmica, segundo Mészáros (2010), já dá indícios de que estamos diante dos limites últimos dessa estrutura global que é o capitalismo. Dentre as estratégias utilizadas estão: 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.

Também é importante frisar que essas estratégias contribuem para a sustentação do Neoliberalismo, que para Harvey (2008) vai surgir como um potencial antídoto para ameaças à ordem social capitalista e como solução para as mazelas do capitalismo ao mesmo tempo em que foi, desde o início, um projeto voltado para restaurar o poder de classe. Desta forma para o autor, a neoliberalização –termo usado pelo mesmo para tratar do processo de expansão desse projeto econômico para todo o globo– está atrelada a um *projeto utópico* que

visa realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional e um *projeto político* de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de reestruturação do poder das elites.

Para Harvey (2008) o desenvolvimento geográfico desigual do Neoliberalismo com aplicações frequentemente parciais e assimétricas de Estado para Estado e de formação social para formação social atesta o caráter não-elaborado das soluções neoliberais e as complexas maneiras pelas quais forças políticas, tradições históricas e arranjos institucionais existentes moldaram em conjunto o porque e como o processo de neoliberalização de fato ocorreu. Sendo assim, é possível identificar semelhanças e diferenças na implementação das chamadas "políticas de ajuste estrutural" na América Latina as quais assumem diferentes formas e graus de intensidade a depender da configuração política, econômica e social de cada país. No que diz respeito ao Brasil,

a política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (CHAUÍ, 2000, p. 94)

No que diz respeito ao mercado privado de saúde, Derengowski (2004 apud Soares, 2010, p. 42) vem dizer que esse mercado conta com 48 milhões de beneficiários de seguros e planos privados de saúde, investindo 40 bilhões de reais/ano. Quanto à cobertura populacional, a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos de autogestão e as seguradoras são as que mais se destacam, apresentando respectivamente os seguintes valores: 42,2% da população coberta, 24,4% da população coberta, 22% da população coberta e 12% da população coberta.

Segundo o autor, apesar das seguradoras estarem em menor número no mercado, elas concentram um maior número de recursos de planos privados de saúde isto porque elas lideram os valores dos prêmios (mensalidades), abocanhando um valor de 5,6 bilhões de reais. Sobre essa realidade, Soares(2010) vem afirmar que:

Independente da grande fatia das seguradoras no mercado de saúde, as demais modalidades de prestadoras também movimentam um grande volume de recursos, sem mencionar na indústria de equipamentos e medicamentos e nos grandes hospitais, que alimentam, numa perspectiva de unidade, o capital portador de juros. Um elemento concreto desta relação é o fato de que quase a totalidade desses recursos é movimentada via transações bancárias, dando conta de que o investimento nos serviços de saúde tem sido uma área importante de ampliação da lucratividade do capital. (SOARES, 2010, p. 42)

Dentro dessa perspectiva de lucratividade do capital pela via de investimentos na saúde, torna-se imprescindível evidenciar que o aparato político-ideológico que sustenta e naturaliza esse processo estabelece que a saúde como área não exclusiva do Estado, pois segundo essa ótica a saúde é uma "área competitiva que pode ser controlada não apenas pela administração pública gerencial, mas também, e principalmente, pelo controle social e da constituição de quase-mercados" (BRESSER, 1998, p.99).

Para Bresser (1998), principal defensor dessa ótica, as atividades exclusivas do Estado são aquelas que devem naturalmente permanecer dentro do Estado, sendo elas : regulamentar atividades econômicas, fiscalizar o cumprimento das leis, poder de impor a justiça, poder de manter a ordem, defender o país, representar o país no exterior, poder de policiar e arrecadar impostos. Além disso, são monopolistas por não permitirem a concorrência.

Nesses termos, não há razão para que tais atividades permaneçam dentro do Estado e sejam monopólio estatal. Mas também não se justifica que sejam privadas- ou seja, voltadas para o lucro é o consumo privado-, uma vez que são, frequentemente, atividades fortemente subsidiadas pelo Estado, além de contarem com doações voluntárias da sociedade. Por isso, a reforma do Estado nessa área não implica privatização mas "publicização"- ou seja, transferência para o setor público não-estatal. (BRESSER, 1998, p. 99)

Diante disso, o termo "publicização" acaba por ocultar a real natureza desse processo e legitima o discurso de crise fiscal do Estado e de seu enxugamento. Além disso, esse termo tende a mistificar o que é público e o que é privado, criando um novo conceito que aliena e distorce as relações sociais de produção existentes no sistema capitalista, pois descaracteriza o papel que a propriedade privada possui nesse sistema econômico. Como defesa a essa lógica distorcida que legitima a "publicização", o autor justifica dizendo:

Comumente só se faz referência a duas formas de propriedade: a propriedade pública, vista como sinônima de estatal, e a propriedade privada. Tal simplificação, que tem uma de suas origens no caráter dual do Direito-ou temos direito público ou privado-, leva as pessoas a se referirem às entidades de caráter essencialmente público, sem fins lucrativos, como

"privadas". Entretanto, se definirmos como público aquilo que está voltado para o interesse geral, e como privado aquilo que é voltado para o interesse dos indivíduos e suas famílias, está claro que o público não pode ser limitado ao estatal, e que fundações e associações sem fins lucrativos e não voltadas para a defesa de interesses corporativos, mas para o interesse geral, não podem, ser consideradas privadas: são organizações públicas não-estatais, fazem parte do terceiro setor, ou são " organizações sem proprietários"(nonowned), na expressão de Mintzberg (1996). (BRESSER, 1998, p. 99)

Com a Reforma Administrativa do Estado, a partir da década de 1990, esse ideário acabou por auxiliar os desmontes que se seguiram nas políticas sociais os quais somados ao receituário neoliberal e às reformas estruturais do Estado deram subsídio para "uma 'americanização' da seguridade social com o propósito de abrir o campo dos serviços sociais para os investimentos privados, ampliando o âmbito da acumulação". (IAMAMOTO, 2015, p. 149)

Mesmo com a implementação da proposta de "publicização" somada a privatização seletiva dos serviços sociais, o Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) , principal governo a implantar estas ações, não conseguiu criar condições que permitissem impedir a dívida pública -fruto da venda de títulos do tesouro nacional com altos juros e empréstimos a bancos internacionais- bem como os custos de sua rolagem, evidenciando a armadilha econômica que são essas medidas. A fim de exemplificar essa realidade, segundo a seção econômica do Jornal o Globo, publicado no dia 20/10/2002 o perfil do endividamento brasileiro era: o Brasil gastava cerca de 7% do Produto Interno Bruto só com juros e encargos da dívida pública, o que anualmente correspondia a um valor de 100 bilhões de reais. Esse valor chegou a mais que triplicar nos anos que se seguiram à reforma do Estado, saindo dos 53% do PIB em 2001 para 62% do PIB em 2003. Ou seja, o governo cortava gastos com políticas sociais e mesmo assim a dívida crescia.

Sobre essa situação Benjamim (2002) informa que ao se comparar o orçamento da União de 2001 com o valor da dívida brasileira do mesmo ano que correspondia a um total de R\$ 685 bilhões, o dinheiro previsto para a saúde equivaleria a 75 dias dos gastos com a dívida (R\$ 28,5 bilhões); a educação equivaleria a 47 dias (18,6 bilhões); o da erradicação da miséria equivaleria a 8 dias (3,2 bilhões); a ciência e tecnologia equivaleria a 6 dias da dívida (R\$ 2,5 bilhões); e ao Ministério da Cultura coube o equivalente a 21 horas (0,34 bilhão). Quanto à arrecadação com a venda das empresas públicas, Biondi (2000) afirma que a

arrecadação chegou a 85,2 bilhões, todavia, os gastos do governo continuaram altas, chegando a 87,6 bilhões. Ou seja, o governo vendeu empresas e patrimônios públicos a empresas privadas e sofreu um prejuízo líquido de mais ou menos 2,6 bilhões de reais. Em meio a essa loucura orçamentária do país, houve a intensificação das desigualdades sociais existentes, levando a "questão social" a assumir proporções inimagináveis.

Diante disso tudo, não é de se surpreender que o sucateamento sistemático da saúde seja algo programático e intencional, apresentando características particulares que reforçam o velho discurso da "dívida fiscal do Estado" e negam o caráter universal e gratuito dessa política. Além disso, conseguem inserir dentro dela formas diferenciadas de supervalorização do capital que vão desde o incentivo ao mercado privado de saúde à indústria farmacêutica. Para Soares (2010) as particularidades dessa contrarreforma na saúde podem ser vistas como um processo não explícito, cujas ações atingem o interior da política através da incorporação paulatina de novos modelos e instrumentos de gestão e do subfinanciamento crônico; a ampliação precarizada, fragmentada é restrita do sistema de saúde; refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do projeto de reforma sanitária; e transformismo de muitas lideranças do movimento de Reforma Sanitária que passam a ser defensores e formuladores da contrarreforma.

Mediante essas coisas, é possível compreender e analisar os impactos desse processo na Política anti-HIV brasileira, especialmente no pós anos 1990 quando as ações de prevenção passam a adquirir novos direcionamentos em paralelo à incorporação de novas tecnologias de tratamento ao HIV/Aids. Vale ressaltar que essas particularidades ganham novas tonalidades em decorrência do perfil epidemiológico presente em cada região do Brasil como também em virtude dos recursos destinados a cada município e estados para a gestão das ações em saúde, entretanto, de modo geral é possível identificar aspectos comuns que interferem significativamente nos direcionamentos dessa política.

Dentre esses aspectos estão a participação de clínicas privadas na realização de testes de detecção de HIV; o fortalecimento da indústria farmacêutica juntamente com o complexo industrial da saúde; a diminuição dos espaços de participação social na política; a introdução do "direito de mercado" e a retirada dos direitos humanos no âmbito do tratamento; e o fortalecimento do conservadorismo.

Por trás da participação de clínicas privadas³⁸ no diagnóstico do HIV/Aids, está a subversão do conceito de descentralização na saúde, isto porque passou a se pensar que " a única maneira possível de se construir uma rede descentralizada de serviços públicos seria reorganizada segundo a lógica de mercado. Abrindo a concorrência, instituindo-se formas abertas de captação de recursos [...]" (WAGNER, 2006, p. 418). Desta forma, foi possível consolidar um amplo mercado de saúde que tem forte atuação nas diferentes esferas de governo e pouco comprometido com os direitos sociais daqueles que adentram os seus serviços. Nesse sentido, um portador de HIV que busca realizar o teste de detecção do vírus nesse tipo de unidade de saúde, além de pagar para a realização do mesmo, pode se deparar também com abordagens discriminatórias e com profissionais despreparados no atendimento de suas demandas.

De acordo com Silva et al (2011) essas abordagens discriminatórias tem suas bases nas crenças e julgamentos dos profissionais que, muitas vezes, tem receio de se contaminar e acabam por reproduzir preconceitos existentes na sociedade acerca do HIV/Aids. Para Formozo & Oliveira (2010 apud Silva et al, 2011, p. 199) o fato de os profissionais de saúde serem partes integrantes da sociedade ocasionam que estes tragam consigo muitas dessas representações. Desta forma, " tanto o estigma quanto a discriminação e outras violações de direitos humanos associados ao HIV/Aids podem ter suas origens em políticas governamentais, em instituições privadas, comunidades e nas famílias das pessoas afetadas" (PARKER & AGGLETON, 2003, p. 25), sendo os mais frequentemente violados o "direito ao emprego/trabalho, ao casamento, à liberdade de ir e vir, à informação, à privacidade, à herança e o direito ao não-tratamento cruel e degradante" (MALUWA ET AL, 2002, p. 40).

Em paralelo a essa realidade, ocorre a diminuição dos espaços de controle social (fóruns, conselhos municipais de saúde, conferências, etc.), substituindo o diálogo e a participação social pela opacidade e pelo diálogo entre Estado e setores privados da saúde e fazendo com que a "prevalência dos direitos humanos na formulação e na execução de políticas públicas perca espaço para pacotes de serviços baseados num discurso meramente tecnicista e biomedicalizante nas ações de combate à epidemia."(CARVALHO ET AL, 2016, p. 51). É nessa inversão perigosa que os pacientes perdem seus direitos sociais

³⁸ Ver PORTARIA Nº 151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009 que trata do diagnóstico e teste rápido para HIV e PORTARIA Nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013 que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.

enquanto o setor privado fortalece sua atuação, pondo em risco as conquistas já alcançadas pelo Movimento Aids brasileiro. Além disso, a adoção de "fortalecimento do complexo industrial da saúde" trouxe como consequência a falta de transparência sobre os 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 e decisões 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 empresariais³⁹.

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.

Um exemplo concreto disto é o caso do ARV dolutegravir, cuja incorporação foi inicialmente rejeitada e, após consulta pública com ampla participação da sociedade civil e profissionais da saúde, foi recomendada apenas para a terceira linha de tratamento, enquanto outros países já o adotam em primeira linha, e apenas caso haja redução do preço⁴⁰. Essa postura é diametralmente oposta àquela assumida no início dos anos 2000, quando se incorporaram medicamentos e se perseguiram a universalidade e a integralidade mediante a utilização de várias ferramentas e estratégias para a redução do preço. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 50)

E acrescenta que,

As resistências e as reticências do Ministério da Saúde e de alguns aliados, entre eles profissionais de saúde e gestores mais conservadores, em enfrentar a questão da incorporação de novos medicamentos, principalmente para a primeira opção, têm sido uma ameaça à retenção, a médio e longo prazos, das pessoas vivendo com HIV no tratamento e nos serviços de saúde. Por outro lado, o conservadorismo do Brasil também nesse campo pode aprofundar a desigualdade crescente entre os países capazes de acessar as novas e mais benéficas combinações de

³⁹Ver<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/581-sets-e-raiz/deciis/12-deciis/12076-grupo-executivo-do-complexo-industrial-da-saude-gecis>>

⁴⁰ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n. 63, de 28 de outubro de 2015.

antirretrovirais e aqueles que estarão condenados às combinações mais antigas e ao padecimento dos agravos clínicos, sociais e econômicos trazidos pelos efeitos colaterais das medicações. Após tantos anos de luta, é inaceitável para toda a comunidade internacional envolvida com o HIV que o retrocesso e a desigualdade no acesso aos ARVs entre os países continuem ameaçando a vida e o tratamento com qualidade das pessoas com HIV. (CARVALHO ET AL, 2016, p. 51)

Isso somado à atual crise econômica mundial acabou por fortalecer estratégias que afetaram negativamente o orçamento de programas de combate à Aids, especialmente aqueles vinculados aos direitos humanos, ao mesmo tempo em que deram força a um conservadorismo que passou a bloquear ações e projetos de leis que respeitavam a dignidade humana e consideravam as particularidades das populações mais vulneráveis ao HIV/Aids. Vale lembrar que esse conservadorismo ganha força após a crise política decorrente da reeleição de Dilma Rousseff, cujos impactos levaram o governo eleito a buscar apoio político a qualquer preço no Congresso Nacional. Dentre os principais atores que compõem essa ofensiva conservadora estão as igrejas de religião neopentecostal.

Em completa sintonia com esta situação está a adoção de uma estratégia de enfrentamento da epidemia que considera todos os indivíduos como idênticos e a situação social brasileira como homogênea, pois enfatiza o aspecto biomédico da doença em detrimento dos elementos de ordem política, cultural e econômica que situam o Brasil como um país de enorme desigualdade. [...] ao se prescrever uma modalidade de tratamento-padrão para todos, trabalha-se com a noção de que é possível que todos fiquem confortáveis em uma roupa de “tamanho único”, o que nos parece ser impossível. (SEFFNER& PARKER, 2016, p. 29)

Com isso, há um evidente desperdício da acumulada experiência de luta contra a AIDS no país, em particular na conjugação de responder à epidemia e aprofundar o regime democrático, garantia do combate à discriminação, aos processos de exclusão, ao estigma e à violência social.

3.3 DA ESTABILIZAÇÃO À REEMERGÊNCIA: algumas considerações acerca dos dados epidemiológicos brasileiros

Ao longo dos mais de 20 anos de enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil, é possível identificar mudanças significativas nas ações de combate a esse agravo, as quais foram construídas em respostas às lutas do Movimento Aids, forte influência dos Direitos Humanos. Esta influência contribuiu para a formulação de pautas e de reivindicações que impulsionaram a consolidação de uma resposta de enfrentamento capaz de atender de forma indiscriminada as populações mais vulneráveis ao vírus HIV, respeitando as particularidades e especificidades de cada uma delas. Todavia, mediante a ofensiva neoliberal nos anos de 1990 e seus desdobramentos ao longo dos anos 2000, apesar da consolidação de um programa de governo neodesenvolvimentista, as Políticas que compõem a Seguridade Social passaram a sofrer com inflexões orçamentárias que dificultaram a garantia dos direitos da população por elas atendidas. Como consequência, os serviços ofertados pela Política de Saúde brasileira vêm apresentando características que fogem dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei 8080/1990 bem como dos valores da Reforma Sanitária.

Mediante esse cenário, as ações de enfrentamento ao HIV/Aids pautadas nos Direitos humanos e promoção da saúde passaram a dar lugar a novas abordagens que têm como carro chefe ações biomédicas, criando uma cisão entre conhecimento científico e conhecimento social. Desta forma, apesar dos efeitos positivos das estratégias biomédicas de combate à epidemia de Aids, a desvinculação desses dois conhecimentos contribui para um controle superficial da epidemia, tendo em vista que as particularidades das populações infectadas passam a ser desconsideradas em prol da homogeneização das abordagens as quais não garantem a inserção dessa população nos serviços de saúde, muito menos a continuidade do tratamento.

Desta forma, o debate sobre as tendências da epidemia de HIV/Aids no Brasil vem suscitando fortes debates acerca dos impactos das ações preventivas e do tratamento antirretroviral. De acordo com Grangeiro (2016) a tendência de crescimento da epidemia já vinha sendo observada no número de novos casos de infecção pelo HIV pela comunidade científica, especialmente pela Fundação Oswaldo Cruz. Tendo por base o estudo realizado por Szwacwal et al (2015)⁴¹ cujo objetivo foi obter uma estimativa acerca da incidência de

⁴¹Szwacwal et al. (2015) Estimation of the Incidence and of the Number of People Living with HIV/Aids in Brazil, 2012. J AIDS Clin. Res. n. 6, p. 430. Doi: 10.4172/2155-6113.1000430.

HIV ao longo dos anos, a partir da contagem de CD4 de indivíduos infectados com idade igual ou superior a 15 anos e que iniciaram o tratamento antirretroviral, é possível identificar que a taxa de incidência de HIV no Brasil vem apresentando aumento, saindo de 23,5 casos para 100 mil hab em 1998 para 23,6 em 2002 depois para 24,3 em 2010 e 24,5 em 2012. Entre os anos de 2002 e 2012 a média de novas infecções por HIV chegou a 48 mil infecções por ano.

Em contrapartida, no que diz respeito à epidemia de Aids, o Boletim Epidemiológico de 2016 aponta para outra direção ao afirmar que a taxa de detecção de aids no Brasil vem apresentando uma estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos para cada 100 mil habitantes. Vale destacar que essa estabilização é reflexo da estabilização da taxa na região Centro-Oeste a qual vem apresentando uma média de 18,5 casos para 100 mil habitantes e uma queda na taxa de detecção na região Sudeste (de 23,5 casos em 2006 passou para 18 casos em 2015) e na região Sul (de 30,1 casos em 2006 passou para 27,9 em 2015). Logo, essa redução no número de casos, especialmente no Sudeste, que corresponde a 53% do total de casos nacionais, acaba por influenciar o resultado nacional, escondendo realidades mais críticas nas outras regiões nacionais.

Desta forma, a distribuição de casos de aids entre as regiões do país, identificados entre 1980 a junho 2016, revela uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,0% e 20,1% do total de casos, ao passo que nas regiões Norte e Nordeste a tendência é de um crescimento linear da taxa de detecção, correspondendo respectivamente a 14,9 e 11,2 casos por 100 mil habitantes em 2006 e em 2016 com taxas de 24 e 15,3 casos/100 mil hab, respectivamente.

Diante desses dados, fica evidente que as particularidades regionais, 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. Desta forma, apesar da "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. Além disso, somando-as ao preconceito, estigma e às violações de direito da população soropositiva em meio à reestruturação produtiva do capital tem dado margem para a naturalização de receituários internacionais de combate à Aids que homogeneizam as estratégias de

enfrentamento e desconsideram as particularidades de cada uma dessas regiões.

Quanto às especificidades dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids, a homogeneização das estratégias de enfrentamento se mostra ainda mais ineficaz, isto porque tende a fortalecer o conservadorismo e a moralização da epidemia no momento em que legitima intervenções técnico-operativas apartadas de uma visão integral dos grupos mais vulneráveis (profissionais do sexo, travestis, transexuais, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, etc.). Nesse sentido, "o debate sobre as tendências da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tem suscitado controvérsias e mostrado diferentes visões sobre o impacto das ações preventivas e do acesso universal aos antirretrovirais" (GRANGEIRO, 2016, p. 18)

Para Grangeiro (2016) boa parte dessas controvérsias advém das diferentes formas de analisar um mesmo conjunto de dados e da insuficiência de pesquisas e de informações de vigilância epidemiológica que permitam aprofundar o conhecimento da dinâmica do HIV no país. Desta forma, vê-se de um lado divulgações oficiais⁴² que noticiam que as taxas de incidência de Aids no Brasil atingiram patamares, pela primeira vez nos últimos sete anos, o contingente de 20 casos de infecções para cada 100 mil habitantes. Enquanto, de outro lado, "há alertas de parte da comunidade científica, ativistas e gestores locais de saúde pública quanto à magnitude que a epidemia de HIV/Aids no Brasil atingiu em anos recentes seu patamar mais elevado"(idem), sendo acompanhado por uma dificuldade em estabilizar a epidemia nas novas gerações, um contingente expressivo de pessoas que desconhecem seu status sorológico, taxas de prevalência de HIV acima dos 5% em algumas regiões do país e com alto grau de urbanização, aumento no número de diagnósticos tardios e perda de continuidade no tratamento antirretroviral.

No que tange aos dados oficiais, as mesmas deixaram de mostrar um importante aspecto qual seja: a vigilância epidemiológica de Aids no Brasil é relativamente complexa, registrando casos a partir de quatro sistemas nacionais de informação. Logo, "isto faz com que, segundo estimativas conservadoras, mais de 10% dos casos aparecem nas estatísticas somente após um ano de seu diagnóstico"(GRANGEIRO, 2016, p. 19). Sendo assim, "a simples correção desse atraso no registro é suficiente para que as taxas de incidência de Aids

⁴² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST Aids e Hepatites Virais. (2015). Boletim epidemiológico -Aids e DST. Vol 1. Ano IV. Brasília: Ministério da Saúde.

em 2013 e 2014 estejam entre as mais altas conhecidas desde 1980, revertendo discretamente a tendência de redução oficialmente anunciada"(idem).

Quando o assunto é razão de sexos por região, a subnotificação também é evidente, em apenas um ano a razão de sexos por região apresentou mudanças significativas. De 2014 a 2015 a razão de sexos na região Norte e Nordeste saiu de 1,9 em 2014 para 2,1 em 2015 um salto significativo em pouco mais de 12 meses de levantamento epidemiológico na região. Quanto às demais regiões o aumento da taxa também é verificável: Centro-Oeste e Sudeste de 2,2 em 2014 passou para 2,3 em 2015 e Sul de 1,6 em 2014 passou para 1,7 em 2015. Vale destacar que a razão de sexos é dada pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres.

Tal salto evidencia também que a subnotificação dos casos ainda é uma problemática, visto que algumas das variáveis que compõem os dados epidemiológicos são exclusivas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) como, por exemplo, escolaridade e raça e muitas vezes “apresentam um elevado percentual de registros ignorados, como se pode verificar na análise da categoria de exposição nos casos de aids, segundo a qual, entre homens, essa informação é ignorada em 18,8% dos casos” (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016, p.5) . Como consequência,

A subnotificação de casos no Sinan traz importantes implicações para a resposta ao HIV/aids, posto que permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, entre outros. Além disso, a ausência de registro pode refletir-se na programação orçamentária do Poder Público, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos.(idem)

Ainda de acordo com o documento, do total de casos registrados em 2015 (39.113 casos), 56,3% são oriundos do Sinan, 7,4% do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e 36,3% do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) com o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Considerando a série histórica de 2000 a 2016 com um total de 634.501 casos registrados, 70,3% vinham do Sinan. Graças à Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016 o HIV e a Aids passaram a fazer parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças.

Outros indicadores contraditórios são vistos ao se analisar as ações de cuidado às pessoas vivendo com HIV. As iniciativas do Ministério da Saúde para universalizar o

diagnóstico e tratar todas as pessoas infectadas pelo vírus têm possibilitado um aumento no número de testes anti-HIV no sistema público de saúde, o que pode ser evidenciado nos dados do DATASUS, considerando testes Elisa⁴³ e rápido, os quais apontam para um aumento no contingente de pessoas que realizaram o teste nos anos 2010 (19,3%) e no aumento de 59% no número de pessoas que iniciaram o tratamento no mesmo período, ou seja, aproximadamente 400 mil pessoas, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2015. Por outro lado, têm sido evidenciados alguns pontos frágeis da resposta brasileira, "tendo em vista que os esforços para universalizar a testagem no país não se refletiram, na mesma proporção, em um aumento no número de pessoas que iniciam o tratamento nos serviços de saúde"(idem). Desta forma,

Testa-se mais, mas não cresce da mesma forma o número de pessoas soropositivas identificadas. Este fato faz supor, ainda que o aumento do número de pessoas que iniciaram o uso dos antirretrovirais está mais associado às mudanças do critério de início do tratamento do que ao aumento do diagnóstico e à maior inclusão de pessoas infectadas nos serviços de saúde. (GRANGEIRO, 2016, p. 22)

Cabe lembrar que,

[...] parte importante dos diagnósticos feitos e o início da terapia antirretroviral tem sido tardios. Entre 2011 e 2014, cerca de 20 a 22 mil pessoas iniciaram anualmente a terapia antirretroviral com contagem de células CD4 inferior a 350/mm³. Estima-se também que 12,5% das pessoas que iniciaram tardiamente o tratamento no Brasil demoraram mais de um ano para chegar ao serviço de saúde após o diagnóstico. (GRANGEIRO, 2016, p. 22)

Nesse sentido, dos 734 mil de brasileiros infectados pelo HIV até 2014⁴⁴, apenas 335 mil deram início ao tratamento antirretroviral ao passo que a vinculação dessa população ao serviço de saúde chegou a 537 mil, sendo retidos 448 mil de soropositivos. Ou seja, o número de pessoas que iniciaram o tratamento ainda é menor se comparado ao número total de infecções bem como ao número de pessoas que adentraram os serviços de saúde e permaneceram retidos.

Quanto à taxa de mortalidade por Aids no país, as variações na taxa, embora tênues, demonstram que a morte por Aids no Brasil ainda é um fenômeno presente e que, de certa

⁴³É um teste para diagnóstico da infecção por HIV e baseia-se em reações antígeno-anticorpo detectáveis por meio de reações enzimáticas (teste imunoenzimático).

⁴⁴ Boletim epidemiológico 2014

forma, permanece enquanto um problema social. Segundo o Boletim Epidemiológico (2016), nos últimos 5 anos da epidemia, as regiões Norte e o Nordeste registraram um aumento na taxa padronizada, saindo de 5,8 em 2011 para 7,3 em 2015 (Norte) e de 3,9 em 2011 para 4,6 em 2015 (Nordeste). Dentre as outras regiões o Centro-Oeste foi a que apresentou aumento, saindo de 4,4 em 2011 para 4,9 em 2015. Em 2015, as 12.298 mortes por aids significaram 375,8 mil anos potenciais de vida perdidos, considerando que a expectativa de vida no Brasil chega em média a 75 anos⁴⁵.

Diante disso, fica claro que estamos diante de um novo momento na história da epidemia de HIV/Aids no Brasil, cujos os indícios de sucesso apresentados pelo Ministério da Saúde são permeados por elementos que apontam para uma reemergência da epidemia que pode atingir patamares mais elevados do que os observados em anos anteriores. Vale destacar que esta nova tendência acontece apesar do tratamento antirretroviral universal e gratuito, evidenciando que apenas a introdução de novas tecnologias biomédicas de prevenção e tratamento do HIV/Aids não são garantias para ao controle das infecções e para tratamento.

⁴⁵ Censo Demográfico de 2010

4 A SAÍDA É PELA DIREITA?

4.1 PREVENÇÃO COMBINADA OU TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO? OS CAMINHOS CONTROVERSOS PARA O COMBATE DA INFECÇÃO POR HIV/AIDS NO BRASIL

Tendo por base os capítulos anteriores, fica claro que as ações de prevenção e combate ao HIV/Aids no Brasil suscitam reflexões acerca das suas particularidades em meio à reestruturação produtiva e a relação entre Estado e Sociedade Civil. Diante disso, ao se perceber os novos direcionamentos adotados pelo Brasil para o enfrentamento deste agravo bem como a influência do cenário político-econômico nacional e internacional sobre os mesmos, leva-nos a compreender que existe uma lógica político-econômica determinada, cujos direcionamentos conseguem imprimir na Política Nacional de DST/Aids novas características que homogeniza as intervenções nas populações chaves ao mesmo tempo em que tende a reduzir a prevenção para o âmbito do tratamento. Portanto,

a construção da resposta brasileira à AIDS vive hoje de se alimentar de um passado de glórias – mas que não é instrumentalizado para dialogar com as demandas do presente – e da ilusão de uma eliminação próxima da AIDS entre nós, em função da estratégia de testar e tratar. No limite isto nos levaria a reduzir a carga viral da sociedade próxima do zero – mas essa estratégia implica tratar todos como idênticos, na figura do tamanho único, desconhecendo os marcadores da diferença que apontamos acima⁴⁶, e que continuamente produzem situações de desigualdade, com os agravos de saúde dali decorrentes. (SEFFNER & PARKER, 2016,p.)

Com isso em mente, as experiências passadas do Brasil no combate ao HIV/Aids as quais foram marcadas por respostas originais, socialmente inclusivas e, de certa forma, originais vêm perdendo força em prol de uma abordagem medicalizante a qual acaba por criar a falsa idéia de que os determinantes sociais e neles as desigualdades sociais, homofobia e violência de gênero que tanto influenciam os índices epidemiológicos brasileiros, podem ser superados a partir de um tecnologia biomédica capaz de eliminar o vírus HIV. Diante disso, " apesar das mudanças apontadas no enfrentamento ao HIV/Aids e a sua importância, as mesmas não têm sido efetivas na mudança no conjunto de valores simbólicos com os quais a população lida com a epidemia"(idem).

⁴⁶ O autor aponta como marcadores da diferença os seguintes aspectos: a não repartição de poder entre homens e mulheres, diferenças de escolaridade, racismo, pobreza, etc.

Sobre esses aspectos a Doutora Simone Monteiro⁴⁷ em entrevista ao Jornal do Comércio do Rio Grande do Sul em 11 de janeiro de 2017⁴⁸ reitera que a forma como o indivíduo enxerga o estigma vai determinar diversos aspectos comportamentais do mesmo, afetando significativamente a adesão ao tratamento antirretroviral quanto a busca pelo teste rápido. Isto acaba por incidir sobre os índices de infecção por HIV quanto na taxa de detecção de Aids no país. Para a pesquisadora, a adesão ao tratamento antirretroviral não é algo tão simples assim, envolvendo não apenas os efeitos colaterais do tratamento, mas também o preconceito e a discriminação sofrida por aqueles que são diagnosticados com o vírus HIV. Desta forma, torna-se preciso conjugar a questão do tratamento a uma série de outras ações no campo da prevenção, envolvendo não só o uso do preservativo mas também campanhas e o enfrentamento das desigualdades.

Contudo, diante dos cortes no orçamento da saúde a tendência à medicalização da população soropositiva se mostra como a alternativa mais favorável, retirando de cena a importância da atenção integral do sujeito e a complexidade sociocultural em que o mesmo está inserido e cujos impactos na saúde são reconhecidos pelo Organização Mundial de Saúde (OMS). Como consequência, a abordagem da Prevenção Combinada, entendida como a "conjunção de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais"(WHO, 2014) adotadas pelo Brasil na gestão de Fábio Mesquita e divulgada a partir da campanha "*Aids, escolha sua forma de prevenção*" em Dezembro de 2016 enfrentará grandes desafios para a sua implementação, sendo um deles o fortalecimento das ações biomédicas em detrimento das intervenções comportamentais e estruturais, mencionadas anteriormente.

Vale destacar que, as intervenções comportamentais são permeadas por discussões no âmbito dos direitos, visto que a sexualidade e a sua manifestação são esferas que devem ser discutidas sob à luz da diversidade e igualdade de direitos. Por muito tempo, se vinculou a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis à existência de "comportamentos saudáveis", sendo estes permeados por valores morais e cristãos. Ou seja, uma política de conservadorismo sexual. Todavia, com a divulgação e reconhecimento dos Direitos

⁴⁷ Pesquisadora em Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) da Fiocruz e membro permanente da Pós-graduação em Saúde Pública/ENSP e da PG Ensino em Biociencias e Saúde/IOC.

⁴⁸ Para mais informações ver : <

http://jcrs.uol.com.br/_conteudo/2017/01/geral/540906-estigma-provoca-aumento-de-casos-de-aids-no-brasil.html>

Humanos, aspectos referentes à sexualidade e gênero passaram a ganhar conotações que fogem das visões conservadoras e moralistas acerca deles.

Apesar desse salto qualitativo, os debates sobre o sexualidade ainda são permeados por tabus os quais somados ao avanço do conservadorismo no cenário político brasileiro têm "impactado negativamente as políticas públicas de vários campos 'moralmente sensíveis', como saúde e direitos reprodutivos, HIV e Aids e educação em sexualidade"(Correa, 2016, p. 14) Dessa forma, discutir e implementar ações de prevenção respeitando a diversidade e a integridade humana nos cânones dos direitos humanos vem se conformando como um grande desafio para a Prevenção Combinada.

De acordo com site do Departamento de DST/Aids⁴⁹ a estratégia da Prevenção Combinada consistente em "informar as pessoas sobre as diversas formas de prevenção existentes, dando a elas a possibilidade de escolher e combinar várias formas de prevenção que melhor atendam às suas necessidades. Além disso, é uma estratégia que responde não apenas às necessidades individuais de cada pessoa mas também às comunitárias, respondendo de forma adequada às demandas por elas requeridas. No total são oferecidos oito formas de prevenção quais sejam:

- Preservativo Masculino e Feminino;
- Redução de Danos (não compartilhamento de objetos perfuro cortantes);
- Testagem regular de HIV;
- Exame de HIV e outras DSTs no pré-natal;
- Profilaxia Pré-Exposição (PrEP);
- Profilaxia Pós-Exposição (PEP);
- Diagnosticar e tratar outras IST;
- Tratamento para todas as pessoas.

Esses oito caminhos oferecidos pela Prevenção compõem uma estratégia que, para além de nova, se não for bem organizada junto aos serviços de saúde especializados e de atenção básica⁵⁰ poderá apresentar falhas nos serviços e no atendimento integral da

⁴⁹ Para mais informacoes ver

<<http://www.aids.gov.br/noticia/2016/nova-campanha-do-ministerio-da-saude-adota-chamada-prevencao-combinada-para-evitar-o-hi>>

⁵⁰ Como mencionado no capítulo 1 desta dissertação, a atenção básica cumpre a função ambulatorial de primeiro nível e de primeiro contato da população com o sistema de saúde, sendo assim a

população. Além disso, como é possível identificar no discurso apresentado pelo Departamento de DST/Aids a individualização do tratamento está vinculada ao princípio de liberdade da população em escolher quais métodos usar. Todavia, essa liberdade é permeada por aspectos que restringem a sua plena realização ao mesmo tempo que responsabilizam o indivíduo sobre os caminhos da epidemia. Esses aspectos nada mais são que a forma como o Estado, em meio o capitalismo monopolista, atua sobre as diferentes manifestações da Questão Social, relegando para o âmbito privado os problemas sociais.

Ocorre como que uma redefinição do público e do privado na idade do imperialismo, que atende tanto à invasão de todas as instâncias sociais pela lógica monopólica quanto à conservação de âmbitos onde se movem vetores contabilizados à órbita individual- dando naquele circuito que promove a 'polarização da esfera social e da esfera íntima'(Habermas, 1984: 180). Na escala em que se implementam medidas *públicas* para enfrentar as refrações da 'questão social', a permanência das suas sequelas é deslocada para o espaço da responsabilidade dos *sujeitos individuais* que as experimentam. (NETTO, 1996 p. 32)

Vale frisar que embora estejamos falando de uma doença crônica, a sua incidência na população está intimamente ligada aos determinantes sociais que atingem os diferentes grupos sociais, sendo seu enfrentamento reflexo da forma com que o Estado atua sobre a saúde pública via Políticas Sociais. Nesse sentido, apesar da importância da escolha do indivíduo sobre os melhores caminhos a serem tomados para a sua prevenção a mesma deve ser viabilizada não apenas pela capacidade do indivíduo em decidir o melhor caminho a ser tomado mas também pela possibilidade de efetivar essas escolhas via serviços de qualidade. Desta forma, pensar a viabilidade da Prevenção Combinada em meio às condições atuais do SUS é refletir sobre as relações entre Estado e Sociedade Civil e a forma com que ele atua sobre as expressões da questão social.

Apesar disso, o Ministério da Saúde tem demonstrado otimismo na materialização dessa nova estratégia de prevenção, divulgando recentemente⁵¹ documentos que auxiliem gestores e equipes de saúde municipal na efetivação de procedimentos que garantam a funcionalidade da Prevenção Combinada. Dentre os documentos divulgados estão: *Cinco Passos para a Prevenção Combinada na Atenção Básica* e *Cinco Passos para a Construção*

articulação dessa esfera com os serviços de atenção especializados é fundamental importância para o atendimento integral da população infectada ou vulnerável a infecção por HIV.

⁵¹ O site do Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais não deixa claro se são documentos divulgados antes ou após a saída de Fábio Mesquita.

de Linhas de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids: guia para os grupos locais.

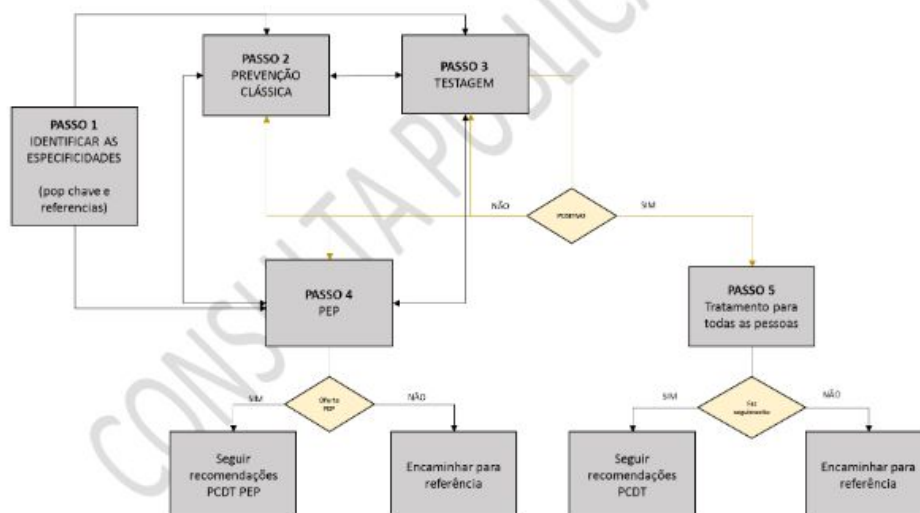
No que diz respeito ao documento voltado para atenção básica o mesmo além de explicar sistematicamente o objetivo da Prevenção Combinada constrói um fluxograma no qual estabelece os cinco passos possíveis para a prevenção combinada na atenção básica o qual é reproduzido na Figura 1. Já no documento que aborda a construção de linhas de cuidado para a população soropositiva são tratados não apenas o diagnóstico situacional mas também a educação permanente e o planejamento da rede de atenção à pessoa vivendo com HIV/Aids.

Sobre diagnóstico situacional o documento afirma que o mesmo permite conhecer o panorama da rede de saúde, apontando seus problemas e potencialidades para a reorganização da rede de atenção. Para tanto, são sugeridos a análise do Perfil Epidemiológico, o Perfil Demográfico, da incidência de casos de violência de gênero e sexual, locais de uso e comércio de drogas, etc. Esse diagnóstico pode ser feito tanto a nível municipal quanto estadual ou regional. Quanto ao planejamento da rede o mesmo é iniciado após o diagnóstico situacional e tem por objetivo a reestruturação da rede de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e será feita considerando os seguintes aspectos: Identificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) que participarão da linha de cuidado; Estratificação de Risco; Disponibilização de exames de CD4 e Carga Viral (CV); Disponibilização de medicamentos Antirretrovirais (ARV).

Quanto à Educação Permanente a mesma deve ser realizada a partir de Grupos de Trabalho (GT) os quais visam a capacitação profissional dos profissionais de saúde e a construção de um pensamento crítico da realidade capaz de transformar o meio em que trabalham. Além disso a realização de suporte técnico para os profissionais de saúde por meio do "suporte de outros profissionais com experiência no manejo da infecção pelo HIV para maior segurança e troca de conhecimento e experiências" (Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, 2016, p. 14).

FIGURA 1. Cinco passos possíveis para a Prevenção Combinada na Atenção Básica

5 PASSOS PARA PREVENÇÃO COMBINADA- ESTRUTURA ANALÍTICA



Fonte: Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, 2016.

Como é possível identificar na figura acima, os cinco passos para a Prevenção Combinada na Atenção Básica são : 1) Identificar as especificidades; 2) Prevenção Clássica; 3) Testagem; 4) Prevenção Pós Exposição (PEP); 5) Tratamento para todas as pessoas. Todavia, para o documento *Cinco passos para a Prevenção Combinada na atenção básica* , esses passos não devem ser entendidos como a única forma de se estruturar a Prevenção Combinada na atenção básica e sim uma das formas que o Ministério da Saúde julga adequada. Desta forma, cada município tem a possibilidade de organizar suas ações de acordo com as suas particularidades e demandas da população.

Ao que diz respeito ao primeiro passo, o documento diz que o mesmo se trata de um diagnóstico local, envolvendo a identificação de equipamentos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde até a identificação de quais grupos são mais afetados localmente pelo HIV/Aids. Quanto à Prevenção Clássica diz respeito à oferta de insumos como preservativo e gel lubrificante além de ampliar o conhecimento da população acerca desses insumos. O terceiro passo, o documento chama atenção para a necessidade da oferta de testagem ocorrer não apenas nos serviços especializados como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambulatórios, Serviços de Assistência Especializada (SAE) e hospitais mas também na própria atenção básica, sendo esta uma das principais estratégias para a ampliação do acesso

e identificação precoce dos casos de HIV. O quarto e quinto passo, como o próprio nome sugere, diz respeito à oferta da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) na rede de saúde e à garantia do acesso ao tratamento antirretroviral para todos.

Apesar da divulgação desses documentos os quais se mostram enquanto manuais do Ministério da Saúde para gestores e a equipe de saúde, a efetivação dessas medidas para além das questões financeiras no âmbito da saúde está submetida ao interesse dos gestores, prefeitos e governadores para materialização dessa proposta. Isto porque após proposta do Ministro da Saúde⁵², Ricardo Barros, anunciada no dia 07/02/2017, a flexibilização no uso de verbas federais por parte dos estados e municípios passará a ser adotada. De acordo com o Ministro a proposta visa alterar o modelo de repasse de verbas federais para SUS a fim de desburocratizar e melhorar a eficiência na gestão.

Antes dessa medida, havia uma obrigatoriedade de investimentos em setores como atenção básica e de média e alta complexidade, sendo divididos em seis diferentes rubricas: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância; assistência farmacêutica; gestão e investimentos. Com a mudança os recursos serão repassados em apenas duas rubricas: custeio e investimentos. Sendo assim, os gestores passam a ter liberdade para investir mais em alguns setores que outros. Além dessa mudança, a nova medida engloba também o pagamento em parcela única de obras em construção ou reformas ligadas à saúde, prevendo financiamento parcelado e condicionado ao andamento da obra.

Sobre as críticas acerca da possibilidade de setores da saúde receberem maiores repasses que outros, o Ministro em nota afirmou que as metas estabelecidas pelos planos de saúde municipal e estadual serão os mediadores desse processo, tendo em vista que as mesmas deverão ser cumpridas. E ressaltou que esse planejamento é definido pelos gestores locais em parceria com os conselhos estaduais e municipais de saúde e devem ser analisados pelas respectivas câmaras legislativas, sendo que a sanção para o não cumprimento das metas é o corte nos repasses.

⁵²Ver<<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/ministerio-da-saude-flexibiliza-uso-das-verbas-federais-por-estados-e-municipios.ghtml>> ;
<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>> ;
<http://www.jornalagazeta-ap.com.br/info/noticia/12987/com_a_flexibilizacao_dos_recursos_do_sus_a_expectativa_e_eficiencia_na_gestao_.php>

Apesar de não existir um prazo determinado para essa mudança começar a valer, uma equipe de trabalho foi criada pelo Ministério da Saúde a qual tem 60 dias para apresentar uma proposta de implementação da mudança para o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite, esta é composta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e pelo Ministério de Saúde. São eles que irão avaliar e estabelecer os próximos passos a serem tomados para a implementação das novas medidas.

Diante disso, é possível que a resposta à AIDS, IST, Hepatites Virais, Tuberculose, dentre outras infecções, seja prejudicada. Isto porque com a vinculação direta os recursos repassados para essas áreas, especialmente para HIV//Aids já eram poucos e agora com a possibilidade de apenas repassar os recursos para "setores prioritários" a tendência é que os investimentos recaiam sobre áreas que facilitem o aumento da taxa de lucro pelo capital, visto que a saúde no Brasil tem se configurado enquanto um mercado de serviços no qual o acesso via consumo e as parcerias público-privado são os protagonistas da vez.

É sobre esse cenário controverso que as ações de prevenção e de combate ao HIV/Aids ganham contornos que fogem aos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, fortalecendo ações pontuais e focalizadas em detrimento da universalização dos serviços e integralidade do atendimento. Portanto, o que se vê é a subordinação da política social à política econômica, ou seja, "observa-se uma inversão e uma subversão: ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos"(IAMAMOTO, 2015, p. 149), ou seja, "são as definições orçamentárias- vistas como um dado não passível de questionamento- que se tornam parâmetros para a implementação dos direitos sociais implicados na seguridade, justificando as prioridades governamentais". (Idem). Desta forma, a viabilização dos direitos sociais- e em especial aqueles atinentes à seguridade social- pauta-se segundo as regras de um livro-caixa, do balanço entre crédito e déficit no "cofre governamental"(Idem).

Ainda segundo a autora, por estar capturado pelo capital financeiro, o Fundo Público Nacional que é "formado por parte dos lucros dos empresários e do trabalho necessário de trabalhadores, que são apropriados pelo Estado sob a forma de impostos e taxas"(IAMAMOTO, 2015, p.113), tem desempenhado o papel de máquina para rentier⁵³ por servir

⁵³ De acordo com Lenin (2012) rentier são indivíduos que vivem do "corte de cupões", ou seja, que adquirem sua renda por meio do mercado de ações e de juros. É importante frisar que países também

de veículo para a obtenção de lucros pelo capital financeiro. Isto somado à dívida externa brasileira tem paralisado e mantido refém o Estado, bloqueando os seus gastos com políticas sociais. Como consequência, os repasses e investimentos feitos pelo Estado têm sido voltados para áreas que dão subsídio para o desenvolvimento do capital e é sob este terreno que as ações de prevenção ao HIV/Aids serão estruturadas.

Desta forma, a Prevenção Combinada já dá sinais, antes mesmo da sua efetivação, que a sua dinâmica está refém de interesses político-econômicos determinados, cujos impactos nas suas ações fortalecem alguns métodos de prevenção em detrimento de outros, sendo a principal estratégia beneficiada o Tratamento como Prevenção. Como mencionado nos capítulos anteriores, o Tratamento como Prevenção consiste no uso de medicamentos antirretrovirais como forma de prevenção à transmissão do vírus HIV ao reduzir a carga viral de soropositivos ao nível indetectável.

Embora inovador e com eficácia cientificamente comprovada, o mesmo esbarra em inúmeros complicadores, sendo alguns deles a dificuldade de adesão da população soropositiva ao tratamento e as dificuldades na quebra de patentes. Mesmo assim, a divulgação desse método é grande não apenas por possibilitar a homogeneização da prevenção em meio aos cortes da saúde, mas também por não intensificar debates e discussões acerca de direitos reprodutivos e sexualidade. Ou seja, o Tratamento como Prevenção vem se mostrando útil tanto para a ofensiva conservadora que assola o congresso brasileiro e as esferas da vida social quanto para o processo de focalização da Política anti-HIV brasileira.

É preciso dizer, contudo, que mesmo antes de 2010 já se viam sinais de desvinculação entre HIV e AIDS e direitos humanos nas diretrizes de políticas do plano federal. Em 2008, o primeiro relatório apresentado pelo Brasil para a Revisão Periódica Universal (RPU) do Conselho de Direitos Humanos nem mesmo mencionava a política de HIV e AIDS, um padrão que se repetiu na RPU de 2012. Hoje, um novo fator debilitante deve ser contabilizado nesse quadro: a atual ênfase nas estratégias biomédicas como diretriz principal da política nacional tampouco favorece a perspectiva de direitos humanos e não discriminação que, no passado, foi marca forte da resposta brasileira ao HIV e à AIDS. (CORREA, 2016, p. 14)

Essa realidade somada a introdução de novas diretrizes internacionais de combate à epidemia de Aids, criaram um caminho controverso em que o tratamento se sobrepõe às

podem ser tornar rentier desde que passem a obter lucros por meio do endividamento de outros países. Nesses casos, são classificados de Estado-rentier (Rentnerstaat).

particularidades das populações e onde o controle quantitativo da epidemia é mais importante que a qualidade dos serviços ofertados.

Dentre os documentos internacionais que tem grande destaque no cenário brasileiro está a meta 90-90-90 a qual visa até 2020 meta 90% da população soropositiva diagnosticada, 90% da população soropositiva em tratamento e 90% da população com supressão viral. Apesar dessa proposta apontar para a necessidade de articulação entre Estado e Sociedade Civil Organizada e para a existência de serviços de saúde organizados e fortalecidos para o alcance das metas, grande parte da sua exposição se fixa no binômio testar-tratar via Tratamento como Prevenção.

De acordo com o documento que regulamenta a meta 90-90-90 os gastos governamentais com tratamento e sua ampliação trazem retorno duas vezes maiores "quando se levam em conta os custos evitados de atenção médica e de assistência a órfãos, e o aumento da produtividade da mão de obra" (Meta 90-90-90, 2015 p. 6). Além disso, torna rara a transmissão por HIV e novas infecções pelo vírus. Para o documento ao levar em conta a tendência de se iniciar cada vez mais cedo o tratamento antirretroviral, "incluindo o fato de que as diretrizes nacionais em mais de doze países especificamente requerem ou permitem iniciar a terapia antirretroviral independente da contagem de CD4"(idem), afirma que em algum momento as diretrizes internacionais passam a recomendar uma abordagem baseada em direitos humanos de testagem e oferta de tratamento para todas as pessoas soropositivas.

Vale destacar que o chamamento ao Tratamento como Prevenção por parte da meta 90-90-90 mostra-se enquanto uma medida emergencial diante do crescimento dos casos de Aids em países onde as políticas governamentais apresentam dificuldades em diminuir os índices de infecções por HIV e morte por Aids. Além do mais, seus impactos, se bem articulados com outras estratégias de prevenção possibilitarão maior controle sobre os casos de infecção. Segundo o documento,

O alcance da meta 90-90-90, quando complementada pela intensificação de outras ferramentas de prevenção, reduziria o número de novas infecções pelo HIV em quase 90% até 2030. O número de mortes relacionadas à AIDS diminuiria em 80% até 2030 com o alcance de todas essas novas metas para a era pós-2015 com base nas tecnologias de diagnóstico e tratamento disponíveis, com a expectativa de que o provável surgimento e adoção de inovações médicas adicionais (como ferramentas aprimoradas de diagnóstico e antirretrovirais com ação mais prolongada) garanta uma redução de pelo

menos 90% nas mortes relacionadas à AIDS até 2030. No que diz respeito tanto à incidência do HIV quanto às mortes relacionadas à AIDS, a rápida intensificação prevista resultaria nas maiores reduções entre agora e 2020, com a continuação das reduções na década seguinte à medida que o progresso da epidemia for sendo gradualmente freado. (META 90-90-90, 2015, p. 13)

Mesmo assim, o forte teor biomédico das novas estratégias divulgadas pelo documento bem como as metas quantitativas sugeridas, podem levar países com economia dependente e reféns a órgãos financeiros internacionais a fixar a sua atenção para esse aspecto. Além de dar margem para que as ações no âmbito do HIV/Aids passem a estreitar seus laços com a indústria farmacêutica e de insumos, dando forma a serviços de “baixo custo” para o Estado e grandes lucros para o capital. É sobre esse terreno que o Tratamento como Prevenção se mostra funcional.

Portanto, a tendência que as novas estratégias de combate ao HIV/Aids pautadas na Prevenção combinada trazem para Política anti- HIV brasileira é a focalização das ações para o âmbito do tratamento, na medida em que o SUS vem sendo sucateado, privado de investimentos e tendo seus repasses flexibilizados para os estados e municípios. Ou seja, os recursos são drenados para áreas de maior interesse do capital.

4.2 NO CONTRAFLUXO DOS DIREITOS...

Diante do que foi exposto no tópico anterior, fica claro que a focalização das ações da Política anti-HIV brasileira encontra-se vinculada a uma lógica político-econômica determinada. Lógica esta que fortalece a formação de um Estado apartado das massas no qual os interesses particulares se sobressaem aos direitos de uma coletividade.

Na verdade, no Brasil, o âmbito dos direitos sociais sempre estiveram restritos a uma minoria, composta exclusivamente pelas classes detentoras dos meios de produção (elite agrária e burguesia) as quais esvaziaram o teor revolucionário da Revolução Burguesa Brasileira após a consolidação do Estado Burguês no país. Diante disso, Schwarz (1981) ao analisar o liberalismo no Brasil, acaba por falar "das idéias fora do lugar" em menção à particularidade dos ideais liberais brasileiro. Logo, o que se

consolidou foi uma contrarrevolução burguesa nos moldes do que Fernandes (2006) chama de ditadura de classe preventiva, visto que a preocupação era manter o progresso dentro da ordem.

Sobre essa ótica, Fernandes (2006) chama a atenção para o fato da burguesia brasileira ser extremamente conservadora e reacionária e com forte poder econômico, social e político de base e de alcance nacional. Além disso, conta com forte suporte externo para modernizar as formas de socialização, cooperação, opressão e repressão inerentes à dominação burguesa. Sendo assim, torna-se muito difícil deslocá-las politicamente e através de pressões e conflitos "dentro da ordem" e é quase impraticável fazer explodir as contradições de classe no aparato jurídico-formal.

Mesmo assim, quando essas contradições são expostas no âmbito social, especialmente quando os Movimentos Sociais tensionam o Estado e põem em destaque as suas reivindicações, a estratégia da burguesia é criminalizar as mobilizações sociais, evitando a formação de novas ideias que não sejam os resguardados pela classe hegemônica. Hoje, essa criminalização ganha o reforço não apenas pela separação sistemática entre Estado e Sociedade Civil, mas sim pela construção de um consenso social que mediante a crise político-econômica vigente, busca descaracterizar as reivindicações das classes subalternas.

De acordo com Mota (1995) essa cultura, chamada de Cultura da Crise, imprime a ideia de que a crise econômica afeta igualmente toda a sociedade, independentemente da classe social dos sujeitos sociais, de modo que a suposta saída da crise exige consensos e sacrifícios coletivos. Segundo a autora, a cultura da crise deve ser vista enquanto um movimento inovador por parte da burguesia brasileira, visto que, historicamente a mesma nunca optou pela via da construção do consenso e sim pela força de movimentos coercitivos, excluindo politicamente e economicamente as classes subalternas. Para tanto, as pautas e reivindicações da classe trabalhadora passam a ser fragmentadas em prol da construção de uma *vontade corporativa* em que os ideais de classe são segmentados e restritos ao âmbito corporativo, segregando os trabalhadores de acordo com as suas especificidades no setor produtivo.

Vale destacar que essa cultura começa a ser implementada já em meados da década de 1980 no Brasil, contudo, diante do atual retrocesso político que culminou no

impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff, a Cultura da Crise passou a adquirir novos aspectos, visto que passou a ser metamorfoseada na luta contra a corrupção.

A eclosão da epidemia de Aids em meio à democratização brasileira acabou por produzir uma convergência que deu margem para ampliação de debates acerca das questões de gênero, sexualidade, direitos e cidadania num processo que culminou na construção de uma Política Social que garante direitos além de uma resposta ao HIV/Aids pautada na não discriminação e nos direitos humanos. Enquanto essas transformações eram observadas no Brasil, o mundo estava passando por uma reestruturação político-econômica na qual o dismantelamento das políticas sociais e a consolidação de um Estado Mínimo eram tendências.

Com as mudanças no âmbito sistema de saúde pública graças às pressões do Movimento da Reforma Sanitária, o arcabouço institucional necessário para vincular as respostas sanitárias ao HIV/Aids foi estabelecido, favorecendo a implementação de ações qualificadas na assistência, tratamento e prevenção ao HIV/Aids bem como a promulgação de leis garantissem os direitos da população infectada. Todavia, esse cenário começa a mudar após a contrarreforma do Estado e com o aumento de repasses financeiros para setores privados da saúde, conformando uma resposta ao HIV/Aids precária e deficitária que somadas aos acordos internacionais referentes à propriedade intelectual culminou em um aumento no número de casos de HIV/Aids no país. No que tange ao financiamento da saúde, Correa (2016) vem dizer que:

[...]nunca foi resolvido o equilíbrio enviesado entre o financiamento público e o privado da assistência à saúde, e sempre quando emerge uma nova crise no SUS, aumenta o espaço para o setor privado ampliar seu alcance. Hoje, mais de 50% dos gastos nacionais em saúde (aproximadamente 9% do PIB brasileiro) correspondem ao financiamento privado. Apenas 28% da população têm cobertura por seguro de saúde privado, mas a sustentação do setor privado pelo setor público, na forma de incentivos fiscais, representa 20% do financiamento público anual em saúde. (CORRÊA, 2016, p.12)

Além disso, para a autora as distorções vista na saúde também não estão dissociadas do modelo neodesenvolvimentista da gestão petista, visto que a articulação entre capital e direitos sociais não é e nunca foi possível. Sendo assim, a promoção da equidade via mercado e consumo acabou por dificultar a expansão do sistema de proteção social brasileiro, culminando no fortalecimento do mercado e do setor privado.

[...] o consumo privado foi desencadeado sem restrição com o uso dos serviços

públicos, cujas melhorias teriam sido o modo mais caro de estimular a economia. A compra de produtos eletrônicos e veículos (carros por meio de benefícios fiscais) foi estimulada, enquanto que o abastecimento de água, as ruas pavimentadas, os ônibus eficientes, os esgotos sanitários aceitáveis, as escolas e os hospitais decentes foram negligenciados. Bens coletivos não tinham prioridade nem no campo ideológico nem no prático. (ANDERSON, 2016, p. 1 APUD CORRÊA, 2016, p.12)

Com a consolidação do governo Temer, o pacto social sustentado nas gestões petistas pela via do neodesenvolvimentismo sai de cena e surge um novo pacto social entre as classes dominantes, especialmente entre a fração da burguesia associada ao capital internacional. De acordo com Armando Boito Jr em artigo publicado no portal vermelho em 7 de Dezembro de 2016⁵⁴ essa fração da burguesia, interessada na restauração do neoliberalismo puro e duro, encontrou na queda do crescimento econômico e na mobilização da classe média alta contra o governo, a oportunidade de iniciar uma ofensiva política restauradora que teve por objetivo acabar com as políticas desenvolvimentistas e restaurar a política neoliberal.

Apesar do novo pacto firmado, do golpe consumado e o cumprimento do governo Temer as exigências do capital internacional e a burguesia associada, Armando Boito Jr vai afirmar que as diferenças de interesse entre a alta classe média e a burguesia vem apontando para a perda de controle das mesmas sobre a base de massa do golpe. Como consequência, os conflitos políticos que envolvem as classes e as frações várias de classe vem repercutindo, de maneiras distintas, nas instituições políticas e nas lutas de ideias.

De acordo com Mota (1995), dentre as características do novo pacto estão: a intensificação da privatização da saúde e da previdência social, assistencialização aos pobres por meio de ações caritativas, a retirada dos direitos sociais das minorias (negros, população indígena, mulheres, etc.) e das classes trabalhadoras, ampliação da flexibilização do trabalho, intensificação dos cortes orçamentários nas políticas públicas e a transferência de fundos para o setor privado.

É sobre esse quadro problemático e de debilidade dos compromissos do Estado às demandas sociais e aos direitos humanos que a resposta brasileira ao HIV/Aids tornou-se instável e o diálogo entre Movimento Aids e Estado tornou-se quase impraticável. Isto

⁵⁴ Ver < <http://www.vermelho.org.br/noticia/290723-1>>

somado ao redesenho da resposta brasileira em decorrência do seu alinhamento às diretrizes globais de enfrentamento da Aids deram margem para a focalização das ações e um controle superficial da epidemia.

Nesse sentido, a atuação do Movimento Aids vem se pautando para além dos espaços institucionalizados, os quais nos últimos anos estão impregnados por ideias conservadoras e um debate seletivo acerca dos direitos humanos. Em 2015, com a inauguração da legislatura mais conservadora desde a ditadura militar é provável que os espaços institucionalizados de debate e articulação entre Estado e Sociedade Civil sejam ainda mais desestruturados ao passo em que medidas regressivas sejam levadas a cabo pelo Congresso Nacional.

Com a quebra do diálogo entre lideranças do Movimento Aids e o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, novos atores sociais surgiram e ocuparam o lugar dessas lideranças. Dentre eles estão membros dos seguintes movimentos: Movimento Negro, Movimento Feminista e Movimento de Jovens Soropositivos (Rede jovem). Essa quebra de diálogo ocorre logo após a demissão de Dirceu Greco⁵⁵ da coordenação do Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais efetuada pelo ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha após divulgação de campanha de prevenção do HIV envolvendo profissionais do sexo.

Antes da atual crise político-econômica, o afastamento do Movimento Aids nas decisões do governo já era observada desde a gestão de Fábio Mesquita, principal articulador das diretrizes internacionais no cenário nacional. Por meio dele, a Prevenção Combinada, o Testar e Tratar e a Profilaxia Pré-Exposição ganharam os debates nacionais acerca da Política anti-HIV do Brasil ao mesmo tempo em que o país voltou a ganhar destaque no cenário internacional.

Mesmo com a substituição Dirceu Greco por Fábio Mesquita⁵⁶, profissional com importante currículo na área, a demissão em decorrência das pressões dos setores

⁵⁵ Ver

<<http://oglobo.globo.com/brasil/padilha-nega-pressao-por-demissao-de-diretor-responsavel-por-pecasou-feliz-sendo-prostituta-8604687>>

⁵⁶ Ver

<<http://oglobo.globo.com/brasil/medico-fabio-mesquita-o-novo-coordenador-do-programa-de-aids-8832940>>

conservadores do congresso contribuiu para que lideranças do Movimento Aids vissem no Ministério da Saúde um órgão representante dos interesses de legisladores conservadores. Nesse sentido, a quebra do diálogo entre Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais e antigas lideranças do Movimento Aids passou a ser observado.

Alguns estudiosos como Landau (2011), diante da redução das manifestações públicas do Movimento Aids, apontam para um enfraquecimento desse movimento nos últimos anos. Todavia, reduzir as estratégias de mobilização desse movimento social ao as passeatas e atos públicos é os novos espaços de mobilização social, dentre eles a internet, que vem se mostrando importantes para a construção de canais de resistência e de denúncia. Logo, o que houve não foi enfraquecimento e sim uma mudança nos canais em que ocorrem as mobilizações sociais.

Mesmo com o distanciamento de representantes do Movimento Aids, o Relatório de Resposta Brasileira para o HIV e Aids de 2015 afirma que uma parte dos esforços de encorajamento da participação social vem sendo realizada por meio do suporte a representantes da sociedade civil em variados fóruns e conferências nacionais e internacionais no âmbito do HIV/AIDS. Como exemplo o documento cita a participação em 2014 de 17 ativistas de diferentes setores como parte da delegação oficial do Brasil na 20th Conferência Internacional de Aids em Melbourne na Austrália. Além disso, afirma que foi realizado entre 2013 e 2014 uma consulta pública em seis regiões do país que possibilitou um maior participação de uma variedade de atores sociais interessados em discutir e aprimorar as diretrizes da Programa Brasileiro de IST, AIDS e Hepatites Virais.

No que diz respeito aos investimentos governamentais, o documento chama atenção para quatro chamadas para selecionar projetos que envolvam mobilização social, diagnóstico, direitos humanos e populações chave. Sendo investidos mais de US\$ 10, 5 milhões de dólares em transferências para a sociedade civil. Mesmo assim, é um investimento que apesar de estar voltado para ações que contemplem o diagnóstico precoce, atendimento jurídico e populações chave, apresenta um prazo pré-determinado, contribuindo para que as ações desenvolvidas não tenham garantias de continuidade após o fim dos projetos.

Hoje, após a consolidação do governo Temer, os recursos destinados ao

financiamento de projetos sociais e para Políticas Públicas vem-se arriscados diante da promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016 a qual além de potencializar o sucateamento das políticas sociais, tende a incentivar práticas assistencialistas e retrógradas no atendimento às demandas da população. Essa emenda, como mencionado no capítulo 1, tem o objetivo de equilibrar as contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos que determina que as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Conforme o inciso I do parágrafo 1º, a inflação considerada será a observada nos últimos 12 meses à contar do mês de julho do ano anterior, ou seja, em 2018 a inflação usada será a medida entre os meses de julho de 2016 a junho de 2017.

Para 2017, primeiro ano de sua vigência, o inciso II do parágrafo 1º vem dizer o teto de gastos será dada pela despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% para este ano. Por ter entrado em vigor já em 2017, o teto de gastos será definido com base à despesa primária paga em 2016, corrigida em 7,2 % para este ano, conforme inciso I e II da Emenda Constitucional.

Pouco antes da sua aprovação, o IPEA publicou a Nota Técnica nº 28 em Setembro de 2016, no qual aborda os impactos da Emenda Constitucional 95 (PEC 241) sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetivação do direito a saúde no Brasil. De acordo com o documento, no período pós Constituição de 1988 a regra transitória de aplicação de recursos em saúde pela União era de 30% do Orçamento da Seguridade Social o qual nunca foi respeitado, além disso, na década seguinte, o SUS passou a experimentar graves crises de financiamento mesmo com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pois os recursos para a saúde não foram garantidos devido à substituição das fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Hoje, com a Emenda Constitucional em vigência, a projeção dos gastos com a saúde levantadas por essa nota técnica para os anos de 2018 e 2036 apontam para um cenário estarrecedor.

De acordo com o documento, ao se analisar as aplicações destinadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em um cenário de crescimento do PIB chegasse a 2,0 % ao ano, a perda acumulada no período de 2018 a 2036 seria de R\$ 654 bilhões, partindo-se de um limite inicial de 13,2% da receita corrente líquida (RCL) em 2016, e de R\$ 400 bilhões com limite inicial de 15,0% da RCL⁵⁷.

Diante disso, a luta pela manutenção das conquistas já alcançadas se tornou real, levando-nos a refletir sobre os caminhos necessários a se percorrer para reverter os retrocessos levados a cabo pelo atual governo. Desta forma, o envolvimento de pesquisadores, militantes e profissionais de saúde comprometidos com a causa se mostra mais que importante para reafirmar as bases da luta contra a epidemia de Aids no Brasil e restituir o comprometimento das suas ações com os Direitos Humanos e respeito às diferenças. Visto que

Um dos resultados da onda conservadora em termos morais e políticos que atravessa o país é a construção de estratégias em que poder de Estado, tecnologias de normalização e violência institucional e policial se conjugam, levando a uma erosão das oportunidades de diálogo entre academia, movimentos sociais e gestores (Seffner & Parker, 2016, p. 30)

Diante disso fica claro que estamos diante de uma restauração conservadora de amplas proporções e que embora se mostre bastante ofensiva para os direitos das minorias e das classes subalternas, não deve ser encarada como um fenômeno inesperado. Pelo contrário, suas origens podem ser observadas na própria formação política e social do país, marcada, segundo Oliveira (2003) pela reprodução de relações arcaicas no novo. E no que tange à resposta ao HIV/Aids e às novas estratégias de prevenção a esse agravo, a ofensiva conservadora já dá mostras de que o discurso comportamentalista baseado na noção de sujeito liberal autônomo norteará as ações do Ministério da Saúde.

Um exemplo disso, é o teor presente no vídeo oficial⁵⁸ da campanha de prevenção à Aids do carnaval de 2017, no qual estão presentes falas como : " No Brasil, 260 mil sabem que tem HIV e não se tratam", "Estima-se que 112 mil tem o vírus HIV e não sabem, e vc?". Em resposta a essa campanha, algumas entidades (RNP+ SP, Fórum de ONGs/Aids de São Paulo, Movimento Nacional das Cidadãs Positivas, etc) se posicionaram contra, apontando

⁵⁷ A receita corrente líquida é calculada em termos anuais, sendo influenciada pelo ciclo econômico.

⁵⁸ Ver < <https://www.youtube.com/watch?v=KBjsCJg4Jro>>

que as frases utilizadas apresentam tom de suspeita e acabam por estigmatizar e culpabilizar as pessoas que vivem com HIV⁵⁹.

Com isso em mente, observamos hoje na sociedade brasileira uma conjuntura político-econômica e social marcada por forças sociais que evidenciam a ação reacionária das classes dominantes, discursos positivos sobre o fim da Aids no país e o sucateamento sistemático na saúde. No que tange ao discurso positivo sobre o fim da Aids, o papel dos representantes nacionais e internacionais em endossar essa idéia, mesmo com o aumento no número de infecções, possibilita uma visão superficial sobre as particularidades do HIV/Aids no Brasil e no mundo.

Para a UNAIDS o fim da Aids está próximo, sendo possível falar sobre o seu fim até 2030, visto que as ações de prevenção pautadas no binômio Testar e Tratar e no Tratamento como Prevenção apresentam resultados positivos e cientificamente comprováveis. Desta forma, em menos de 15 anos a Aids se tornará uma doença crônica, tratável e se possível curável. Entretanto, ao se analisar os aspectos político-econômicos e sociais que sustentam as novas estratégias de enfrentamento da infecção, esse otimismo pode ser convertido em fracasso.

É fato que os impactos desse tipo de prevenção são positivos para o controle do HIV/Aids e para a qualidade de vida da população infectada, mas no momento em que a mesma passou a ser vista como a única forma viável, os problemas vinculados à adesão ao tratamento, a importância das abordagens pautadas nos direitos humanos e promoção em saúde foram metamorfoseados em problemas e instâncias individuais e de consumo. Ou seja, o indivíduo e o tratamento são as únicas instâncias necessárias para o controle da epidemia de HIV/Aids no mundo. Como consequência, os determinantes sociais que impulsionam a epidemia em diferentes países do mundo, especialmente no Brasil, perdem materialidade metamorfoseando-se em instâncias abstratas que pouco interferem no sucesso das metas internacionais.

No Brasil, esse pano de fundo proporcionou o aparecimento de discursos que se contradizem. Um sustentado pelos representantes nacionais que alegam o controle da

⁵⁹ Ver <

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1861537-entidades-criticam-nova-campanha-do-ministerio-da-saude-para-o-carnaval.shtml>>

epidemia a qual está estabilizada e outro sustentado por militantes e visto em alguns relatórios internacionais e que afirma o crescimento acelerado da epidemia em grupos específicos. Dentre os relatórios internacionais que afirmam este discurso está o *GAP Report* da UNAIDS de 2014.

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. Então, o que significa essa contradição entre o discurso global que se escuta sobre o fim da epidemia e a realidade que se vive dentro da epidemia, e que de fato, não parece em nada com o seu final? Essa primeira pergunta levanta, obviamente, várias outras que nos levam a refletir sobre a relação entre a epidemia global e a epidemia local, que é conhecida por todos nós na vivência cotidiana. (PARKER, 2016, p. 3)

Apesar das informações científicas acerca dos avanços, retrocessos e natureza do HIV/Aids, é importante frisar que a imagem sobre a epidemia não está circunscrita a essa esfera do conhecimento, respondendo também aos valores e ideologias levadas a cabo tanto pela população quanto pelos gestores. Sendo assim, a epidemia de HIV/Aids também é uma epidemia ideológica e de significados, onde a discriminação e o preconceito são a força motriz para o seu impacto na vida social. Para Parker (2016) essa epidemia de significados é chamada de "terceira epidemia".

Com isso em mente, a epidemia também é construída através de discursos e ideologias acabam por aumentar ou diminuir a sua relevância social. Sendo assim, observa-se que nos últimos anos o discurso oficial sustentado por gestores de agências internacionais modificou-se, saindo da fala que sustentava a idéia de uma epidemia descontrolada para uma que fortalece a ideia de fim da Aids. E é por meio dessa mudança em que observadas as contradições entre o global e o local.

Portanto, essas afirmações sobre o fim da Aids devem ser vista como uma ideologia que, embora bem intencionada, não condiz com as particularidades de países como Brasil e sua propagação sem conhecimento de causa pode levar a um entendimento superficial das reais dimensões do HIV/Aids. Isto porque, ao se analisar os índices de infecções por região e em grupos específicos o aumento de casos é evidente e a feminização e pauperização da epidemia são tendências que avançam no Norte e Nordeste.

Diante da particularidade brasileira, a focalização das ações de prevenção para o âmbito biomédico não é garantia para o sucesso da resposta, visto que os determinantes

sociais que impulsionam as infecções por HIV no país e o próprio desconhecimento da população acerca do vírus são fatores que contribuem para o aumento. 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. Mesmo assim, com a ausência de políticas com foco social e diante dos cortes sistemáticos no orçamento público para as questões sociais, o Brasil tem voltado os seus esforços ao Tratamento como Prevenção.

Quando isso se torna uma única política e todas as outras metodologias são abandonadas por causa de limitações de recursos⁶⁰, então o tratamento como prevenção tem problemas, que nós, do setor comunitário, da sociedade civil, precisamos estar muito atentos avaliando constantemente esta iniciativa. (PARKER, 2016, p. 8)

Além disso,

Trata-se de uma abordagem que pode fazer muito sentido quando implementada como parte de um programa mais amplo de prevenção combinada, mas quando programas abandonam todas as outras metodologias que existem, o tratamento como prevenção perde sentido, e precisa ser criticado e questionado pelo movimento social. (PARKER, 2016, p. 8)

Diante desses aspectos, a pergunta que se faz é se por meio do Testar e Tratar será possível fazer com que a população tenha acesso a informações adequadas sobre o HIV/Aids e se os direitos da população diagnosticada terão o suporte necessário para ter acesso a serviços de saúde. Sem garantias mínimas para o bom desenvolvimento das ações em saúde, o fim da epidemia de Aids no Brasil continuará sendo um sonho, e quem sabe uma utopia. Para Parker (2016) o caminho para uma resposta eficaz para a epidemia da Aids sempre passou, e continua passando, pelo engajamento da sociedade civil e pela produção do conhecimento comunitário, visto que é por meio dele que se pode construir estratégias que respondam às necessidades e demandas no nível local.

Diante dessa considerações acerca da atual conjuntura brasileira, Seffner & Parker (2016) lançam algumas proposições e ideias que poderiam ajudar na construção de uma resposta ao HIV/Aids que "dialogasse com o passado, enfrentasse de modo previdente o futuro, e interagisse de maneira positiva com a construção de uma sociedade mais

⁶⁰ Apesar do autor se referir apenas a problemas de recursos, é importante salientar que os mesmos estão atrelados a uma lógica econômica que sobrepõe os interesses econômicos aos interesses sociais.

democrática e com mais oportunidades de justiça social". (SEFFNER & PARKER, 2016, p. 31) Dentre essas proposições estão:

- Pensar o campo da prevenção a partir de uma pedagogia da prevenção⁶¹;
- Articular a Pedagogia da prevenção com o horizonte político da emancipação, ou seja, o fim das estratégias de prevenção não devem ser reduzidas ao âmbito biológico, mas deve ampliar a autonomia dos sujeitos em tomar decisões e lidar com as variadas fontes de informação;
- Conceber que o tratamento e a prevenção são oportunidades pedagógicas sensíveis a diferentes culturas;
- De forma vigorosa operar no terreno do registro simbólico cultural, e retirar as questões de sexualidade do campo dos comportamentos negativos que implicam prejuízo moral a muitos grupos sociais. Evitar que as diferenças se transformem em desigualdades e ampliem as situações de vulnerabilidade aos agravos de saúde.
- Investir na associação resposta à AIDS e combate ao estigma e à discriminação de indivíduos e populações, o que representa disposição corajosa por parte de todos.
- Construir planos de enfrentamento da epidemia em que não se pense apenas em populações e grupos sociais mais ou menos vulneráveis, mas em contextos e situações específicas que podem aumentar a vulnerabilidade de qualquer pessoa.
- Ancorar as respostas à AIDS não em ontologias individuais, ao gosto das estratégias liberais, mas nos mecanismos de solidariedade que tomam os indivíduos como profundamente conectados à coletividade. Isto representa discutir o que entendemos como “o fim da AIDS”.
- Construir uma resposta à AIDS que respeite a esfera de autonomia de cada ator social: organizações não governamentais, integrantes da academia, gestores, populações afetadas, instituições públicas e privadas, unidades de saúde, escolas, movimentos sociais, apostando na criação de canais de diálogo e cooperação entre eles.
- Reconhecimento da função pública das ONGs e dos movimentos sociais, e que também seja garantido acesso aos fundos públicos considerando suas demandas,

⁶¹ Estratégia pessoal e coletiva que implica em incorporar e articular diálogo, as novas fórmulas farmacêuticas disponíveis e os novos conhecimentos sobre os riscos de transmissão do HIV, respeitando os diferentes modos de pensar a gestão de risco.

características e potencialidades. De modo claro, resistir à tentação do Estado de exercer clientelismo sobre as ONGs, usadas para a realização de tarefas que são de natureza pública, e que terminam comprometendo o papel de controle social que deve ser exercido por estas organizações.

Diante dessas proposições e de tudo o que foi apontado até agora fica claro que pensar uma Política anti-HIV brasileira capaz de garantir direitos e atender de forma integral à população soropositiva requer movimentos que fogem às determinações de focalização estabelecidas pelos órgãos internacionais. Dito isto, enquanto as ações para o combate do HIV/Aids não conseguirem articular a esfera social com a científica, os avanços sobre a epidemia estarão circunscritos ao agora, perdendo-se de vista os impactos de médio e longo prazo. Desta forma, cabe dizer que não são os avanços tecnológicos e biomédicos que tornam desnecessárias as abordagens sociais mas sim a lógica político-econômica vigente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muita coisa mudou ao desses quase 30 anos de epidemia de Aids no Brasil, mudança que pode ser observada tanto na construção de uma política social capaz de garantir direitos e atendimento em saúde para a população infectada quanto no tratamento antirretroviral. Hoje, com a divulgação de novos protocolos clínicos, uma nova fase surge para as ações de enfrentamento ao HIV/Aids a qual tem por base a Prevenção Combinada.

Essa nova forma de prevenção tem por base a combinação de estratégias que vão desde a promoção de comportamentos saudáveis à utilização de métodos de biomédicos e de barreira, dando ao indivíduo outras possibilidades de evitar a transmissão do HIV que não apenas a camisinha, surge num momento em que os índices de infecção no Brasil vem aumentando progressivamente. Como foi possível perceber ao longo do estudo, esse aumento vem sendo observado na população jovem e gay, na qual é possível perceber uma mudança geracional no comportamento sexual, marcada por novos arranjos para encontros e relacionamentos. Além disso, possuem uma menor adesão a práticas de prevenção ao HIV.

Esse aumento observado entre as faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos soma-se a existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo HIV que desconhecem seu status sorológico, apontando para algumas dificuldades de vinculação da população aos serviços de saúde. Vale destacar que o aumento no número de infecções por HIV na faixa etária de 15 a 19 anos mais que triplicou nos últimos dez anos, saindo de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes enquanto nos jovens de 20 a 24 anos o número de infecções duplicou, saindo de 15,9 para 33,1 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, verifica-se que 50,4% dos casos de infecção por HIV ocorreram via relação sexual homossexual. Diante disso, podemos supor que estamos vivendo uma nova fase da epidemia, em que as ações de prevenção e tratamento da Aids não têm conseguido atingir significativamente esta parcela da população.

Com isso em mente, o perfil epidemiológico que se apresenta hoje no Brasil possui características muito próximas às apresentadas no início dos anos de 1980, cujos segmentos mais afetados foi a população homossexual. Isto somado ao aumento na taxa de incidência e de mortalidade por Aids tem colocado em xeque os caminhos desenhados pelo país para a pretensa estabilização da epidemia de Aids até 2030, como sugere a UNAIDS por meio da

meta 90-90-90.

É necessário ponderar que as novas estratégias de prevenção ao buscar atingir as metas sugeridas pelo 90-90-90 (90% da população soropositiva diagnosticada, 90% da população soropositiva em tratamento e 90% da população com supressão viral) e estarem alinhadas aos novos protocolos internacionais de enfrentamento da Aids, vem colocando a Prevenção Combinada em segundo plano e evidenciado o Tratamento como Prevenção que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais como forma de prevenção à transmissão do vírus HIV ao reduzir a carga viral de soropositivos ao nível indetectável.

Com a sincronia do Brasil aos novos direcionamentos internacionais, o Tratamento como Prevenção (TcP) tem ganhado centralidade junto da Profilaxia pré-Exposição (PrEP) que consiste no uso diário de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo vírus HIV, mas que são suscetíveis à infecção, por apresentarem comportamentos de risco ou por se enquadrarem nos grupos que compõem as populações chave (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, etc). Em paralelo a ela encontramos a Profilaxia pós- Exposição (PEP), disponível na rede de saúde brasileira, e que consiste numa medida de prevenção com uso de antirretrovirais até 72 horas após provável exposição ao vírus HIV. A PEP está em protocolo brasileiro desde 2012 e em 2014 o Ministério da Saúde iniciou a introdução da PEP em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no Rio Grande do Sul até o momento.

Embora possua eficácia comprovada, o Tratamento como Prevenção (TcP) se conjuga com certo raciocínio de ordem liberal que tende a jogar para o indivíduo a responsabilidade da infecção bem como o controle da mesma. Nesse sentido, o que deve ser encarado como um problema social passa a ser concebido como um problema individual, restrito ao âmbito privado. Como foi possível perceber ao longo do estudo, essa inversão responde à lógica capitalista que, na sua fase monopolista, imprime no Estado um *modus operandi* no qual as medidas públicas adotadas para enfrentamento das refrações da Questão Social são acompanhadas por um reforço da aparente natureza privada das suas manifestações. Além disso, o TcP tende a refletir 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 os soropositivos dentro do Sistema

Único de Saúde (SUS).

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de Dezembro de 2016 a qual tem o objetivo de equilibrar as contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos, a tendência é que os gastos com a saúde reduzam ainda mais nos próximos vinte anos. Isto porque as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ou seja, os gastos com as políticas sociais estão submetidas as flutuações do mercado.

Como consequência, segundo dados do IPEA (2016), estima-se que as perdas acumuladas no período de 2018 a 2036 possam chegar a R\$ 654 bilhões, partindo-se de um cenário de crescimento do PIB de 2,0% ao ano. Desta forma, podemos esperar nos próximos anos uma intensificação do sucateamento do Sistema único de Saúde em paralelo ao aumento de práticas assistencialistas no atendimento às demandas da população.

Os impactos desse processo na Política Nacional de DST/Aids brasileira poderão ser observados não apenas no sucateamento e focalização dos seus serviços, mas também nas estratégias de prevenção, isto porque essa área vem sendo o canal por onde a indústria farmacêutica e o complexo industrial da saúde vem se fortalecendo e adquirindo os meios necessários para a obtenção de lucros. Nesse sentido, a tendência que se apresenta é a retirada das ações de prevenção pautadas nos direitos humanos e na equidade que marcaram a Política Nacional de DST/Aids, criada em 1999, e que é referência mundial no enfrentamento da epidemia de Aids por ações pontuais e medicalizantes.

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.

Portanto, ao se perceber os novos direcionamentos adotados pelo Brasil para o enfrentamento deste agravo bem como a influência do cenário político-econômico nacional e internacional sobre os mesmos, compreendemos que existe uma lógica político-econômica determinada, cujos direcionamentos conseguem imprimir na Política Nacional de DST/Aids novas características que homogeniza as intervenções nas populações chaves ao mesmo tempo em que tende a reduzir a prevenção para o âmbito do tratamento. Com isso em mente, fica claro que as ações de prevenção e combate ao HIV/Aids no Brasil suscitam reflexões acerca das particularidades dessas ações em meio à reestruturação produtiva e a relação entre Estado e Sociedade Civil.

Por fim, as experiências passadas do Brasil no combate ao HIV/Aids as quais foram marcadas por respostas originais, socialmente inclusivas e, de certa forma, originais vêm perdendo força em prol de uma abordagem medicalizante a qual acaba por criar a falsa idéia de que os determinantes sociais e neles as desigualdades sociais, homofobia e violência de gênero que tanto influenciam os índices epidemiológicos brasileiros, podem ser superados a partir de um tecnologia biomédica capaz de eliminar o vírus HIV. Assim, " apesar das mudanças apontadas no enfrentamento ao HIV/Aids e a sua importância, as mesmas não têm sido efetivas na mudança no conjunto de valores simbólicos com os quais a população lida com a epidemia"(SEFFNER & PARKER, 2016, p.30).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95 de 15 de Dezembro de 2016. Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>

BRASIL, The Brazilian Response to HIV and Aids. Global Aids Response Progress Reporting (GARPR). Brasília, Junho de 2015.

BEIJAMIM, C. O Brasil é um sonho (que realizaremos). Os desafios do Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto, FAPERJ, 2002.

BIONDI, A. O Brasil privatizado. Um balanço do desmonte do Estado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico- AIDS e DST. Vol. 1, Ano IV, Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>> Acesso em : 20 de Julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico- AIDS e DST. Vol. 1, Ano VI, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2009/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2009>> Acesso em: 20 de novembro 2016.

BRITO, Ana Maria de. et al. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar/abr, 2000. ISSN: 0037-8682

CORREIA, Sonia. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. In CORREA, Salvador (Org). Mitos vs Realidades: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA. p. 9-17. Disponível em < <http://abiaids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>> Acesso em : 22 de agosto de 2016.

CARVALHO, Felipe. JR, Veriano Terto. VILLARDI, Pedro. VIEIRA, Marcela. A Luta

Continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais 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. 39-51. Disponível em

<<http://abi aids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>> Acesso em : 22 de agosto de 2016.

CASSENTE, A.J., Scheffer, M.C. & Segurado, A.A. (2016). Brazilian infectious diseases specialists: who and where are they? Braz J Infect Dis. Mar-Apr; 20(2):141-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26775800>> acesso em : Novembro de 2016

FARIAS, Talden Queiroz; NASCIMENTO, Larison de Lucena; XAVIER, Maurício Albuquerque; GALVÃO, Jane. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2002.

FÄTKENHEUER, G. JN, Jessen H. STOEHR, A. Arasteh K., BOGNER JR, Stephan C. Darunavir(DRV)/r-based post-exposure prophylaxis versus standard of care (SOC)– the randomized PEPDar Study. Abstract 948 Boston, USA;. 2014.;

FERNANDES, Florestan. O modelo Autocrático-Burguês de transformação capitalista. In: FERNANDES, Florestan. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. Sao Paulo: Globo, 2006.

FORMOZO, Glauce Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV.

Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 63, n. 2, p. 230-237, mar./abr. 2010 Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5236/4476>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

GORTZ, Fabio; PARKER, Richard “O retorno do vírus ideológico”, Boletim ABIA, No. 60, pp. 19-21, 2015.

GRANGEIRO, Alexandra; TEIXEIRA, Luciana; BASTOS, Francisco I.; TEIXEIRA, Paulo. Sustentabilidade da Política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. Revista

Saúde Pública. 2006; 40 (supl): 60-69. Disponível em : <
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/09.pdf>> acesso em : 15 abr. 2016.

GRANGEIRO, Alexandre. Da Estabilização à Reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/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. 18-23. Disponível em <<http://abi aids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>> Acesso em : 22 de agosto de 2016.

GRANGEIRO, Alexandre. CASTANHEIRA, Elen Rose. NEMES, Maria Ines Battistella. A Reemergência da Epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. In: Interface (Botucatu). vol. 19. n. 52 . Jan/Mar 2015. Disponível em : <
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0005.pdf>> Acesso em : 30 de Outubro de 2016.

IAMAMOTO, M.V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. Sao Paulo: Cortez, 2007.

IPEA, Nota Técnica número 28. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Org. Fabiola Sulpino Vieira e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides. Brasília, 2016. Disponível em : <
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>

IBGE, Censo Demográfico. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil. 2010. Disponível em:<http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php>

JÚNIOR, Armando Boito. Lava Jato, classe média e burocracia de Estado. Portal Vermelho. Portal Vermelho. Disponível em <http://www.vermelho.org.br/noticia/288272-1>. acesso em 10 mar. 2017.

JÚNIOR, Armando Boito. Os atores e o enredo da crise política. In: JINKINGS,Ivana. DORIA, Kim. CLETO, Murilo. Por que gritamos Golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo editorial. Coleção Tinta Vermelha. 176p.

ISBN:978-85-7559-501-5.

KARIM, SAS., KARIM QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. Lancet, 2011,378:e23-e25. Disponível em : <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253379/>>

LAGO, Regina Ferro do. COSTA, Nilson do Rosário. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. Rev.Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a28.pdf>>
 Acesso em : 13 de Junho de 2016.

LANCENT. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. Lancet, 2000, 355:1131-1137. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10791375>>

LENIN, V. Imperialismo: estágio superior do capitalismo. Sao Paulo: Expressão Popular, 2012.

MAYER, Kh, MIMIAGA, Mj., COHEN, D. GRASSO, C. BILL, R. , VAN DERWARKER R, et al. Tenofovir DF plus lamivudine or emtricitabine for nonoccupational postexposure prophylaxis (NPEP) in a Boston Community Health Center. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999). 2008 Apr 1;47(4):494-9. PubMed PMID: 18176318. Epub 2008/01/08. eng;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Prevenção Combinada. 2015. Disponível em
 <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2014/56584/01prevencao_combinada_final_folder_pdf_23950.pdf> acesso em : 20 de Outubro de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo (mimeo). Disponível em:
 <www.qualiaids.fm.usp.br/download/apps/Relatorio_aplicacao_qualiaids-2010.pdf>
 Novembro 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. 2015. Disponível em:
 <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1>

[.pdf](#)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids. UNGASS. Resposta Brasileira 2011-2005. Disponível em : <

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório da Aplicação Qualiaids 2010. Relatório de Pesquisa, São Paulo (mimeo). Disponível em: <www.qualiaids.fm.usp.br/download/apps/Relatorio_aplicacao_qualiaids-2010.pdf> Novembro 2016.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e Seguridade Social. Um estudo sobre as tencencias da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3 ed. Sao Paulo: Cortez, 1995.

NEMES, Maria Ines Baptistela. SCHEFFER, Mário. 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://abiaids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>> Acesso em : 22 de agosto de 2016.

PARKER, Richard. 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 de Abril de 2016.

PONTES, Ana Fabíola do Nascimento. Negação e Afirmação de Direitos em Pernambuco: saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids. In: VII Jornada Internacional Políticas Públicas. 2015. Eixo 14. Maranhão. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/negacao-e-afirmacao-de-direitos-em-pernambuco-saude-para-pessoas-vivendo-com-hiv-aids.pdf>> Acesso em : 20 de Outubro de 2016.

SANTANA, José ALMIR. Encarando os desafios na luta contra a Aids: como tudo começou?. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde.

Departamento de DST/ Aids e Hepatites Virais. Histórias de Luta contra a Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 94-105

SEFFNER, Fernando. RICHARD, Parker. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta Brasileira à Aids. In: CORREA, Salvador (Org). Mitos vs Realidades: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA. p. 24-32. Disponível em <
<http://abiaids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>> Acesso em : 22 de agosto de 2016.

SILVA, Jaqueline Miranda Barros;NÓBREGA, Vannucia Karla de Medeiros;ENDERS, Bertha Cruz;MIRANDA,Francisco Arnoldo Nunes de. O Cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/Aids. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 195-202, maio/ago. 2011. Disponível em : <
<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5236/4476>>

SOARES, Raquel Cavalcante. Desigualdade Social e Acesso às Políticas Sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. In: Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Editora Universitária. 2011. p. 88-99.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e Serviço Social. In: Saúde, Serviço Social,Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Editora Cortez, 2010. 85-107.

SANTOS, Giselli Caetano dos. A dimensão social da Aids: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco. 2014. 161f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014. Disponível em : <
<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12010/TESE%20Giselli%20Caetano%20dos%20Santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em : 20 de Novembro de 2016.

SONDER, GJ., PRINS, JM. REGEZ, RM. BRINKMAN, K. MULDER, JW. VEENSTRA, J. et al. Comparison of two HIV postexposure prophylaxis regimens among men who have sex with men in Amsterdam: adverse effects do not influence compliance. Sexually transmitted diseases. 2010 Nov;37(11):681-6. PubMed PMID: 20644499. Epub 2010/07/21. eng.;

TEIXEIRA, P. R. (1997) "Políticas públicas em AIDS". In: PARKER, R. (org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, Jorge Zahar/ ABIA, p. 43-68.

TOSINI, W. MULLER, P. PRAZUCK, T. , BENABDELMOUMEN, G. PEYROUSE, E. CHRISTIAN,B. et al. Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation. AIDS (London, England). 2010 Sep 24;24(15):2375-80. PubMed PMID:20729709. Epub 2010/08/24. eng.;

UNAIDS. The Gap Report. 2014. Disponível em <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/name,97466,en.asp>> acesso em : 02 de junho de 2015.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. ROCHA, Maria Solange. SANTOS, Giselli Caetano dos. PONTES, Ana Fabíola do Nascimento. Negação e Afirmação de Direitos em Pernambuco: saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids. In: VII Jornada Internacional Políticas Pública. 2015. Eixo 14. Maranhão. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/negacao-e-afirmacao-de-direitos-em-pernambuco-saude-para-pessoas-vivendo-com-hiv-aids.pdf>> Acesso em : 20 de Outubro de 2016.

WAGNER,Gastão. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde. In: Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 417-442.

WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection, 2013. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf>

YAZBEK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. Editora Cortez. Disponível em: http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Classes_subalternas_e_assistencia

_social.pdf (Acesso em 04 de Abril de 2016).

ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; JUNIOR, Ivan França. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. Temas psicol. vol.21 no.3
Ribeirão Preto dez. 2013. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300017