



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KEZYA BARBOSA DA SILVA

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM
RECIFE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

RECIFE

2024

KEZYA BARBOSA DA SILVA

**SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM
RECIFE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Serviço Social como parte dos requisitos necessários
para a obtenção do título de Mestrado em Serviço Social,
orientada pela Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares

RECIFE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Kezya Barbosa da.

Serviços especializados para pessoas que vivem com HIV/AIDS em Recife no contexto da Pandemia de COVID-19 / Kezya Barbosa da Silva. - Recife, 2024.

113f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2024.

Orientação: Raquel Cavancante Soares.

Inclui referências.

1. HIV/Aids; 2. Covid-19; 3. Ultraneoliberalismo; 4. Conservadorismo. I. Soares, Raquel Cavancante. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, que é a minha base de Fé. Tu és Emanuel!

Gratidão aos meus pais por sempre estarem presentes me apoiando em todas as minhas escolhas, sendo minha rede de apoio pra absolutamente tudo.

Gratidão à minha filha, que me acolhe nos momentos difíceis e me fortalece na caminhada da vida. Que me move em busca de uma sociedade mais justa.

Gratidão aos professores do departamento de Serviço Social da UFPE, que sempre com maestria contribuíram com minha formação desde a graduação. É uma honra poder ter voltado a esta casa, que tanto me transformou e transforma.

Gratidão à minha orientadora, Profa. Raquel Cavalcante Soares, uma referência em minha caminhada acadêmica e profissional. Sempre muito compreensiva, e aberta a novos desafios.

Gratidão aos meus colegas do mestrado, os quais foram uma excelente companhia no decorrer desses anos tão intensos.

Gratidão aos amigos e amigas que tanto me ouviram desabafar. Foram anos desafiadores, vocês foram essenciais.

Gratidão à Prof. Ana Vieira, que se disponibilizou para contribuir com esta pesquisa.

Gratidão à Prof. Taciana Maria, que desde a qualificação trouxe necessárias observações.

Gratidão a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para mais essa conquista.

RESUMO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids são espaços de extrema relevância na garantia ao acesso à saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids. Esses serviços precisam se pautar em atendimentos humanizados, integralizados e acessíveis ao público ao qual se destinam. A pandemia de Covid-19 se desenvolveu em um contexto de intensas mobilizações ultraneoliberais e conservadoras. Assim, não muito diferente da epidemia de HIV/Aids, o combate ao vírus foi permeado por violação dos direitos humanos, difusão de informações falsas e, por vezes, segregação. Nesse período houve a necessidade de reestruturação dos serviços especializados em HIV/Aids, o que rebateu no acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids a esses serviços. A pesquisa ora apresentada, propõe-se a analisar o acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids aos serviços de saúde especializados em Recife-PE, durante a pandemia da Covid-19, no contexto de recrudescimento do neoliberalismo e do conservadorismo no Brasil. Nessa perspectiva, discutimos os impactos da pandemia de Covid-19 na oferta dos serviços de saúde especializados para as pessoas que vivem com HIV/AIDS em Recife-PE, e seus rebatimentos para a população usuária. O referencial teórico foi direcionado aos processos vivenciados pela Política de HIV/Aids no Brasil, avanços e retrocessos, bem como, os impactos do ultraneoliberalismo e conservadorismo nesta política durante a pandemia de Covid-19. A metodologia adotada no estudo se deu através da teoria social crítica como método de análise da realidade, associado a procedimentos qualitativos, estudo de campo e revisão bibliográfica. Através do estudo, pode-se inferir que nos últimos anos a Política de HIV/Aids vem sofrendo grandes perdas devido às investidas conservadoras e ultraneoliberais. Conclui-se, portanto, que atualmente, a Política de HIV/Aids, bem como, diversas políticas sociais, vêm sofrendo a desestruturação através das políticas de austeridade fiscal. Esta falta de investimento tem afetado de forma negativa os serviços especializados em HIV/Aids, e diante da pandemia de Covid-19, houve o agravamento, o que consequentemente afetou de forma negativa as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Palavras-chave: HIV/Aids; Covid-19; Ultraneoliberalismo; Conservadorismo.

ABSTRACT

Within the scope of the Unified Health System (SUS), Specialized HIV/AIDS Care Services are extremely important spaces for guaranteeing access to health care for people living with HIV/AIDS. These services need to be based on humanized, comprehensive and accessible care for the public they are intended for. The Covid-19 pandemic has developed in a context of intense ultra-liberal and conservative mobilizations. Thus, not unlike the HIV/AIDS epidemic, the fight against the virus was permeated by human rights violations, the spread of false information and, at times, segregation. During this period, specialized HIV/AIDS services had to be restructured, which had an impact on the access of people living with HIV/AIDS to these services. The research presented here aims to analyze the access of people living with HIV/AIDS to specialized health services in Recife-PE, during the Covid-19 pandemic, in the context of the rise of neoliberalism and conservatism in Brazil. From this perspective, we discuss the impacts of the Covid-19 pandemic on the provision of specialized health services for people living with HIV/AIDS in Recife-PE, and its repercussions for the user population. The theoretical framework focused on the processes experienced by HIV/AIDS policy in Brazil, its advances and setbacks, as well as the impacts of ultra-liberalism and conservatism on this policy during the Covid-19 pandemic. The methodology adopted in the study was based on critical social theory as a method of analyzing reality, associated with qualitative procedures, a field study and a literature review. Through the study, it can be inferred that in recent years HIV/AIDS policy has suffered major losses due to conservative and ultra-liberal attacks. It can therefore be concluded that HIV/AIDS policy, as well as a number of social policies, is currently being disrupted by fiscal austerity policies. This lack of investment has negatively affected specialized HIV/AIDS services, and in the face of the Covid-19 pandemic, this has worsened, which has consequently negatively affected people living with HIV/AIDS.

Keywords: HIV/Aids; Covid-19; Ultraneoliberalism; Conservatism.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AHF - AIDS Healthcare Foundation

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CQC – Custe o que custar

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DIP – Doenças Infecto Parasitárias

DRU - Desvinculação de Receitas da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC – Emenda Constitucional

FHC – Fernando Henrique Cardoso

GAPA SP- Grupo de Apoio a Prevenção a Aids / São Paulo

HCP – Hospital Correia Picanço

HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEPS - Instituto de Ensino e Pesquisa em Saúde

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEC – Ministério da Educação

NEPPS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Organização Social de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde

SAE - Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UNASUS - Sistema Universidade Aberta do SUS

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. A EMERGÊNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL	16
2.1 Política de HIV/Aids no Brasil: os primeiros passos de uma política bem-sucedida.....	16
2.2 O Desmonte da Política de HIV no Brasil e suas Repercussões para Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Recife/PE	28
3. CONSERVADORISMO E ULTRANEOLIBERALISMO: IMPACTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS	39
3.1 Do neoliberalismo ao ultraneoliberalismo: a ampliação da agenda de austeridade fiscal.	39
3.2 Tendências conservadoras no Brasil	50
3.3 Covid-19: a condução da pandemia pelo Estado brasileiro	58
4. AS SUCESSIVAS APROXIMAÇÕES AO OBJETO DE ESTUDO.....	67
4.1 Percurso Metodológico.....	67
4.2 Identificação das Unidades de Saúde.....	69
4.2.1 Hospital Universitário Oswaldo Cruz.....	69
4.2.2 Hospital Correia Picanço.....	70
4.3 A Pandemia de Covid-19 e os Impactos na Oferta de Serviços Especializados para Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Recife	72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	99

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação que tem por título Serviços Especializados para Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Recife no Contexto da Pandemia de Covid-19, tem por objetivo analisar o acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids aos serviços de saúde especializados em Recife-PE, durante a pandemia da Covid-19, no contexto de recrudescimento do neoliberalismo e do conservadorismo no Brasil. Levamos em consideração as características do acesso aos medicamentos e aos atendimentos, frente às alterações que foram implementadas; o perfil destes usuários; os desafios encontrados por estes nos serviços; entre outros aspectos que influenciam diretamente na acessibilidade ao tratamento.

O interesse pela temática da pesquisa surgiu a partir do período em que a pesquisadora, assistente social, foi residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), entre os anos de 2019 a 2021. Nesse período, houve a aproximação ao setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), responsável pelo acompanhamento e tratamento de adultos diagnosticados com diversos tipos de doenças, em sua maioria, pessoas vivendo com HIV/Aids. Durante a experiência do rodízio da residência, foi possível constatar que parte considerável dos pacientes internados nas enfermarias de DIP eram pacientes com HIV/Aids, os quais haviam abandonado o tratamento.

Segundo a Norma Técnica nº 208/2009, que dentre outras coisas, delibera os critérios de abandono de tratamento, este se caracteriza através da não retirada dos medicamentos antirretrovirais a partir de três meses após a data prevista e a não retomada às consultas em até 6 meses (BRASIL, 2009).

A partir desta experiência, surgiu o interesse em se debruçar mais intensamente sobre estas questões, que foram aprofundadas durante o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), que teve por tema “As Determinações Sociais em Saúde e o Abandono do Tratamento de Pacientes com HIV/Aids”.

Apesar de ser uma doença crônica para a qual atualmente não há possibilidade de cura, o HIV/Aids tem tratamento, e este, quando feito de acordo com as orientações estabelecidas, melhora consideravelmente a qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença, bem como, torna o vírus indetectável, não

transmissível, e reduz a ocorrência de doenças relacionadas. Desta forma, quando o tratamento sofre algum tipo de interferência (no sentido de descontinuidade), pode afetar diretamente o sistema de defesa do organismo, por este motivo, a importância da manutenção do tratamento.

Sabe-se, que há aproximadamente 40 anos, estamos vivendo a epidemia de HIV, entretanto, esta ainda é uma doença permeada por muito estigma¹ e preconceito, resultantes também da falta de conhecimento sobre a doença e de políticas públicas que visem à comunicação sobre a epidemia e a disseminação de medidas de prevenção e suas tecnologias, podendo gerar medo e insegurança na descoberta do diagnóstico. Esses são alguns dos maiores desafios enfrentados por parte das pessoas que vivem com HIV/Aids, que precisam lidar com esse processo de adaptação.

A partir de então, por meio da pesquisa realizada no TCR, foi possível identificar que o abandono do tratamento vai além da adesão medicamentosa, compreendeu-se que essa questão está associada ao que foi referido por *acessibilidade ao tratamento*. Ou seja, como se configura o acesso destes pacientes ao tratamento, em relação aos medicamentos, aos serviços de saúde (consultas, realização de exames, entre outros), às questões subjetivas, inclusive no campo social, os quais estão diretamente relacionados às determinações sociais em saúde. Também foi possível ponderar sobre paradigmas estabelecidos acerca da culpabilização dos sujeitos diante de seu adoecimento e processo de cuidado, bem como, as circunstâncias que se apresentam na manutenção deste tratamento.

Desta forma, concluiu-se no estudo, que não se pode pensar em abandono de tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids, sem refletir acerca da realidade social na qual esta questão se insere. Sem essa mediação, não é possível compreender os motivos que levaram estes pacientes à não continuidade do tratamento.

Portanto, a partir desta pesquisa e suas conclusões, surgiu o interesse de compreender: como se deu essa questão do acesso de pessoas vivendo com HIV/Aids aos serviços especializados, diante de uma realidade tão complexa, que foi

¹ De acordo com a UNAIDS (2020), —o estigma relacionado ao HIV refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas) e outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais.

o período da pandemia de Covid-19? Esta indagação serviu de norte para esta pesquisa, que buscou responder a este questionamento, bem como, compreender suas complexidades.

No dia 11 de março de 2020, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia da Covid-19 (Corona Virus Disease). — “A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global” (BRASIL,2024). Depois de declarada a pandemia e frente ao pico do ciclo pandêmico, normas de segurança para combater o vírus foram estabelecidas para evitar a contaminação em massa. Essas medidas de prevenção precisaram ser adotadas e as pessoas tiveram que se adaptar a uma nova dinâmica de convivência social, a exemplo da necessidade de se manter o distanciamento e isolamento social.

Diante de tais mudanças e da urgência de se reestruturar as diversas unidades de saúde, alguns setores e atendimentos especializados foram prejudicados. No HUOC o setor de infectologia, especificamente o ambulatório, manteve-se aberto, com uma nova dinâmica.

Frente à situação de calamidade pública, o medo foi instaurado, e as pessoas consideradas como grupo de risco para a doença (idosos, imunossuprimidos, portadores de doenças crônicas) precisaram ser ainda mais cautelosas. As pessoas vivendo com HIV/Aids, se enquadram nesse grupo, o que pode ter acarretado algumas implicações na manutenção do tratamento da doença.

Em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids no cenário da pandemia de Covid-19, para além dos riscos dos fatores biológicos resultantes da Covid-19, também foi possível perceber o agravamento das questões objetivas e a exacerbação da histórica desigualdade social encontrada no Brasil.

De acordo com o dossiê publicado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA (2020, pg. 26) “Os mais afetados por pandemias como a Aids e a Covid-19 são os habitantes dos bairros mais pobres, sem acesso ao saneamento básico, e com pouca escolaridade.” Conforme afirma Demenech et al., 2020, pessoas em situação de vulnerabilidade econômica tendem a sofrer uma exposição diferenciada ao vírus por morar em habitações precarizadas, residir com muitas pessoas em moradias pequenas, fazer uso de transporte público com frequência e ter insegurança laboral.

Podemos destacar também a dificuldade no requerimento aos benefícios previdenciários, no acesso ao auxílio emergencial, na alimentação, ao transporte, dentre outros fatores que interferem diretamente no acesso à manutenção do tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Portanto, em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids no cenário da pandemia de Covid-19, pode-se perceber a exacerbação da histórica desigualdade social e econômica encontrada no Brasil, estas, em caráter excepcional, afetam consideravelmente a vida das pessoas em processo de adoecimento. Reconhecendo os diferentes impactos que o processo saúde/doença gera nas classes sociais, conforme afirma Souza, 2020, não se pode deixar de reconhecer que a pandemia agravou algumas expressões da questão social, mais notadamente o desemprego e a fome.

Para melhor apreender essa questão: de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua), no segundo trimestre do ano de 2020 (considerado o pico da pandemia), chegou a 13,8% o índice de desemprego no Brasil, ou seja, cerca de 13 milhões de pessoas estavam desempregadas no país, esta foi a maior taxa de desemprego desde o ano de 2012. Especificamente no Nordeste, os números chegaram a 14,9% – o maior número registrado entre as grandes regiões (IBGE, 2022).

É importante ressaltar que todo o tratamento do HIV/Aids é ofertado através do Sistema Único de Saúde (SUS), este que é um sistema gratuito, regido pelo princípio da universalidade, e que vem desde a sua implementação (através da Lei nº 8.080/1990) sofrendo com os desmontes e rebatimentos das investidas neoliberais. Percebe-se que as pessoas vivendo com HIV/Aids devido à sua condição clínica, são usuárias assíduas dos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. Entretanto, a população mais pauperizada se utiliza, com mais frequência, do sistema público de saúde.

Contudo, observamos, nitidamente, que o atual modelo de assistência à saúde, mesmo no âmbito do SUS, tem intensificado a participação da iniciativa privada. Essa tendência neoliberal, por seu turno, é justificada mediante os argumentos da crise fiscal do Estado, da sua ineficiência e/ou do fortalecimento da intervenção da sociedade civil.

Faz-se necessário refletir que o modo de produção capitalista, tem a necessidade intrínseca de expandir progressivamente o acúmulo de capital, para

isso, se utiliza de estratégias como precarização de serviços, desfinanciamento, mercantilização das políticas sociais e desmonte dos direitos conquistados à duras penas e que constam na Constituição Federal de 1988, seguindo a lógica neoliberal. Especificamente em se tratando da Política de Saúde, esta tornou-se cada vez mais alvo do projeto privatista, que se perpetua desde a implementação desta política no Brasil, tendo o seu caráter de universalidade severamente ameaçado. A exemplo disto, podemos citar a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que teve por finalidade congelar os gastos com a saúde por 20 anos. Dessa forma, a política – submetida a um processo de perda de sua magnitude aliado ao subfinanciamento e ao desfinanciamento da política de saúde como um todo –, fica deficitária, rebaixando o padrão de atendimento e prejudicando, principalmente, os usuários em maior situação de vulnerabilidade social.

Em face deste cenário, frente ao desmonte da política de saúde, às ofensivas contra os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários que se intensificaram na crise pandêmica, juntamente com as questões materiais e objetivas, são dificuldades das quais estes pacientes se depararam e, certamente influenciaram e influenciam no processo saúde/doença/tratamento.

Através do TCR, foi possível inferir que, os pacientes em abandono de tratamento, são os que mais demandam do Serviço Social da Unidade de Saúde. Para além de orientações gerais sobre a manutenção do tratamento, estes requisitavam a realização de encaminhamentos intersetoriais relacionados à ausência de renda, dificuldades para arcar com os custos com transporte e solicitação de benefícios assistenciais.

Portanto, partindo destas questões aqui expostas, esta pesquisa buscou dar continuidade aos estudos iniciados anteriormente, durante a residência, compreendendo a importância da realização de estudos voltados às condições em que vivem as pessoas com HIV/Aids.

A pesquisa se deu através das entrevistas aos profissionais que atuam nas duas principais unidades especializadas no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco: o Hospital Universitário Oswaldo Cruz e o Hospital Correia Picanço. Ambos, localizados em Recife, capital do estado.

Apresentando a estruturação da dissertação em capítulos, o capítulo um, em seu primeiro item, aborda a emergência do HIV/Aids no Brasil, e como se deu o avanço desse tema enquanto política, que se desenvolveu, e com o passar dos anos

se tornou modelo para outros países. No segundo item, apresentamos o cenário contrário, evidenciamos o processo de desmonte da política de HIV/Aids no Brasil, com destaque para a cidade de Recife/PE.

No terceiro capítulo, entre os seus três itens, versamos acerca das tendências ultraneoliberais e conservadoras no Brasil, bem como, a contribuição destas no desmonte da política de HIV/Aids. Também discorremos sobre a pandemia de Covid-19, e como se deu o seu enfrentamento no Brasil, sob a condução de um governo conservador e ultraneoliberal.

No quarto capítulo, expomos e discutimos o objeto de pesquisa e os resultados desta. Apresentamos a metodologia utilizada para alcançar os objetivos propostos, assim como, realizamos uma análise desses resultados, com base na teoria apresentada anteriormente.

Desta forma, espera-se que os resultados deste estudo, contribuam para o desenvolvimento de uma visão crítica acerca do tema. Este, será disponibilizado em âmbito digital de acesso público, podendo assim, colaborar com os serviços de saúde e seus processos de trabalho, direcionados ao acesso de pessoa com HIV/Aids.

2. A EMERGÊNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL

2.1 Política de HIV/Aids no Brasil: os primeiros passos de uma política bem-sucedida

O início da década de 1980 foi marcado pelos primeiros casos de HIV/Aids no mundo, no contexto de uma intensa globalização e transformações no campo econômico e político. Nesse período, os movimentos sociais se organizaram com o compromisso de combater a epidemia, bem como, a marginalização, invisibilização e estigma das pessoas diagnosticadas com a doença. Segundo Vieira (2018, p. 77),

[...] com o surgimento da infecção por HIV, teve início uma mobilização pelo enfrentamento da doença que acometia principalmente homens que fazem sexo com outros homens, *gays*, travestis, pessoas usuárias de drogas injetáveis e pessoas com doenças que exigiam transfusões de sangue.

A transmissão do HIV se dá através de várias vias, incluindo relações sexuais desprotegidas (sem preservativo) por meio de secreções (vaginais e esperma), sendo esta a forma mais comum de transmissão. Contudo, o vírus também pode ser transmitido através do compartilhamento de materiais perfurocortantes (agulhas, alicates de unha etc.), de mãe para filho (através da gestação, parto e/ou amamentação), transfusão sanguínea, acidentes com materiais biológicos no contato com usuários infectados (Mora e Lacqua, 2020).

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da Aids, o sistema imunológico começa a ser atacado. E é na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV – tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. O organismo leva de 8 a 12 semanas após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebida (Brasil, 2016).

A princípio, a Aids emergiu na população elitizada da sociedade, com o passar dos anos a epidemia foi atingindo a população mais pauperizada. Essas tendências, bem como sua interiorização, começam a se revelar uma década após a ascensão da doença no Brasil.

Historicamente, existe um perfil epidemiológico para pessoas acometidas por doenças infecciosas – a exemplo da tuberculose, do HIV, entre outros. Estes tipos

de enfermidades, na grande maioria das vezes estão associados às condições socioeconômicas nas quais se encontram as populações atingidas. Segundo Moreira, 1997, a doença (HIV/Aids) encontrou na população mais pobre um espaço oportuno para sua proliferação, em razão da exclusão histórica a qual essas classes sofrem diante dos processos de informação e ausência de uma política preventiva que atenda às demandas levantadas por esta parcela da população.

Para compreender e localizar a questão do HIV/Aids no serviço de saúde, é importante situar a doença neste cenário contraditório no qual emergiu, identificando o processo histórico do seu desenvolvimento enquanto política pública.

Em 1980, o Brasil estava passando por um momento histórico de redemocratização². A epidemia emerge em um cenário no qual ascendiam os movimentos sociais fortalecidos, preocupados com a saúde pública e com as condições de vida da população, após duas décadas de Ditadura Militar (1964-1985). Dessa forma, os movimentos sociais estavam em evidência, dentre os quais destacavam-se os recém-criados movimentos negro, feminista, gay, lésbico e o de reforma sanitária, o qual lutava por uma política de saúde universal (Parker, 2020).

Profissionais de saúde, estudantes e sociedade civil estavam unidos na emergência do movimento de reforma sanitária. Esse movimento ganha força a partir das diversas críticas e denúncias acerca da situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários pertinentes ao modelo de saúde existente. Evidenciava-se a insatisfação da população mais empobrecida com os governos militares devido aos prejuízos causados pelo sistema de saúde adotado no país e a qualidade da saúde da população (Escorel et. al., 2005).

O movimento de reforma sanitária pode ser compreendido enquanto um movimento ideológico, com uma prática política, constituído através dos Departamentos de Medicina Preventiva, num confronto teórico direto ao movimento preventivista de matriz americana, e sua visão racionalizadora e burocrática acerca do Estado. O pensamento reformista passa a construir uma nova agenda no campo da saúde³ (Escorel et.al., 2005).

² Segundo Franzoi e Moraes (2014), A palavra REDEMOCRATIZAÇÃO nos remete ao processo de restauração da democracia e do estado de direito em algum lugar geográfico, onde o mesmo havia sido extinguido. No Brasil, faz referência ao período final e pós-ditadura militar, que perdurou entre os anos 1964-1985.

³ O pensamento reformista “desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do

Através deste movimento, crítico, contra hegemônico, confrontador do regime autoritário, o país passava a reconhecer a saúde como um direito de todos, não mais seletivo.

No dizer de Bravo (2006, p. 95),

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Impulsionada pelo movimento de reforma sanitária, em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Um marco em relação à participação e representatividade social. Diferentemente das anteriores, este foi um evento inédito na história das políticas de saúde, tendo em vista que jamais havia acontecido a convocação da sociedade civil, por parte do poder executivo, para debater políticas e/ou programas de governo. Todas as sete conferências anteriores, foram pautadas em um caráter eminentemente técnico, bem como, pela baixíssima representatividade social, cabendo apenas a participação de gestores e técnicos governamentais (Carvalho, 1995).

No contexto em que se fortaleceu o movimento democrático em oposição ao regime militar, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate político. Tal compreensão acentuou-se nos debates travados durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto de Reforma Sanitária que viria a orientar a proposta do movimento sanitário no processo constituinte de 1988 (Lima et al. 2005, p.16).

A partir destes acontecimentos, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, conhecida por Constituição Cidadã, visto que reconhecia os cidadãos como sujeitos de direitos. O processo da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) e a posterior promulgação da Carta Magna de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e de extensão dos direitos sociais em nosso país diante da grave crise e das demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdades sociais. Assim,

materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo” (Escorel et. al., 2005, p.68).

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (Bravo, 2006, p. 96-97).

Portanto, a “Política de Saúde, na década de 1980 deixou de ser interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2006, p. 95). A nova Constituição defende a assistência integral à saúde, acesso universal e igualitário, e gestão descentralizada (com participação da sociedade civil). A constituinte também insere a saúde na seguridade social, consolidada através de um tripé formado pela assistência social, previdência social e saúde.

Com a Constituição Federal, a saúde foi instituída como uma política universal, abrangendo toda a população, independente de contribuição prévia ou renda. Ainda de acordo com a Constituição, a Política de Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir desse entendimento, o Estado passa a ser responsável pela garantia da saúde da população na sua integralidade, para além da medicina curativa (Fernandes, 2020, p.64).

Anteriormente, “a assistência em saúde para trabalhadores assalariados tinha caráter contributivo, enquanto os demais cidadãos recorriam a instituições filantrópicas em suas necessidades de saúde” (Vieira, 2018, p. 73).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista dominante nesse período, com a consequente supressão do debate sobre alternativas políticas no seio da sociedade permitiram, que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária (Brasil, 2011, p. 24).

Portanto, rompendo com a concepção de saúde contributiva, bem como, voltado à participação da sociedade civil e defesa do caráter público, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado por meio da Lei Orgânica nº 8.080/90, que reconhece a saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado. Em seus

princípios norteadores, o SUS traz: a universalidade, integralidade, descentralização e controle social.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

O SUS foi uma grande conquista para a população brasileira. Fruto da luta dos movimentos sociais, o novo sistema de saúde representa um salto qualitativo no tocante à articulação intersetorial com as demais políticas públicas, refletindo um avanço na afirmação dos direitos dos brasileiros (Silva, 2020).

Apesar disso, deve-se levar em consideração o caráter contraditório das políticas sociais, pois, ao mesmo tempo em que se apresentam como conquistas da classe trabalhadora, também representam instrumento do capital para a manutenção de sua hegemonia, conforme ponderam Behring e Boschetti, 2011. E justamente por causa desse contexto contraditório, quando o SUS ainda estava se estabelecendo, passou a sofrer as investidas do projeto neoliberal que emergia no mesmo período.

O exemplo disso pode ser observado no próprio corpo da Carta Magna, em que existe a presença de forças com interesses contraditórios. O Art. 199, em seu primeiro parágrafo, menciona a possibilidade da participação da iniciativa privada no SUS (Brasil, 1988). Para Behring, 2003, as propostas de cunho reformistas, consentidas pela Carta, que possibilitariam a aproximação do cenário brasileiro a um modelo de Estado de bem-estar social, passam a sofrer diversos ataques que contribuem para seu desmonte. Nesse sentido, Soares afirma que “a contrarreforma interrompeu o início da implementação do SUS conforme seu marco legal original” (Soares, 2010, p. 16).

É nesse cenário, envolvido por conquistas e retrocessos, que está situada a promoção da prevenção e do tratamento do HIV/Aids.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença infecciosa que ocasiona complexa e dinâmica epidemia, caracterizada por profundas mudanças ao longo do tempo, sobretudo, no referente às categorias de exposição e evolução de uma série de respostas políticas e sociais, para prevenção, controle e tratamento da doença (Cunha e Galvão, 2010, p. 527).

De acordo com Rocha, 2011, os primeiros casos foram registrados entre homens gays, bem como os óbitos. Desde o princípio, a Aids é permeada por estigmas, estereótipos e preconceitos. No início dos anos 1980, as ações do Estado eram voltadas às pessoas adoecidas, estas, eram mais limitadas ao grupo, que ficou denominado como grupo de risco. “Grupo de risco” foi um conceito desenvolvido para identificar uma parcela da população composta por: homens gays (homossexuais masculinos), usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo.

Este conceito, utilizado sobremaneira durante os primeiros anos da epidemia (e ainda hoje, embora esforços sejam direcionados ao não-uso), abrangia aqueles segmentos que apresentavam ações e/ou atitudes desviantes do moralmente aceito em termos sociais, sendo a Aids considerada, então, uma espécie de castigo divino que acometia aqueles que procuravam ou que mereciam a ira suprema (Padoin, 1999 apud Schaurich, 2004, p.119).

À vista disto, a Aids era muitas vezes mencionada como “peste gay” ou “câncer gay”, o que reforçava estigmas e marginalizava ainda mais uma população que já estava à margem da sociedade (Schaurich, 2013). Para além disto, esta visão acrítica, contribuiu de certo modo, para a disseminação do vírus entre diversos outros segmentos sociais, dentre os quais aqueles considerados “fora de risco”. Como afirma, Santos (2002, p.1) “Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade.”

No entanto, apesar deste cenário contraditório, no Brasil, organizações governamentais juntamente com movimentos sociais, tomaram a iniciativa de desenvolver políticas e programas que enfrentassem a doença e trouxeram a concepção da Aids como uma questão de saúde pública, mediada por determinações sociais.

Portanto, as determinações sociais em saúde compreendem o processo saúde-doença para além de um fenômeno biológico individual, ou seja, algo dinâmico e imerso em uma coletividade com relações sociais complexas, que interferem direta e indiretamente, no processo de adoecimento. Logo, neste contexto, faz-se necessário levar em consideração como se configura o acesso deste paciente ao tratamento, seja em relação aos medicamentos, seja em relação

às consultas, entre outras questões, inclusive no campo social. Portanto, a participação dos movimentos sociais e essa percepção sobre o processo de adoecimento, contribuíram muito positivamente no avanço da política de HIV.

O fortalecimento dos meios de participação da sociedade foi relevante para a legitimação das estratégias de cuidado e prevenção, respondendo às demandas da população, promovendo o diálogo técnico sobre sexualidade e o respeito à diversidade, assim como enfrentando a estigmatização, que ampliou a vulnerabilização dos grupos mais afetados pelo HIV. Por meio de seu ativismo e controle social, a sociedade civil foi fundamental na elaboração de uma resposta à epidemia do HIV no Brasil, lutando principalmente pela garantia de direitos dos grupos mais atingidos e buscando incluir nas agendas governamentais políticas de enfrentamento (Souza, 2023, p.22).

Esses movimentos sociais, segundo Parker, 2020, passaram a construir respostas para a crise da Aids que assolou o Brasil, através de articulações realizadas no decorrer dos primeiros anos após o primeiro caso da doença. A partir da participação ativa dos movimentos sociais, foi possível condensar as bases para a formulação de princípios éticos e políticos de uma política de combate à epidemia. Princípios estes que começaram a se distanciar das primeiras concepções acríticas estigmatizadas.

Assim, o movimento de luta contra a AIDS foi fortemente marcado – particularmente no início de 1980 – por um compromisso com políticas de oposição e pela convicção de que a organização e a mobilização da sociedade civil seriam fundamentais para garantir um retorno bem-sucedido da autoridade civil em um governo eleito democraticamente. A existência de pressão por parte de um ativismo político foi crucial para propiciar o estímulo necessário ao desenvolvimento de um programa de governo desde cedo [...]. (Parker, 2020, p. 5).

Dentre as organizações que mais se evidenciaram na época, estão o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS em São Paulo (GAPA-SP) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). O GAPA foi fundado em 1985, era composto por

ativistas gays, profissionais de saúde, trabalhadores sociais e outros ativistas da comunidade, a maioria dos quais tinha sido afetada diretamente de uma maneira ou de outra pela crescente epidemia. Nelson Solano, que estavam entre os mais importantes líderes do movimento de ativismo de luta contra a AIDS surgido naquela ocasião. Eles se dedicavam à luta por melhores condições de atendimento e tratamento, bem como por campanhas mais agressivas destinadas a aumentar a conscientização do público e a desenvolver programas de prevenção (Parker, 2020, p.5).

A ABIA foi fundada em 1987, pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho⁴, e pelo médico Walter Almeida. Tinha sua prática voltada à garantia de políticas governamentais, voltadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Além de seus fundadores, a organização era composta por diversos profissionais, líderes comunitários e religiosos do campo progressista (Parker, 2020; ABIA, 2024).

A ABIA dedicava total atenção à crítica das políticas públicas ou à falta delas, especialmente no âmbito federal. Com um acesso pouco comum à mídia, a ABIA rapidamente se tornou a instituição com uma crítica mais ativa e influente do Programa Nacional de AIDS durante o final dos anos 1980 e o início dos anos 1990 (Parker, 2020, p.6).

Nesse cenário, o ativismo político ao unir-se em prol da luta contra a Aids, pressionou o Estado de tal modo que, em 1985, foi implementado o Programa Nacional de DST e Aids, através da Portaria nº 236/85, visando “coordenar em nível nacional ações de vigilância epidemiológica da SIDA ou AIDS” (BRASIL, 1985). Ainda assim, durante aproximadamente dez anos após a emergência da epidemia, a resposta dada pelo Estado brasileiro à Aids ainda era muito tímida, na medida em que grande parte da atuação e da mobilização eram realizadas por meio dos movimentos da sociedade civil (Parker, 2020).

Em relação a campanhas e programas de controle da Aids, segundo Monteiro, 1999, na primeira década da epidemia, o discurso preventivo se dava através da veiculação de informações básicas acerca das formas de não transmissão do vírus HIV, dentro de uma perspectiva fatalista, normativa e discriminatória.

Informados pela construção do conceito de ‘grupo de risco’, os modelos de prevenção adotados foram centrados numa abordagem epidemiológica e comportamental. Dentre as limitações dessa abordagem, cabe ressaltar a associação da transmissão do HIV com a noção de promiscuidade; a presunção de uma homogeneidade de representações e práticas dos grupos sociais no campo da sexualidade e do uso de drogas; e a falta de ênfase em alternativas de sexo mais seguro, para além do uso da camisinha ou da abstinência (Monteiro, 1999, p.24).

⁴ “Herbert de Souza, popularmente conhecido como Betinho – paciente hemofílico que também era soropositivo e cujos dois irmãos tinham sido acometidos pela AIDS. Betinho já era reconhecido como líder progressista da juventude cristã e ativista político antes de ir para o exílio nos anos 1960. Era também uma das principais figuras que participara do movimento pela redemocratização após retornar do exílio no início dos anos 1980. E foi ainda fundador do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), uma das maiores e mais influentes ONGs do Brasil e instituição líder na luta pela redemocratização do país” (Parker, 2020, p.6).

Nestes primeiros momentos da epidemia, as intervenções eram muito limitadas. Ainda se pensava muito pouco na complexidade da doença, que estava inserida em um contexto social, e nas questões socioeconômicas que a permeavam.

Durante a Assembleia Nacional Constituinte reunida em 1987 e 1988, a Agência Senado, 2023, aponta que documentos dos arquivos do Senado e da Câmara, em Brasília, evidenciam que a Aids foi um tema que gerou preocupação constante no evento, onde “Senadores e deputados encarregados de elaborar a atual Constituição chamaram a doença de “peste do século”, “desgraça que aflige o mundo” e “a maior tragédia na humanidade em todos os tempos”. Evidenciando, dessa forma, a disseminação do preconceito, estigma acerca da doença.

Entretanto, em meados dos anos 1990, percebeu-se uma mudança no perfil epidemiológico do HIV. O vírus passou a ser detectado em outros segmentos da sociedade, como já mencionado anteriormente. Portanto, passam a se evidenciar nos indicadores da doença: pessoas bissexuais, heterossexuais, portadores de hemofilia e seus parceiros, usuários de drogas injetáveis e seus parceiros e um número considerável de mulheres e crianças (Schaurich, 2013).

Nessa conjuntura, o Estado brasileiro começou a intervir mais efetivamente no enfrentamento da epidemia. Em 1993, o primeiro antirretroviral passou a ser produzido no Brasil. Neste mesmo período, o Banco Mundial articulado com o Ministério da saúde, financiou, num total de 250 milhões de dólares, e constituiu o Projeto de Controle da AIDS e DST, que tinha abrangência nacional (Soares, 2000).

Durante o ano de 1996, uma grande conquista foi a aprovação da Lei Federal nº 9.313, mediante a qual foi assegurado o direito ao acesso aos antirretrovirais⁵ para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids, tornando tal oferta, até o presente momento, gratuita e realizada através do SUS. Tal lei representa, nesse sentido, uma vitória, pois o uso dos medicamentos antirretrovirais é de extrema importância para as pessoas vivendo com HIV/Aids, haja vista que aumenta o tempo e a qualidade de vida, bem como reduz os riscos de infecções e o número de internamentos, agindo assim, no combate aos vírus circulantes em níveis indetectáveis (Brasil, 2018).

⁵ Terapia Antirretroviral é a administração de medicamentos que atuam no mecanismo de multiplicação do vírus e, dessa forma, evita que este se multiplique no organismo e infecte as células de defesa.

Conforme afirma Pinto et al., (2007, p. 48): “a distribuição dos antirretrovirais (ARV) permitiu reduzir em 50% a mortalidade por Aids no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, o que reflete melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids”.

Dessa forma, o SUS tem um papel fundamental na manutenção do tratamento das pessoas que vivem com o HIV/Aids pois, qualquer interferência na oferta integral deste tratamento acarreta prejuízos importantes na vida dessas pessoas.

Nesse sentido, “Apesar dessas tensões e limites, segundo a UNAIDS, 2015, o Brasil foi um dos primeiros dentre os de renda baixa e média a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com AIDS”, afirmam Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 90).

Em 1994, através do Ministério da Saúde, foram implementados os Serviços de Assistência Especializada (SAE).

que consiste em uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo do paciente portador do vírus HIV/Aids e outras DSTs com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Presta atendimento médico, com resolutividade diagnóstica, e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos pacientes e familiares (MS, 2005).

Este serviço tem a função de ofertar assistência aos usuários através de orientações clínicas, sociais e psicológicas, bem como, realizar encaminhamentos segundo suas demandas. Outro serviço tão importante quanto os SAE's, são os Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTA). O primeiro CTA foi instituído no ano de 1988, na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a segunda unidade foi implementada no ano seguinte, no município de São Paulo. Estes serviços surgem como uma estratégia para ampliar o exame sorológico para diagnóstico do HIV (Wolffenbuttel e Carneiro, 2007).

Seguindo essa linha de desenvolvimento, a política de HIV/Aids brasileira alcançou, durante fins dos anos 1990, o reconhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU). Em razão disso, “o Programa Nacional de Aids do Brasil passou a ser visto como uma espécie de modelo de resposta a ser dada para a

epidemia, sendo amplamente reconhecido como um exemplo daquilo que a ONU define como “melhores práticas” (Parker, 2020, p. 12).

A partir de então, o Brasil experimentou o seu modelo sendo aplicado em diversos países da América Latina, de modo que, tanto o tratamento de HIV/Aids quanto o acesso universal aos medicamentos, foram reconhecidos como direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids.

De forma contra-hegemônica, o Brasil enfrentou o consenso neoliberal do Banco Mundial de que os antirretrovirais deveriam ser mercantilizados, assim como resistiu às estratégias conservadoras da USAID. O país optou por uma oferta gratuita do tratamento por meio do seu sistema universal de saúde e incluiu em seus programas de prevenção discussões sobre gênero, direitos sexuais e reprodutivos, trabalho sexual, etc (Filho e Rocha, 2018, p. 48).

Frente ao contexto político contraditório, de avanços e retrocessos, o Estado brasileiro passou a exercer um protagonismo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Bezerra, 2019, aponta os seguintes avanços: as notificações de novos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), visando o controle da epidemia e a sistematização de indicadores; a implementação da rede nacional de laboratórios, para realização de exames destinados às pessoas que vivem com HIV/Aids em uso da terapia antirretroviral, para monitoramento de carga viral e contagem de células CD4, componentes do sistema imunológico; e a introdução de programas direcionados ao combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e à AIDS.

Ao final dos anos 1990, segundo Parker (2020), a política de HIV/Aids brasileira havia desenvolvido versões genéricas⁶ de diversos antirretrovirais importantes, bem como, implementar uma política de acesso ao tratamento em todo o país, demonstrando que os sistemas de saúde de países com renda mais baixa, poderiam utilizar a combinação de terapias antirretrovirais de forma eficaz.

Segundo Fonseca (2005), a partir de meados de 2003, o governo federal passou a ter uma relação mais próxima da sociedade civil organizada. Neste

⁶ O Brasil tinha uma grande capacidade de produzir medicamentos no país, diante disso houve a negociação com empresas farmacêuticas internacionais para quebra de patentes dos medicamentos. Inicialmente houve resistência por partes destas, contudo, em 2001, a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, decidiu pela quebra das patentes dos medicamentos através de um licenciamento compulsório, tendo em vista, a emergência da epidemia, considerando esta uma urgência mundial. Esta condição não foi uma vitória apenas para o Brasil, como também, para todos os países em desenvolvimento (Parker, 2020).

momento, a atuação estava direcionada ao aprimoramento dos processos de gestão de saúde, no que tange ao desenvolvimento tecnológico e científico, de maneira que a resposta brasileira à epidemia de HIV, fosse aprimorada e ampliada. O objetivo foi ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV/Aids, bem como, melhorar a atenção voltada às DST's ofertadas pelo SUS.

A medida que o governo federal passa a investir no desenvolvimento de novas tecnologias, passa a implementar na política de HIV/Aids e ofertar diversidade em métodos de prevenção, estes que inclusive, ultrapassam a lógica do preservativo. A partir do ano 2013, foi adotada a Prevenção Combinada, esta

associa diferentes métodos (ações) de prevenção ao HIV, mostrando a importância da prevenção das ISTs e das hepatites virais tanto para a prevenção do HIV, quanto para a saúde integral das pessoas. Essas ações podem estar combinadas de acordo com as características individuais e o momento de vida de cada pessoa. Essa conjunção de ações deve estar centrada na pessoa, em seus grupos sociais e na sociedade em que se inserem. A premissa básica estabelecida é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, considerando as especificidades dos sujeitos e de seus contextos (Brasil, 2024).

No ano de 2007, a UNAIDS, formulou uma definição acerca da prevenção combinada, em 2009 este conceito começou nos Estados Unidos da América, e com o passar dos anos, foi sendo aprimorado. Esta abordagem de prevenção passou a ser adotada pelo Governo Federal Brasileiro, em 2013. Contudo, já havia sido implementada pela sociedade civil anteriormente, mas existia uma resistência por parte do governo brasileiro.

Entre os métodos adotados pela prevenção combinada, estão:

a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical (quando a gestante é soropositiva e pode haver a transmissão do vírus para o bebê); o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento para todas as pessoas que já vivem com HIV (Brasil, 2024).

Destas formas de prevenção combinada, iremos destacar a PrEP e a PEP, um dos métodos preventivos muito utilizados pelas equipes de SAE e CTA.

A PrEP se configura enquanto um mecanismo de preparação para o organismo enfrentar o HIV. Desta maneira, as pessoas que vivem sem HIV, tomam uma dose diária da combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina), como precaução antes de ter uma relação sexual de risco para o HIV. A PrEP é indicada para pessoas que apresentam maior risco de entrar em contato com o HIV, ou seja, as populações-chaves. Para além destas, ainda se soma pessoas que frequentemente mantêm relações sexuais sem usar preservativos; pessoas que vivem com HIV/Aids; pessoas que fazem uso frequente de PEP; e pessoas que apresentam episódios frequentes de ISTs (Brasil, 2024).

Diferentemente da PrEP, a PEP é uma intervenção de urgência, uma medida preventiva que consiste no uso de medicamentos ou imunobiológicos para reduzir o risco de contaminação por ISTs. Ou seja, é uma forma de prevenção para ser utilizada após a exposição ao HIV, hepatite B ou outras ISTs. A PEP deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual; relação sexual sem uso de preservativo ou após o rompimento deste; acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico) (Brasil, 2024).

Ambas as formas de prevenção, bem como, a combinação como um todo evidencia os avanços técnicos e farmacêuticos do enfrentamento ao HIV nos últimos anos. Contudo, o combate à epidemia de HIV/Aids, ainda permanece sendo um desafio, em diversos momentos, os governos brasileiros precisaram se contrapor às investidas conservadoras e neoliberais que tentavam minar a política de HIV/Aids, ao afirmarem que os investimentos em torno desta eram gastos exagerados devido aos custos com o tratamento. Contudo, o Estado, juntamente com movimentos da sociedade civil, com ativistas e em consonância com a Constituição Federal de 1988, garantiu tal direito. Estabelecendo uma política universal, estabelecida no âmbito do SUS, com acesso abrangente a todas as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.

2.2 O Desmonte da Política de HIV no Brasil e suas Repercussões para Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Recife/PE

O primeiro caso de Aids em Pernambuco foi registrado no ano de 1983, na cidade do Cabo de Santo Agostinho, localizada na Região Metropolitana do Recife. Desde então, tem-se o crescimento da epidemia no Estado (Brito, 1997). Após esta primeira notificação, os números se expandiram ao longo do tempo.

Em Pernambuco, segundo Gouveia (2001, p.10)

Até 1986, 100% dos casos encontravam-se na Região Metropolitana do Recife (RMR), sobretudo em Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista. Com o passar dos anos a doença foi se interiorizando, inicialmente para os maiores centros urbanos do interior do estado, como Caruaru e Petrolina, devido ao maior fluxo de pessoas (migrações e comércio) entre esses polos urbanos.

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV 2023, entre os anos de 2007 e 2023, em Pernambuco, 24.379 novos casos de HIV foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁷. O Estado encontra-se no 1º lugar absoluto de notificação neste período, em relação à região Nordeste. É possível observar que durante os anos de 2013 a 2022, houve uma expansão significativa dos casos.

Pesquisas realizadas com dados até 1995, apontavam que em Pernambuco, houve modificações no perfil das pessoas vivendo com HIV/Aids ao longo do tempo. No início da epidemia, predominavam os casos em pessoas com escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo (antigo 2º grau), posteriormente, houve uma inversão deste perfil. Mais da metade dos casos foram identificados em pessoas com níveis de escolaridade mais baixos (ensino fundamental e sem instrução) (Brito, 1997).

Conforme apontou Brito et al., 2000, a epidemia de Aids no Recife se disseminou rapidamente e teve seus casos progressivamente expandidos a partir dos bairros centrais e litorâneos, para os bairros periféricos, apresentando uma mudança sociodemográfica onde se evidenciava o aumento de números de mulheres e de pessoas com baixa escolaridade, entre os casos.

Segundo Dourado et al., 1997, ao se fazer uma análise em relação a proporção de casos de Aids de acordo com o grau de escolaridade na Região Nordeste entre os períodos de 1983 a 1995, evidencia-se uma aparente e importante mudança no perfil socioeconômico da Aids na Região. Essa tendência

⁷ Informações disponíveis no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, Ministério da Saúde, 2020.

acompanha os indicadores do restante do país, que apresentou discreta redução dos casos em pessoas com a escolaridade de segundo grau e educação superior, e um aumento sequencial dos casos em pessoas com instrução em nível de primeiro grau ou sem instrução.

Atualmente, segundo o Boletim Epidemiológico de PE 2023, entre 2018 e 2023, 15.969 casos foram notificados no estado. Destes, 71,1% eram do sexo masculino ao nascer, e 28,9% eram do sexo feminino ao nascer. 31,5% possuíam o ensino médio completo. Portanto, este é o perfil atual do HIV em Pernambuco.

De acordo com Parker, 2020, entre os anos 1990 a 2000 a resposta da sociedade brasileira à epidemia de HIV/Aids se construiu como referência para o mundo: um exemplo para outras sociedades, principalmente para o Sul Global.

Em meados dos anos 2000, a Aids havia alcançado um espaço importante na agenda política externa brasileira. Diversos países da América-Latina utilizaram o Brasil como referência em relação ao acesso ao tratamento da Aids.

O apoio brasileiro foi essencial para a criação do HORIZONTEC (sigla em inglês), o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal para a América Latina e o Caribe, em 1995, e o Brasil continuou a desempenhar talvez o papel de liderança principal no apoio à colaboração e cooperação entre os programas de HIV/AIDS na região durante os anos 2000 (Parker, 2020, p. 14).

Logo, por ter sido autorizada a quebra de patentes de alguns medicamentos antirretrovirais, e ser o Brasil produtor de muitas versões genéricas, o país passou a fornecer rotineiramente os medicamentos para serem distribuídos em países como Bolívia e Paraguai. O governo brasileiro também procurou estabelecer acordos cooperativos com países africanos e asiáticos.

Tendo a doença emergido em um período em que se estavam ascendendo as políticas neoliberais, formou-se uma conjuntura de tensão entre o movimento que lutava pelo estabelecimento da política de HIV/Aids, e as tendências neoliberais voltadas ao enxugamento do Estado, de redução dos investimentos em políticas que não estivessem ligadas diretamente ao mercado. Entretanto, mesmo em meio a este cenário contraditório, foi possível estruturar uma política de HIV de referência.

Construída ao longo dos governos com abordagens distintas – durante as gestões de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva – a política de HIV/Aids foi um exemplo vivo da importância da democracia, do debate público e do respeito mútuo de pessoas e comunidade diversas

capazes de discordar sobre muitas questões, e ao mesmo tempo buscar diálogo (Parker, 2020, p.35).

Contudo, posteriormente, mais precisamente a partir de 2010, pode-se perceber gradativamente a precarização dos serviços, diminuição dos investimentos, e a acentuada inserção da iniciativa privada.

No decorrer das últimas gestões do Governo Federal, percebe-se gradativamente a precarização dos serviços na Política de Saúde e a Política Nacional DST/AIDS com o agravamento e desmonte das políticas sociais, assim como a diminuição dos investimentos nessas áreas e repasse de importantes recursos financeiros para instituições de cunho privado e filantrópico, a exemplo da Política de Saúde (Fernandes, 2020, p.67).

Além disso, emergiu um movimento conservador proferindo constantes ataques às respostas do Estado à epidemia de HIV/Aids. Movimento este que, desde o primeiro mandato da Ex-Presidenta Dilma Roussef (2011-2016), intensificou os ataques às medidas de prevenção ao HIV/Aids. Com o passar dos anos, essas ações foram se fortalecendo, ao passo que o Brasil, de referência em assistência política, converteu-se em modelo de desmonte político, de tal forma que importou referências de documentos voltados à prevenção.

Lamentavelmente, a partir dos anos 2010, já na quarta década da epidemia, a história começou a mudar. Na época, não percebemos esta mudança com clareza, mas já vivíamos grandes conflitos em relação às políticas e programas para o enfrentamento da epidemia. A bancada religiosa e conservadora do Congresso Nacional começou a atacar as campanhas de prevenção e usar as ações como moeda de troca para assegurar o seu apoio às políticas econômicas dos dois governos de Dilma Roussef e também do governo interino de Michel Temer (Parker, 2020, p.35).

Como resultado das investidas dessa frente conservadora, importantes materiais de educação acerca do HIV/Aids foram censurados, campanhas midiáticas não puderam ser veiculadas, à medida que outras foram retiradas do ar. Segundo Fernandes, 2020, assuntos que em décadas anteriores eram discutidos de forma mais naturalizada, sem moralismo, foram deslocados para o campo conservador, desta forma, a possibilidade de discutir de maneira ampla acerca da prevenção de

Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), direito reprodutivo e sexual, entre outros temas pertinentes e importantes, passou a ser censurada.

Ademais, a atenção voltada às pessoas que vivem com HIV/Aids resgatou traços de abordagens biomédicas, ou seja, centrado na doença sem compreender o sujeito em sua integralidade. Este, um modelo de atenção criticado desde o movimento de Reforma Sanitária, cuja reivindicação é o atendimento integral dos usuários em seu contexto biopsicossocial.

Esta situação continuou progredindo, se afirmando mais intensamente após o impeachment de Dilma, com a Emenda Constitucional (EC) nº 95, tendo em vista que esta EC congela os gastos com a saúde por 20 anos e consequentemente gera o subfinanciamento e desfinanciamento da política de saúde como um todo.

Posteriormente, a gestão Jair Bolsonaro (2018-2022), baseada em concepções anticientíficas e ultraconservadoras dificultou a resposta brasileira frente à epidemia quando censurou materiais especializados em HIV/Aids, e rebaixou o Departamento de HIV/Aids a uma coordenação no Ministério de Saúde por meio do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, este, agregou o departamento à outras doenças crônicas, como tuberculose e hanseníase, bem como, extinguiu o programa brasileiro de Aids.

É importante destacar que o Departamento de Comunicação, elaborador das campanhas internacionalmente premiadas, também foi diluído dentro da estrutura do novo Departamento demonstra um declínio nas intervenções e direcionamento político tanto na questão do seu financiamento, como nas ações de promoção, prevenção e recuperação da doença, podendo significar um “desperdício das experiências” e um retrocesso no âmbito da comunicação e educação em saúde (Fernandes; Filho; Vieira, 2022, p.53).

Além disso, o chefe de Estado não escondeu seus discursos preconceituosos desde quando ainda era Deputado Federal pelo Rio de Janeiro (1991-2019). Em 2010, durante uma entrevista gravada no Congresso Nacional, em Brasília, para o programa *Custe o Que Custar* (CQC), exibido na Rede Bandeirantes de Televisão, Bolsonaro afirmou que o Estado não deveria intervir na atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids por ser um tratamento caro e direcionado às pessoas que “procuraram” ou se “colocaram” nessa situação:

“Quem não se cuidou, problema dele”. “Se pegar a doença é problema dele”. “Tem que atender aquelas pessoas que em um caso de infortúnio contraíram alguma doença. Não o pessoal que vive aí, tomando pico na

veia, que vive na vida mundana, depois querer cobrar do poder público um tratamento que é caro, nesta área? [...]” “Se não se cuidou, é problema dele.” (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2018).

Após ganhar o pleito presidencial, ele corroborou as palavras mencionadas anteriormente ao dizer que pessoas vivendo com HIV/Aids “são uma despesa para todos no Brasil” (Exame, 2020). As falas do então presidente Bolsonaro, nesse sentido, não possuem nenhuma base científica, ao contrário, são extremamente discriminatórias, imbuídas de apelo moral, voltadas à culpabilização das pessoas acometidas pela doença, além de violarem os direitos humanos. Posturas como essas, salienta-se, fomentam o estigma e o preconceito que permeiam a doença, reforçando estereótipos.

Durante seu mandato, Jair Bolsonaro cumpriu exatamente o que se comprometeu em realizar.

A partir de 2019, com a instalação do governo de Jair Bolsonaro, nós testemunhamos o desmonte muito rápido e avassalador desse modelo. Materiais informativos foram recolhidos para serem censurados. Campanhas de prevenção para as populações chaves, vistas como minoritárias, foram abandonadas em favor de informações vagas dirigidas a um suposto público majoritário (Parker, 2020, p.35).

Em termos de financiamento da política, por exemplo, fazendo-se um breve comparativo: em 2019, o investimento custou R\$ 14,8 milhões; em 2020, R\$ 3,9 milhões, ou seja, quatro vezes menos que o ano anterior. Seguindo a tendência regressiva, em 2021 foram investidos apenas R\$ 100.098,00 em campanhas de prevenção (Scheffer, 2022).

À vista disso, há uma nítida intenção de invisibilizar a questão do HIV/Aids nesses atos de desestruturação de uma política que, em décadas anteriores, era referência para outros países.

O recrudescimento do conservadorismo vem levando à multiplicação de recomendações duvidosas a respeito da maneira como a prevenção deve ser pensada e implementada e ao questionamento do próprio princípio dos direitos humanos como ponto de partida para uma resposta à epidemia. Trata-se, portanto, de um contexto radicalmente distinto do que encontramos no decorrer das últimas décadas. De certo modo, apesar de quase 40 anos de epidemia e mais trinta anos de enfrentamento, retomamos alguns desafios que tivemos de encarar no passado (Leite; Terto Junior; Parker, 2020, p. 8).

Frente a esse contexto de avanço do conservadorismo e do neoliberalismo, torna-se evidente o quanto a política de HIV/Aids brasileira, desde sua implementação, é permeada por posicionamentos político-ideológicos, estando seu avanço ou seus retrocessos diretamente vinculados à direção política mediante a qual o país é conduzido. No cenário onde o neoliberalismo e o conservadorismo predominam, a política tende a ser vista em outra perspectiva, perdendo seu cunho político.

Esta perspectiva despolitiza a epidemia e naturaliza a biologização dos corpos e a mercantilização do tratamento, ignorando ou marginalizando a crítica às determinações econômicas, políticas e de gênero que definem, majoritariamente, quem adoece, morre ou se torna mais pobre e subalternizado por causa da epidemia (Filho e Rocha, 2018, p.45).

Soares, 2011, descarta a possibilidade de simples coincidência o fato de, especificamente no Brasil, a Aids estar perdendo visibilidade na mídia e nas políticas sociais, sobretudo em um momento no qual a epidemia atinge notoriamente um maior número de pessoas que vivem em condição de pobreza. Verifica-se, nesse sentido, uma intenção de ocultar a realidade e de difundir a ideia de que a situação está sob controle, embora os dados apontem um panorama divergente.

Em Pernambuco, segundo Vieira et al., 2022, desde a gestão do governador Eduardo Campos (janeiro de 2007 a abril de 2014), foi lançado o plano “Todos Por Pernambuco”, que buscava aplicar a lógica das empresas privadas na gestão das políticas sociais e públicas, com foco para a política de saúde. A partir de então, os governos posteriores vêm perpetuando esse modelo de gestão, e intensificando a transferência da gestão das unidades de saúde do estado para as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Atualmente o Contrato de Gestão, no âmbito da saúde é regulado pela Lei Estadual nº 15.210/2013, de 19 de dezembro de 2013, posteriormente alterada pela Lei nº 16.155/17, de 05 de outubro de 2017. A qualificação como OSS no nosso Estado é concedida através da publicação de Decreto Estadual às Entidades que pleiteiam o título, desde que atendam aos requisitos legais e que tenham reconhecida expertise em gestão de saúde (“Organizações Sociais de Saúde - SES – LAI”, [s.d.]).

A primeira grande unidade nesse modelo de gestão foi o Hospital Miguel Arraes, inaugurado no ano de 2009, no município de Paulista. Atualmente, existe contrato de gestão com 12 Organizações Sociais de Saúde, que atuam em 16 hospitais, sendo quatro metropolitanos e sete no interior do estado, 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 10 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (“Organizações Sociais de Saúde – SES – LAI”, [s.d.]).

Acerca dos serviços voltados ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, em Pernambuco existem dois tipos de serviços: os Serviços de Assistência Especializada (SAEs) e os Centro de Testagens e Aconselhamentos (CTAs). Ambos os serviços são vinculados à Secretaria Estadual de Saúde ou aos municípios. Os SAEs são unidades de apoio que contam com uma equipe multiprofissional, onde as pessoas vivendo com HIV/Aids realizam consultas e dispensação de medicamentos. Os CTAs ofertam à população em geral acolhimento, realização de exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B e C, testes rápidos, distribuição de insumos (preservativos, lubrificantes, entre outros), aconselhamento individual e grupal, abordagem direcionadas à redução de danos.

Contudo, esses serviços não estão imunes aos impactos dos retrocessos da política de saúde como um todo. Conforme afirma Fernandes (2020, p. 71),

o que se constata no cotidiano dos programas DST/AIDS, assim como no desenvolvimento de suas ações, é a falta de infraestrutura nos serviços de saúde, deficiência de recursos humanos para atendimento dos usuários de forma integral, sendo muitas vezes centrado na figura médica e na distribuição de medicações.

Nesse sentido, em Pernambuco, no ano de 2018, uma matéria do Marco Zero Conteúdo destacava que “Serviços de atendimento para HIV/AIDS sofrem com descaso no Recife”. Tal reportagem também apontava a precariedade dos serviços de atendimento nas redes municipal e estadual, em que as principais dificuldades encontradas se concentravam na falta de recursos humanos, materiais e financeiros. No que concerne aos Serviços de Atenção Especializada (SAE), alguns não funcionavam, não realizavam exames básicos e possuíam estrutura desgastada (SANTOS, 2018).

Essa situação, interfere diretamente no processo de adoecimento das pessoas que vivem com HIV/Aids, tendo em vista o que é necessário para manter a qualidade de vida desses usuários, muito além da terapêutica medicamentosa.

O acesso dos pacientes aos serviços de saúde especializados no atendimento às pessoas com HIV/AIDS tem impacto no curso clínico da infecção, no tratamento, na qualidade de vida, no risco de morte e nos custos para o sistema de saúde, o que acarreta na testagem tardia e ocasiona sérios problemas no decorrer do tratamento (Soares et. al 2016, p. 296).

Essa questão se configura enquanto acessibilidade ao tratamento⁸, ou seja, como se configura o acesso deste usuário ao tratamento, seja em relação aos medicamentos, seja em relação às consultas, ou em relação à estrutura do serviço, entre outros fatores, inclusive no campo social, os quais estão diretamente relacionados às determinações sociais em saúde.

De acordo com uma reportagem publicada no Jornal do Commercio, por Leite, 2022, e realizada pela Agenda Mais SUS – projeto do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane –, o estado de Pernambuco se encontra na 15ª posição no ranking de cobertura de atenção primária à saúde (APS), quando comparado com os demais estados. Vale ressaltar, ainda, que, segundo estimativas do IBGE 2021, Pernambuco se encontrava em segundo lugar no ranking populacional dos estados do Nordeste (Alvarenga, 2021).

Atualmente, o cenário não se alterou muito, pelo contrário: de modo diário, as notícias veiculadas nos meios de comunicação reforçam o quão precário estão os serviços de saúde em Pernambuco. Dessa forma, os usuários, quando procuram as unidades de saúde, encontram-nas superlotadas, com estruturas degradadas que ameaçam a integridade, fila de esperas intermináveis, além da falta de insumos básicos.

A matéria publicada na página digital do Esquerda Diário, escrita por Girão, 2024, aponta que Trabalhadores da saúde contratados por OS's em Pernambuco estão com salários atrasados. “Tal denúncia dos trabalhadores se somam a várias outras denúncias da precarização da saúde, como pacientes pelo chão, teto caindo e hospitais alagados” (Girão, 2024).

⁸ De acordo com Leite e Vasconcelos (2003, p. 775-782 apud AQUINO et al., 2011, p. 153): “Diferentemente de adesão, que é a utilização dos medicamentos prescritos e/ou medidas não farmacológicas, de forma correta, a acessibilidade se configura como algo também amplo, porém que faz parte da adesão, sendo inclusive um dos pontos críticos para que esta ocorra ou não.”

Ou seja, a rede de atenção à saúde do estado está, há muito, insatisfatória. Esta conjuntura encontra um espaço propício para as teses neoliberais que defendem a insuficiência do Estado, o incentivo à terceirização dos serviços e a participação da sociedade civil de forma falaciosa. Por isso, é possível observar nitidamente que o atual modelo de assistência à saúde, mesmo no âmbito do SUS, tem intensificado a participação da iniciativa privada.

No que se refere à participação das organizações da sociedade civil, estas, são instituições privadas sem fins lucrativos, consideradas filantrópicas, que assumem a gestão de unidades públicas de saúde. Estas, através de autorizações do poder legislativo, recebem o aval do Estado, o qual transfere a responsabilidade dos atendimentos à saúde dessas pessoas, em um movimento que tem se tornado comum no cenário ultraneoliberal.

Essa tendência, por seu turno, é justificada mediante os argumentos da crise fiscal do Estado, da sua ineficiência e/ou do fortalecimento da intervenção da sociedade civil. Diante disso, tais “parcerias” estão, paulatinamente, recebendo estímulo e estão criando precedentes para, por exemplo, empresas privadas e ONG’s atuarem de forma coparticipativa junto ao Estado. Segundo Montañó (2002, p. 224),

A função das “parcerias” entre Estado e as ONGs não é a de “compensar”, mas a de encobrir e a de gerar aceitação da população a um processo que, como vimos, tem clara participação na estratégia atual de reestruturação do capital. É uma “função ideológica”.

Por isso, a desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais e, ao mesmo tempo, a consequente transferência dessa obrigação para a sociedade civil e para a iniciativa privada, são expressamente características do projeto neoliberal e da reestruturação do Estado. Dessa forma, o capital busca, incessantemente, desfazer todos os direitos conquistados pela classe trabalhadora e, nesse movimento, através de estratégias neoliberais, ele transforma o aniquilamento de direitos conquistados em ampliação da atividade civil.

Dentre as organizações que vem realizando atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids no Estado, podemos citar a AIDS Healthcare Foundation (AHF), uma entidade sem fins lucrativos que opera em 45 países pelo mundo, destes 14 estão localizados na América Latina. Segundo a home page da instituição,

esta se estabeleceu no Brasil em 2013, e atua nos Estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, São Paulo, Amazonas e Rio Grande do Sul. A organização “tem uma unidade de atendimento própria em Recife (Pernambuco), especializada em prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), com foco no público masculino. A clínica é uma parceria com o Programa de IST/HIV/AIDS do estado de Pernambuco” (AHF BRASIL, 2019).

Apesar de a Lei nº 8.080/90 afirmar que a participação destas entidades deve acontecer de forma complementar, não é o que observamos frequentemente nos serviços de saúde. Vieira et al., 2022, p.10, afirmou que

Novos arranjos em parcerias público-privadas estão em construção afetando o SUS. Interesses privados, não só financeiros, tornam-se presentes em meio aos serviços públicos de saúde, trazendo novos e complexos dilemas para os usuários dos serviços e para trabalhadores em saúde. A preocupação está em não permitir que os novos arranjos subvertam o sentido do SUS – de universalidade, gratuidade, integralidade e a prioridade pública-estatal dos serviços ofertados.

O interesse por parte de empresas privadas visualizados no tratamento e nos cuidados de pessoas vivendo com HIV/Aids não é algo recente. Segundo Soares, 2000, o Banco Mundial, em meados de 1993 e articulado com o Ministério da Saúde, financiou um total de 250 milhões de dólares e constituiu o Projeto de Controle da Aids e DST, de abrangência nacional.

Nesta conjuntura, para as pessoas vivendo com HIV/Aids, os obstáculos encontrados em relação ao acesso às políticas sociais, juntamente com os contextos socioeconômico e afetivo nos quais essas pessoas se encontram, explicitam que tais questões influenciam no processo saúde-doença-tratamento. Principalmente frente às ofensivas contra os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, intensificadas cotidianamente.

Portanto, a desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais e, ao mesmo tempo, a consequente transferência de responsabilidade para a sociedade civil e para a iniciativa privada, são expressamente características do projeto ultraneoliberal e da reestruturação do Estado. Este projeto que associado ao conservadorismo vem se perpetuando nas políticas sociais brasileiras, enquanto forma política de conduzir as intervenções estatais em favor da promoção do

mercado enquanto o âmbito fundamental para atender as necessidades sociais da população.

3. CONSERVADORISMO E ULTRANEOLIBERALISMO: IMPACTOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS

3.1 Do neoliberalismo ao ultraneoliberalismo: a ampliação da agenda de austeridade fiscal.

Entre meados do século XIX até a terceira década do século XX, foi um período marcado pelo predomínio do liberalismo. O liberalismo é uma doutrina política que defende a liberdade econômica. Neste tipo de modelo econômico, o mercado é o supremo regulador das relações sociais, civis, e esta atuação só pode ser realizada diante da suposta ausência de intervenção estatal. Contudo, o liberalismo não defendia a extinção do Estado, pelo contrário, afirmava a importância de um Estado que estabelecesse leis e ações que garantissem a maior liberdade do mercado (Behring e Boschetti, 2011).

O liberalismo, alimentado pelas teses de David Ricardo e sobretudo Adam Smith (2003), que formula a justificativa econômica para a necessária busca do interesse econômico, quando atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem-estar. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum (Behring e Boschetti, 2011, p. 56).

Desta forma, o Estado não deveria intervir nas relações de trabalho, ou se responsabilizar por questões relacionadas às necessidades sociais dos indivíduos. Entretanto, deveria ser veemente na garantia do livre mercado e dos interesses liberais.

Behring e Boschetti, 2011 realizam uma síntese acerca dos elementos essenciais do liberalismo. Dentre estes, elas citam: o predomínio do individualismo; o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; predomínio da liberdade e competitividade; naturalização da miséria; manutenção de um Estado mínimo; as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício; a política social deve ser um paliativo.

Portanto, seguindo estes princípios, o Estado capitalista terminou por não dar respostas efetivas às demandas sociais da época, como também, agia muitas vezes de forma repressiva às reivindicações da classe trabalhadora.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma mudança na perspectiva de Estado, através da incorporação de orientações social-democratas. Em consequência disto, bem como, da mobilização e organização da classe trabalhadora, nesse período houve o aumento significativo dos gastos sociais, o que gerou a expansão das políticas sociais. Portanto, essa fase se configura através de uma intensa participação do Estado na regulação das relações sociais e, portanto, ficou conhecida como Welfare State, que tinha por base, as políticas keynesianas.

[...]Welfare State, que é entendido como a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população [...] funciona como um mecanismo de reação contracíclica às flutuações da demanda típico de políticas keynesianas. Além de instrumento de política macroeconômica, o Welfare State é também um mecanismo de regulação política da sociedade (Medeiros, 2001, p.6-7).

Esse período se caracterizou através da implantação de políticas sociais mais abrangentes, o Estado passou a investir em recursos voltados aos benefícios sociais e cidadania.

O Keynesianismo é uma teoria econômica elaborada por John Maynard Keynes (1888-1946), este defendia a intervenção estatal na economia sempre que necessário, visando propiciar a ampliação da produção.

Ele propugnava a mudança da relação do Estado com o sistema produtivo e rompia parcialmente com os princípios do liberalismo. [...] O Estado, com o Keynesianismo, tornou-se produtor e regulador, o que não significava o abandono do capitalismo ou a defesa da socialização dos meios de produção. Keynes defendeu a liberdade individual e a economia de mercado, mas dentro de uma lógica que rompia com a dogmática liberal conservadora da época (Behring e Boschetti, 2011, p. 83-84).

Este modelo econômico também defendia o pleno emprego, a redução das taxas de juros, e apresentava diversas críticas ao sistema liberal.

O Keynesianismo manteve, segundo Dupas (1998) a falsa ilusão de que por intermédio do Estado, poderia haver harmonia entre a propriedade privada dos meios de produção com a gestão democrática da economia, como um “mediador de conflitos”. Contudo, esse modelo de gestão com o avançar das crises do capital e a

sua necessidade de ajuste, foi se dissolvendo, e recebendo diversas críticas por parte dos “defensores da soberania do mercado”.

Como uma reação ao Keynesianismo tem-se o avanço das ideias neoliberais que se espalham entre os anos 1969-1973, após uma das crises capitalistas. O neoliberalismo tinha o objetivo de combater o modelo econômico Keynesiano, estabelecido na época. Os neoliberais usaram por argumento os reduzidos índices de crescimento e as altas taxas de inflação para criticarem o Estado social e a instituição do Welfare State (Behring e Boschetti, 2011)

Após décadas em exercício, o declínio desse modelo ocasionou a perda de muitas conquistas da classe trabalhadora europeia, em prol do surgimento do neoliberalismo. Este orientou o Estado para a maximização dos lucros e a minimização do atendimento aos interesses sociais trabalhistas (Soares; Silva; Costa, 2022, p.23).

O neoliberalismo, segundo Harvey (2008, p. 3),

É em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro.

Esta doutrina político-econômica emerge ao fim da Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e na América do Norte, cuja premissa básica funda-se na ideia de que a intervenção estatal resultaria em um totalitarismo e consequentemente prejudicaria o mercado comercial. Em vista disso, o movimento ascende em meados dos anos 1970 como resposta à crise estrutural do capital (Carcanholo, 1998).

As origens do Neoliberalismo como corrente de pensamento são muito anteriores à sua condição de pensamento dominante, tendo sua obra inaugural lançada ainda durante a Segunda Guerra Mundial, em 1944. Neste ano, Friedrich August Von Hayek publica o livro “O Caminho da Servidão”, obra que se estabeleceu como um marco teórico fundador do neoliberalismo. No livro, o intelectual austríaco realiza profundas críticas à regulação estatal sobre o mercado e a sociedade. Para Hayek, a restrição ao livre mercado é uma séria ameaça à liberdade econômica e política. Ele defende que apesar das boas intenções da social-democracia, esta conduz ao mesmo desastre que o nazifascismo: a servidão moderna. Sua teoria sobre o Estado Social europeu não foi aceita pelos reformadores da Europa keynesiana, ficando restrita ao plano teórico por mais de duas décadas. Enquanto isso, os fundamentos do Estado de Bem-Estar se consolidam na Europa do pós-guerra através de sistemas universais ou ampliados de

seguridade social, e até certa extensão nos Estados Unidos, por meio da intervenção social da chamada Great Society nas expressões mais agudas da questão social (Filho e Rocha, 2018, p.38).

Conforme os princípios do neoliberalismo, o mercado deve se sobrepor ao Estado, promovendo o desmantelamento deste enquanto garantidor de bem-estar social e, dessa maneira, direcionando as suas ações à redução de direitos sociais, ao autoritarismo, ao conservadorismo, entre outros feitos direcionados ao aumento do acúmulo de capital pela classe dominante. Nesse sentido, a intervenção do Estado deve ser mais intensa na manutenção e no desenvolvimento do mercado, interferindo minimamente sobre as expressões da questão social.

Essa ideologia precisamente o projeto do capital monopolista de romper com as restrições sociopolíticas que limitam a sua liberdade de movimento. Seu primeiro alvo foi constituído pela intervenção do Estado na economia: o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra “reforma” perdeu seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contrarreforma(s), destinado a supressão ou redução de direitos e garantias sociais (Netto e Braz, 2012, p.239).

Os neoliberais são contra a intervenção estatal na regulação do comércio exterior, na regulação de mercados financeiros, na regulação das relações de trabalho, em contrapartida, defende a contenção dos gastos sociais e a preservação de uma taxa de desemprego para manutenção do sistema, bem como, a redução de impostos. Tudo isso, na perspectiva de aumento de capital, contudo,

A hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição dos postos de trabalho não qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução dos gastos com as políticas sociais (Behring e Boschetti, 2011, p.127).

Desde a consolidação do neoliberalismo, temos vivenciado uma sequência de contrarreformas que têm perdurado até hoje. No Brasil, o desenvolvimento neoliberal despontou no decurso dos anos 1990, por meio de induções fiscais e da privatização de estatais.

De 1990 a 1992, o Brasil foi presidido por Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito após a Ditadura Militar. Enquanto ainda candidato, Collor evidenciava que seu foco principal era a intervenção na economia brasileira. O mesmo defendia uma economia com a intervenção mínima do Estado. Acerca deste período, Fiori, 1991, ao analisar a trajetória política e econômica do governo de Collor de Mello, classifica o período marcante na história política brasileira por ter sido o primeiro presidente a marcar a volta do regime democrático, sendo eleito diretamente pelo voto popular após o regime militar. O político proferia promessas drásticas para enfrentamento dos desafios econômicos e sociais do país. Contudo, em uma direção exatamente oposta, “o Congresso Nacional aprovou, já em 1990, a Lei Orgânica da Saúde que vem sendo contestado pelo governo e a Lei de Custeios e Benefícios da Previdência que também vem sofrendo oposição governamental” (Fiori, 1991, p. 126).

O autor também caracteriza o mandato de Collor pelas sucessivas medidas contestáveis e escândalos de corrupção que terminou por culminar em seu impeachment em dezembro de 1992, apenas dois anos após o início de seu mandato. Entretanto, o Ex-presidente, mesmo em um curto período de tempo, conseguiu introduzir uma política econômica neoliberal, com destaque para a abertura comercial, privatizações e programas de estabilização econômica. Ou seja, houve um aumento significativo das políticas neoliberais, voltadas ao Estado Mínimo, corroborando em pressões para reduzir o papel do Estado na prestação de serviços de saúde, e inclusive investindo no desmonte do recém-criado SUS.

A partir do governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995-2002), esse processo se intensificou através da venda de bancos estaduais, da terceirização de mão-de-obra e do desfinanciamento de políticas públicas, para citar alguns exemplos (Rodrigues; Jurgenfeld, 2019).

Ao longo dos anos 1990, propagou-se a mídia falada e escrita e nos meios políticos e intelectuais brasileiros uma avassaladora campanha em torno de reformas. A era Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi marcada por esse mote, que já vinha de Collor, cujas características de outsider (ou o que vem de fora) não lhe outorgaram legitimidade política para conduzir esse processo. Tratou-se, como pôde observar, de “reformas” orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980 (Behring e Boschetti, 2011, p. 148).

Portanto, houve a intensificação das reformas em privatizações e na previdência social.

O governo de FHC também foi responsável por implantar o Plano Real, em 1994, que visou à estabilização monetária e valorização da nova moeda brasileira. De fato, nos primeiros momentos o plano real apresentou um retorno positivo, contudo, o crescimento econômico brasileiro não durou muito.

[...] o crescimento da economia brasileira não se sustentou diante das vulnerabilidades da política econômica neoliberal e dos influxos da crise dos mercados mundiais (a partir de 1995, com a crise mexicana e logo a seguir, em 1996, com a crise asiática). Por isso, na década de 1990, o PIB tem trajetória incerta e crescimento medíocre. Por conseguinte, na medida em que a política econômica neoliberal constrange o crescimento e o investimento produtivo no mercado interno (o que é a lógica da mundialização financeira), ela contribui para a degradação paulatina do mercado de trabalho, como demonstra o crescimento significativo do desemprego total nas regiões metropolitanas (Alves, 2009, p. 193).

Durante o período em que FHC governou, houve a expansão da contrarreforma no país. “Uma contrarreforma que foi possível a partir de algumas condições gerais que precedem os anos 1990: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país” (Behring e Boschetti, 2011, p. 152).

Passado o governo de FHC, deu-se início ao governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) que, mesmo possuindo um discurso mais progressista, além de pertencer a um partido denominado *Partido dos Trabalhadores* (PT), conservou as tendências implantadas por seu antecessor. À vista disso, alguns estudiosos como Mercadante (2010) e Pinho (2012) apontam o governo Lula como um momento histórico voltado ao novo desenvolvimentismo com ampliação de políticas sociais, em especial as de transferência de renda, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF, 2003-2021). Entretanto, o governo petista não deixou de se alinhar ao neoliberalismo, aproximando-se das medidas de “ajustes” orientadas aos interesses do mercado.

Desse modo, na era Lulista conservou-se uma estreita relação com as políticas sociais distributivas, a exemplo dos programas de transferência de renda, tendo representado ganhos para a classe trabalhadora, mas cumprindo o papel contraditório de ampliação do comprometimento do fundo público com o sistema financeiro. Nessa direção, a União preservou como prioridade orçamentária o gasto com a dívida pública, dando sinais de

que os credores da dívida pública podiam se favorecer do prestamismo do Estado brasileiro. (Costa II; Lima, 2021, p. 311).

Com o fim do governo de Lula, sua sucessora Dilma Rousseff (2011-2016), do mesmo partido, assumiu a Presidência da República mantendo as estratégias do governo anterior e se utilizando de ações cada vez mais ofensivas à classe trabalhadora.

Assim, como uma forma de compensar e de manter a classe trabalhadora pacificada diante da situação que estava instaurada, tais atos conectavam-se às medidas de proteção social. Dessa forma,

Em que pese às expectativas depositadas pelas forças progressistas em torno de uma possível reversão do projeto neoliberal, o conjunto da ação dos governos Lula e Dilma conjugou a oferta de programas sociais compensatórios com concessões ao grande capital monopolista, estabelecendo as bases de um governo de conciliação de classes. (Cassin, 2022, p. 18).

Portanto, era nítido o acordo estabelecido entre os governos petistas e os diversos setores sociais – inclusive, o grande capital –, possibilitando, concomitantemente, considerar as demandas da classe trabalhadora, bem como servir aos interesses da burguesia.

São exemplos desses processos durante os anos dos governos progressistas:

- A criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); da Política Nacional de Saúde Integrada das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCF); do Sistema Nacional de Saúde LGBT e da Atenção Especializada no Processo Transexualidade Negra (PNSIPN); do Programa Mais Médicos; dos Programas Farmácia Popular e Brasil Sorridente.
- O aumento das parcerias público-privadas na gestão dos serviços públicos de saúde, através de contratos de gestão com as Organizações Sociais (OSs) e entidades privadas “sem fins lucrativos”; o elevado gasto tributário proveniente das renúncias fiscais, envolvendo o consumo de planos de saúde; a produção de bens e serviços da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos; a ampliação das Desvinculações das Receitas da União (DRUs) para o pagamento de juros da dívida pública, em detrimento das ações prioritárias da seguridade social (Soares; Silva; Costa, 2022, p.26).

Nesse cenário, apesar dos ganhos em torno dos direitos sociais conquistados nos governos Lula e Dilma, estes não foram suficientes para conter as consequências das investidas neoliberais, fruto da estrutura do sistema capitalista.

Em 2016, durante o segundo mandato da Presidenta Dilma, o tratado estabelecido entre o governo e os setores dominantes estava bastante desgastado. Conforme afirma Braz (2016, p.89) “Estes agora precisavam de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital. O pacto de classes já não mais prestava”.

Portanto, diante deste cenário, bem como, do interesse da classe dominante em sucatear as políticas sociais e avançar ainda mais sobre o fundo público, ocorreu o fim do mandato de Dilma. Em tal período, através da organização de diversos setores burgueses, houve um golpe Jurídico Parlamentar, no qual Dilma foi deposta, e seu vice, Michel Temer (2016-2018), assumiu o mandato, governando por meio de medidas ortodoxas e recessivas no que se refere aos direitos, com muitos esforços, conquistados pela classe trabalhadora (Cassin, 2022).

Não por acaso, uma das primeiras medidas do governo Temer foi apresentar ao Congresso Nacional a PEC 241/2016 (ou 55), conhecida como a PEC do Teto de Gastos, que previa a instituição de um Novo Regime Fiscal e o congelamento das despesas primárias por 20 anos. De acordo com a proposta, a partir de 2017, os gastos sociais com saúde, previdência social, assistência social, educação, cultura, saneamento, desenvolvimento agrário, ciência e tecnologia, habitação, infraestrutura, dentre outros, deveriam ser limitados às despesas executadas em 2016 e corrigidos anualmente apenas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até 2036. Além disso, a PEC 241/2016 sugeria uma alteração no cálculo do valor mínimo a ser destinado às políticas de saúde e educação o que, na prática, desvincula tais despesas das receitas da União e elimina o piso de gastos estabelecido constitucionalmente para estas políticas. As despesas com o pagamento de juros e amortizações da dívida pública interna e externa – que consomem a maior fatia do orçamento geral da União —, contudo, não foram incluídas neste teto de gastos (Cassin, 2022, p. 22).

Após o novo regime fiscal ser aprovado, uma série de outras deliberações foram assumidas, a exemplo I) da Lei da Terceirização (Lei nº 13.429, de 31 março de 2017); II) da Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467, de 13 julho de 2017); e III) da proposta de Contrarreforma da Previdência Social (PEC 287, de 5 dezembro de 2016).

O golpe parlamentar-midiático, que permitiu a ascensão de Temer ao poder, abriu a trilha para a aceleração da concepção neoliberal nas políticas sociais e na condução do Estado, que nada mais é do que carrear recursos para o sistema financeiro-especulativo, com congelamento de recursos e inversão de prioridades. O governo Temer explicitou que a questão social vem sendo enfrentada como questão de polícia, com a militarização de

favelas, incentivo a medidas de força em nome da ordem, guerras declaradas ao tráfico de drogas, homicídios e outras tantas demonstrações da intervenção armada e da herança da doutrina de segurança militar, com desenvolvimento da indústria armamentista (ela mesma, uma fonte de lucro) (Borges e Matos, 2020, p.73).

De acordo com Cassin, 2022, ao assumir o governo ilegítimo, Temer se incumbiu de adequar o País às exigências da acumulação capitalista em nível mundial, estabelecendo um “novo regime fiscal” e uma agenda de ataques ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente. A junção de tais ofensivas, por sua vez, representou a nova etapa do ajuste neoliberal: o *ultraneoliberalismo*, uma expressão ainda mais acentuada do neoliberalismo.

Em 2018, dando continuidade à conjuntura estabelecida após o Golpe de 2016, foi eleito, para Presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, o qual, desde seus mandatos anteriores como Deputado Federal, associou-se a uma política de viés conservador. Aliado a isso, é notória a inexistência de qualquer sinal de constrangimento ao proferir discursos de ódio, ao fazer apologia à violência e à liberação do uso de armas de fogo, entre outras práticas contrárias aos Direitos Humanos.

Pelo processo eleitoral em 2018, o rumo político levou à opção extremada e totalitária, com a chegada de Bolsonaro ao poder, com suas propostas muito mais aviltantes e já tendo conseguido emplacar as reformas previdenciária e trabalhista em seu primeiro ano de governo. A eleição de Bolsonaro evidenciou este potencial de forças em presença na sociedade e de manifestações neofascistas, com articulação de milícias, assassinatos políticos, prisões arbitrárias, discursos de ódio, ações antidemocráticas, demonstração de autoritarismo na relação com o conhecimento, com a cultura e com as artes e no plano econômico, a consolidação do ultraneoliberalismo (Borges e Matos, 2020, p.73).

A partir da administração de Bolsonaro, o Brasil adentrou em um projeto de governo que não se preocupava em assumir as demandas da classe trabalhadora enquanto Estado, uma política que Castilho e Lemos, 2021, mediante o pensamento do filósofo Achille Mbembe, definem como *necropolítica*, caracterizada pela predominância de cortes e da privatização na seguridade social. As autoras também afirmam que

O governo Bolsonaro é marcado por uma direção política que atenta contra a própria sobrevivência da classe trabalhadora. Sua escolha pela necropolítica impõe um extermínio a todos/as aqueles/as que ameacem o grande capital [...]. Em nenhuma das propostas existe algo que se volte à proteção da vida da população que vive em condições de fome e miséria.

Não há nada que promova e preserve a vida, ao contrário, todas as ações de seu governo vão na direção de viabilizar a morte, por meio, do enxugamento total do Estado brasileiro [...] (Castilho; Lemos, 2021, p. 272).

Tommaseli, 2020, afirma que uma política que potencializa a vida é a que prioriza a construção de escolas, hospitais, bibliotecas, livrarias, teatros, etc. Indo de encontro, a política de morte, ou necropolítica, potencializa a morte, ou seja, ela é voltada à distribuição de armas, desenvolvimento de guerras, ao encarceramento, ao controle e punição. E estes são os elementos que fundamentaram o governo Bolsonaro. “No entanto, as mortes potencializadas têm endereço certo, isto é, são negros, pobres, indígenas, os que estão em situação de marginalização social, cultural, política, econômica, educacional” (Tommaseli, 2020, p. 187-188).

A necropolítica de Bolsonaro utiliza o Estado para subjugar qualquer possibilidade de vida ao poder da morte. Não se trata de ações desconexas, eventuais, pontuais ou excepcionais, trata-se, sim, de ações políticas que se transformaram em regra e não em exceção, que define quem importa e quem não tem importância, quem é essencial e quem é descartável (Castilho; Lemos, 2021, 271).

Apesar de o Brasil vir enfrentando esse cenário neoliberal no decurso dos governos anteriores, o de Bolsonaro representou o momento de maior ofensiva enfrentado pela classe trabalhadora brasileira no que concerne à garantia e ao acesso aos direitos sociais. Associado a ideologias conservadoras e com um falso discurso de patriotismo, o símbolo do “mito”⁹ (como o ex-Presidente é chamado pelos seus apoiadores) conseguiu de modo muito astuto e sutil promover o ultraneoliberalismo com anuência de considerável parcela da sociedade.

O ultraneoliberalismo se caracteriza através do recrudescimento das investidas contra a classe trabalhadora. Segundo Behring, Cislighi e Souza (2020, p.106)

estamos diante do momento mais dramático para os trabalhadores(as) desta saga ortodoxa e destrutiva: o ultraneoliberalismo. [...] Entendemos por ultraneoliberalismo essa mais recente forma do neoliberalismo, que não se resume ao Brasil, pois pode ser observada em vários países no mundo.

⁹ “[...] narrativa mítica (e mística) que o retratou como o salvador da pátria, um herói que luta contra os valores do mal em busca da redenção e da restituição da nação a uma idade de ouro, vencendo a conspiração e trazendo a unidade que vai conduzir a pátria rumo ao panteão da glória reservado pelo divino, com o Brasil acima de tudo e Deus acima de todos” (JUNIOR; BIANCO, 2019, p.109).

O ultraneoliberalismo, segundo afirma Freire e Cortes, 2020, é o maior exemplo do sucesso ideológico do neoliberalismo, que foi se agigantando a ponto de se transformar em algo mais imponente. Podemos visualizar esse processo nas grandes perdas dos direitos sociais que tivemos entre os anos 2019-2022.

Em entrevista à jornalista Leda Nagle, em agosto de 2019, Bolsonaro criticou as legislações que garantiam direitos aos trabalhadores e afirmou que aqueles atrapalhavam: “A mesma coisa é direito trabalhista. Tudo que é demais atrapalha. (...). É tantos direitos (sic)” (MAROS, 2022). No combate à pandemia de COVID-19 – assim declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 –, o governo Bolsonaro ficou conhecido por seus posicionamentos anticientíficos e negacionistas. O então presidente foi contra as medidas de isolamento, incentivou o uso de medicamentos de eficácia não comprovada, censurou um Boletim Epidemiológico e priorizou a economia à medida que centenas de pessoas iam a óbito diariamente (Calil, 2021).

Desde o início do seu mandato em 2019, ao suceder Temer, Bolsonaro estabelece um governo propício para o desdobramento de todas as afrontas aos direitos sociais iniciadas no governo anterior. A primeira Medida Provisória do governo Bolsonaro foi direcionada à supressão do Ministério do Trabalho (MP 870), medida esta que flexibiliza os contratos trabalhistas e fragiliza o cumprimento das leis. A legislação trabalhista sempre foi uma questão contrária à visão de Bolsonaro.

O governo Bolsonaro é marcado por uma direção política que atenta contra a própria sobrevivência da classe trabalhadora. Sua escolha pela necropolítica impõe um extermínio a todos/as aqueles/as que ameacem o grande capital, como é o caso das ações orquestradas contra os povos indígenas, ribeirinhos e quilombolas; contra a Amazônia e seu desmatamento criminoso; na liberação de centenas de agrotóxicos; no pacote anticrime; na contrarreforma da previdência social; na garantia de armamento aos grandes proprietários de terra; nas reduções orçamentárias das políticas sociais; nos sucessivos cortes nas universidades e na cultura, e, portanto, no descrédito com relação à ciência e à cultura, como campos de elevação da consciência (Castilho; Lemos, 2021, 272).

Na política de educação, através do Decreto 10.185/2019 o governo Bolsonaro extinguiu aproximadamente 27.500 cargos em universidades públicas e vedou a abertura de concursos públicos para 68 cargos. Para, além disso, houve cortes significativos no orçamento do FIES, da educação básica, profissional e superior (Freire; Cortes, 2020).

Em seu segundo ano de governo, consolida-se a ameaça no campo da formação acadêmica, com a perseguição ideológica às universidades públicas, manifestas nos cortes e contingenciamento de recursos, suspensão de programas e de bolsas para iniciação científica, para a pesquisa acadêmica, dificuldades para manutenção da política de cotas e de permanência na Universidade, um evidente enfrentamento à democratização desta instituição secular, reforçando o modelo de universidade privatista e elitista (Borges e Matos, 2020, p.73).

Na política de Assistência Social, os Programas Minha Casa Minha Vida e Bolsa Família sofreram cortes históricos conforme afirmam Sobrinho e Veiga (2023). Na política de saúde, deu-se continuidade aos desfinanciamentos, houve o aumento da parceria público-privada e a extinção de programas como o Mais Médicos. A implementação da nota técnica nº 11/2019, acarretou drásticas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, indo de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica. A portaria do Ministério da Saúde nº 2.979/2019, ao estabelecer o Programa Previne Brasil, desmantelou a lógica da atenção primária.

A ascensão da política da ultradireita no Brasil, após anos dos governos progressistas, colocou em evidência setores do empresariado da saúde que não são novos, mas que metamorfosearam e assumiram lugar de destaque na reformulação da política de saúde no Brasil (Soares; Silva; Costa, 2022, p.28).

Uma marca do governo foi a desestruturação e o desfinanciamento dos programas sociais implementados pelos governos petistas. Outras políticas como as de habitação, cultura, as destinadas às mulheres, também foram impactadas pela ofensiva ultraneoliberal no governo Bolsonaro. E dentre estas a política de HIV/Aids, que já vinha sofrendo ataques, consequentemente foi ainda mais desestruturada e invisibilizada.

3.2 Tendências conservadoras no Brasil

Durante as últimas décadas, observamos e vivenciamos no Brasil o que alguns estudiosos, como Miguel (2016), Demier (2016) e Piaia (2019), definem como *onda conservadora* em expansão – algo que ocorre especialmente no âmbito político. Em 2014, por exemplo, foi eleito o Congresso mais conservador do período

pós-ditadura militar. Atualmente, a situação não se modificou, a exemplo disso, podemos referenciar o mandato do ex-presidente Bolsonaro, que durou tempo suficiente para que se fomentasse o movimento conservador que emergiu em anos anteriores, não se constituindo um equívoco afirmar que sua eleição foi, portanto, corolário de tal mobilização conservadora.

Iasi, 2015, afirma que o conservadorismo é característico da consciência imediata, próprio de relações rotineiras: “é uma das expressões da consciência reificada nos termos de Lukács, ou do chamado senso comum, nas palavras de Gramsci, isto é, é uma expressão da consciência imediata que prevalece em certa sociedade”. Ou seja, o pensamento conservador é derivado de referências imediatas, não se preocupa em se aprofundar no fenômeno ou analisá-lo através de uma perspectiva crítica; pelo contrário: se restringe à superficialidade, ao regime das aparências.

O conservadorismo é um pensamento que penetra na vida cotidiana através de condições genéricas em si, não apresenta coerência ou autocrítica. Esse pensamento se alia ao movimento de práxis repetitiva, uma vez que pensamento conservador aparece como natural e inquestionável, devido a sua natureza de manter/conservar o que está estabelecido (Ferreira, 2016).

Segundo Barroco (2015, p. 624),

Em sua função ideológica, o conservadorismo reproduz um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes – no caso brasileiro –, um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo.

Dessa forma, compreendemos o conservadorismo na qualidade de um aparato ideológico que se mobiliza nos âmbitos socioeconômico, político, cultural e jurídico, em prol da manutenção do *status quo*, baseado em discursos de preservação da ordem política e dos valores morais. Portanto, ao passo que o capitalismo é permeado por relações contraditórias que fomentam o individualismo e as desigualdades sociais, o conservadorismo é uma ferramenta necessária ao sistema capitalista, naturalizando tais relações.

O tipo de sociabilidade capitalista faz com que os vínculos relacionais de seus membros sejam individuais, atomizados e imediatos. Tal subjetivação, que é própria da economia capitalista, é reforçada pela forma política

estatal, que fragmenta as classes e grupos em cidadãos (Mascaro, 2013, p. 97).

Em uma sociedade capitalista, as relações obedecem à lógica da mercantilização, que é base do sistema de trocas de mercadorias. Logo, “as interações sociais capitalistas forjam formas que são específicas e necessárias às suas estruturas, distintas de todas as demais até então” (Mascaro, 2013, p. 27). Tal fragmentação, por seu turno, enfraquece os sujeitos que não se reconhecem enquanto classe social e, conseqüentemente, inviabiliza a organização destes para uma ação política que questione o sistema vigente. É indispensável compreender, por isso, o antagonismo entre as classes a fim de se entender as diversas relações inerentes às sociedades capitalistas, pois “a luta de classes revela a situação específica da política e da economia dentro da estrutura do capitalismo” (Mascaro, 2013, p. 24).

Nessa perspectiva, o conservadorismo, como pontua Iasi, 2015, não pode ser compreendido em si mesmo, uma vez que é uma expressão da luta de classes, inerente às contradições da sociabilidade burguesa. Portanto, em uma sociedade capitalista, é possível identificar, diariamente, rebatimentos significativos das expressões da questão social na vida da classe trabalhadora. Segundo Arcoverde, 2008, a questão social não é um fenômeno novo no Brasil, traduzindo-se como uma síntese reflexiva do aprofundamento das desigualdades sociais que se manifestam nas mais variadas formas de pobreza, de miséria, de desemprego e de exclusão social. Frente às expressões da questão social, o conservadorismo as compreende a partir de um cunho moralista, gerando propostas coercitivas e de “ajustamento social” como forma de enfrentá-las.

De acordo com Barroco (2015, p. 625),

A moral desempenha uma função de destaque no ideário conservador, sendo concebida como base fundante da sociabilidade e da política [...]. Essa visão conduz ao entendimento de que as crises sociais e as expressões da questão social são conseqüências de uma desagregação moral.

No conservadorismo, a moral, guiada predominantemente por ideários religiosos, é compreendida como um padrão a ser seguido em qualquer âmbito da vida, e a partir do qual é possível alcançar uma existência bem-sucedida. O contrário – a imoralidade – corresponde a uma vida decadente, miserável e mal sucedida,

resultante, por sua vez, da desigualdade social e de outras mazelas existentes na sociedade. Para os conservadores, pois, “o governo deve ser entregue a uma elite capaz, forte e moralmente firme, para conduzir a sociedade na direção correta” (IASI, 2015).

De acordo com Mészáros, 2009, a disseminação ideológica que acenava à ordem e à moral se evidenciou no Brasil a partir de 1990, através da consolidação neoliberal – momento que se tornou historicamente reconhecido pela crise estrutural do capital, a qual revelou o esgotamento de suas possibilidades emancipatórias e do avanço do seu caráter destrutivo da vida humana e da natureza.

A partir dos anos 2010, mais precisamente, com o avanço da ofensiva neoliberal, tais tendências conservadoras tornaram a se fortalecer no Brasil, sob influência da ascensão de uma “nova direita” e se caracterizando por um discurso agressivo, permeado de preconceitos diversos e marcadamente opositor às políticas sociais e aos direitos humanos.

O fenômeno do antipetismo, insuflado pelo discurso do combate à corrupção, o avanço do conservadorismo moral, a intensificação da criminalização dos movimentos sociais e uma espécie de satanização da esquerda, em conjunto com o aprofundamento da crise econômica e o desejo político da burguesia de não ter que fazer nenhum tipo de concessão aos interesses dos trabalhadores, forjaram as condições para o impeachment de Dilma Rousseff em 2016. Com o processo do golpe em 2016 e o esgotamento da estratégia de conciliação de classes do Partido dos Trabalhadores tem-se uma derrota não apenas do projeto de poder do PT, mas um impacto para todas as forças progressistas (Mauriel, 2020, p.23).

Dessa forma, essa nova direita, além de acusar o atual Estado brasileiro de estar direcionando o país para as degradações política, econômica e moral, se fortaleceu no decorrer dos anos e motivou diretamente o golpe de Estado sofrido pela presidenta Dilma Rousseff e posteriormente elegeu Jair Messias Bolsonaro, consolidando, assim, essa nova direita (ultra)conservadora.

Na quadra histórica representada pela ascensão de Jair Messias Bolsonaro ao cargo máximo da nação em 2019, opera-se uma verdadeira cruzada acelerada contra o incipiente Estado Social brasileiro e o desenvolvimento de um ultraliberalismo, azeitado por elementos de reacionarismo mesclados com conteúdos autoritários [...]. Entre os espectros dessas ações, encontram-se um ajuste fiscal draconiano e o controle do fundo público pelo capital portador de juros, que terá, como última consequência, a redução drástica do acesso às políticas sociais (Costa II; Lima, 2021, p. 313-314).

Bresser-Pereira (2006, p.25) distingue a esquerda e a direita, na América Latina e especificamente no Brasil, através do fato de ser a primeira defensora de mudanças ao reivindicar e “arriscar a ordem em nome da justiça social”, enquanto a segunda pode se caracterizar pela defesa da manutenção da ordem, do que está estabelecido, que nesse caso, seria a ordem vigente, que privilegia na luta de classes os detentores de poder, economicamente falando.

O pensamento conservador em desenvolvimento na atualidade, com novas configurações e atrelado a necessidades do capitalismo contemporâneo, adquiriu particularidades muito problemáticas no decorrer do governo Bolsonaro, “associando-se ao fundamentalismo religioso e servindo de esteio para justificar a profunda desresponsabilização do Estado, inclusive no que se refere ao direito à saúde” (Soares, 2020, p. 292). Sendo Bolsonaro um defensor extremo do conservadorismo, seu governo não surpreendeu quando se utilizou medidas ortodoxas, por diversas vezes, sem nenhum embasamento científico. Bem como, propagou informações comprovadamente enganosas com o intuito de gerar terrorismo político.

Uma das facetas mais emblemáticas do discurso bolsonarista é, notoriamente, o caráter de preconceito que reveste as manifestações proferidas pelo Presidente da República, que contam com o apoio expressivo da ala ideológica do governo e da base conservadora. Também não é novidade que o governo chefiado por Jair Bolsonaro parece nutrir grande apreço pela difusão de *fake news*, também reproduzidas pela base de apoio, de modo a edificar a argumentação dirigida ao público sobre balizas persuasivas no que tange ao combate à criminalidade, ainda que absolutamente inverídicas ou distorcida (Obaldia e Finger, 2021, p. 443).

Dentre as intervenções conservadoras do governo Bolsonaro, citemos a desmoralização dos movimentos sociais, e a extinção dos conselhos, dos comitês e das comissões de participação e de controle social, por meio do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. A Nova Política Nacional de Drogas, através do Decreto nº 9.761, também de 11 de abril de 2019, prevê a abstinência como “tratamento” sobre o uso de drogas. A Nota Técnica 11/2019, que versa sobre a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com propostas totalmente contrárias aos ideais da Reforma Psiquiátrica.

Delgado (2019, p.3), afirma que

[...] além da crítica genérica sobre a “ideologia” presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica “anti-ideologia” do governo Bolsonaro), substituída por uma visão “científica”, alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da

reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos.

Outra investida conservadora do governo foi o Programa de Nacional de Escolas Cívico Militares, através do Decreto nº 10.004, de 5 de setembro de 2019. Este programa tinha por objetivo instituir o modelo de ensino cívico-militar em 2016 escolas em todo o Brasil, até o ano de 2023 (Portal MEC). Contudo, esse Decreto foi revogado, por não apresentar justificativa comprovada e contrariar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Dentre as diversas investidas conservadoras à educação no Brasil, a militarização das escolas é sem dúvidas uma das faces mais emblemáticas desse processo, pois congrega elementos centrais às pautas conservadoras e a outros grupos que compõem a aliança no contexto brasileiro, como é o caso dos neoliberais, envolvendo, entre diversas forças e interesses, dinâmicas de classe, raça, gênero e sexualidade (Lima, Golbspan e Santos, 2022, p.12).

O discurso conservador, conforme afirmam Motta e Rodrigues (2020, p. 203), é utilizado na busca por “[...] demonizar conquistas e costumes relativos aos direitos individuais, sociais e do trabalho, dando indícios do quanto a ambição deste conservadorismo moral ultrapassa o plano doutrinário e a prescrição de condutas reacionárias no plano pessoal”. Neste sentido, esse discurso

[...] se integra perfeitamente à pauta econômico-social brutalmente regressiva, através de contrarreformas do Estado, do ajuste fiscal e de medidas que requerem o recrudescimento da coerção, do silenciamento das divergências e o retrocesso no conjunto das práticas sociais (Motta; Mavi, 2020, p. 203).

Por todos esses aspectos, fica evidente que não é possível dissociar o ultraneoliberalismo do conservadorismo, como afirmam Borges e Matos, 2020, no Brasil nesta conjuntura de liberalismo ultra acirrado, as práticas são guiadas por um conservadorismo extremo que recorre ao fascismo.

O ultraneoliberalismo não pode ser pensado, no Brasil, fora das determinações que radicam a própria escalada conservadora, sendo, portanto, dimensões do movimento da classe dominante para garantir

condições de gestão da crise do capital no âmbito do capitalismo dependente brasileiro (Mauriel, 2020, p.15).

Logo, esta seria uma nova etapa do projeto neoliberal, conjugado a “um projeto ultraconservador, que busca naturalizar desvalores, para legitimar o neofascismo e que vai repercutir – diretamente – nos estratos mais baixos da classe trabalhadora, uma vez que estes são vistos como mais dispensáveis” (Borges; Matos, 2020, p. 80).

O irracionalismo conservador, que revigorou posicionamentos contra a ciência e a diversidade não representa uma ameaça direta aos ditames econômicos do neoliberalismo, ao se aliarem. Pelo inverso, é uma estratégia que serve para escamotear o conteúdo autêntico da crise (capitalista), permitindo a reprodução do capital na sua forma extrema (Keller e Keller, 2020, p. 62).

Portanto, o conservadorismo, seja clássico ou contemporâneo é ontologicamente, uma das vertentes que colaboram para a defesa e preservação das relações sociais capitalistas. “Como ideologia que emerge na crise, o conservadorismo chama para si a função de centro irradiador da defesa da sociedade burguesa” (Souza, 2016, p. 93).

No Brasil, conservadores e liberais têm se aliado em torno do discurso de crítica e ataque ao Estado brasileiro. Convergem no sentido de apresentar o Estado como paternalista, agigantado e negativamente “keynesiano”. O resultado desse tipo de raciocínio, geralmente, é a acusação de que as políticas sociais públicas seriam a própria causa dos problemas da sociedade, cabendo, portanto, sua reversão ao mercado. Desse modo, a penetração do conservadorismo no Brasil ocorre com prévia clareza acerca de seu papel e sua função ideológica na construção da hegemonia (Souza, 2016, 175-176).

Sendo assim, é possível afirmar que essa onda conservadora é um instrumento potente que se utiliza de recursos próprios, tais como o preconceito, o estigma¹⁰, os discursos moralistas e de ódio, bem como a hostilidade pelas classes subalternas, a fim de que se mantenham as relações sociais de produção e a propriedade privada: isto é, a ordem vigente, enfim.

¹⁰ De acordo com a UNAIDS, 2020, “o estigma relacionado ao HIV refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas) e outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis e transexuais”.

A supressão generalizada de direitos, estratégia da aliança conservadora-neoliberal para a crise do capitalismo, representa o enfraquecimento de ações estruturantes em torno de políticas públicas. A encenação gerada pelo conservadorismo, que nega o reconhecimento às diferenças e justifica a crise mediante critérios morais, coloca em xeque conquistas históricas do conjunto de trabalhadores. A sociedade que propugnamos edificar tem em seu cerne a construção de uma outra sociabilidade, livre de opressões materiais, bem como das relacionadas à raça, gênero, religião ou orientação sexual. Contudo, os depositários do sincretismo conservador-neoliberal, ao elegerem “soluções” falaciosas à crise, olvidam que a crise é o próprio capitalismo. (Keller e Keller, 2020, p.62-63).

As crises são inerentes ao sistema capitalista, visto que, é o próprio que gera suas crises cíclicas. Lima, 2012, baseado nos escritos de Marx (O capital) conclui que:

A sociedade capitalista tem como contradição inerente o fato de que a capacidade de reprodução ampliada do capital (objetivo da produção) é obstruída pelo próprio sistema econômico posto em funcionamento. [...] O capitalismo opera de forma que sua própria dinâmica interna o conduz a situações em que é temporariamente impossível continuar se reproduzindo de forma ampliada. [...] A momentânea desvalorização do capital é um antídoto contra a estagnação, que logo é superada por um novo ciclo de prosperidade, o qual contém em si a gestação de um novo período de crise. A forma de desenvolvimento do capitalismo é determinada pelos problemas estruturais que ele se põe e que aparecem no curso de sua história. Por isso, pode-se dizer que a crise tem um papel restaurador, na medida em que repõe as condições de crescimento da produção para um novo período de prosperidade (Lima, 2012, p.95).

As crises do sistema capitalista geram desemprego, tendo em vista que diante da alta produção sem consumo, existe a necessidade da supressão da força de trabalho, a produção passa a ser limitada. Neste contexto, o capitalista não está mais extraindo dinheiro das mercadorias produzidas, não está acontecendo mais a acumulação de capital através dessa produção.

As crises não interessam a nenhum dos sujeitos sociais em presença na sociedade burguesa – nem aos capitalistas, nem aos trabalhadores. É evidente que seus impactos atingem muito diferentemente as classes sociais; não há o mesmo custo para todos: os trabalhadores sempre pagam o preço mais alto (Netto e Braz, 2012, p. 176).

Desta forma, caem por terra, as teorias que defendem o neoliberalismo e o conservadorismo como solução para as crises econômicas, tendo em vista que estas são inerentes ao próprio sistema que os mantém. Para além disto, os impactos das crises e dessas pseudo soluções, recaem fortemente sobre a classe

trabalhadora que além de ter a venda de sua força de trabalho limitada, passando a se submeter a condições precarizadas de trabalho para manter seus empregos, precisam lidar com a desestruturação das políticas sociais que garantem direitos aos trabalhadores e limitam a exploração por parte do capital.

Durante a pandemia de Covid-19, se exprimiu o quanto a intervenção do Estado foi importante. Foi este, que através de políticas sociais emergenciais, garantiu a sobrevivência de milhares de pessoas que ficaram sem nenhuma renda durante o período mais intenso da pandemia. No Brasil, foi implementado o Auxílio Emergencial, uma política de transferência de renda, no âmbito da Assistência Social¹¹. Ou seja, enquanto o mercado não se importava com a necessidade de se preservar a vida das pessoas, o Estado precisou se posicionar enquanto garantidor da proteção social, da assistência aos vulneráveis.

Portanto, ao passo que o ultraneoliberalismo associado ao conservadorismo tende a suprimir a atuação do Estado, com falácias acerca do mercado enquanto principal garantidor do bem-estar social, as circunstâncias contradizem diariamente esses argumentos, fortalecendo a necessidade de um Estado fortalecido e garantidor de políticas sociais voltadas à diminuição das consequências da questão social.

3.3 Covid-19: a condução da pandemia pelo Estado brasileiro

Passados quatro anos depois de declarada a pandemia de Covid-19, o Brasil registra um total de 38.592.310 casos e 710.427 óbitos confirmados¹². Em Pernambuco foram confirmados 1.230.407 casos de Covid-19 e, 23.212 óbitos.¹³ Esses números são o reflexo da forma como o País encarou a pandemia, diante de

¹¹ “No Brasil, após pressão e mobilização social, o governo brasileiro sanciona, em 2 de abril de 2020, o Projeto de Lei 13.982, que estabelece medidas de proteção social durante o período de enfrentamento da pandemia de Covid-19. O decreto regulamenta o Auxílio Emergencial¹⁰ no valor de R\$ 600,00, inicialmente destinado aos cidadãos com mais de 18 anos, aos beneficiários do Programa Bolsa Família¹¹, às famílias cadastradas no Cadastro Único¹² para Programas Sociais, aos trabalhadores informais, aos microempreendedores individuais (MEI) ou contribuintes individuais da Previdência Social” (Marins et. al, 2021, p. 671).

¹² Dados disponíveis no site Painel Coronavírus, atualizado no dia 07/03/2024 <https://covid.saude.gov.br/>

¹³ Dados referente ao período 27/03/2020 a 02/03/2024, disponíveis no site Painel Coronavírus https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

um cenário caótico, visto que, o governo federal optou por adotar um posicionamento anticientífico e negacionista.

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde, decretou o estado de pandemia do SARS-CoV-2, o novo coronavírus, causador da doença COVID-19. A partir de então, houve uma mobilização mundial para combate ao vírus que já havia causado diversas vítimas desde o mês de dezembro do ano anterior, sendo inclusive constituída uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. No dia 26 de fevereiro de 2020, foi notificado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, no Estado de São Paulo. Diante do fato, o Ministro da Saúde na época, Luiz Henrique Mandetta, afirmou “é mais um tipo de gripe que a humanidade vai ter que atravessar. Das gripes históricas com letalidade maior, o coronavírus se comporta à menor e tem transmissibilidade similar à determinadas gripes que a humanidade já superou” (UNA-SUS). Contrariando as expectativas do Ministro, em pouco mais de um mês, em 20 de março de 2020, o Brasil confirmou a transmissão comunitária do vírus, que demonstrou um nível de transmissibilidade enorme. Sete dias depois, foi confirmada a primeira morte por COVID-19 em terras Brasileiras.

Frente a esta situação, os governantes de diversos países passaram a adotar medidas restritivas para minimizar a disseminação do vírus. Em Pequim, na China (país onde foi constatado o primeiro caso da doença), foi sugerido aos residentes que não saíssem da cidade, também foi elaborado um protocolo nos aeroportos e nas estradas. Na Itália, ainda no mês de fevereiro de 2020, foram adotadas medidas rigorosas em relação à mobilidade dos moradores, todas as escolas da cidade de Milão foram fechadas e os eventos cancelados. Essas medidas reforçavam a importância de se levar a sério a situação calamitosa que estávamos vivendo.

Relatório publicado em maio de 2020 apresentou resultados de surveys conduzidos em 11 países (Alemanha, Arábia Saudita, Canadá, China, Coreia do Sul, Estados Unidos, França, Índia, Japão, México e Reino Unido). Uma das perguntas indagava se era mais importante salvar vidas ou salvar empregos e reiniciar a economia. Quase 70% responderam que o governo deve salvar o maior número de vidas, ainda que, por conta disso, a economia sofra danos e se recupere mais lentamente (Galvão, 2020, p.11).

Contudo, o governo brasileiro demonstrou não estar em consonância com todo o contexto que se apresentava. No enfrentamento à pandemia, havia por parte do governo federal a nítida intenção de espraio do vírus, na perspectiva da

imunidade de rebanho¹⁴ de forma equivocada. O ex-presidente Bolsonaro, por diversas vezes minimizou os riscos e subestimou a proporção da pandemia. Enquanto chefe de Estado, o então presidente tomou decisões que iam de encontro ao posicionamento das intuições sanitárias e, algumas vezes, dos Ministros da Saúde do seu próprio governo (estes somam quatro, no período da pandemia).

Vejamos algumas previsões caso a proposta do livre contágio fosse adotada no Brasil, supondo que se atingisse uma contaminação de setenta por cento da população. Isto redundaria em 140 milhões de doentes em todas as formas. Sabe-se que dificilmente o esforço de Bolsonaro e do vírus conseguiriam tal grau de infestação, por mais malignos que sejam. Entretanto, suponhamos que com a suspensão do isolamento social chegássemos a vinte, ou trinta, ou quarenta milhões de infectados. Bem, dez por cento de 140 milhões, implicaria 14 milhões de casos graves e, pasmem, 7 milhões de mortes! Vinte milhões de doentes redundariam em um milhão de pessoas mortas! Um milhão de caixões! (Campos, 2020, p.3).

Nessa situação, cabe pensar quem seriam essas pessoas vítimas desta política de morte? Seriam pessoas mais vulneráveis, que estão em situação de pobreza, residentes nas periferias, que dependem do sistema público de saúde.

Entre as mais de 150 mil mortes por COVID-19, a maioria são de negros e pardos, mesmo que a maioria dos pacientes hospitalizados seja de pessoas brancas. Do mesmo modo, a porcentagem de óbitos é maior na periferia. São pessoas com menos recursos econômicos e maior dificuldade de chegar à assistência para ter tratamento de boa qualidade (Nascimento, Costa, Fernandes, 2020, p.06).

Sempre mostrando-se cético e acrítico ao que estava acontecendo mundialmente, Bolsonaro, em sua necropolítica, estimulava que as pessoas continuassem a viver suas vidas na “normalidade”. Em seu primeiro pronunciamento oficial sobre o estado de emergência, Bolsonaro, em 24 de março, em cadeia nacional, continuou minimizando a situação, onde se colocou enquanto uma pessoa “mais resistente ao vírus”, devido ao seu “histórico de atleta”, chamou a infecção de “gripezinha”, e defendeu não o isolamento social, mas o isolamento vertical, que seria de grupos específicos, ditos mais vulneráveis, como: idosos, imunossuprimidos, portadores de doenças crônicas, entre outros. “No meu caso

¹⁴ Imunidade de Rebanho é um conceito criado por imunologistas para calcular quantas pessoas em uma população precisam estar imunes a um agente infeccioso para que ele não atinja indivíduos vulneráveis. É também esse princípio que orienta a imunidade adquirida por uma vacina: ela reduz rapidamente a população suscetível e interrompe a transmissibilidade (Silva, 2020, p.02).

particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho” (BBC, 2020). Essa fala do ex-presidente, além de menosprezar a situação de calamidade, ainda provoca desinformação, pois, não existe fundamento científico, no caso do coronavírus, que embase essa teoria de isolamento parcial de uma parte da sociedade, enquanto outra parte circula livremente. Estudos apontaram que uma única pessoa acometida pelo vírus, pode transmitir o vírus Sars-CoV-2 para outras seis pessoas. Entretanto, este número tende a aumentar a partir das condições epidemiológicas. “Em um modelo matemático usando estatísticas de outros vírus semelhantes, os cientistas descobriram que uma única pessoa pode infectar mais de 100 pessoas” (Loureiro, 2020, s.p). Sendo assim, apenas o isolamento social pautado em evidências científicas, bem como, seguindo as orientações recomendadas pela comunidade científica mundial, causaria um resultado positivo no combate à disseminação do vírus.

Apesar da expectativa de toda a população sobre o governo federal, referente às medidas de combate ao vírus, o governo Bolsonaro não manteve a transparência acerca dos dados da pandemia, censurou informações do Boletim Epidemiológico, recomendou o uso de medicamentos com eficácia não comprovada, vetou o uso de máscaras nas repartições públicas, não incentivou o uso de vacinas, foi contra as medidas de isolamento social, fomentou inúmeras informações falsas (*fake news*), entre outras atitudes não condizentes com seu cargo.

Ao longo desse processo, repetiu sistematicamente afirmações insustentáveis e fez inúmeras aparições em público sem máscara e estimulando aglomerações. Bolsonaro conseguiu eliminar do horizonte a possibilidade de contenção efetiva, apresentou-se como preocupado com a economia e atribuiu a responsabilidade pela crise aos defensores do isolamento social (ainda que sua política tenha agravado a crise ao prolongar a vigência da pandemia) e colheu como resultado um índice crescente de aprovação popular (Calil, 2021, p.46).

Ao priorizar a economia, frente às vidas que estavam sendo perdidas, o ex-presidente estimulou a falsa contradição entre economia e saúde, sempre escolhendo a defesa do mercado, da acumulação do capital, da produção em depreciação da vida (Saraiva e Zago, 2021). “O Brasil está sendo colocado diante de

uma escolha falsa: ou a morte física provável ou a morte econômica certa” (Singer et al., 2020).

Em mais uma das falas de Bolsonaro, ele reforça seu posicionamento, ao subestimar a pandemia, e criticar as autoridades estaduais e municipais que, diferentemente dele, estavam tentando combater o espreado do vírus:

Grande parte dos meios de comunicação foram na contramão. Espalharam exatamente a sensação de pavor, tendo como carro-chefe o anúncio de um grande número de vítimas na Itália, um país com grande número de idosos e com um clima totalmente diferente do nosso. Um cenário perfeito, potencializado pela mídia, para que uma verdadeira histeria se espalhasse pelo nosso país. [...] O vírus chegou, está sendo enfrentado por nós e brevemente passará. Nossa vida tem que continuar. Os empregos devem ser mantidos. O sustento das famílias deve ser preservado. Devemos, sim, voltar à normalidade. Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa. [...] Sem pânico ou histeria, como venho falando desde o início, venceremos o vírus e nos orgulharemos de estar vivendo nesse novo Brasil, que tem tudo, sim, tudo para ser uma grande nação. Estamos juntos, cada vez mais unidos. Deus abençoe nossa Pátria querida (BBC NEWS, 2020).

Segundo Carvalho, 2020, o que estava afetando a economia não eram as medidas de restrições adotadas, pelo contrário, o que afetou a economia foi o próprio vírus. Pois, em lugares com altos índices de contaminação, a flexibilização das medidas restritivas e reabertura prematura de comércios e serviços, em geral, não foram bem-sucedidas, devido ao receio do público consumidor. “A frouxidão dessas medidas e seu relaxamento prematuro adiam ainda mais a recuperação da economia” (Carvalho, 2020, p. 18).

Se cientistas em geral posicionaram-se pela necessidade de planos para enfrentamento da crise sanitária visando a preservar vidas, Bolsonaro sugeriu que seria necessário enfrentar o vírus em um campo de batalha que seria o mercado, sem temer as consequências (Saraiva e Zago, 2021, p.129).

Diante desta conjuntura, houve uma investigação por parte de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), para avaliar a conduta da gestão de Bolsonaro durante a pandemia. Através desta, diversas questões vieram à tona. Iamarino, 2021, afirma que a partir dos depoimentos colhidos na CPI da Covid-19, é possível inferir que o governo federal protelou a compra de aproximadamente 300 milhões de vacinas ainda no ano de 2020. Isto ocorria, enquanto o mesmo governo estimulava o

uso do chamado tratamento precoce ou “Kit Covid-19” que até o momento atual, não apresentou nenhuma comprovação científica de eficácia, pelo contrário, cada vez mais pesquisas apontam sua ineficácia além de apresentar efeitos adversos pelo uso incorreto.

Ainda em março de 2020, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) alertou acerca do uso de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento de pessoas com COVID-19

[...] apesar de promissores, não existem estudos conclusivos que comprovem o uso desses medicamentos para o tratamento da covid-19. Portanto, não há recomendação da Anvisa, no momento, para a sua utilização em pacientes infectados ou mesmo como forma de prevenção à contaminação pelo novo coronavírus (ANVISA, 2020).

Pesquisadores da Universidade de Oxford evidenciaram que o uso destes medicamentos não era eficaz no tratamento de pessoas com o vírus (RECOVERY, 2020). A OMS recomendou a suspensão da hidroxicloroquina no tratamento precoce e/ou emergencial da COVID-19, após constatação no aumento de risco de morte, contudo, o Ministério da Saúde no Brasil, decidiu por manter a indicação do uso do medicamento (G1, 2020).

Segundo Ventura e Reis, 2021, estudos comprovaram que esta conduta adotada não estava relacionada à incompetência do governo federal, pelo contrário, existia uma estratégia institucional de propagação do vírus, liderada pelo então presidente da república.

Bolsonaro aparentemente pretendia levar o Brasil à imunidade de rebanho por infecção natural. Isso significa que – assumindo uma taxa de mortalidade de 1% e infecção de 70% como um limite para a imunidade de rebanho – Bolsonaro planejou pelo menos 1,4 milhão de mortes no Brasil (Barbara, 2021, s.p).

A estratégia de morte ou, a necropolítica de Bolsonaro, acarretou milhares de vidas perdidas, ao priorizar o lucro, bem como, omitir-se nas compras de vacinas. Diante dessa situação, os governos e municípios contrários à atuação do governo federal, passaram a buscar através do Superior Tribunal Federal, autonomia para deliberar sobre as medidas restritivas para conter a pandemia, e resguardar suas populações com vistas a evitar uma situação ainda pior.

Mesmo que governadores de diferentes estados de Brasil tenham tentado adotar medidas de isolamento, a falta de coordenação do governo federal, a falta de diretrizes comuns, o jogo de informações cruzadas e contraditórias serviram de estímulo para desistir do isolamento e restringiram as possibilidades de controle (Caponi, 2020, p.210).

Durante a pandemia de Covid-19, as pessoas que tinham o diagnóstico de HIV/Aids, se depararam com uma realidade ainda mais difícil por estarem em uma condição mais vulnerável ao vírus, principalmente, as pessoas que não tinham acesso a um tratamento adequado.

Segundo o Relatório Informativo 2021.2, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, 2021), 73% de todas as pessoas que tinham o diagnóstico de HIV/Aids no mundo tiveram acesso à Terapia Antirretroviral (TARV) em 2020. Segundo o relatório da UNAIDS, 2020, devido à Covid-19, muitos lugares vêm apresentando a diminuição da resposta à Aids. O ritmo das testagens de HIV diminuiu quase que uniformemente em 40, dos 50 países que se reportam à organização. O número de pessoas vivendo com HIV que iniciaram o tratamento foi menor. Os serviços voltados à prevenção do HIV em 2020 foram impactados, e a estratégia de redução de danos, direcionada às pessoas usuárias de drogas, foi interrompida em 65% dos 130 países pesquisados (UNAIDS, 2020).

As pessoas que vivem com HIV, por vezes, precisam fazer acompanhamento em outros serviços de saúde para tratamento de doenças oportunistas, contudo, durante o pico pandêmico, apenas serviços essenciais se mantiveram em funcionamento, e os ambulatoriais com atendimentos especializados, precisaram restringir os atendimentos. Pereira, Gir e Santos (2021, p. 4) afirmam que:

O surgimento dessas doenças, comumente presente junto às PVHIV, traz uma demanda de atendimento e avaliação de especialidades que geralmente não estão agregadas ao Centro de Testagem e Aconselhamento e ao Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE), porém, fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma parte destas especialidades que atuam num contexto ambulatorial e interpretadas pelos gestores como eletivas, sofreram restrição de atendimento no período pandêmico [...].

Diante de todo esse caos que se instaurou, foi possível identificar, que as autoridades de saúde pública deixaram a epidemia de HIV em segundo plano. Embora algumas medidas de emergência tenham sido estabelecidas, como por

exemplo, a dispensa de medicamentos por um período maior (03 a 06 meses), a atenção a essa população específica ficou à parte do processo. Apesar de os centros especializados permanecerem realizando atendimentos durante a pandemia com os poucos recursos que lhes foram disponibilizados para o momento, houve consequências que ocasionaram o enfraquecimento da rede, interrompendo os serviços voltados à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids.

Segundo o relatório da ABIA, 2020, durante a pandemia de Covid-19, a maioria dos programas governamentais (em todos os níveis) de HIV/Aids foram desacelerados, complicando o acesso; houve diminuição da distribuição de preservativos, devido ao fechamento de alguns polos de distribuição; redução do quadro de médicos infectologistas, e de outros profissionais, devido à grande demanda voltada aos pacientes com Covid-19.

Pesquisadores da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) publicaram uma pesquisa intitulada: “O impacto da pandemia da Covid-19 nos indicadores de diagnóstico e mortalidade por HIV/Aids em todo o Brasil entre 2020 e 2021”. O estudo evidenciou dados preocupantes nos indicadores de diagnósticos e mortalidade por HIV/Aids em todo o Brasil, nos anos de 2020 e 2021. A pesquisa aponta que o número total de diagnóstico de HIV/Aids diminuiu de 22,4% em 2020, para 9,8% em 2021. Contudo, houve um expressivo aumento na variação entre os indicadores do percentual de mortes por HIV/Aids com diagnóstico tardio. No ano de 2020, houve um registro de 6,9%, enquanto em 2021, este número praticamente dobrou, chegando a 13,9% (Pereira, 2023). Esses resultados, registram a negligência com as estratégias voltadas à Política de HIV/Aids, bem como, ao controle do HIV/Aids no Brasil, durante esse período pandêmico.

Na década passada, depois de muita luta por parte da sociedade civil, o país ficou conhecido por medidas inovadoras no enfrentamento da epidemia de HIV, sobretudo no que diz respeito à participação comunitária e à distribuição de medicamentos para pessoas vivendo com HIV. Nos últimos anos, no entanto, o país sofreu retrocesso. Infelizmente, com relação à COVID-19, o Brasil tem apresentado mensagens contraditórias no enfrentamento da pandemia. O país e o presidente Jair Bolsonaro têm sido criticados por políticas praticadas que têm efeito negativo no enfrentamento da pandemia (Galvão, 2020, p. 12).

Nessa conjuntura, especialmente para as pessoas vivendo com HIV/Aids, os obstáculos encontrados em relação ao acesso às políticas sociais, juntamente com os contextos socioeconômico e afetivo nos quais essas pessoas se encontram, não

permitem negar que tais questões irão influenciar no processo saúde-doença-tratamento. Principalmente frente às ofensivas contra os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, intensificadas diariamente.

É diante desse horizonte permeado por relações sociais que se localiza o processo saúde-doença. Este, não pode ser distanciado desse âmbito, dado que é fruto de um processo sócio-histórico constituído por sujeitos inseridos em uma sociedade e, por conseguinte, imersos em determinações sociais. Segundo Laurell (1982, p. 16),

Em termos muito gerais, o processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Portanto, as determinações sociais em saúde auxiliam-nos a compreender o processo saúde-doença para além de um fenômeno biológico individual, vislumbrando-o como algo dinâmico e imerso em uma coletividade com relações sociais complexas, que se constituem em fatores determinantes durante o processo de adoecimento. Nesse sentido, na atual sociedade capitalista, identificamos consideráveis contestações das expressões da questão social no decurso do adoecimento dos sujeitos.

Deste modo, considerar as determinações sociais no processo de tratamento de qualquer doença, especialmente do HIV/Aids, é importante no sentido de ampliar nosso ponto de vista acerca da condição vivida pelas pessoas que convivem com essa doença.

4. AS SUCESSIVAS APROXIMAÇÕES AO OBJETO DE ESTUDO

4.1 Percurso Metodológico

Esta pesquisa seguiu o percurso metodológico da teoria social crítica, partindo da realidade social, das aproximações com o imediato, visando desvendar o “não-aparente”, através de mediações que permitem desvelar o que está por trás da aparência dos fenômenos.

Esse processo é indispensável, pois possibilita ir além da imediatez superficial dos fenômenos; busca as determinações mais concretas e essenciais ao objeto; leva em conta a imediatez fenomênica, porque também é parte constitutiva do real, mas objetiva atingir, por meio da abstração, a totalidade que envolve o problema (Diniz, 2019, p.46).

Ainda conforme o materialismo histórico-dialético, utilizaremos a categoria *totalidade*. Compreendemo-la a partir desta concepção, que a define como intrínseca ao processo da vida concreta na sociedade capitalista, permeada por relações sociais. Não como algo fragmentado, mas “uma totalidade concreta, inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade” (Netto, 2011, p. 56).

O sentido de cada parte, de cada fato, de cada dado só emerge na medida em que ele for apreendido como momento de um conjunto, como resultado de um processo através do qual cada um dos elementos parciais vai adquirindo a sua natureza e a sua especificidade. Trata-se, pois, de apreender o processo através do qual vão se constituindo, ao mesmo tempo, a totalidade de determinado objeto e as partes que o compõem, a hierarquia e a ordem entre os diversos momentos, o modo como se relacionam entre si o todo e as partes, sob a regência do primeiro, as relações das diversas partes entre si e a passagem de um momento a outro. (Tonet, 2013, p.116).

Segundo Tonet, 2013, ao utilizar a Totalidade como princípio metodológico, nada pode ser compreendido de forma isolada. Através do movimento dialético desenvolvido na perspectiva da totalidade é possível se aproximar da realidade em si mesma.

Partindo do real imediato, houve a aproximação com duas unidades de saúde especializadas no atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids: Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), localizado na Rua Arnóbio Marques, 310 - Santo Amaro, Recife - PE; e Hospital Correa Picanço (HCP), localizado na Rua Padre Roma, 149 - Tamarineira, Recife - PE. Ambas as unidades estão localizadas na capital pernambucana, que é alvo deste estudo. A escolha por Recife se deu por ser um dos municípios do estado com maior número de casos de infecção pelo HIV.

Estas unidades foram escolhidas por serem referências no tratamento de HIV/Aids no Estado de Pernambuco. Durante a aproximação às unidades de saúde selecionadas, foi possível conhecer como se dá o funcionamento destas, como ocorre o acesso das pessoas vivendo com HIV/Aids e, como se articularam estes serviços durante a pandemia de Covid-19. Consideramos também, as determinações sociais que permeiam este processo de adoecimento, ou seja, as condições socioeconômicas dos usuários dos serviços, preconceitos e estigmas vivenciados, entre outras questões percebidas pelos entrevistados.

Essas informações adquiridas, foram analisadas a partir de outras mediações, como as orientações neoliberais e as influências do conservadorismo nas políticas de saúde e HIV/Aids. Diante da universalidade, a análise das políticas sociais no capitalismo financeiro, em uma época em que todos os espaços são alvo do interesse do capital, podemos nos direcionar para a particularidade, compreendendo de forma mais profunda a realidade e reformulando nossa visão sobre ela, agora ampliada através das mediações.

Foram utilizados procedimentos qualitativos de pesquisa, pois, conforme afirma Groulx, 2014, estes permitem o “estudo das necessidades não mais segundo os indicadores de medidas, mas sim segundo especificidades socioculturais dos meios de vida, sendo considerado conhecer os pontos de vista invisíveis, censurados ou simplesmente silenciados” (Groulx, 2014, p. 98).

Nos utilizamos também do trabalho de campo para coleta de dados primários sobre os dois serviços de saúde selecionados. Nesse processo, realizamos entrevistas com gestores e trabalhadores dos serviços. Ao total, elaboramos três entrevistas em cada unidade de saúde. Do HUOC foram entrevistados o gestor (médico), uma enfermeira e um técnico de enfermagem. No HCP foram entrevistados a gestora, uma enfermeira e uma psicóloga.

O estudo se realizou levando em consideração as normas e as diretrizes para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), publicada no Diário Oficial da União, em 13 de junho de 2013. Portanto, foram respeitados os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

As entrevistas foram realizadas durante o ano de 2022, por pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais (NEPPS), em pesquisa intitulada: DESAFIOS DO ENFRENTAMENTO DA AIDS EM PERNAMBUCO, EM TEMPOS DE AJUSTE NEOLIBERAL E DESMONTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Pesquisa esta que foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº 46930821.5.0000.5208, pesquisadora principal a Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira.

As entrevistas foram agendadas e realizadas, preferencialmente, por dois pesquisadores, todos profissionais de Serviço Social e formação em pesquisa, através de mestrado ou doutorado. Sempre que possível, as entrevistas de todos os trabalhadores de um mesmo serviço foram feitas no mesmo dia, utilizando um ou dois expedientes. As entrevistas foram gravadas com apoio de gravador de voz e transcritas, e o material está sob a guarda da coordenadora do NEPPS.

E por fim, foi realizada a revisão bibliográfica, para aprofundar e fundamentar teórica das análises realizadas através dos materiais colhidos. Foram utilizados textos estudados durante o período do mestrado, bem como, materiais voltados ao tema proposto (artigos, livros, boletins epidemiológicos).

4.2 Identificação das Unidades de Saúde

4.2.1 Hospital Universitário Oswaldo Cruz

O Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), é pioneiro, no estado de Pernambuco, no tratamento de doenças infectocontagiosas. O HUOC, inicialmente fundado como Hospital Santa Águeda em 1884, atendia a pacientes acometidos pela varíola (SOARES, 2000). Em 1925, após passar por reforma, o hospital

recebeu o nome atual em homenagem ao sanitarista Oswaldo Cruz e, posteriormente, no ano de 1964, passou a ser um hospital universitário.

Atualmente, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o HUOC atende a diversas áreas clínicas e é classificado pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS)¹⁵ como um Centro de Referência Hospitalar Regional em atendimento a pessoas com HIV/Aids, tétano, dengue, raiva, influenza, entre outras. Ao longo de todos esses anos em funcionamento, o HUOC passou por diversos enfrentamentos contra epidemias e pandemias, entre estas: varíola, coqueluche, gripe espanhola, entre outras.

No atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids, o HUOC possui leitos em enfermarias de infectologia adulto e infantil, bem como UTI, além de possuir um SAE em HIV/AIDS. O ambulatório de infectologia do HUOC, não se configura em um serviço porta aberta, portanto, não recebe pacientes por demanda espontânea. Dessa forma, os usuários que são recebidos para o primeiro atendimento, foram encaminhados por outras unidades de saúde, as quais, após realizarem a testagem, direcionam estes sujeitos. Podendo, também, serem pacientes oriundos de internamento do próprio HUOC ou transferidos de outras unidades de saúde especializadas.

No SAE HUOC os usuários passam por atendimentos médicos, recebem receitas de medicamentos, retiram medicamentos, como também, adquirem medicações para outros tipos de tratamento, se necessário. O serviço conta com 16 médicos infectologistas, sendo quatro destes funcionários da ONG AHF, bem como uma enfermeira e uma vinculadora. Também fazem parte do setor profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros.

4.2.2 Hospital Correia Picanço

O Hospital Correia Picanço (HCP) foi fundado em 1930. Nesta época, o hospital era voltado ao tratamento de psicóticos, e se chamava Pavilhão Gildo Neto. Uma homenagem ao primeiro residente de psiquiatria de Pernambuco. Posteriormente, o HCP foi tomando a forma que possui atualmente. No ano de 1974,

¹⁵ Informações disponíveis no site da REBRATS.

frente à epidemia de meningite, o hospital passou por uma restauração, e ficou responsável pelo atendimento dos acometidos pela doença no Estado. A partir de então, a unidade de saúde passou a se chamar Hospital Correia Picanço, homenageando outro profissional de saúde, um cirurgião da Cidade de Goiana/PE, que fundou a Escola de Medicina da Bahia (SES-PE).

Ao findar a epidemia de meningite, o hospital continuou recebendo os acometidos pela doença, e passou a atender também pacientes com leptospirose, sarampo e hepatite. Em 1986, ao iniciar a epidemia de HIV/Aids, o HCP, passou a atender pessoas que viviam com o HIV/Aids que estavam com suspeita de meningite. Em 1992, após uma nova reforma, o hospital se tornou uma unidade de referência no enfrentamento do HIV.

Atualmente o HCP é vinculado ao SUS, dispõe de serviços de atendimento de urgência 24h e ambulatório.

A instituição atende 60% das demandas dos pacientes com a doença de todo o Estado e é o único serviço especializado no tratamento das vítimas de meningite (adulto ou pediatria). A unidade também é referência para acidente de trabalho em profissionais da área de saúde com exposição a material biológico e exposição sexual accidental. O ambulatório, que atende mais de 2 mil pessoas por mês, contempla várias especialidades voltadas para pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) (SES-PE).

O SAE possui outras especialidades além dos 21 infectologistas, como: ginecologista, proctologista, pediatra, nutricionista, dentistas, farmacêuticos, endocrinologista, cardiologista, nefrologista, psiquiatra, neurologistas, dermatologista, psicólogos, assistente social, enfermeiros (estes são profissionais da ONG AHF). Quando identificada a demanda do paciente, estes são encaminhados para as devidas especialidades.

Tanto o HUOC, quanto o HCP, são hospitais públicos importantes no Estado de Pernambuco. São unidades de serviço público que desempenham um atendimento extremamente relevante para as pessoas que vivem com HIV/Aids e/ou outras doenças infecto-parasitárias. Estas unidades de saúde dependem dos recursos financeiros destinados à seguridade social, que são repassados através do Sistema Único de Saúde, para se manter.

Entretanto, diante das sucessivas retiradas de recursos da política de saúde, esses serviços sofrem com o sucateamento, precarização e déficit de profissionais, o que acaba impactando diretamente no acesso dos usuários aos serviços.

4.3 A Pandemia de Covid-19 e os Impactos na Oferta de Serviços Especializados para Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Recife

Neste capítulo, serão expostos os resultados da pesquisa com base nas entrevistas que possibilitaram contemplar o objetivo proposto para o estudo, inicialmente. Desta forma, apresentaremos uma análise das entrevistas em consonância com a fundamentação teórica já trazida anteriormente. Serão apresentados trechos das entrevistas que se fazem pertinentes ao estudo proposto. Os entrevistados serão identificados como: Entrevistado, seguido por um número, e o nome da unidade de saúde que trabalha.

As entrevistas possibilitaram a aproximação da realidade dos usuários e profissionais que atuam nos dois principais serviços especializados em HIV/Aids de Pernambuco. Estes profissionais conduzidos através das perguntas realizadas durante as entrevistas trouxeram pontos muito importantes acerca dos serviços.

Em relação a como se dá o acesso dos usuários aos serviços, no SAE HUOC, como já mencionado anteriormente, o serviço não se configura como porta aberta. Dessa forma, ao receber os pacientes, após o primeiro atendimento, o acolhimento e a solicitação de exames, uma nova consulta é agendada após 30 dias para as devidas avaliações e encaminhamentos. Posteriormente, a depender da condição clínica do paciente e das suas demandas, novas consultas são agendadas periodicamente com intervalos de três a seis meses. Em algumas situações, após o acolhimento, os usuários podem demandar um rastreio do conjunto familiar para também ser testado, a depender da necessidade. No caso de pacientes em abandono de tratamento, existe o resgate destes realizado por meio de busca ativa.

Nós recebemos os pacientes que são diagnosticados com HIV, recente, ou de muito tempo que, por exemplo, os de muito tempo são aquelas pessoas que moram em outros estados, vem residir aqui em Pernambuco e procuram os SAEs para poder continuar o tratamento. Como também saem de outra cidade, da própria região do estado, e aí vem pra capital e querem dar continuidade ao tratamento aqui na capital, certo? Também aquelas pessoas que vêm de viagem, passam pelo estado, precisam pegar medicação, e recebem. A outra parte são pacientes, são aquelas pessoas que têm resultado recente (Entrevistado 2 HUOC).

No HCP, os pacientes que chegam ao serviço, assim como no HUOC, já são pacientes com diagnóstico fechado.

“Esse paciente, ele quando chega pra gente, a gente é SAE né, a gente é o serviço especializado de HIV, aqui no ambulatório a gente só trabalha com HIV. O hospital, ele atende também pacientes com meningite, mas o ambulatório aqui é exclusivo de HIV. Então, esse paciente, ele já vem com diagnóstico de HIV. A gente não faz testagem rápida para diagnóstico, entendeu? A gente testa sim, mas o paciente que já vem com diagnóstico de outro local a gente retesta. Porque mesmo que ele venha com diagnóstico de outro local, a gente gosta de comprovar se realmente aquele teste é positivo para HIV, entendeu? Porque, infelizmente né, a gente não sabe quem foi que executou o teste, a forma que foi executada, então a gente prefere fazer o reteste” (Entrevistada 1 HCP).

Quando recebidos nas unidades, os usuários são acolhidos, recebem as orientações e explicações acerca do HIV/Aids, como se dá o tratamento e a importância deste acompanhamento. Busca-se afastar a concepção de que o tratamento é só medicamentoso, enfatizando a importância de um acompanhamento mais amplo, para além da relação médico-paciente.

Este fator é muito importante, pois a relação médico-paciente ainda precisa ser repensada, apesar do processo de desconstrução da medicina tradicional, na qual os médicos são percebidos pela inacessibilidade, havendo muito receio por parte dos usuários em questionarem seus respectivos médicos sobre informações que não ficaram bem explicitadas. A respeito do assunto, Campos, 2000, afirma que este tipo de assistência médico-centrada sustenta a concepção de hegemonia médica, reforça o isolamento profissional e fragmenta todo o processo de trabalho. Este pensamento focado exclusivamente no fator biológico não consegue abranger satisfatoriamente as demandas trazidas pelos pacientes.

A prática interdisciplinar quando aceita pela equipe, muda consideravelmente a forma como se conduz o atendimento que, quando ocorre de forma integral, leva em consideração todos os aspectos da vida dos usuários, inclusive o cenário socioeconômico no qual essa pessoa vivendo com HIV/Aids está inserida. Este fator é de suma importância, tendo em vista a pauperização do HIV¹⁶.

¹⁶ Araujo et al. (2007, p.552) afirma que “as populações já tradicionalmente marginalizadas estão cada vez mais se infectando pelo HIV. Como agravante acrescenta-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à informação. Tudo isso somado à necessidade de estarem voltados para a busca de sobrevivência, dificultando as ações destinadas à prevenção por meio da prática do sexo seguro e diagnóstico precoce da doença, questões essas que demonstram as desigualdades socioeconômicas de acesso à informação e recursos de saúde no Brasil”.

Após este primeiro momento de recepção dos usuários, é realizado um cadastro, solicitados exames laboratoriais e agendamento da consulta ambulatorial. Todos os pacientes quando chegam no HCP, passam por um reteste, para confirmação de diagnóstico, exceto, os pacientes advindos da Clínica do Homem¹⁷. Antes do reteste, os usuários são atendidos pela psicologia, e posteriormente encaminhados para enfermagem. Em caso de pacientes em abandono de tratamento, o serviço realiza a tentativa de contato. Aos pacientes, principalmente os novos, é solicitado o acompanhamento de seis em seis meses, que é o tempo de validade do exame de CD4 que detecta a carga viral. As consultas podem ser agendadas por telefone, para facilitar o acesso das pessoas que trabalham.

Em ambos os hospitais, a busca ativa de pacientes em abandono de tratamento é realizada através dos profissionais da AHF. Para além disto, a instituição (AHF) também realiza a contratação (através de bolsas), de médicos Infectologistas e vinculadores (profissionais de diversas áreas), que prestam suporte nas unidades, em conjunto com os profissionais efetivos.

Assim, a AHF ela veio para gente, de um convênio estabelecido com o estado, com a [SES?] pra, com o projeto. E esse projeto, pra que, fazer com que a gente tivesse, uma das coisas que a gente conseguiu com a AHF, que a gente estimava o número de pacientes, e com a AHF a gente fez um censo de todos os prontuários, porque a gente não tem um sistema. Muita coisa da gente ainda é manual. Uma das coisas então que, tem um sistema no arquivo, mas que a gente não sabia quantos ativos a gente tinha, quantos pacientes a gente tinha, realmente. E aí também de fazer a busca desse paciente quando ele falta, eles ajudam a gente, é esse paciente de abandono, que a gente não sabia, a gente sabia que tem paciente de abandono, mas a gente não sabia o quanto de abandono. E não sabia quem eram esses pacientes. Então, a gente consegue identificar. Eles trouxeram uma equipe para trabalhar, dentro da nossa equipe, que aí eu falo, é uma equipe só. Porque aí trouxe um vinculador, trouxe um coletador de dados, trouxe as enfermeiras e trouxe médicos. E com isso a gente conseguiu ampliar a assistência, o atendimento, e melhorar até os dados da gente, pra gente se enxergar e ver, o quão melhor, o que é que a gente poderia melhorar no serviço (Entrevistada HCP 1).

Cabe ressaltar, as condições ocupacionais que se encontravam os trabalhadores do SUS nesse contexto de pandemia da Covid-19. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizou uma pesquisa a qual fez um amplo levantamento acerca das condições de trabalho dos profissionais de saúde desde o início da

¹⁷ A Clínica do Homem é uma unidade de saúde especializada em doenças sexualmente transmissíveis, voltada à população masculina. No local, também é feito diagnóstico para HIV/Aids. A Clínica fica no Recife e é administrada pela AHF e faz atendimento pelo SUS.

pandemia, esta também avaliou o ambiente e a jornada de trabalho, o vínculo dos profissionais com a instituição, a vida dos profissionais antes da pandemia e as consequências do atual processo de trabalho envolvendo aspectos físicos, emocionais e psíquicos desse contingente (FIOCRUZ, [s.d]).

A referida pesquisa realizada em todo o território nacional, apontou que a pandemia de Covid-19 alterou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores da saúde. “Os dados revelam, ainda, que quase 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) deles necessita de mais de um emprego para sobreviver.” (FIOCRUZ, [s.d]).

Os dados indicam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (FIOCRUZ, [s.d]).

Portanto, diante das condições de trabalho que se apresentam aos profissionais do SUS, antes e durante a pandemia de Covid-19, a inserção da AHF nestes espaços, termina por contribuir com o melhor funcionamento do serviço, tendo em vista a sobrecarga de trabalho destes profissionais, que como mencionou a “Entrevistada HCP 1”, não conseguem realizar todas as demandas que lhes são apresentadas. E, a AHF chega pra atuar neste sentido, como na identificação e busca ativa de pacientes em abandono de tratamento, censo dos prontuários, entre outras articulações necessárias para os atendimentos.

Em relação à busca ativa de pacientes em abandono de tratamento, cabe ressaltar, que este fator é de extrema importância no processo de cuidado desses usuários. É muito importante, que os profissionais estejam atentos ao contexto que leva essas pessoas a abandonarem o tratamento.

Um estudo foi realizado pela autora, 2020 no HUOC, com pessoas vivendo com HIV/Aids que já estiveram em situação de abandono de tratamento. O mesmo evidenciou diversos motivos para este abandono, a citar: uso abusivo de álcool, transtornos psiquiátricos, não adaptação à TARV, questões de cunho pessoal e/ou

familiares, mudança de município, falta de informação. Ou seja, motivos para além de fatores individuais ou de “escolha pessoal”.

Estudos sobre “má-adesão” ao tratamento de doenças crônicas, apontam-na se apresentando como universal. Uma pesquisa realizada por AQUINO et al., 2011, com pacientes hipertensos, demonstrou que a grande dificuldade encontrada por estes era justamente lidar com o processo de adaptação e as consequências diante da cronicidade da doença. Para além disto, as condições de vida na qual estes usuários se encontram, incluindo fonte de renda, cobertura previdenciária e vínculo familiar, são elementos que vão repercutir nesse novo cenário.

Portanto, é muito importante compreender o processo de adoecimento e suas determinações sociais, inserindo os usuários em uma sociedade capitalista permeada pela questão social, que interfere diretamente na forma como estes usuários vão lidar com seu adoecimento.

Segundo o Relatório Informativo UNAIDS 2021.2, em 31 de junho do referido ano, podemos inferir que 27% de todas as pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo não estavam tendo acesso à TARV. Ou seja, um elevado número de usuários não acessou ao tratamento. Esses números são baseados nos dados que puderam ser contabilizados, entretanto, diante do contexto da pandemia de Covid-19, é provável que exista uma margem de casos subnotificados que não entraram nessas estatísticas. Esses indicadores, portanto, fazem-nos refletir o porquê do não acesso desses usuários aos medicamentos, o que pode ter acontecido em termos de acessibilidade, que gerou esse índice expressivo.

Referente à atuação dos profissionais da AHF, eles assumem um papel muito importante no atendimento aos usuários, pois, conforme afirmam os gestores das duas unidades de saúde, antes da chegada desses profissionais o serviço estava com uma demanda reprimida, o que impedia a admissão de novos pacientes.

Totalmente de porta fechada porque não tinha pessoal pra fazer esse atendimento. Então com isso, com a entrada da AHF, a gente conseguiu abrir novamente os [postos?]. E, olha que assim, foi nessa discussão, da entrada do AHF aqui, foi a coisa que eu tive muito medo. Porque imagine, somos oito médicos, cada médico fazendo um ambulatório, só tinha um único médico que era exclusivo do ambulatório, mas ele já estava a ponto de... Como já aconteceu, ele já se aposentou. Então assim, imagine a AHF entrando, vai ter uma quantidade de médicos fazendo atendimento, uma quantidade, de repente a AHF: “não, a gente não vai mais fazer atendimento aí”, o que a gente iria fazer com esses pacientes? Porque assim, eu acho que quase que dobrou o número de médicos com a AHF, então a gente não iria poder, não tinha como. Até porque a gente tem

assistência da enfermagem também, entendeu? Não ia ter como. Então isso foi uma, foi difícil, eu sabia da importância da presença da AHF, mas para tomar a decisão, “não, bora topar isso” foi meio urgente (Entrevistado 3 HUOC).

Contudo, percebe-se a falta de investimento em recursos humanos por parte do Estado, onde se faz “necessário”, o estabelecimento de contratos com entidades privadas, que passam a assumir o papel do Estado, enquanto prestadores dos serviços. Característica essa que, como abordado anteriormente, desponta com o avanço do neoliberalismo e se intensifica com o ultraneoliberalismo. Essa transferência de responsabilidade do Estado para instituições privadas, uma das características principais do processo de privatização, agudiza ainda mais o desmonte da política e fomenta os vínculos trabalhistas frágeis e precarizados.

Em relação ao público que mais procurava os serviços dos dois hospitais de referência, os profissionais identificam que os usuários que mais procuram os serviços no SAE HUOC são homens que fazem sexo com outros homens (estes estão mais associados aos serviços de Profilaxia pré-exposição Prep), travestis, homens idosos, e o público jovem que tem demandado mais recentemente. Estes últimos têm chamado a atenção dos profissionais do serviço devido ao aumento brusco.

O que eu tenho visto, nos últimos tempos, é um aumento do número de jovens, com faixa etária cada vez menor, se positivando para HIV. Isso é uma questão que a gente vem observando, eu acho que de um ano e meio pra cá, a gente tem observado que tem chegado bastante jovens, abaixo daquela faixa etária que era geralmente comum. A gente tinha uma faixa etária entre 19 e 20 poucos anos, e agora a gente já tem aqui vários que chegam com 16, 17. Então, a gente tem visto muito isso, essa questão (Entrevistado 2 HUOC).

Em relação aos idosos, grande maioria são pacientes atendidos desde os anos 1980/1990, os primeiros usuários do serviço que permanecem.

O que nós temos aqui, até porque o histórico do SAE no Oswaldo Cruz, ele é bem interessante. Primeiro porque é um dos primeiros serviços de atendimento ao HIV no estado, e conseqüentemente, aquele público que foi atendido logo lá na década de 80, 90 e começaram o tratamento, eles continuaram o tratamento no Oswaldo Cruz. Então essa faixa etária de 50 a 60 anos, já são os pacientes atendidos naquela época que continuam com o nosso tratamento aqui. Então assim, recente, recente, com essa faixa etária, eu não me recordo assim de imediato. O que a gente tem são aqueles que já existem, já vem aqui fazer o seu tratamento, esse vínculo direto conosco, de longa data. Aí tem essa faixa etária, casais também, da terceira idade que já fazem o tratamento de HIV aqui (Entrevistado 2 HUOC).

Também são recebidas pessoas que residiam em outros estados e estão agora morando em Pernambuco, e procuram a unidade de saúde para continuidade do tratamento. Existem usuários de cidades fora da Região Metropolitana do Recife, que preferiram mudar sua unidade de tratamento. Em algumas situações, usuários que estão em “trânsito” pela cidade, também fazem a retirada de medicamentos no serviço.

No HCP, o público recebido no serviço é bem variável, existem adolescentes, muitos jovens (assim como observado no HUOC), pessoas idosas, crianças expostas e com HIV, homens que fazem sexo com homens e heterossexuais, mulheres grávidas.

Olhe, eu tenho percebido de uns 2 ou 3 anos, muito jovem na faixa de 18, 17 a 30, 32 anos, sabe? Eu tenho observado e têm chegado muitos aqui nessa faixa etária. Idosos também, tanto homens quanto mulheres, certo? Mulheres casadas. E também tem a questão dos homens homossexuais, que também tem, chega, também têm chegado. Mas essa faixa etária, assim, desse adulto jovem, sabe, chama atenção muito. Pessoal que sai muito, vai muito para show, faz uso de substância... não como uma dependência às vezes, uso recreativo mesmo, sabe, mas que naquele momento negligencia a prevenção. Algo também que me chama atenção quanto à questão de sexo, de prevenção, não é conversado na família ainda, um tabu que existe ainda, a respeito disso, ainda é... assim, para uma época em que a gente se diz tão evoluído, mas assim, algumas questões eu acho que ainda tem muito entrave nisso. Então, não é discutido, não é dialogado, não é perguntado sobre isso, se fala sobre isso... (Entrevistada 3 HCP).

Dados apontam que o Brasil vem evidenciando um aumento considerável de jovens entre 15 e 29 anos com HIV/Aids. A infectologista do Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (que possui um serviço de Hospital Dia), alerta sobre esse aumento, e afirma que “os jovens de hoje não viveram a pandemia de Aids que nós vivemos. Estamos tentando instituir a PrEP (profilaxia pré-exposição) aqui no Cecom da Unicamp, principalmente para os jovens. Isso seria muito interessante do ponto de vista da prevenção” (Montalti, 2023).

Dados do Boletim epidemiológico de 2023, apontam que entre os anos de 2002 e 2022, 52.415 jovens com HIV, com idade entre de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, evoluíram para Aids, evidenciando o quanto a doença tem se desenvolvido nessa faixa etária, bem como, a necessidade de políticas públicas

direcionadas a essa população de forma a enfatizar a importância da vinculação aos serviços e a adesão à TARV.

Todos os pacientes que são admitidos em ambos os serviços, independente de diagnóstico recente, ou não, recebem um acolhimento. Existe uma conversa explicando sobre o que é o HIV, como se dá o tratamento, sobre os possíveis sentimentos diante deste tratamento.

Aí a gente faz esse acolhimento ao paciente, explica como é o tratamento, o que é o HIV, o que é AIDS, como é o acompanhamento, a importância, né, do acompanhamento, ser consulta, medicação e exame. Porque muita gente acha que “Ah, tô com HIV, é só tomar um remédio, beleza!” A gente sabe que não é, né? Tem todo um acompanhamento. Aí ele vindo pra gente, pra enfermagem direto, sendo desses dois locais, aí a gente faz o primeiro atendimento com eles. Explica, conversa, aconselha. E aí a gente já faz o cadastro dele, já solicita nesse primeiro momento; carga viral, CD4, exames de rotina e já agendamos o infectologista e as especialidades, caso ele precise de alguma especialidade que a gente disponibilize. Ele sai nessa primeira consulta da enfermagem com tudo agendado (Entrevistada 1 HCP).

A partir de então, eles são inseridos no serviço, desde que seja mais viável para ele, nessa questão, muitas vezes são levados em consideração a distância da residência, visibilidade do serviço, entre outros fatores.

Eles fazem o teste, descobrem que têm HIV, vêm até aqui apresentando esse resultado e são acolhidos. Há uma conversa, uma explicação sobre o que é o HIV, toda essa questão de como será o tratamento, como é que ele vai se sentir com este tratamento, e aí é inserido no nosso serviço, desde que seja mais viável para ele. Às vezes as pessoas que preferem; “Não, eu moro muito distante, moro no interior, prefiro uma cidade vizinha e tal”. Às vezes acontece muito deles virem de outras cidades, apesar de lá existirem CTAs, mas querendo evitar que sejam vistos, tentando evitar esse preconceito que existe na sociedade sobre os portadores de HIV. É assim que funciona (Entrevistado 2 HUOC).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher é reconhecer as necessidades de saúde do outro enquanto legítima e singular. O acolhimento deve ser presente na relação entre as equipes, os serviços, os usuários, as populações. O acolhimento deve ser construído de forma coletiva, e tem por objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo (Brasil, 2013). Portanto, é necessário, os serviços de saúde estarem preparados enquanto equipe humanizada

para reconhecer as necessidades dos usuários, e acolhê-los em “suas diferenças, dores, alegrias, modo de viver, sentir e estar na vida” (Brasil, 2009, p. 11).

E quando esse acolhimento é aplicado às pessoas vivendo com HIV/Aids é ainda mais importante, pois pode facilitar ou comprometer a vinculação destes usuários aos serviços.

Quando se trata do acolhimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), torna-se necessário enfatizar a relevância ética do acolhimento, já que a descoberta do diagnóstico é uma situação traumática para as pessoas, sendo imprescindível uma conduta de escuta ativa, que se favorecida, fortalecerá a formação de vínculo entre o profissional e o usuário (Costa, 2014, p. 52).

Todavia, durante a pandemia, mediante as reformulações dos serviços, devido ao distanciamento social, essa fase tão importante que é o acolhimento, precisou ser restringida. Entre as principais demandas trazidas pelos usuários, os profissionais identificam que a maior delas é a necessidade por informações acerca do diagnóstico. Portanto, a supressão desses espaços voltados às elucidações das dúvidas, pode ter afetado negativamente os usuários com diagnóstico recente.

Para além do agendamento das consultas, ou da retirada dos medicamentos, esses usuários apresentam a necessidade de serem acolhidos, compreendidos, e terem suas dúvidas elucidadas. Muitos usuários sentem dificuldades em aceitar essa nova realidade que lhes apresenta, apresentam conflitos familiares, sofrem estigma e preconceito. Diante do adoecimento e de todas as complexidades que o acompanham, muitos precisam fazer uso de ansiolíticos, estabilizadores de humor, entre outros medicamentos direcionados à saúde mental.

As demandas que a gente tem dos usuários, a gente consegue dividir em dois grupos. O grupo que a gente recebe de um determinado serviço que já vem com orientação do psicólogo. Quando chega, ele precisa de uma explicação. O que ele mostra para a gente é a sede de conhecimento do diagnóstico, então a demanda dele é orientação sobre diagnóstico, orientação sobre o serviço a oferecer a ele. Então essa é a demanda clínica e de conhecimento mesmo. E o outro grupo é quando não vem do CTA, que vem por meio de internamento, que vem por meio de articulação de outro ambulatório, aí vem com essa demanda, psicológica mesmo, que a gente tem que orientar quanto ao diagnóstico, como é viver com HIV. Então, essa demanda é muito gritante para esse grupo que vem sem um acompanhamento anterior. Por mais que seja raso, a orientação e o acolhimento e o aconselhamento no CTA, no centro de testagem, é importante. Porque os que vem sem esse aconselhamento, vem completamente perdido, achando que vai morrer. E por último, essa demanda social, os que têm já esse critério que a gente analisa, que eu analiso na consulta de enfermagem, é realmente, a demanda clínica de

orientação e a demanda da gente encaminhar para o serviço social do hospital para ver o que ele pode articular com a rede, né (Entrevistada 1 HUOC).

Diante dessa situação, observamos a importância da educação sobre o HIV/Aids, que se mostra insuficiente na disseminação de informações acerca do vírus. Mesmo após 40 anos de epidemia, a sociedade ainda sabe muito pouco sobre o tema, o que reforça estigmas e preconceitos, além de afetar a forma como essa pessoa que vive como HIV/Aids se enxerga.

A própria questão da aceitação do diagnóstico. A dificuldade também, de certa forma, eles querem contar para as pessoas, mas eles temem o medo do preconceito. Muitos acham que não vão conseguir mais se relacionar sexualmente com outra pessoa, porque vai ter que contar que tem HIV, quando contar que tem HIV, a pessoa não vai querer ele. Alguns, quando contam para família termina sendo discriminados, porque, infelizmente, as pessoas ainda têm aquela cabeça fechada de achar que quem pega o HIV é quem se prostitui, ou quem faz sexo com pessoa do mesmo sexo, ou quem tem múltiplos parceiros, e a gente sabe que não é, né? Hoje em dia, tem HIV, quem transa com alguém com HIV, sem preservativo. Infelizmente, quem vê cara não vê HIV (Entrevistada 1 HCP).

Essa situação se intensifica quando ocorrem as frequentes tentativas de desqualificação dos materiais utilizados em campanhas educativas destinadas à população. A partir desta visão conservadora, torna-se inviável o desenvolvimento de conscientização acerca do adoecimento, como também, suprime da sociedade informações importantes sobre a epidemia no país.

Conforme o Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS, 2019), acerca do diagnóstico, 81,8% das pessoas vivendo com HIV/Aids entrevistadas afirmaram que era difícil contar a outras pessoas; 75,5%, que o escondiam; 36,7%, sentiam-se envergonhadas; e 35,7%, culpadas. Dessa maneira, explicitando as tensões ainda vividas pelas pessoas vivendo com HIV/Aids e o quanto o peso do estigma e da discriminação afetam a vida dessas pessoas. Ainda de acordo com o referido relatório, 23,4% das pessoas vivendo com HIV/Aids sentem-se inúteis e 21,6% afirmam sentirem-se sujos diante do diagnóstico. Percebe-se, então, que a descoberta do diagnóstico não só afeta as relações sociais, mas também a relação do sujeito consigo mesmo.

Conforme afirma Fernandes (2020, p.63), “o estigma ainda é muito forte para aqueles que vivem com HIV/Aids, frequentemente no cotidiano profissional é trazido pelos usuários a carga de preconceitos e diversas violências sofridas durante a vida,

incluindo nas próprias instituições de saúde”. Para além do estigma e preconceito, as pessoas vivendo com HIV/Aids ainda sofrem com a sorofobia, esta que é definida por Barbosa Filho e Vieira (2020, p. 135)

A sorofobia pode ser entendida como o conjunto de crenças irracionais, discriminatórias e medos infundados sobre o HIV/Aids que resultam em episódios de violência institucional, física, psicológica e política não só contra as populações soropositivas, mas também contra grupos sociais considerados mais vulneráveis à pandemia de HIV/Aids. A sorofobia se sustenta em discursos e dispositivos de poder que vão desde a tutela, interdição, segregação, punição e controle sobre os corpos soropositivos até o extremo de reduzir vidas humanas à condição de despesas que devem ser evitadas pelo Estado, por meio de medidas que articulam uma simbiose entre moralismo, populismo, culpabilização individual, meritocracia e austeridade neoliberal.

A sorofobia faz parte da agenda da extrema direita no país, voltada totalmente ao desmonte da política de HIV/Aids. Por conseguinte, frente ao desmonte sofrido pelo SUS e a Política de HIV/Aids, os hospitais vêm enfrentando algumas dificuldades em manter alguns serviços, devido ao baixo valor investimento repassado.

Em relação à EC 95, esta repercutiu¹⁸ negativamente nos serviços. Através deste movimento, fica evidente, o movimento de desmonte e fragmentação dos serviços, acarretando uma política de saúde ineficiente, extremamente prejudicada em termos de prestação de serviços e condições dignas de trabalho para os profissionais. Contudo, mesmo passando por essas sucessivas políticas de austeridade, o SUS permanece como um sistema de referência, este foi essencial no combate à Covid-19 enquanto executor de estratégias sanitárias; promotor de cuidado; desenvolvedor de pesquisas voltadas a novas tecnologias (vacinas, exames) com base científica; coordenação e distribuição de leitos via regulação.

De acordo com as entrevistas, especificamente referente às mudanças ocorridas no Ministério de Saúde, a partir da unificação do departamento de HIV com outras patologias, houve mudanças que acarretaram consequências para o programa de HIV/Aids em geral, principalmente em relação ao financiamento, ao funcionamento, entre outros aspectos.

¹⁸ A EC 95 foi substituída pelo Regime Fiscal Sustentável, conhecido como Novo Arcabouço Fiscal (LEI COMPLEMENTAR Nº 200, DE 30 DE AGOSTO DE 2023). “Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico”. Contudo, não houve mudanças relevantes em relação à antiga legislação, os gastos sociais continuam sendo restringidos, sendo estes regulados por normas fiscais burocráticas.

Eu acho que continua a funcionar, agora, de uma forma mais precária. O fato desses investimentos, dessas coisas, de não ter curso, de não ter capacitação, não ter nada voltado para o público mesmo, para os usuários, reflete tanto na gente enquanto profissional, como neles também. É um retrocesso. Eu acho que a gente tá vivendo um retrocesso de uma maneira geral, como um todo, sabe, não é só na área de políticas de HIV, mas como um todo, o SUS. Eu acho que a ideia, ou o desejo, não sei, que a gente pode chamar, é acabar com ele, né? Entendeu? Eu acho que talvez ainda não foi a coisa mais assim porque veio essa pandemia e quem sustentou a barra foi ele. Quem sustentou foi ele. Mas, eu acho o que querem é realmente acabar com o SUS (Entrevistada 3 HCP).

No HUOC, foi apontado que especificamente no setor de infectologia pediátrica, foi interrompido o recebimento de uma medicação extremamente importante, tendo em vista que esta auxilia na proteção da criança contra infecções oportunistas. Essas medicações são entregues nos atendimentos ambulatoriais pediátricos, e na época das entrevistas, não havia mais este fornecimento por parte do Estado. Contudo, a equipe continuava provendo a medicação para os pacientes, através de doações de representantes de indústrias farmacêuticas, que disponibilizavam amostras.

A gente parou de receber o Sulfametoxazol, que é o Bactrim, uma medicação super importante que ela ajuda na parte de proteger a criança contra infecções oportunistas. Aí a gente recebia essa medicação para as crianças do ambulatório, a gente não recebe mais. A gente tá fornecendo porque as médicas têm contato com alguns representantes que fazem a doação, que fazem a entrega da amostra, mas a gente não recebe. Tanto que a gente teve um período que ficou bem gritante, que nem recebia a doação e nem recebia mais pela farmácia do Estado, e, era uma dificuldade porque, assim, a gente sabe que tem um público enorme com aquela vulnerabilidade social gritante que não tem condição realmente de comprar a medicação que era entre R\$10 a 12, mas pra eles isso é um valor que não cabe no orçamento, que não tem renda nenhuma, né? Aí no infantil refletiu diretamente nessa questão do Bactrim. Tem que fazer uso do Bactrim e tem que fazer uso nos primeiros meses de vida... (Entrevistada 1 HUOC).

Em relação ao ambulatório adulto, algumas medicações deixaram de ser fornecidas, porém, não o antirretroviral, mas algumas medicações utilizadas para o tratamento de doenças oportunistas. Outra questão apresentada foi a escassez do gel lubrificante, bem como, a instabilidade na distribuição de preservativos, principalmente o feminino. Essa situação não destoa do HCP, que há muito tempo estava sem receber alguns itens.

O preservativo nós temos, feminino e masculino, agora o gel já faz bastante tempo que o ministério não manda. Muito tempo. Até a gente têm falado

bastante com os pacientes para que eles façam uma ouvidoria, estejam reclamando, porque a gente tá fazendo a parte da gente como profissional, reclamando também, solicitando, mas a voz deles, eu acho que ecoa bem melhor. Faz muito tempo mesmo. (Entrevistada 1 HCP).

Para, além disto, os profissionais visualizam uma questão mais antiga: a ausência de propagandas em TV, bem como, a falta de informação mesmo, apesar de todo o avanço tecnológico. Existe também a ausência de serviços de educação, existentes anteriormente, voltados para educação, inclusive educação sexual nas escolas de uma forma mais ampla.

eu acho pouquíssimo o investimento nessa questão do HIV, em escola. Acho que tem que se educar a criança pra isso, né. O adolescente, que começa a despertar o interesse, o momento, eu acho que ele tem que se prevenir, ele tem que usar o preservativo. Isso nunca é falado, nunca é dito. Enfim, eu acho que houve mais retrocesso do que avanços (Entrevista 3 HCP).

Segundo Monteiro et al., 2019, é na escola onde os alunos passam maior parte de seu tempo, é um ambiente propício à troca de conhecimento, esclarecimento de dúvidas, portanto, programas educativos realizados nestes espaços podem contribuir para a tomada de decisões, para disseminar informações acerca do uso correto de preservativos, bem como, instruir como sair de situações de risco.

Aspecto este que está diretamente associado ao aprofundamento do movimento conservador no Brasil. Quando acontece a censura de materiais educativos direcionados ao combate à sorofobia, e a disseminação de informações acerca do vírus, esta situação corrobora com o retrocesso no combate não só a discriminação, mas também a restrição de informações importantes sobre o HIV/Aids.

Segundo Lombardi, 2014, o ato de distribuir preservativos no ambiente escolar com a finalidade de incentivar o sexo seguro, é visto como uma forma de incentivo a vida sexual, sendo reprovado pela maioria dos pais dos alunos, o que prejudica as ações voltadas à educação em saúde nas escolas.

Esse tema tem gerado muitos debates no Brasil, existe um movimento progressista que luta por uma educação mais inclusiva, na perspectiva de apreender as diversas realidades sociais e culturais brasileiras, em termos de valores, crenças e abordagens educacionais. Enquanto, há quem na perspectiva no

conservadorismo, defende que as escolas são âmbito exclusivo de educação tradicional, em termos de valores morais e disciplinas, e que educação sexual deve ser realizada apenas em âmbito privado.

O conservadorismo no Brasil vem em uma crescente que perpassa áreas como família, educação, religião, política e economia. Esta situação vem gerando diversas mudanças na política brasileira, e afetando diretamente as políticas públicas, não apenas em termos de moralidade e censura, mas também no âmbito da economia.

A ausência da educação sexual no Brasil gera algumas implicações, uma vez que esta educação visa promover a saúde, como também, prevenir a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), conscientizar sobre a gravidez indesejada, além de ser uma ferramenta importante no combate à violência sexual. O investimento na educação sexual está diretamente ligado à saúde pública e a sua falta afeta diretamente a implementação desta política.

Essa deficiência de investimentos na área de prevenção e educação sexual está diretamente associada ao ultraneoliberalismo e ao conservadorismo, onde não se compreende estes fatores enquanto parte essencial para a redução do quadro de infecção por HIV. Pelo contrário, além de acreditar ser um gasto de dinheiro com pessoas “promíscuas” - como foi discutido anteriormente, entende-se que este tipo de mobilização estimula práticas imorais e incentiva crianças e adolescentes a iniciarem a vida sexual precocemente.

Este pensamento conservador e acrítico destoa dos estudos já apresentados nesta pesquisa, onde se evidencia que é muito importante que ações educativas sejam realizadas em parcerias com profissionais da educação e da saúde, para minimizar a exposição desta população às ISTs, como também, promover saúde e qualidade de vida.

O Programa Saúde na Escola (Decreto 1.0004 de julho de 2023) estabelece a educação sexual como uma de suas ações prioritárias. O programa tem por finalidade “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (Brasil, 2023). Atualmente existe uma força tarefa por parte do governo federal voltada a desmistificar as diversas *fake news* que têm se espalhado acerca deste

tema. Em uma publicação em site oficial do governo, um artigo¹⁹ foi direcionado a desmistificar as desinformações divulgadas nos últimos anos, e reforçar a educação sexual como uma ação muito necessária. O artigo traz informações com dados importantes acerca do não uso de preservativos por adolescentes durante relação sexual, e reforça a questão do aumento de casos de contaminação por HIV/Aids em jovens. Outro dado importante evidenciado foi acerca do índice de abuso sexual nas escolas, sofrido por crianças e adolescentes. O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente evidenciou que entre os anos 2015 e 2021, foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. No ano de 2021, houve o maior número de notificações registrado ao longo do período analisado, com 35.196 casos.

Cabe ressaltar, que no ano de 2019 o ex-presidente Jair Bolsonaro, havia colocado a educação sexual do Programa Saúde na Escola como algo facultativo aos municípios, limitando o debate do programa a questões direcionadas à alimentação saudável. Portanto, as iniciativas do governo atual em combater a disseminação de informações falsas vêm contrariando o senso acrítico do pensamento conservador, ao apontar dados verídicos que vêm comprovar a importância de se levar em consideração evidências científicas para a promoção de políticas públicas.

Referente ao Programa Estadual de Enfrentamento se afirmou não ser visualizado um programa voltado à prevenção. Pelo contrário, o que se observava era uma gestão desorganizada, que negligenciava a prevenção. Segundo o site da Secretaria de Saúde de Pernambuco, o Programa Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis:

Trabalha com ações de prevenção como elaboração, reprodução e distribuição de material informativo, folders, cartazes, cartilhas, realização de oficinas, seminários, jornadas municipais, campanhas, entre outros. Desenvolve ações que ampliam o acesso ao diagnóstico e a prevenção da transmissão vertical do HIV, por meio do Projeto Nascer. Participa, ainda, dos trabalhos de prevenção entre adolescentes nas escolas, pelo projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Outro foco é coordenar uma rede de Centros Municipais de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, que é feita para todos os municípios do Estado, presídios, área indígena, CTA, Serviços de

¹⁹ Educação sexual não estimula atividade sexual. Disponível em: <<https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contrafake/noticias/2023/08/educacao-sexual-nao-estimula-atividade-sexual#:~:text=A%20educa%C3%A7%C3%A3o%20sexual%20%C3%A9%20uma>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

Assistência Especializada (SAE), organismos municipais de políticas para mulheres e ONGs (SES-PE).

Diferentemente do que afirma o site da SES-PE, os profissionais que atuam diariamente nos serviços de referência, relatam outra realidade.

A gente não vê mais um programa de enfrentamento de forma preventiva, a gente não tem isso. Tanto, que a gente recebe tantas solicitações, no dia a dia, de necessidades do SAE, e que é levado e que a gente não recebe retorno. É como se a atual... Não sei se é porque não recebe, obviamente acho que não recebe. Federal, e não repassa, mas assim, eu acho que aconteceu uma bagunça na parte da gestão, que essa parte de prevenção a gente tá ficando bem à mercê. O SAE, principalmente o SAE, ele não tem como trabalhar de forma preventiva. A gente acha muito bonito, é muito lindo você trabalhar a prevenção, é muito lindo você falar de prevenção combinada, é muito lindo você fazer ação de testagem, mas na hora que recebe, a gente vai fazer o que com essa demanda que chega para gente? E os que nem chegam, na verdade, porque não tem para onde ir. E a gente sem recurso, sem RH, sem estrutura física, que é o que acontece aqui no Oswaldo Cruz. Então, assim, eu acho, a gente sabe que tá realmente reduzido o valor de repasse de verba federal, mas eu acho que também é a forma da gestão que tá atual na [SES?]. Eu não posso falar mais nada além, assim... Complicado. (Entrevistada 1 HUOC).

Os serviços, não estão recebendo de maneira eficiente materiais educativos, para serem trabalhados com os usuários, como por exemplo, folders, cartazes, vídeos. “Não, a gente não tem como manter isso. A gente sempre recebia do Estado, do programa estadual, ou que vinha do próprio programa ou do Ministério. Mas isso acabou faz tempo. A gente não recebe, e a gente não tem dinheiro para fazer, a gente não tem” (Entrevistada 2 HCP). Foi afirmado que em outros momentos, a política estadual de enfrentamento ao HIV/AIDS já foi mais atuante, existiam mais incrementos, as informações eram mais disseminadas e havia uma maior abertura para a participação dos profissionais na formulação da política.

Portanto, aponta-se que houve um completo retrocesso nos últimos cinco anos (2018-2022).

Completo retrocesso. A gente não avançou em nada pelo contrário, a gente tá tendo dentro desse último período, aumento dos casos de AIDS. Por mais que a gente venha tendo um aumento dos diagnósticos de HIV, dos pacientes que estão chegando, eles estão chegando em AIDS. Isso é reflexo de um diagnóstico tardio. E o que é diagnóstico tardio? Falta de prevenção. É falta de trabalho de prevenção mesmo, é uma coisa que a gente não tem no Brasil. Isso é independente do Programa. A gente não trabalha a prevenção. Então assim, se você tá no serviço de saúde, e você ainda recebe pacientes em AIDS, e não são poucos, isso é reflexo de que esse enfrentamento não tá bom, e que realmente o programa tá decaindo, e a gente fica só assim: “meu Deus, onde é que vai parar?” Tem dia que a

gente para assim para fazer o monitoramento de paciente que vivem com HIV e para ver os que a gente recebeu no mês. Nesse SAE aqui a gente não tá recebendo pessoas que vivem com HIV só não, a gente tá recebendo que vivem em AIDS. (Entrevistada 1 HUOC).

Os profissionais de ambos os serviços pontuam o quanto a ausência de uma política estadual direcionada a prevenção tem rebatido nos usuários atendidos nos serviços. Situação essa que foi acentuada durante a pandemia de Covid-19.

É fato que a resposta brasileira ao HIV/ AIDS já vinha sofrendo retrocessos históricos e perdas imensuráveis do ponto de vista político nos últimos dez anos. A COVID-19 tornou este cenário ainda mais caótico e preocupante. Em termos de continuidade programática, por exemplo, a maioria dos programas governamentais de AIDS (nos níveis federal, estadual e municipal) foram desacelerados o que complicou o acesso (Parker et al., p. 22, 2020).

No contexto da pandemia de Covid-19, os serviços precisam se reestruturar para atender às demandas já existentes, em uma situação de calamidade pública. Diante da pandemia de Covid-19, as pessoas passaram a ter medo de sair de casa, as testagens diminuíram, bem como, a busca por informação.

Cabe destacar que durante a pandemia de Covid-19, o HUOC foi o primeiro hospital de referência no tratamento da doença no estado pernambucano. Neste período, houve a redução do número de agendamentos. Os atendimentos foram reduzidos em 50%, os médicos da AHF ficaram responsáveis por este atendimento, enquanto os médicos servidores, realizavam o atendimento através dos prontuários, desta forma, estes pegavam os agendamentos do dia, faziam as prescrições e solicitações de exames, evoluíam.

O serviço passou a funcionar desta forma, porque estava no período pandêmico e não havia condições de se manter o contato direto com os pacientes. Portanto, existia um fluxo para que tudo ficasse pronto, para cada paciente ser contemplado (data de consulta de retorno, data de exame para fazer e a receita do antirretroviral). Cada médico tinha uma pasta para administrar estas questões. Em caso de demanda de laudo, ou queixa clínica, o médico era notificado para realizar o atendimento.

Na fase inicial, não teve redução de carga horária. Teve redução do número de agendamentos, certo? Aí, o que aconteceu? A AHF ficou aqui no ambulatório, que aí a gente não saiu, tinha que prestar, a gente reduziu também os atendimentos a 50% e os médicos da casa ficaram fazendo um atendimento de prontuário. O que fazia? Vinha, pegava os agendamentos

do dia, fazia as prescrições e solicitações de exames, evoluía porque tava no momento pandêmico e não tinha condições de ter contato com o paciente aí deixava tudo prontinho, então cada paciente vinha e pegava; data de consulta de retorno, data de exame para fazer e a receita do antirretroviral. Se tivesse alguma demanda de laudo, de queixa clínica, aí a gente notificava o médico e ele vinha atender. É como se eles cumprissem a carga horária fazendo uma leitura de prontuário, deixando todos os exames, prontinho numa pasta, cada médico tinha uma pastinha, e cada um tinha que deixar dentro daquele dia os agendamentos, todos os pacientes que estavam agendados, tinha que ter tudo separadinho. Prescrição, exames e consultas de retorno. Mas consulta presencial só da AHF (Entrevistada 01 HUOC).

Outro fator relevante, foi o adoecimento dos profissionais de saúde nos diversos ciclos da pandemia, estes precisavam ser afastados para se cuidar e manter o isolamento, o que em diversos momentos, acarretou mudanças mais bruscas nos serviços.

Como a gente tá com uma demanda, não é nem demanda, é diagnóstico de covid positivo aqui no Oswaldo Cruz. Cresceu normal não, bem. Cresceu realmente. Então assim, alguns ambulatorios quase não têm profissional. A gente tem: duas médicas, uma técnica de enfermagem... é, aqui foram três pessoas positivas. E assim vai, vários setores a quantidade de funcionários positivos tá gritante. Então assim, ontem, a diretoria informou que a gente vai ter que reduzir 50% dos atendimentos. Sem extra. Vão ser diminuídas também as cirurgias eletivas para 50%. O laboratório, também, só vai fazer exames de bioquímica, hemograma e sumário de urina, também, vai ser reduzido, só para casos urgentes, então assim, dentro de 15 dias a gente vai estar com essa nova estrutura. Só vai ter uma alteração daqui a outros 15 dias. Mas da pandemia para cá, no final de 2020, a gente passou o ano todinho atendendo normal. Fechou as portas não. Os trabalhadores já tinham voltado, mas como começou esse boom de novo, não é nem por conta de casos graves é por conta de covid positivo mesmo. Os profissionais estão se afastando, mas vai mudar, a gente tava até enlouquecendo ali, tentando ver a demanda das agendas (Entrevistada 1 HUOC).

Ou seja, diante do contrato de funcionários via ONGs, bem como, da redução dos atendimentos devido ao adoecimento dos profissionais, pode-se entender que existe um déficit de funcionários nestas unidades de saúde. Há a necessidade de investimento na admissão de novos trabalhadores para o melhor funcionamento dos serviços e atendimento aos usuários. E neste aspecto, destaca-se a importância de equipes multidisciplinares, que através da visão das diversas áreas profissionais, conseguem abordar os usuários dos serviços em diferentes aspectos.

No HCP o processo de trabalho durante a pandemia continuou o mesmo, mas houve a redução dos pacientes e alguns serviços foram suspensos.

a gente suspendeu, a psicologia por exemplo, suspendeu os atendimentos. Ficávamos com a triagem até chegar àquele processo do acolhimento que eu falei, dos novos, né. Os outros que a gente acompanhava assim, a gente suspendeu até porque também eles ficavam com medo de sair. Eles ficam com muito medo. Porque, vê que a imunidade é mais baixa (Entrevistada 3 HCP).

Em ambos os hospitais, o momento conhecido como “sala de espera”, foi suspenso na pandemia. A “sala de espera”, é um momento em que os profissionais abordavam os usuários com conversas, palestras, voltadas à conscientização do adoecimento, empoderamento, esclarecimentos, durante a espera dos usuários pelas consultas. No HCP, no período da pandemia, isto acontecia durante a consulta mesmo, onde se realiza os aconselhamentos, reforçando a importância da adesão ao tratamento. No HUOC, a “sala de espera” foi iniciada bem recentemente, antes da pandemia.

Mas eu acho que a sala de espera tem uma importância tão grande para as pessoas que vivem com HIV, porque é aquele momento de partilha, né. A gente trouxe no dia 1º, o dia alusivo, a gente trouxe uma pessoa que vive com HIV e que é bem ativo [...] (Entrevistada 1 HUOC).

A “sala de espera” é um importante instrumento de abordagem para esclarecimentos acerca do adoecimento das pessoas vivendo com HIV/Aids. Espaços como estes influenciam positivamente no tratamento destes usuários. Segundo Oliveira, 1988, a consequência do não esclarecimento acerca da doença, o qual, quando não ocorre de forma compreensível, acarreta dúvidas e má interpretação.

A pandemia de Covid-19 também evidenciou as dificuldades que permeiam a acessibilidade dos usuários ao tratamento de HIV/Aids. Em ambos os serviços, os profissionais puderam perceber a exacerbação da situação de vulnerabilidade social dos pacientes. Essas pessoas, diante do diagnóstico recente e/ou manutenção do tratamento, encontram diversas barreiras diante da realidade social na qual estão inseridos. Esta, por sua vez, determina a condição de acessibilidade ao tratamento, implicando a relação do paciente com o tratamento e podendo acarretar na suspensão, na interferência ou até mesmo na inviabilidade deste. Os serviços por vezes também atendem usuários, que inclusive, estão em situação de rua, um nível ainda mais severo da vulnerabilidade social.

A gente tem recebido muito, muito mesmo (pessoas em vulnerabilidade social). E principalmente, eu acho que nessa pandemia a gente recebeu mais, mais. Mais pessoal de rua, que está em situação de rua, que perdeu benefício, perdeu emprego, a gente viu bastante nesse período, bastante. E principalmente, nesse período, a gente conseguiu até arrecadar, a gente fez uma ação, arrecadou algumas cestas, para também ajudar nesse processo aí. É o mínimo que a gente podia fazer. Era pras pessoas, eram os usuários que tavam vindo, conseguiam vir, regularmente, mas depois que começou a faltar, aí a gente começou a ver que uma das necessidades que a gente poderia ajudar era com cesta básica. Foi o momento em que a gente conseguiu, agora mesmo a gente tá sem, sem cesta básica (Entrevistada 2 HCP).

Segundo Raxach, 2021, em tempos de pandemia como a Covid-19, prioriza-se as questões biomédicas, e aspectos da mesma importância são negligenciados, como as vulnerabilidades sociais e políticas, falta de moradia, pobreza, raça, desemprego, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, todas estas questões vão inferir diretamente no processo de adoecimento, e aumentam a vulnerabilidade à infecção, chegando inclusive, a ter como desfecho a morte.

Diante dessa condição, a emergência é pela sobrevivência, outras questões como: o tratamento medicamentoso, a ida às consultas, atendimento interdisciplinar, terminam por ficar em segundo plano.

Os vulneráveis eles não se preocupam muito com essa questão da psicologia, porque pra eles, o que é mais gritante é a sobrevivência, é ter algum suporte mais direcionado pro Serviço Social pra eles encaminharem pra um CRAS, pra tentar alguma coisa, pra ver se a rede de apoio consegue articular alguma questão dessa parte (Entrevistada 1 HUOC).

De acordo com a Agência de Notícias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no terceiro semestre do ano de 2020, chegou a 14,6% o índice de desemprego no Brasil, ou seja, mais de 14,1 milhões de pessoas estavam desempregadas no país, sendo a maior taxa registrada em toda a história do IBGE. Especificamente no Nordeste, os números chegaram a 17,9%, o maior número registrado no ano entre as grandes regiões e um recorde geral registrado especificamente pela região.

Frente à questão da situação ocupacional, a mesma pesquisa apontou que 62,5% dos participantes estavam desempregados, o que se apresenta como um fator excepcionalmente relevante. Neste sentido, Soares (2000, p. 95) reitera que:

Um elemento importantíssimo para o processo saúde-doença é a renda do paciente, que na verdade nada mais é do que um reflexo ou referencial de seu lugar na divisão sociotécnica do trabalho e, dessa forma, do seu poder de consumo de bens e serviços para a manutenção e sobrevivência (alimentação, vestuário, moradia, serviços de saúde, acesso à educação, transporte, etc.).

No que se refere aos gastos decorrentes do tratamento, apesar de alguns medicamentos e consultas serem disponibilizados através do SUS, existem os custos do transporte para locomoção até as unidades de saúde, os exames que muitas vezes não são realizados nas unidades de saúde onde os usuários são acompanhados, a alimentação necessária para se manter minimamente nutrido, entre outras necessidades que se apresentam na vida diária.

A única preocupação é que a gente sabe que, no início, muitas vezes, ele vai precisar vir de mês em mês, ou de dois em dois meses, e por ser distante de onde ele reside, muitas vezes, isso é um empecilho. E principalmente na época que a gente tá passando, que a vulnerabilidade tá bem maior, e a gente também pensa nesse lado. Porque aí ele não vai vir, ele não vai fazer o tratamento dele por questões econômicas, e aí atrapalha tudo. Mas isso não quer dizer que a gente não acolha esse paciente, não fique com esse paciente quando ele é de longe (Entrevistada 2 HCP).

Conforme afirma Soares (2000, p. 94):

Nesse sentido, mesmo quando o paciente de HIV/Aids consegue um benefício de proteção social ou quando ainda exerce alguma atividade de trabalho que lhe garanta renda de 01 salário mínimo e ele more sozinho, não há possibilidade de que com essa quantia ele consiga assegurar uma sobrevivência digna, adequada a um corpo doente e a um tratamento contínuo.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), em outubro de 2020 (último mês da coleta dos dados desta pesquisa), concluiu que o salário mínimo necessário para sustentar uma família de até quatro pessoas seria no valor de R\$5.005,91 (cinco mil e cinco reais e noventa e um centavos). Valor muito diferente do salário mínimo nominal da época do pico pandêmico, que era de R\$1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais). Portanto, a ausência de um trabalho que ofereça a certeza de uma renda mensal e, mais que isso, segurança, possibilitando a cobertura previdenciária no caso de alguma emergência, é algo que gera uma sobrecarga diante desses usuários, os quais precisam se preocupar em como sobreviver ao presente e a um futuro próximo. Para

além disso, deve-se levar em consideração a relevância do trabalho em si na vida das pessoas –trabalho enquanto identidade ocupacional, fonte de significados e autorrealização.

Soares, 2011, afirma que, após o diagnóstico, muitos usuários não têm condição de prover a própria sobrevivência e a de sua família adequadamente, mesmo estando aptos para o trabalho. A autora ressalta que as atividades de trabalho mais precarizados e sem proteção social inclinam-se a ser aquelas em que se encontram maiores níveis de superexploração e desgaste físico. E toda esta situação afeta diretamente a qualidade de vida desses usuários.

Frente a estas situações, os profissionais acreditam que realmente a situação de vulnerabilidade que estes usuários se encontram interferem diretamente na forma em como eles vão dar continuidade ou não no tratamento.

Embora eles tentem, mas nem sempre se consegue. Já chegou gente na minha sala, assim, passando mal... Qual foi o remédio que ele tinha ido lá na emergência e a moça não tinha... que a cartela não chega a ser R\$ 5, a cartela do remédio, mas ele não tinha como comprar, ele não tinha o que comer. “Tô passando mal de fome, tô sentindo mal de fome!” “Espera aí, come um sanduíche, um negócio...” Mas, assim, R\$ 5 ele não tinha para comprar a cartela do remédio. Eu não me lembro mais qual foi, foi um remédio baratinho, que o plantão tinha passado e que aqui não tinha. Tava em falta. Então assim, eu acho que as questões sociais é um entrave muito grande. Semana passada mesmo, teve uma ali que veio de Tracunhaém, eu acho, conseguiu a passagem de vinda, a de ida tava incompleta, tava pedindo... “tô com fome, tô passando mal”, ela tremia tanto, tremia tanto. Aí a pessoa que vende lanche, compra um lanche aí... Então assim, é isso que eu digo, eles se esforçam às vezes, mas... (Entrevistada 3 HCP).

Durante o período da pandemia, foi possível observar uma queda nos números de HIV/Aids no Brasil. Especificamente no ano de 2020, 13.677 novos casos de HIV/Aids foram notificados, dos quais 3.134 se encontravam na região Nordeste. A partir dos dados do referido Boletim, observamos uma queda nos índices de novos casos nacionais em relação aos últimos anos. Contudo, é importante considerar que a pandemia pode ter afetado os números de notificações e a alimentação do banco de dados do SINAN, frente a todas as modificações ocorridas no sistema de saúde.

estudo feito a partir de dados obtidos em um centro de triagem de um município do semiárido piauiense identificou uma redução importante nos diagnósticos de sífilis e HIV no período da pandemia da COVID-19. Assim, notou-se queda no número de notificações em aproximadamente 50% de casos de HIV e aproximadamente 40% nos diagnósticos de sífilis durante os

períodos mais ativos da pandemia. De maneira semelhante, o impacto da COVID-19 foi mostrado em pesquisa publicada pela Sociedade Brasileira de Doenças Tropicais que se identificou queda importante nos diagnósticos de doenças de notificação compulsória como leishmaniose visceral, leptospirose e malária (Maia et. al, 2023, p. 6).

De acordo com o Relatório Informativo 2021.2, da UNAIDS (2021), no ano de 2020, aproximadamente 6,1 milhões de pessoas não sabiam que estavam vivendo com HIV/Aids, e diante da redução das testagens, esse diagnóstico ficou por vezes, inacessível. Desta forma, o isolamento social não foi um fator que contribuiu com a redução da contaminação por HIV/Aids, pelo contrário, conforme afirma a Entrevistada 1 do HCP, houve um acumulado de casos que passaram a ser descobertos após o pico pandêmico.

Apesar de hoje, não sei se é consequência da covid, aqui tem muitos casos de primeira vez, muitos, muitos. Já teve dias aqui de atender sete pacientes novos. Têm sido muito. E eu não acho que melhorou, que aumentou as testagens. Acho que aumentou a contaminação. Mas não é que tenha, hoje com a covid, o pessoal faz mais teste, não acho. Infelizmente, eu acho que foi descuido mesmo. As pessoas não estavam fazendo uso do preservativo (Entrevistada 1 HCP).

Contextos pandêmicos como o da Covid-19 possibilitam a reflexão crítica e o aprendizado de como se portar nesses tipos de situações, levando em consideração experiências exitosas de condutas adotadas anteriormente, bem como, quais determinadas conduções não geram bons resultados. Desta forma, aprendemos que não diferente do HIV, a ausência de uma liderança política em meio a emergência da Covid-19, acarretou prejuízos irreparáveis no Brasil.

[...] se aprendeu com o HIV, falta de liderança política, desinformação, insuficientes recursos financeiros e humanos, estigma e discriminação acometem populações de diferentes maneiras, eventualmente imprimindo ao vírus trajetórias diversas nos países afetados. Com a COVID-19, veem-se desigualdades, como nos Estados Unidos, que apresenta desproporcional número de casos entre afro-americanos e latina. Assim como ocorreu na epidemia de HIV, houve a fase de negação da letalidade do novo coronavírus. Agora, quando é impossível negar seu impacto devastador, presenciamos a falsa dicotomia que põe saúde pública e economia em lados opostos.

Não diferente do que ocorreu quando a epidemia de HIV/Aids estava em seu início, na pandemia de Covid-19 se evidenciou o frequente conflito dos interesses do mercado em detrimento dos interesses e direitos da sociedade civil, o que

consequentemente, gerou milhares de mortes. A pandemia de Covid-19 e a epidemia de HIV/Aids, demarcam a desigualdade social brasileira, como também, apontam quem são os mais impactados pelas políticas de austeridade do sistema capitalista. Essa situação reforça a necessidade de se pensar na complexidade na qual está inserido o processo de adoecimento, demonstrando que não há como promover saúde sem se ater às diversidades sociais e econômicas inerentes às sociedades.

Atualmente, o cenário em que se encontra, apresenta-se um aprofundamento do conservadorismo e ultraneoliberalismo, guiado por uma racionalidade destrutiva, que apresentam respostas imediatas e políticas sociais superficiais, que não atendem as demandas da sociedade. Portanto, assim como na emergência do HIV/Aids, a participação da sociedade civil nos períodos de pico da pandemia de Covid-19, foi essencial para reduzir as drásticas consequências da necropolítica adotada no enfrentamento ao vírus.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos capítulos, pudemos evidenciar como se deu a emergência do HIV/Aids no Brasil e no Mundo. O contexto em que ocorreram esses primeiros passos da epidemia no Brasil, que estava passando pelo período da redemocratização e adentrando a efervescência de diversos movimentos sociais que estavam a lutar por direitos sociais e políticos. Associado a isto, também se estabelecia o movimento de reforma sanitária, que reivindica uma política de saúde pública universal.

Mediante este cenário, através da articulação dos movimentos sociais e de organizações da sociedade civil, o Estado brasileiro foi sendo pressionado e a política de HIV/Aids brasileira passou a ser estabelecida. Esta se consolidou de tal forma, que passou a ser vista como referência mundial. As pessoas vivendo com HIV/Aids, passaram a ter seus direitos reconhecidos através de políticas sociais destinadas à esta população.

Conforme afirma Castro, 2017, quando a Aids é percebida enquanto uma enfermidade permeada por aspectos políticos, econômicos e culturais, esta tende a ser um marcador social, pois, afeta o modo de vida da população, evidencia os contextos e as situações de desigualdade social, bem como, as vulnerabilidades dos

grupos marginalizados. Portanto, falar da enfermidade em um determinado país, é falar em como se dá sua organização social, Estatal, sua relação com o sistema econômico vigente, e como isto tudo se reflete no desenvolvimento das políticas sociais.

No campo de embates entre o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas, e a restrição da atuação do Estado nestes campos (defendida pelo neoliberalismo e o conservadorismo), a política de HIV/Aids Brasileira iniciou sua progressiva decadência. Entre lutas, sorofobia, discriminação e a consolidação de uma rede fortalecida direcionadas ao acolhimento das pessoas vivendo com HIV/Aids, as investidas conservadoras e (inicialmente) neoliberais passaram a minar a política, resultando em constantes cortes no orçamento e obstrução de materiais voltados à divulgação de prevenção.

Neste aspecto, não só as pessoas com HIV/Aids são prejudicadas, mas também a sociedade em geral, pois a partir do momento em que o orçamento público começa a ser cada vez mais reduzido, a educação sexual e os documentos que contenham informações sobre os vírus e sua contaminação são censurados, o debate sobre esse tema torna-se invisibilizado, as ações que promovem a estigmatização entre outras práticas retrógradas, os preconceitos e a sorofobia passam a ser institucionalizados, e a população acaba vendo seus direitos invalidados.

Somado a toda esta questão, tem-se a pandemia de Covid-19, que se desenvolveu em um contexto de intensas mobilizações ultraneoliberais e conservadoras, portanto, não diferente da epidemia de HIV/Aids, o combate ao vírus foi permeado por violação dos direitos humanos, difusão de informações falsas e, por vezes, segregação.

Ao somar estes fatores, bem como, através da fundamentação teórica orientadora deste estudo, foi possível apreender a realidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, em relação ao acesso dos serviços especializados. É fato, que estas unidades de saúde já passavam por um processo de precarização dos serviços. Já havia o desfalque de recursos humanos, a escassez de materiais de prevenção, por vezes, até a falta de medicamentos. Não é redundante reafirmar que isto se dá em decorrência das sucessivas contrarreformas da agenda de austeridade fiscal implantada pelo ultraneoliberalismo.

Na conjuntura em que estamos vivendo, é de suma importância a defesa do SUS, um sistema de saúde gratuito, universal. Sistema este que enfrenta cotidianamente os desmontes dos seus serviços e as investidas do projeto privatista que se perpetua desde a implantação da política de saúde no Brasil. A defesa do SUS deve ser uma postura adotada por toda a sociedade brasileira, não apenas pelos governantes, mas também, e principalmente, pelos profissionais do sistema de saúde que vivenciam no cotidiano suas ações, conquistas e retrocessos.

As pessoas vivendo com HIV/Aids são usuárias regulares dos serviços de saúde, e o SUS disponibiliza todo o tratamento de forma gratuita. O acompanhamento clínico e os atendimentos sociais e psicológicos (quando disponibilizados no serviço), bem como a dispensa dos medicamentos, devem ocorrer regularmente, promovendo aos pacientes uma atenção integral na continuidade do tratamento. Manter estes acompanhamentos é de suma importância, tendo em vista que o uso dos antirretrovirais, associado à ida regular às consultas, proporcionam aos pacientes usuários dos serviços de saúde uma vida com maior qualidade, evitando algumas complicações ocasionadas pela doença, uma redução da transmissão e uma redução da morbimortalidade, entre outros fatores.

As unidades de saúde escolhidas para esta pesquisa são serviços de referência no Estado de Pernambuco, que inseridos nesta realidade, enfrentam cotidianamente, as adversidades postas pelo sistema. Portanto, frente à pandemia de Covid-19, estes serviços precisaram enfrentar mais um desafio: se manter em funcionamento em meio a disseminação de um vírus letal, de forma que as pessoas usuárias assíduas dos serviços, não ficassem ainda mais em situação vulnerável. Desta forma, os serviços se reestruturaram, para atender à demanda resultando em menor prejuízo possível para usuários.

Atualmente, logo após a descoberta do diagnóstico, a pessoa vivendo com HIV/Aids recebe o acolhimento nas unidades de saúde especializadas e logo passam por um acolhimento, através de consultas médicas, realização de exames físicos e laboratoriais, além de atendimentos social e psicológico (estes a depender da unidade de saúde). Estas são recomendações recentes que têm um papel importantíssimo na fase de descobrimento do diagnóstico. Portanto, durante a pandemia de Covid-19, esta etapa mais próxima de acolhimento e esclarecimento de dúvidas foi prejudicada, o que, de certa forma, interferiu no acesso das pessoas

vivendo com HIV/Aids, aos serviços, principalmente, aos atendimentos presenciais que por vezes foram suspensos.

Para além disto, fica evidenciada nesta pesquisa que as determinações sociais, de acordo com o contexto de cada indivíduo, emergem de formas diversas e se manifestam de diferentes maneiras. Entretanto, tais determinações não escapam de seu fundamento inicial: as relações econômicas de produção da sociedade, no nosso caso a sociedade capitalista, que tem em si intrínseca a questão social e suas expressões. E esta se encontra inserida no processo saúde-doença dos indivíduos, os quais, são sujeitos sociais para além de um diagnóstico.

Então, esta realidade das pessoas vivendo com HIV/Aids diante do aumento da vulnerabilidade e desigualdade social que se tornou gritante durante a pandemia de Covid-19, rebate diretamente em como este acompanhamento de saúde vai se encaminhar. Estas situações, como trazidas em algumas falas dos profissionais, se sobressaem, são mais urgentes que o próprio processo de adoecimento.

Por fim, cabe ressaltar, que apesar das constantes investidas do neoliberalismo e conservadorismo, a política de HIV/Aids resiste, inclusive, a partir da resistência dos movimentos sociais de pessoas com HIV/Aids e da resistência cotidiana dos trabalhadores da saúde. Urge, no entanto, uma guinada na condução e gestão da política, aprofundando e expandindo os princípios emancipatórios da reforma sanitária.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. Editorial: Brasil Eleições 2018. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, SP, 3 out. 2018. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/editorial-brasil-eleicoes-2018/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

AGÊNCIA SENADO. A Aids chegou ao Brasil há 40 anos e trouxe terror, preconceito e desinformação. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/aids-chegou-ao-brasil-ha-40-anos-e-trouxe-terror-preconceito-e-desinformacao>. Acesso em: 2 jun. 2024.

AHF BRASIL. Disponível em: <https://ahfbrasil.com.br/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ALVARENGA, D. Nova estimativa da população não incorpora efeitos da pandemia, diz IBGE. **G1**, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/08/27/nova-estimativa-da-populacao-nao-incorpora-efeitos-da-pandemia-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 7 set. 2022.

ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Revista Katálisis**, v. 12, p. 188-197, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/6x94zJ3FLh3hcbzh3BNHHNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

AQUINO, A.C.F.C.; MELO, M.C.; ALBUQUERQUE, P.J.B.; PAIVA, S.O.P. Fatores relacionados à acessibilidade de idosos a medicamentos anti-hipertensivos em unidades de saúde da família de Pernambuco. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 151-158, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n3a06.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

BARBARA, V. The Unveiling of Bolsonaro's Supervillain Plot Is Weirdly Gripping. **The New York Times**. São Paulo, 27 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2021/05/27/opinion/brazil-covid-inquiry-bolsonaro.html>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BARROCO, M.L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 24, p. 623-636, out./dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Bfwfs35RRvrQbKwTX9DhnNc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BBC. Dois momentos em que Bolsonaro chamou Covid-19 de “gripezinha”, o que agora nega. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em 15 jan. 2024.

BBC NEWS. Assista ao pronunciamento de Jair Bolsonaro sobre crise do coronavírus. 2020. (4m23s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zuBs0NVr-70>. Acesso em: 08 mar. 2024.

BEHRING, E.R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: **Cortez**, 2003.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. Política social: fundamentos e história. São Paulo: **Cortez**, 2011. p. 47-81.

BEHRING, E.R.; CISLAGHI, J.F.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: **Navegando Publicações**, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-pol%C3%ADticas-sociais-e-ultraneol>. Acesso em: 10 mai. 2023.

BEZERRA, V. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 45, p. 13-34, maio 2019. Quadrimestral. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_45_art_1.pdf. Acesso em: 01 abr. 2024.

BORGES, M.E.S.; MATOS, M.C. As duas faces da mesma moeda: ultraneoconservadorismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: **Navegando Publicações**, p. 71-87, 2020. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_2da984d26e504f26bff6b82e138a90ac.pdf#page=71. Acesso em: 10 de Jun 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 fev. 2024.

BRASIL. Prevenção Combinada. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se#:~:text=A%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20Combinada%20associa%20diferentes>. Acesso em: 9 ago. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde. **HIV e aids**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/hiv-e-aids/>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf. Acesso em 29 março 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids. Disponível em: www.aids.gov.br/SAE. Acesso em: 10 abril 2021.

BRASIL. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em 29 março 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 208/09, de 13 de agosto de 2009. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília, DF, 13 ago. 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: **CONASS**, 2011, 291 p. Disponível em: https://sis.univs.edu.br/uploads/1/BIBLIOTECA-DIGITAL/Sistema___nico_de_Sa___de.pdf. Acesso em: 20 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>. Acesso em: 2 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS (hoje Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). Brasília, DF, 2 maio 1985. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Tratamento brasileiro contra HIV/Aids se consolida como referência mundial. 2018. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53684-tratamento-brasileiro-contra-hiv-aids-se-consolida-como-referencia-mundial>. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

BRAZ, M.; NETTO, J.P. Economia política: uma introdução a crítica. 8ed. São Paulo: **Cortez**, 2012.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, P. 85-103, jan-abr. 2017.

BRESSER-PEREIRA, L.C. (2006). O paradoxo da esquerda no Brasil. **Revista Novos Estudos**, São Paulo, n. 74.

BRITO, A M. A epidemia de aids em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995. Dissertação de mestrado em Medicina Tropical do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

BRITO, A M.; SOUZA, W.V.; ALBUQUERQUE, M.F.M.; FIGUEIROA, J.F.; SENA, D.; GOUVEIA, G.C. Tendência espaço-temporal da aids e sua associação com indicadores sociodemográficos em Recife de 1985 a 1998. In: Livro de Resumos do **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, Vol. 5, Salvador, Bahia, 2000.

CALIL, G.G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: **Hucitec**, 2000.

CAMPOS, G.W.S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00279111, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQgGPbjSPqPSqYnsZxWvxwf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2023.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados**, v. 34, p. 209-224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/?format=html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CARCANHOLO, M.D. “Neoliberalismo e o Consenso de Washington: a verdadeira concepção de desenvolvimento do Governo FHC”. In: MALAGUTI, M. L.; CARCANHOLO, R. A.; CARCANHOLO, M. D. (orgs.). Neoliberalismo: a tragédia do nosso tempo. São Paulo: **Cortez Editora**, 1998. p. 15-35.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: **Fase/Ibam**, 1995.

CARVALHO, L. Curto-circuito: o vírus e a volta do Estado. **Todavia**, 2020. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=nNLpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=A+frouxid%C3%A3o+dessas+m edidas+e+seu+relaxamento+prematureo+adiam+ainda+mais+a+recupera%C3%A7%C3%A3o+da+economia&ots=GDnywiw4-s&sig=coxlfarotTCZtP9LBo9mSVNZLsw>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CASTILHO, D.R.; LEMOS, E.L.S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CASTRO, M.G. Política anti-hiv, novas diretrizes e SUS. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

COSTA II, C.R.M.; LIMA, Rosa Maria Cortês de. Despotismo financeiro e políticas austericidas: o ultraliberalismo em ação. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 21, n. 41, p. 303-319, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34252/23582>. Acesso em: 19 jan. 2023.

CASSIN, M.P.S. Dependência e ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-Golpe de 2016. **Temporalis**, Brasília (DF) ano 22, n. 43, p. 17-33, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37772>. Acesso em: 20 ago. 2022.

COSTA, C.P.J. Acolhimento ao paciente do serviço de assistência especializada (SAE): proposta de implantação de um folder educativo. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 4, n. 8, p. 50-58, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626604>. Acesso em 29 março 2024.

CUNHA, G.H.; GALVAO, M.T.G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 fev. 2020.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte (Editorial). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

DEMENECH, L.M.; DUMITH, S.C.; VIEIRA, M.E.C.D.; NEIVA-SILVA, L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200095, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fm3gkNqTH9XS9nBfqcGwgfG/?lang=pt&format=html>. Acesso em: abr. 2024.

DEMIER, F. Onda conservadora, crise orgânica e cesarismo de toga no Brasil. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; LIMA, R. de L. de (org.). **Marxismo, política social e direitos**, v. 1, 2018.

DINIZ, R. Categorias e pesquisa: algumas linhas introdutórias. In: Maria Lucia Martinelli et al. (Org.). *A História Oral na Pesquisa em Serviço Social: da palavra ao texto*. 1ed. São Paulo: **Cortez**, 2019, v. 1, p. 41-58.

DOURADO, M.I.C.; BARRETO, M.L.; ALMEIDA-FILHO, N.; BIEHL, J.G.; CUNHA, S. – Região Nordeste. In: Simpósio Satélite: A Epidemia da aids no Brasil: Situação e Tendências. **Coordenação Nacional de DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

DUPAS, G. A lógica econômica global e a revisão do Welfare State: a urgência de um novo pacto. **Estudos avançados**, v. 12, p. 171-183, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/M4dRxmx3ZfWFWQMKYVqWmxp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2005.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf#page=63. Acesso em 30 jan. 2023.

FERNANDES, R.A.C. Mulheres vivendo com HIV/Aids: processos de (auto) cuidado, violências e sorofobia: percursos na Política de Saúde. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39063>. Acesso em 03 abr. 2024.

FERREIRA, G.G. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. **Lutas sociais**, v. 20, n. 36, p. 166-178, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/l/article/view/31855>. Acesso em: 25 jan. 2024.

FIORI, J.L. A POLÍTICA SOCIAL DO GOVERNO COLLOR. In: BALANÇO DAS POLÍTICAS SOCIAIS DO GOVERNO COLLOR, 1, 1991, São Paulo. Texto. São Paulo: **Fundap**, 1991. p. 115-127. Disponível em: <file:///C:/Users/55819/Downloads/Art.7-SOL+-+vol6+n2+Jul.-Dez.+1991.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

FILHO, E. A. C.; VIEIRA, A.C.S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Argumentum**, v. 13, n. 3, p. 134-147, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475571230010/475571230010.pdf>. Acesso em: 11 abril 2024.

FILHO, E.B.; ROCHA, S. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: **Editora UFPE**, 2018.

FONSECA, A. F. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.183-205.

FRANZOI, L.C.; MORAIS, M.C.P. Redemocratização do Brasil. **JICEX**, v. 4, n. 4, 2014. Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/article/view/1878/1721>. Acesso em 10 jan 2024.

FREIRE, S.M.; CORTES, T.L. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. In: BRAVO, M.I.S.; MATTOS, M.C.; FREIRE, S.M.(Org.). Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia: **Navegando Publicações**, 2020. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_2da984d26e504f26bff6b82e138a90ac.pdf#page=27. Acesso em: 25 mai. 2023.

GALVÃO, J. Covid-19: algumas reflexões. O impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. Dossiê ABIA: HIV/AIDS e COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: **ABIA**, p. 10-13, 2020.

G1. Bem Estar. Ministério da Saúde mantém indicação de cloroquina após OMS suspender uso. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/25/saude-mantem-indicacao-para-uso-de-cloroquina-e-hidroxiclороquina-no-tratamento-da-covid-19.ghtml>. Acesso em: 15 jun. 2024.

GOUVEIA, G.C. Dinâmica da epidemia de AIDS na cidade do Recife: 1985 a 2000. 2001. 66 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/31676/2001gouveia-gc.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 03 abril 2024.

GRANEMANN, S. Estado e questão social em tempos de crise do capital. In: GOMES, V.L.; VIEIRA, A.C.S.; NASCIMENTO, M.A.C. O avesso dos direitos: Amazônia e Nordeste em questão. Recife: **EDUFPE**, 2012.

GROULX, L. H. Contribuições da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: NASSER, A.C. (tradutora). A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Vários autores. Petrópolis/Rio de Janeiro: **Vozes**, 2014.

HARVEY, D. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: **Loyola**, 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/827027/mod_resource/content/1/HARVEY.%20O%20Neoliberalismo%20%28pp.%2011-47%29.pdf. Acesso em 25 ago. 2022.

IAMARINO, A. 19 de Maio de 2021. Twitter: @oatila. Disponível em: <https://twitter.com/oatila/status/1394680383615160327>. Acesso em: 15 jan. 2024.

IASI, M.L. De onde vem o conservadorismo? **Blog da Boitempo**, São Paulo, 15 abr. 2015. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2015/04/15/de-onde-vem-o-conservadorismo/>. Acesso em: 8 jan. 2023.

JUNIOR, A.; BIANCO, E. O processo de mitificação de Bolsonaro: Messias, presidente do Brasil. **Revista ECO-Pós**, v. 22, n. 2, p. 88-111, 2019. Disponível em: <http://www.comunicacaoeleitoral.ufpr.br/wp-content/uploads/2019/10/26253-68685-1-PB.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

KELLER, S.B.A; KELLER, R.J. CAPITALISMO, CRISE E IDEOLOGIA: a supressão de direitos como resposta da aliança conservadora-neoliberal. In: MAURIEL, Ana. Paula. O. et al. Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. **Uberlândia: navegando**, 2020.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latino-americana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

LEITE, V.; TERTO, V.SJ.; PARKER, R. Respostas à AIDS no Brasil: aprimorando o debate III. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – **ABIA**, 2020. Disponível em: <https://abiids.org.br/respostas-aaids-no-brasil-aprimorado-o-debate-iii-anais/34071>. Acesso em: 23 jan. 20.

LEITE, C. Pernambuco tem a pior cobertura da atenção básica à saúde do Nordeste, aponta levantamento do IEPS. **Jornal do Commercio**, Coluna Saúde e Bem-estar, Recife, 22 ago. 2022. Disponível em: https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/saude-e-bemestar/2022/08/15066755-pernambuco-tem-a-pior-cobertura-da-atencao-basica-a-saude-donordeste-aponta-levantamento-do-ieps.html?utm_source=fb-jc. Acesso em: 28 ago. 2022.

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2020.

LIMA, I.G.; GOLBSPAN, R.B.; SANTOS, G.S. Mapeando o conservadorismo na política educacional brasileira. **Educar em Revista**, v. 38, p. e85338, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/cPxnqBg75zGBfGSnRCxcBD/>. Acesso em: 25 fev 2024.

LIMA, N.L.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAdade%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectiv

as%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf#page=63. Acesso em: 01 jan. 2024.

LIMA, R.A. A lei geral de acumulação capitalista e as crises cíclicas. **Revista leituras de economia política**, n. 16, 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6338428.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

LOMBARDI, C. A. Relatório final da avaliação, como artigo de proposição de cenários para o aprimoramento da política pública de educação e sexualidade, mapeamento de boas práticas nacionais e internacionais. Brasília: **UNESCO**, mar 2014.

MAIA, I.M.; SOARES, A.C.F.; SIQUEIRA, J.M.M.T.; OLIVEIRA, L.P.; MARTINS, I.R.R. A pandemia da COVID-19 como limitador do rastreio das infecções sexualmente transmissíveis no semiárido do Piauí. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e19612240101-e19612240101, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40101>. Acesso em: 22 maio 2024.

MARINS, M.T.; RODRIGUES, M.N.; SILVA, J.M.L.; SILVA, K.C.M.; CARVALHO, P.L. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Sociedade e Estado**, v. 36, p. 669-692, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xJ7mwmL7hGx9dPDtthGYM3m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2024.

MAROS, A. F. O governo Bolsonaro em 22 frases: cercada de polêmica, a gestão bolsonarista ficou marcada por declarações controversas. **Jornal Plural**, Curitiba, 29 jan. 2022. Disponível em: <https://www.plural.jor.br/noticias/poder/o-governo-bolsonaro-em-22-frases/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MAURIEL, A.P.O. Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. **Uberlândia: navegando**, 2020.

MASCARO, A.L. Estado e forma política. São Paulo: **Boitempo**, 2015.

MEDEIROS, M. A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. 2001.

MERCADANTE, A. As Bases do Novo Desenvolvimentismo no Brasil: análise do governo Lula (2003-2010). 2010. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

MIGUEL, L.F. “doutrinação marxista” a “ideologia de gênero” – Escola Sem Partido e as leis da mordaza no parlamento brasileiro. **Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, p. 590-621, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/25163>. Acesso em: 25 jan. 2023.

MONTALTI, E. Infectologista alerta para aumento das infecções pelo vírus HIV e Aids entre os jovens – Hospital de Clínicas – **UNICAMP**, 2023. Disponível em: https://hc.unicamp.br/newsite_noticia_556_infectologista-alerta-para-aumento-das-infeccoes-pelo-virus-hiv-e-aids-entre-os-jovens/. Acesso em: 30 jan 2024.

MONTAÑO, C. Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo. **Cortez**, 2002.

MONTEIRO, S. AIDS, sexualidade e Gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Nacional de Saúde Pública**, 1999 (Tese). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciet/4339/38.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan. 2024.

MONTEIRO, R.S.M.; FEIJÃO, A.R.; BARRETO, V.P.; SILVA, B.C.O.; NECO, K.K.S.; AQUINO, A.R.G. Ações educativas sobre prevenção de HIV/AIDS entre adolescentes em escolas. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 206-222, 2019. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682019000200206&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 mar. 2023.

MORA, E.M.; LACQUA, N.F. Vírus da Imunodeficiência Humana: um panorama acerca das infecções no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 1-11, maio 2020. Mensal. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/2020/05/imunodeficiencia-humana.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MOREIRA, M.F.A. A Educação em Saúde na Prevenção de DST e AIDS. 1997. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997. Mimeografado.

MOTTA, A.E.; RODRIGUES, M. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. **Revista Katálisis**, v. 23, p. 199-212, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/c3GHp8JjbZ9hqfc3q3YY8GP/>. Acesso em: 30 dez 2023.

NASCIMENTO, M.; COSTA, P.R.S.M.; FERNANDES, F.B.M. A Morte como Valor Político. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 6, n. 2, p. 4-7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/42040/23112> Acesso em: 08 mar. 2023.

NETTO, J.P. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: **Expressão Popular**, 2011. Disponível em: <<http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

OBALDIA, B.A.; FINGER, A.M. O DISCURSO CONSERVADOR DO GOVERNO BOLSONARO À POLÍTICA DE DROGAS NO PAÍS ENQUANTO VIOLADOR DE DIREITOS HUMANOS: ENTRE FAKE NEWS, PRECONCEITOS E SAÚDE PÚBLICA. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**. 2021. p. 437-449. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/2497>. Acesso em: 24 jan. 2024.

OLIVEIRA, F.J.A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (orgs.). Doença, sofrimento,

perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 1998. p. 81-94. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/yw42p/pdf/duarte-9788575412572-05.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2021.

Organizações Sociais de Saúde. Disponível em: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacaoessociais-de-saude/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PARKER, R. O Brasil e a crise da AIDS. **Oxford Research Encyclopedia of Latin America History, Oxford University Press, Estados Unidos da América**, p. 1-30, maio 2020. Disponível em: <https://oxfordre.com/latinamericanhistory/display/10.1093/acrefore/9780199366439.01.0001/acrefore-9780199366439-e-865?rskey=WbCo0h&result=1>. Acesso em: 23 jan. 2023.

PARKER, R. AIDS e COVID-19: O impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. Dossiê ABIA: HIV/AIDS e COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: **ABIA**, p. 22-24, 2020.

PEREIRA, D. Pesquisa avalia impacto da pandemia no diagnóstico e na mortalidade por HIV. **UFAL**, 2023. Disponível em: <https://ufal.br/ufal/noticias/2023/12/pesquisa-inedita-avalia-impacto-da-pandemia-no-diagnostico-e-na-mortalidade-por-hiv-no-brasil>. Acesso em 08 março 2024.

PEREIRA, T.M.V; GIR, E.; SANTOS, A.S.T. Pessoas vivendo com HIV e mudanças na rotina diária decorrentes da pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20210176, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mFhTc8YyTGZfwvWvJssHt3f>. Acesso em: 20 set. 2023.

PIAIA, D.M. A onda conservadora brasileira: livro ousa analisar questões candentes da nossa crise política. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, SP, 15 abr. 2019. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2019/04/15/onda-conservadora-brasileira>. Acesso em: 23 jan. 2023.

PINHO, C.E.S. O nacional-desenvolvimentismo e o novo-desenvolvimentismo no Brasil: expansão interna, externa e o discurso social-democrata. 2011.

PINTO, A.C.S.; PINHEIRO, P.N.; PINHEIRO, P.N.; VIEIRA, N.F.; ALVES, M.D.S. Understanding the aids pandemia in the last 25 years. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 45–50, 2007. Disponível em: <https://bjstd.org/revista/article/view/712>. Acesso em: 16 fev.. 2024.
Prefeitura de Porto Velho. Disponível em: <<https://semusa.portovelho.ro.gov.br/dmac/artigo/40559/sae-servico-de-atendimento-especializado>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

RAXACH, J.C. HIV/AIDS e covid-19 – retomada de conceitos estigmatizantes. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (**ABIA**). Dossiê HIV/AIDS e COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://abi aids.org.br/dossie-abia-hiv-aids-e-covid-19-no-brasil/34379>. Acesso em: 15 ago. 2023.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Hospital Universitário Oswaldo Cruz**. Disponível em: <http://www.rebrats.saude.gov.br/m/membros-cat/114-hospital-universitario-oswaldo-cruz>. Acesso em: 15 fev. 2024.

RECOVERY. No clinical benefit from use of hydroxychloroquine in hospitalised patients with covid-19. In **UNIVERSIDADE DE OXFORD**. Disponível em: https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-hydroxychloroquine-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-hydroxychloroquine-in-hospitalised-patients-with-covid-19?fbclid=IwAR2vg7IV5MhTS_gH4QXERwFJN03wS7fREdb0QB11NBfbYsg4nvR4qVKja7M. Acesso em: 30 jul.2020.

ROCHA, M.S.G. Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil. 2011. 237 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

RODRIGUES, C.H.L.; JURGENFELD, V. F. Desnacionalização e financeirização: um estudo sobre as privatizações brasileiras (de Collor ao primeiro governo FHC). **Economia e Sociedade**, v. 28, p. 393-420, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/qMmsj7myGwszkK54T7PNDXH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 de maio de 2023.

SANTOS, M.C. Serviços de atendimento para Aids/HIV sofrem com descaso no Recife. **Marco Zero Conteúdo**, Recife, 3 dez. 2018. Reportagens. Disponível em: <https://marcozero.org/servicos-de-atendimento-para-aidshiv-sofrem-com-descaso-no-recife/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SANTOS, N.J.S. As Mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da Epidemia de HIV/AIDS. 2002. Tese de Doutorado. **Universidade de São Paulo**. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-02032020-143413/?&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SARAIVA, K.; ZAGO, L.F. Economia, saúde e políticas do verdadeiro nas declarações de Bolsonaro durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Âmbitos: revista internacional de comunicación**, 52, 124-139., 2021. Disponível em: <https://idus.us.es/handle/11441/107669>. Acesso em 02 fev. 2024.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, RS, Ano 1, n.1, jul. 2009.

Schaurich, D. Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos De HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, 4(06), 115–127. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2004.06.115-127>. Acesso em: 15 jan 2024.

SCHEFFER, M. Estadão: Governo Bolsonaro promove apagão em campanhas de prevenção à aids; investimento em 2021 cai a menos de 1% do aplicado 20 anos

atrás. **Agência de Notícias da AIDS**, São Paulo, SP, 2022. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/estadao-governo-bolsonaro-promove-apagao-emcampanhas-de-prevencao-a-aids-investimento-em-2021-cai-a-menos-de-1-do-aplicado-20-anos-atras-por-mario-scheffer/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SILVA, K.B. As determinações sociais em saúde e o abandono do tratamento de pacientes com HIV/Aids. 2021. Trabalho de Conclusão de Residência. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade de Pernambuco. Recife, 2021.

SILVA, S.F. Evolução da pandemia COVID-19: análise de evidências e projeção de cenários. 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Possi%CC%81veis_Cena%CC%81rios_Ev_Pandemia_Julho2020.pdf. Acesso em: 20 dez. 2023.

SOARES, R.C. A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf. Acesso em: 13 fev. 2020.

SOARES, R.C. Aids, Trabalho e Proteção Social: um estudo das condições de vida dos portadores de HIV/AIDS do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

SOARES, R. Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS de Recife no contexto de contrarreforma da Política de Saúde. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.; ALVES FILHO, E. HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: **Editora UFPE**, 2016.

SOARES, R.C.; SILVA, Silvana C.; COSTA, T.C. A política de saúde e a reprodução da violência: a estratégia de disseminação da COVID-19 no Brasil. In: CAVALCANTI, S.A.U; FERNANDES; R.A.C. Extensão universitária na contramão do conservadorismo: diálogos sobre violências e as políticas públicas no Brasil. **Edupe**, Recife, 2022.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Hospital Correia Picanço. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-correia-picanco>. Acesso em 22 de mai. de 2024.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. <https://portal.saude.pe.gov.br/programa/programa-estadual-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis>. Acesso em 22 de maio de 2024.

SOARES, R.C. Desigualdade social e acesso às políticas sociais: a situação das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil. In: ROCHA, S.; VIEIRA, A.C.S.; SOARES, R.C. Desafios à vida: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: **Editora UFPE**, 2011. p. 88-100.

SOBRINHO, J.I.L.; VEIGA, G. O desfinanciamento da Política de Assistência Social no (des) governo Bolsonaro. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2023.

SOUZA, F.L. O papel do estigma na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV: um estudo com usuários de um serviço de atenção especializada-SAE/CTA no sul de Minas Gerais. 2023.

TONET, I. Método científico: uma abordagem ontológica. São Paulo: **Instituto Lukács**, 2013. Disponível em: <https://beneweb.com.br/resources/METODO%20CIENTIFICO%20Uma%20abordagem%20ontol%C3%B3gica.pdf>. Acesso em: 15 Jul 2022.

TOMMASELLI, G.C.G. Necropolítica, racismo e governo Bolsonaro. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 4, n. 42, p. 179-199, 2020. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7868>. Acesso em: 15 de jan 2024.

UNAIDS (Brasil). Estigma e Discriminação. Disponível em: <https://unaids.org.br/estigma-e-discriminacao/>. Acesso em: 14 jan. 2020.

UNAIDS (Brasil). Relatório Informativo - Dia Mundial da AIDS 2021.2. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2021_12_01_UNAIDS_2021_FactSheet_DadosTB_Traduzido.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

UNAIDS (Brasil). Sumário executivo: Índice de Estigma em relação às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Brasil. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. Acesso em: 30 dez. 2022.

UNA-SUS. Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>. Acesso em: 15 set. 2023.

VENTURA, D.F.L; REIS, R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/3b1910da-027e-41c6-b740-12642d275300/HSA_02_2021.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.

VIEIRA, A. POLÍTICA DE SAÚDE PARA PESSOAS COM HIV E AIDS Parcerias público-privadas em Pernambuco. XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília. 2022.

VIEIRA, A.C.S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 72-87, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/18622/13182>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WOLFFENBÜTTEL, K.; CARNEIRO, N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 18, p. 183-187, 2007.