



UEPB
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

**TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO GOVERNO
BOLSONARO: DESMONTE E REGRESSÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA DA
COVID-19**

CAMPINA GRANDE-PB.
2023

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

**TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO GOVERNO
BOLSONARO: desmonte e regressão em tempos de pandemia da Covid-19**

Trabalho de Conclusão de Curso ou Dissertação ou Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Questão Social e Direitos Sociais.

Orientador: Profa. Dra. Jordeana Davi Pereira

**CAMPINA GRANDE – PB.
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48t Oliveira, Jussara Fernandes de.

Tendências da política de enfrentamento do HIV/AIDS no governo Bolsonaro: desmonte e regressão em tempos de pandemia da Covid-19 [manuscrito] / Jussara Fernandes de Oliveira. - 2023.

125 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Jordeana Davi Pereira, Departamento de Serviço Social - CCSA. "

1. HIV/AIDS. 2. Ultraneoliberalismo. 3. Política de saúde.
4. Covid-19. I. Título

21. ed. CDD 362.1

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

TENDÊNCIAS DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO
GOVERNO BOLSONARO: desmonte e regressão em tempos de pandemia da
Covid-19

Trabalho de Conclusão de Curso ou
Tese ou Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de
Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço
Social, Questão Social e Direitos
Sociais.

Apresentada em: 31/08/2023

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Jordana Davi Pereira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Examinadora interna)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Dra. Ana Cristina Vieira (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profª. Dra. Moema Amélia Lopes de Sousa (Suplente)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A toda a classe trabalhadora do país, os milhões de usuários das políticas sociais. Às pessoas que vivem com HIV/aids. Em memória de todas as vidas perdidas pela covid-19 no Brasil. Aos que resistiram. Dedico.

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho é, antes de tudo, a concretização de um objetivo. Ele simboliza a minha caminhada, acadêmica e profissional, e tudo o que trilhei até chegar a esse momento. Acredito que não realizamos algo do tipo sozinhos, direta ou indiretamente, pessoas e circunstâncias nos auxiliam para que possamos ter êxito nas nossas batalhas, nos fortalecendo com palavras, gestos e ações, e são a essas pessoas, agora e para além desse momento, que quero agradecer.

Ao ser supremo, Deus, pelo dom da vida, por toda a proteção, por tudo o que tenho e tudo o que sou, pela fé e esperança manifestadas no meu íntimo em todos os momentos da minha vida, algo que ultrapassa a compreensão humana.

Acessar esse grau de escolaridade só foi possível graças ao auxílio, material e moral, dos meus pais, Ivanildo e Luzimar, sobretudo da minha mãe, que sonhou comigo cada etapa da minha formação, que me apoiou financeiramente por tanto tempo para que eu pudesse me dedicar mais aos estudos, e por possibilitar que eu fosse a primeira mulher da família a alcançar título de mestre, simbolizando o impacto da educação pública e o que ela pode proporcionar aos cidadãos. A ambos, agradeço a consciência de classe que, inconscientemente, me ensinaram todos esses anos, a partir da vivência do serviço público e da construção civil, de onde se originou as condições objetivas de reprodução da nossa família.

Partilhar a vida ao lado de alguém que sonha junto, que apoia, que torce e que se alegra a cada conquista é uma dádiva, e por isso sou imensamente grata ao Caio, amigo, parceiro, companheiro e amado, que torce por mim desde a graduação, que me escutava quando falava do estágio e das experiências, momento em que eu não imaginava que aquela pesquisa me levaria exatamente onde estou. Hoje, divido com você não só espaço físico do nosso lar, mas as dores, os anseios e as alegrias a cada nova etapa vencida. Obrigada por sonhar comigo e por acreditar em mim.

Não poderia deixar de mencionar a contribuição de Socorro Pontes, professora, orientadora de TCC, supervisora de estágio e amiga, tendo enxergado potencial na minha intenção de trabalho desde nossa primeira conversa, lá em 2014, já vislumbrava as contribuições que poderiam trazer numa possível inserção na pós-graduação. Agradeço por ter acreditado e por ter sido a primeira a me motivar, pois sempre pensei que estava aquém dessa possibilidade.

Agradeço a minha orientadora, Dra. Jordeana Davi, pelas contribuições, pela lapidação do trabalho, pela paciência. Você é exemplo, sendo Mulher, Mãe, Esposa, Assistente Social, Docente, Pesquisadora, sempre demonstrando o seu compromisso e dedicação, estando sempre presente nas lutas e na defesa intransigente dos direitos. Fico triste que o modelo de ensino remoto em decorrência da Pandemia da covid-19 tenha limitado nossa convivência e as trocas que só o presencial nos possibilita, porém, sempre levarei com carinho e muita gratidão tudo o que aprendi graças à sua dedicação.

Aos amigos e amigas que torcem por mim. Quero em especial agradecer a Angely Cunha, que em 2018, fez observações no meu projeto de pesquisa, me ajudando naquele momento a melhorar meu trabalho e a crer que era possível meu ingresso na pós-graduação. Agradeço ao Fabrício Rodrigues, colega de GEAPS, pela disponibilidade e ajuda durante a conclusão dos últimos dados.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB, e a todas e todos os profissionais que o compõem pela oportunidade de concluir mais uma etapa da minha formação acadêmica nessa instituição, que simboliza para a Paraíba o desenvolvimento de seu povo, assim como o desenvolvimento econômico e tecnológico para a região Nordeste. Uma instituição pública que mostra que é possível promover transformação e desenvolvimento aos cidadãos paraibanos.

Gostaria de agradecer, também, a todos os professores e professoras que contribuíram para esse momento, com a partilha dos saberes e conhecimentos: Alessandra Ximenes, Moema Serpa, Mônica Barros, Terçália Suassuna, Jamerson Souza, Sheyla Suely. Admiro muito cada um e cada uma de vocês.

Agradeço às colegas e companheiras de luta do CRESS, da Seccional Campina Grande, pela paciência e compreensão acerca da minha ausência das atividades, visto a urgência em concluir a dissertação: Glaucineth Albuquerque, Elizângela Samara da Silva, Hakyanna Karla de Oliveira, Jussara Gomes Abdala e Tâmara de Oliveira.

Agradeço a Banca Examinadora pela disponibilidade e disposição em analisar e contribuir com a construção desse trabalho: a Professora Dra. Ana Cristina Vieira, a Professora Dra. Alessandra Ximenes da Silva.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho, e àqueles que se dispusera a lê-la.

“O capital não tem a menor consideração pela saúde ou duração de vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o força a respeitá-las”.
(Karl Marx)

RESUMO

A presente dissertação analisa as tendências da política de enfrentamento do HIV/aids no governo Bolsonaro, período em que o país passou a ser governado por um presidente de extrema-direita, defensor de pautas ultraconservadoras no campo dos costumes e das contrarreformas das políticas sociais, expressando uma intensificação da apropriação do fundo público, por meio dos ataques mais duros aos direitos sociais, sintetizados no ultraneoliberalismo. Paralelo a esse período de crise política, econômica e social, o país passou a vivenciar a crise sanitária mundial, decorrente da pandemia da covid-19, que exigiu ações e estratégias que garantissem o mínimo de impacto possível, visto o poder de disseminação do vírus, de adoecimento e, conseqüentemente, de óbitos, exigindo que políticas de proteção social fossem fortalecidas e ampliadas, para tornar possível o socorro à população, no que se assemelhou ao surgimento da aids, na década de 1980. A resposta do país à questão da aids, que, em pouco tempo atingiu o patamar de epidemia, só foi possível devido as garantias constitucionais de acesso integral e gratuito à saúde, sendo o SUS o símbolo maior, com previsão orçamentária constitucional e participação da sociedade civil em suas decisões. O enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Brasil foi marcado pelo negacionismo da ciência, desinformação e omissão por parte do governo federal, que demorou a traçar estratégias políticas e a promover ações que visassem à proteção dos seus cidadãos. Esta pesquisa se apoiou no método crítico dialético, por meio das categorias totalidade, contradição e mediação. Metodologicamente, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa indica que houve, além da irresponsabilidade no trato com a covid-19 o abandono de outras doenças, como a resposta ao HIV/aids, que passou por um processo de negação, invisibilização, discriminação e redução de investimentos, comprometendo as metas de superação da epidemia. Identificamos as tendências ao desfinanciamento dos serviços, invisibilização da aids e das PVHA, redução da participação política, resgate dos estigmas e abandono de práticas de prevenção e educação.

Palavras-chave: HIV/aids. Ultraneoliberalismo. Política de Saúde. covid-19.

ABSTRACT

The present dissertation analyzes the tendencies of the policy to face HIV/AIDS in the Bolsonaro government, a period in which the country came to be governed by an extreme right-wing president, defender of ultraconservative guidelines in the field of customs and counter-reforms of social policies, expressing an intensification of the appropriation of public funds, through the harshest attacks on social rights, synthesized in ultraneoliberalism. Parallel to this period of political, economic and social crisis, the country began to experience the global health crisis, resulting from the covid-19 pandemic, which required actions and strategies that ensured the least possible impact, given the power to spread the virus, of illness and, consequently, of deaths, demanding that social protection policies be strengthened and expanded, to make it possible to help the population, in what was similar to the emergence of aids, in the 1980s. The country's response to the issue of AIDS, which in a short time reached the level of an epidemic, was only possible due to the constitutional guarantees of full and free access to health, the SUS being the greatest symbol, with constitutional budget forecast and civil society participation in its decisions. Facing the Covid-19 Pandemic in Brazil was marked by denial of science, misinformation and omission on the part of the federal government, which was slow to outline political strategies and promote actions aimed at protecting its citizens. This research was based on the dialectical critical method, through the categories totality, contradiction and mediation. Methodologically, we carried out a bibliographical and documentary research. The research indicates that, in addition to the irresponsibility in dealing with covid-19, there was the abandonment of other diseases, such as the response to HIV/AIDS, which went through a process of denial, invisibilization, discrimination and reduction of investments, compromising the goals of overcoming the epidemic. We identified trends towards underfunding of services, making AIDS and PLWHA invisible, reducing political participation, rescuing stigmas and abandoning prevention and education practices.

Keywords: HIV/AIDS. Ultraneoliberalism. Health Policy. covid-19.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Desvinculação pela DRU em comparação ao Orçamento da saúde.....	34
Gráfico 2 - Recursos previstos e executados para o enfrentamento do HIV e Aids .	87
Gráfico 3 – Variação anual dos valores executados pelo Ministério da Saúde da ação orçamentária “Atendimento à população para prevenção, controle e tratamento de HIV/aids, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais”	87
Gráfico 4 – Percentual dos gastos do orçamento da Saúde com a ação orçamentária “atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis” (2019-2022).....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira de Aids

ABIN – Agência Brasileira de Inteligência

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ABRE – Associação Brasileira de Economia da Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

AZT – medicamento Zidovudina

BM – Banco Mundial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEPI – Coalition for Epidemic Preparedness Innovations

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CGU – Controladoria Geral da União

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAS- Centro de Orientação e Apoio Sorológico

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Acolhimento

DDCCI – Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DRU – Desvinculação das Receitas da União

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

EPU – Encargos Previdenciários da União

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FEDEP – Fundação Estatal de Direito Privado

Funpresp – Previdência Complementar do Servidor Público Federal

Funrural – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da Aids

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFA – Ingrediente Farmacêutico Ativo

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

IRRF – Imposto sobre a Renda Retido na Fonte

IRPF – Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas

IRPJ – Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas

LC – Lei Complementar

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/ Arromânticas/ Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais.

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEI – Micro Empreendedor Individual

MRSB – Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro

N. - Número

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OS – Organização Social

OSCIPS – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Orçamento da Seguridade Social

Op. Cit. – obra citada

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPNES - Organização Pública Não Estatal

P. – Página

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPA – Plano PluriAnual

PPP – Parceria Público-Privada

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Estado

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PIB – Produto Interno Bruto

PIS – Programa de Integração Social

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PL – Partido Liberal

P.L. – Projeto de Lei

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSL – Partido Social Liberal
PT – Partido dos Trabalhadores
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV e Aids
RCL – Receita Corrente Líquida
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RPPS – Regime Próprio de Previdência Social
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STF – Supremo Tribunal Federal
TARV – Terapia Antirretroviral
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USP – Universidade de São Paulo

Sumário

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I	20
1. Notas sobre a política de saúde no Brasil: da sua constituição enquanto direito universal a intensificação dos ataques no ultraneoliberalismo	20
1. 1 As contribuições do Movimento de Reforma Sanitária para a construção do SUS	21
1.2 A política de Saúde no contexto da seguridade social brasileira	25
1.3 As tensões e lutas pelo financiamento da Política de saúde e os desafios para sua efetivação	29
1.4 Determinações político-econômicas da EC nº 95 e suas inflexões para a Política de Saúde	35
1.5 As inflexões políticas pós-golpe de 2016: ultraneoliberalismo e neofascismo no Poder	42
1.6 A Política de Saúde no Governo Bolsonaro	48
1.6.1 A condução da saúde no governo Bolsonaro frente a emergência sanitária da covid-19	51
CAPÍTULO II	64
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SURGIMENTO DA AIDS	64
2.1 As primeiras ações de enfrentamento do HIV/Aids no Brasil	64
2.2 O enfrentamento da epidemia de HIV e Aids a partir da Constituição Federal de 1988	68
CAPÍTULO III	82
3. As tendências da política de enfrentamento do HIV/Aids no governo Bolsonaro	82
3.1. A Política de enfrentamento do HIV/aids no Governo Bolsonaro: conservadorismo e regressões	83
3.2 Enfrentamento do HIV/Aids na Pandemia da covid-19	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111

INTRODUÇÃO

O surgimento e a emergência do HIV e da Aids entre o final da década de 1970 e início de 1980 do século passado surpreendeu o mundo com suas características de contágio e de adoecimento e, em pouco tempo, diversos países tiveram que buscar formas de enfrentamento daquela nova doença de características complexas. No Brasil, a Aids chega na década de 1980, e soma-se ao quadro das emergências que o Estado necessitava enfrentar. Esse contexto foi marcado pelas lutas democráticas e a proposta e organização de políticas sociais fundadas nos preceitos e na defesa dos direitos sociais e humanos, tendo como principal marco a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), sendo ela um divisor de dois momentos históricos e antagônicos, marcando o fim de um longo regime de ditadura empresarial-militar e a instalação da democracia e das liberdades políticas.

O papel dos movimentos sociais e do Movimento de Reforma Sanitária tem uma importante contribuição nesse processo. Esses sujeitos sociais contribuíram para a criação histórica de uma nova concepção de saúde, entendendo-a como um direito social e em sua significação mais profunda, saúde como condição da vida, e não apenas a ausência da doença. As contribuições trazidas pelas propostas do movimento de Reforma Sanitária repercutem até hoje no seio da sociedade. A partir delas foi possível a elaboração de uma política de Saúde universal.

A partir da CF/1988 foi possível o desenho de um modelo de proteção social mais amplo, fundado no princípio do direito social, como o capítulo da seguridade social, por exemplo. A política de Saúde, parte integrante do sistema de seguridade social, instituída pela CF/1988, simboliza a possibilidade de promover mudanças intensas, onde, pela primeira vez, a Saúde no país passa a ser um direito de todos e dever do Estado, por meio de um Sistema Único, com acesso universal e gratuito, promovendo ações descentralizadas e buscando a equidade nos atendimentos e na oferta dos serviços; garantido apoio ao desenvolvimento científico do país e a educação em saúde, integrando serviços e compartilhando informações, dentre tantas outras prerrogativas.

No entanto, as conquistas asseguradas na CF/1988 vêm sendo atacadas desde o momento de sua regulamentação, num contexto da crise do capital e suas investidas contra os direitos sociais, materializadas na ofensiva neoliberal, de redimensionamento do papel do Estado e das políticas sociais.

Os ataques, entendido por muitos pesquisadores como um processo de contrarreforma do Estado e das políticas sociais, vêm reduzindo os direitos sociais. A agenda neoliberal no país se materializou, desde os anos de 1990, pelas medidas de ajuste fiscal, aproveitando-se da desestabilização política do país, e desse modo, impondo seu pacote de medidas para desobrigar o Estado em assumir a responsabilidade pelos direitos sociais. Tem como justificativa, fundada no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), que o Estado não tem condições de garanti-los, pois encontra-se numa crise fiscal profunda, que não suporta o peso das garantias constitucionais, que são consideradas perdulárias. O PDRE propõe uma administração gerencial, transferindo o papel do Estado para a sociedade civil e transformando os cidadãos em meros consumidores e não sujeitos de direito. A política de saúde, apesar de ser considerada um direito social universal, vem sofrendo sucessivos ataques a sua condição de pública, ampliando o espaço para o projeto privatista.

Se a política de saúde já vinha sofrendo um subfinanciamento desde a sua regulamentação a partir dos anos 1990, com a crise política e econômica intensificada a partir de 2016, motivada pela insatisfação do capital em relação as suas demandas, tendo a oligarquia midiática e manobras de figuras jurídicas preparado o terreno para que esta política sofresse um processo de desfinanciamento, com o Novo Regime Fiscal, por meio da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que estabeleceu o Teto de Gastos primários por 20 anos, que impôs grandes limites ao avanço da política de saúde, uma vez que desvinculou os recursos mínimos a serem gastos com a saúde no âmbito federal, sendo corrigido apenas pela inflação.

Essa situação agrava-se diante da crise sanitária, causada pela pandemia da covid-19, que atingiu o mundo em 2020. Fomos pegos com um sistema de saúde precarizado, atacado, vilipendiado, expresso na falta de insumos básicos, falta de leitos e a falta de incentivo à pesquisa científica. Somado a isso, ainda vivenciamos a negação da emergência sanitária, que foi responsável pela morte de um número imenso de pessoas no nosso país (até 04/08/2023 mais de 704 mil óbitos e mais de 37 mil casos confirmados), sendo essas ações, ou omissões, uma escolha governamental alinhada ao que conhecemos como necropolítica, decidindo pela morte de milhões de brasileiros.

O enfrentamento da Pandemia da Covid-19 deixou em segundo plano os cuidados com outras doenças, inserindo-se, nessa conta, as pessoas que vivem com

HIV e aids, que, pelas características de adoecimento e necessidades de cuidado e acompanhamento, enfrentaram diversas dificuldades de acesso aos serviços mais básicos, o que pode ter influenciado diretamente nos números de casos de HIV e aids no país.

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo analisar as tendências da política de enfrentamento do HIV/Aids no governo Bolsonaro, compreendendo o período de 2019-2022, frente a pandemia da covid-19. Os objetivos específicos são: apreender as determinações sociais, políticas e econômicas do ultraneoliberalismo instalado, a partir do golpe jurídico-parlamentar e midiático de 2016; identificar as inflexões dessas determinações na política de saúde; Levantar e analisar as medidas governamentais para a política de enfrentamento do HIV/Aids neste contexto e apontar as principais tendências na referida política no período demarcado.

A aproximação com o objeto de estudo surgiu durante o processo de formação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba, mais especificamente na inserção no Campo de estágio supervisionado, realizado de 2014 a 2016, junto ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), no município de Campina Grande/PB. Esta experiência do estágio resultou no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), defendido em dezembro de 2016, para obtenção de título de Bacharela em Serviço Social, intitulado: “Os rebatimentos da contrarreforma do Estado na saúde: um estudo das particularidades da política de enfrentamento do HIV/Aids no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE), no município de Campina Grande-PB.”

Os resultados desta pesquisa possibilitou-nos identificar os inúmeros obstáculos para a efetivação do SUS, a partir do avanço da contrarreforma da saúde, que se inicia no contexto dos anos 1990 e que reverbera diretamente na política de enfrentamento do HIV/Aids. As análises do referido estudo revelaram que a conjuntura política, econômica e social do país se caracteriza por um cenário de retrocessos, expressos no avanço do conservadorismo e na perda de direitos.

No tocante ao SAE de Campina Grande/PB, foi possível constatar que o processo de contrarreforma do Estado na saúde e o contexto de crise política e econômica que se intensificou no país a partir de 2015, tendo seu ápice em 2016 com o golpe jurídico, parlamentar e midiático, pôs em risco a política de enfrentamento do HIV/Aids.

Para nortear a nossa pesquisa partimos de alguns questionamentos, que nos auxiliaram no direcionamento e na busca de compreensões acerca do objeto: quais são as implicações do ultraneoliberalismo para o SUS e para a política de enfrentamento ao HIV/Aids no país?; qual a tendência da política de enfrentamento ao HIV /AIDS no governo Bolsonaro?

Diante dos questionamentos, delimitamos o período de 2019 a 2022, compreendendo o Governo Bolsonaro. Contudo, foi necessário a realização de um resgate e contextualização histórica, que antecedeu o período delimitado, entendendo que essa trajetória nos auxilia na compreensão da conjuntura histórica abordada, sendo o governo Bolsonaro fruto do que foi semeado no período antecessor.

É necessário compreender como o governo Bolsonaro conduziu a política nacional de enfrentamento do HIV e aids e como essa condução impactou na resposta final do combate à epidemia, como isso está demonstrado nas estatísticas oficiais. É importante destacar que o referido período foi marcado pela postura negacionista, anticiência e assentada em discursos conservadores, fundamentalistas, preconceituosos e extremistas. Houve, também, o compartilhamento de informações falsas que atacaram diretamente as pessoas vivendo com HIV/Aids.

A relevância do nosso estudo consiste em contribuir com as reflexões já existentes na área, como uma discussão extremamente complexa e necessária, revelando a tendência do enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no contexto de desfinanciamento da política de Saúde e da pandemia da covid-19. Dados do Un aids (2021) mostram que as pessoas que vivem com aids têm resultados mais severos e têm comorbidades mais elevadas resultantes da covid-19 do que as pessoas que não vivem com aids.

Caminho Metodológico

Nosso estudo se assenta na compreensão dos limites impostos pelo processo de produção e reprodução do capital, considerando a sua crise estrutural e suas implicações no fundo público, na política social, e particularmente, na política de Saúde.

Para apreensão do objeto, nos apoiamos no método crítico-dialético para responder as questões levantadas a partir do desvelamento da realidade social ancorada no modo de produção capitalista.

Nossa elaboração teórica e metodológica ancorou-se no campo de estudos e pesquisas marxistas, que tratam de compreender as determinações econômicas, políticas e culturais para realizar uma análise concreta da sociedade capitalista.

Para Netto (2011, p. 05), o método em Marx propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, busca alcançar a essência do objeto. Após isso, aplicando procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento. A pesquisa viabilizada pelo método do materialismo histórico possibilita que o pesquisador possa a reproduzir no plano ideal [...].

Segundo Prates (2014), a partir do materialismo dialético é possível elaborar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos humanos, da natureza e da sociedade, constituindo-se, assim, uma concepção científica da realidade e reconhecendo que há uma interconexão universal que é enriquecida pela prática social da humanidade. O materialismo histórico, por sua vez, estuda as leis que caracterizam a vida da sociedade, sua evolução a partir da prática social dos homens, superando a visão idealista e cronológica da história e do desenvolvimento humano, ressaltando que na origem dos fenômenos estão a força das ideias, os agrupamentos humanos, as formações socioeconômicas e as relações de produção.

Quanto a metodologia da pesquisa, realizamos em dois momentos: o primeiro, da análise bibliográfica, para qualificar os materiais teóricos a serem utilizados, escolhendo aqueles que se alinhavam aos temas abordados e dentro da perspectiva metodológica escolhida, e o segundo: a análise documental, em que buscamos identificar e analisar a política de saúde no ultraneoliberalismo, as tendências assumidas no governo Bolsonaro na política de enfrentamento do HIV/aids, os números da epidemia no Brasil, as estratégias adotadas pelo Estado durante a Pandemia da covid-19.

A pesquisa documental foi realizada nos veículos eletrônicos vinculados ao governo federal, como o portal do Ministério da Saúde, IBGE, portal da ANFIP, Portal Siga Brasil, Portal da Transparência, entre outras fontes, que nos permitiu extrair os dados necessários para a pesquisa. Os documentos utilizados durante a pesquisa foram: Boletim Epidemiológico de HIV/aids publicados entre 2019 e 2022, Relatórios da ANFIP de 2019 a 2022, legislações: leis 8.080/90, 8.142/90, 9.313/96, 8.112/90, 12.732/12, 13.467/17, 12.732/12, 6.787/16; os Decretos: 9.795/2019 e 06/2020; medidas provisórias: 664/14; 665/15; reportagens de jornais, artigos jornalísticos de jornais de meio eletrônico, artigos científicos disponíveis em plataformas eletrônicas, entre outros.

A pesquisa está estruturada em três capítulos: **o capítulo I** faz um resgate do percurso da política de Saúde, desde a sua inclusão na CF/1988, como os movimentos sociais influenciaram na sua construção, da luta pela sua universalização, os acontecimentos que se sucederam, como a abertura ao neoliberalismo a partir dos anos 1990, os entraves legais e financeiros que limitaram sua efetivação, até o Novo Regime Fiscal, de 2016, significando o marco legal do desfinanciamento do SUS.

O Capítulo II aborda o surgimento da aids em nível mundial e os primeiros casos no Brasil, as primeiras ações de enfrentamento, as contribuições dos movimentos sociais e das populações-chave naquele momento em que era urgente uma resposta governamental a um novo caso de emergência de saúde, de como a política de enfrentamento vem sendo organizada desde então, entendida como integrante do SUS e que sofre com as limitações deste.

O capítulo III apresenta as tendências da política de enfrentamento do HIV/aids no governo de Jair Bolsonaro, período compreendido de 2019 a 2022, sendo marcado por ações antidemocráticas, conservadoras alinhadas a um extremismo de direita, que consolidou o desmonte das políticas de proteção social, que, tal conduta política atrelado ao surgimento da Pandemia de covid-19 ocasionou um cenário de catástrofe, aprofundando as crises econômica, política e social que o país já enfrentava e abrindo espaço para a consolidação do ultraneoliberalismo. Esse cenário aponta para as tendências: de invisibilização da aids e seu enfrentamento, enfraquecimento dos movimentos representativos, diminuição dos investimentos em serviços essenciais, resgate da discriminação e do preconceito influenciados pela disseminação de notícias falsas. Finalizamos nosso trabalho com as Aproximações Conclusivas, onde apresentamos

CAPÍTULO I

1. Notas sobre a política de saúde no Brasil: da sua constituição enquanto direito universal à intensificação dos ataques no ultraneoliberalismo

As políticas sociais sofrem as determinações socioeconômicas de cada período histórico, sendo a sua regulamentação determinada pelos “movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado” (Behring; Boschetti, 2011, p. 64).

O Brasil, com seu passado marcado pelo escravismo, colonização, dependência e o latifúndio, possui suas particularidades em se tratando de inserção na produção capitalista, tendo sido o último país a abolir a escravidão, em 1888, não por uma determinação dos seus malefícios e por um estado de benevolência do senhor de escravos, mas pela exigência do nascente modo de produção capitalista, sua composição orgânica e a realização do lucro, oriundo do ‘trabalho livre’ e da sua venda, como destaca Ianni (1978, p. 42) “[...] com a nova dinâmica do processo produtivo, da divisão social do trabalho e da transição para a produção da mais-valia relativa, então o escravocrata é obrigado a transformar-se em empresário capitalista, associar-se com outros [...]”.

As expressões da Questão social que passamos a vivenciar com a inserção no processo de industrialização moldam as formas como os sujeitos históricos se colocaram ao seu enfrentamento, contudo, não estão descoladas da sua origem em contexto global, que são as relações de exploração do capital sobre o trabalho. As tensões dessa relação são o motor da luta de classe, tensionando o Estado e o capital para formas de regulamentar o trabalho, os salários e os direitos sociais, sendo o debate acerca da jornada de trabalho o momento de irrupção da luta de classes e da questão social, bem como de suas formas de enfrentamento. São essas as determinações que nortearam o surgimento das políticas sociais no Brasil, em meados do Século XX.

Contudo, o percurso para a garantia dos direitos sociais é permeado de incertezas, retrocessos e descontinuidades, seguindo a tendência brasileira no

tratamento de sua legislação social, mantendo um distanciamento entre “intenção e gesto” (Behring; Boschetti, 2011) diante as prerrogativas do capitalismo.

A partir de aproximações sucessivas, discorreremos sobre a trajetória da política de saúde brasileira, destacando a luta pela sua universalização, tendo como principal expressão a Reforma Sanitária e suas propostas para a CF/1988, bem como as lutas posteriores para sua regulamentação, enquanto política universal e os ataques promovidos a partir dos anos 90, com a agenda neoliberal e a intensificação desses ataques por meio do ultaneoliberalismo, a partir de 2016.

1. 1 As contribuições do Movimento de Reforma Sanitária para a construção do SUS

No final da década de 1970, combinada a crise do regime militar, as reivindicações pela redemocratização se unem aos anseios por políticas sociais universais a serem garantidas pelo Estado. No campo da saúde, muitas contribuições vieram das pesquisas e estudos divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ainda na década de 1970, que apontavam a necessidade de um planejamento para conter o avanço das doenças ligadas à pobreza, o que exigia dos governos o compromisso com pesquisas e financiamentos, além do entendimento da saúde além do modelo hospitalocêntrico e curativo, que sinalizavam que o adoecimento da população estava relacionado ao crescimento da pobreza e da miséria.

Essa questão vem à tona na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em Alma Ata (Cazaquistão), no ano de 1978, momento em que foi questionado o modo como os países mais pobres, como na África e na América Latina, desenvolviam ações e intervenções verticais e seletivas, além de autoritárias e despreocupadas com o cuidado à saúde das populações (Garcia, 2016). Surgem os debates sobre questões sanitárias, de infraestrutura, pesquisas e tecnologias aliadas ao campo da saúde, como também do planejamento, ações contínuas de prevenção, a formação de recursos-humanos, entre outras questões.

No contexto brasileiro surgem os movimentos que reivindicavam a reforma sanitária brasileira, que ganharam fôlego a partir da criação de várias associações e órgãos ligados a estudos técnico-científicos no campo da saúde, da saúde coletiva e pelo crescente debate em torno da medicina preventiva. Essas organizações e associações impulsionaram os estudos, pesquisas e debates acerca da necessidade de estabelecer um novo modelo de atenção à saúde no país e, nessa perspectiva, destacamos a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, passos importantes para o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Faz-se importante destacar, de acordo com Silva (2013), que as indicações e apontamentos dos órgãos internacionais mencionados não se confundem com o que representa o movimento, sendo elas reformas de caráter setorial, em contraponto ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que propõe não somente reforma no âmbito da saúde, mas uma nova sociabilidade, articulando proposições de mudanças sob diversas dimensões. Essa nova sociabilidade estaria centrada nos seguintes elementos constituintes: democratização da saúde; democratização do Estado; democratização da sociedade, conforme discorreremos a seguir:

- a) Democratização da saúde: implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantido o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde, e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma totalidade de mudanças, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (Silva, 2013 . p.27).

Silva (2013), à luz de Paim (2008), identifica momentos diferentes na trajetória do MRSB, sendo eles: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Dessa forma, a autora analisa que o momento inicial, de organização técnico-científica, que proporcionou o debate e as reflexões como o momento Ideia.

Cabe destacar o documento elaborado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira apresentado pelo CEBES pela primeira vez no 1º Simpósio de Política de

Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Para Silva (2013, p. 25), esse seria o momento Proposta, pois:

Envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidas no I Simpósio de Política nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS, por meio do documento “A questão democrática na área da Saúde”.

Segundo Paiva; Teixeira (2014):

O documento aprovado no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária brasileira, como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (2014, p. 22.).

Como importante destaque no campo da Saúde, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram debatidos os diversos estudos e proposições formulados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse momento, o Movimento apresentou a sua concepção de Saúde definindo que:

em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 1986).

Esse momento pode ser considerado, conforme Silva (2013, p. 25) como o momento Projeto, “configurando um conjunto de políticas articuladas ou uma bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”, estando presente no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Podemos dizer que nesse momento temos a primeira versão da proposta do SUS, com toda uma justificativa para sua criação. Dessa forma, não seria equivocado dizer que o SUS e a RSB nascem da sociedade, por meio das suas representações organizadas, e não do interesse político de um partido ou governo (Paim, 2013).

O momento Movimento ocorre com a criação da CEBES, em 1976, sendo um espaço que defendia a democratização da saúde, que passou a se denominar “Movimento Sanitário” ou “Movimento da Reforma Sanitária”, compreendido como um

conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referência importante. Esse movimento autodenominado “movimento sanitário” formado por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, influenciou de grande maneira o âmbito acadêmico, sendo responsável pelas reformulações nesse setor (Silva, 2013).

Em síntese, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira surge a partir da necessidade de mudanças estruturais no âmbito da Saúde, a partir de políticas que a compreendesse por meio de seus determinantes, sendo defendidas pelos sujeitos que estavam inseridos nessa área de grande complexidade, como também sofre influência da luta pela redemocratização do país (Salvador; Terras; Arêas, 2015), pois defendiam que a redemocratização era a única saída para a construção de uma política de saúde mais forte e melhor organizada. Esses debates ganharam grande apoio das Universidades, dos movimentos sindicais, profissionais da saúde, pesquisadores, partidos políticos e representantes de organizações e instituições e outras organizações de perfil progressista, assumindo uma dimensão política de lutas vinculadas à democracia. Assim,

as lutas sociais por saúde no Brasil sofreram a influência dos movimentos e dos contextos sócio-político e econômico, mas também influenciaram, em vários momentos, a construção social e política do Estado Brasileiro, por meio da participação e mobilização social em saúde, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de “ato permanente” do chamado movimento sanitário, o que deu corpo às teses que sustentaram o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (Sousa, 2014, p. 11).

Desse modo, é importante destacar que a inserção e a participação da classe trabalhadora no âmbito político foi um grande diferencial para o MRSB, pois o movimento, desde seu surgimento, contava com a participação de intelectuais, profissionais da saúde, estudantes, sindicatos, entre outros. A inserção dos trabalhadores promoveu o fortalecimento da consciência sanitária entendida como a “ação individual e coletiva”, para o entendimento da saúde enquanto direito, além de constituir um componente central para a derrota da Ditadura (Silva, 2013), pois, é a classe que vive do trabalho a quem mais interessa o fortalecimento e a garantia de políticas públicas e serviços estruturados.

Todo o movimento político e social da década de 1980, a reivindicação da sociedade pelo fim da Ditadura Militar e pela redemocratização contribuíram para a discussão de defesa da criação de políticas públicas, na discussão sobre a importância e urgência da Reforma Sanitária Brasileira e de uma política social forte. Contudo, o que se observou foi a existência de duas concepções da RSB, uma revolucionária, que defendia um projeto de emancipação humana e radicalização da democracia na perspectiva do socialismo, e a outra, um projeto que defendia a democratização do Estado sob os limites do capital. Desse modo, com a redemocratização do país foram impostos limites ao projeto emancipatório, reduzindo-o a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do SUS. Silva (2013, p.29), a esse respeito, esclarece que:

a reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido de superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças políticas pelo movimento sanitário sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político, social e cultural. Assim, há uma dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde.

Assim, ocorre a redemocratização do país com a recomposição das elites políticas e seus interesses, e a busca pela estabilização econômica. Seguindo a tendência do processo de mundialização do capital, o Brasil termina a década de 1980 e entra na década de 1990 assumindo compromissos com o pagamento da dívida externa, e contraditoriamente nas lutas que implicariam diretamente na realização da reforma sanitária, mesmo que parcialmente, através do SUS, temática que abordaremos no próximo item.

1.2 A política de Saúde no contexto da seguridade social brasileira

A conjuntura econômica, política e social da década de 1980, do século passado, foi marcada pelo fim do regime autocrático, que vigorou no país por mais de 20 anos (1964 a 1985), após o seu esgotamento e a crise econômica, que contribuíram para a deslegitimação e perda de força daquele regime. Os anos de 1980 marcaram, no país, as lutas pela redemocratização. O grande marco desse processo

foi a promulgação da CF/1988, que contou com grande contribuição da mobilização da sociedade brasileira.

Dentre as inovações aprovadas na CF/1988, destacamos o capítulo da Seguridade Social, composta pelo tripé das políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo concebida como um sistema inovador na organização, gestão, financiamento e oferta dos serviços e benefícios. O sistema da seguridade social é resultado da luta permanente da classe trabalhadora e da resposta do Estado a essas reivindicações. Acerca do processo de construção da Seguridade Social em cada país, Mota (1995, p.122) destaca que:

A complexidade das relações sociais, presentes na constituição e intervenção do Estado, indica que o encaminhamento da ação estatal tanto depende das lutas dos trabalhadores, quanto dos modos de absorção de suas reivindicações pelo capital. É no interior deste movimento, dialético e contraditório, que se dá a estruturação dos sistemas de seguridade social nas sociedades capitalistas ocidentais.

A seguridade social brasileira tem princípios contributivos e universalistas, recebendo influência das concepções “Bismarckianas e Beveridgeanas”, que se destacam pelo caráter de seguro aos trabalhadores com vínculos empregatícios formais e a cobertura dos direitos sociais a todos os cidadãos, a partir de recursos públicos geridos pelo Estado, respectivamente. Segundo Boschetti (2009, p.04), o modelo bismarckiano é considerado um sistema de seguros sociais, vinculado aos trabalhadores formais e se assemelhando aos seguros privados, sendo necessária uma prévia contribuição para garantir acesso aos benefícios que serão proporcionais às prestações efetuadas; já no modelo Beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade.

Boschetti (op. cit) destaca que os países capitalistas assumiram diferenciadas formas de organizar seus modelos de seguridade social; uns se baseando no modelo de seguro social e outros na lógica dos direitos sociais, porém é difícil encontrar um sistema puro, que se baseie em um único modelo, e é comum um desses modelos predominar mais que outro. No caso brasileiro, a Seguridade Social assume o modelo Bismarckiano no que tange à Previdência Social, já o modelo Beveridgiano influenciou o sistema de Saúde, sendo ele universal e gratuito, como também a Assistência Social, que é destinada ao “atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa

portadora de deficiência, independentemente de contribuição [...]” (Brasil, 1991), sendo que, no decorrer do processo de implementação, com as contrarreformas e o subfinanciamento da Seguridade Social, a assistência passou a desempenhar um papel “focalista”, centrado no atendimento da extrema vulnerabilidade social.

No tocante à política de Saúde, é concebido legalmente um novo modelo para todo o país, visando à garantia de promoção e cuidados a saúde em seu caráter mais abrangente. Com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, a política de saúde contempla a criação de um Sistema Único destinado a todos os cidadãos com gratuidade de serviços; prevendo pesquisa e monitoramento de tudo o que envolve promoção, prevenção e recuperação da saúde, financiamento próprio, insumos, fiscalização, formação de recursos humanos, dentre outras inovações.

À Saúde foi reservado um espaço importante. Após vários acordos políticos e pressão popular foram atendidas grande parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária. Na CF/88, a Saúde ganhou a Seção II, contendo quatro artigos (artigo 196 ao 200), definindo que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A partir desses artigos foi possível criar o SUS, instituído a partir da Lei nº 8080/90, sendo uma importante construção, derivada de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros. A partir desse marco legal temos o princípio da universalização do acesso à saúde, sendo sua implementação dever do Estado.

Outro importante passo na construção do marco jurídico para a política de Saúde foi a Lei nº 8.142/90, que garantiu, legalmente, a participação da população na gestão do SUS, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, importantes espaços de participação e controle social, visando um constante monitoramento da política. A referida lei esboçou, para fins de regulamentação posterior, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), definindo as suas fontes, valores e sua destinação, o repasse regular e automático fundo a fundo aos municípios, estados e ao Distrito Federal e as exigências que cada ente federativo deve cumprir para garantir o repasse e o funcionamento dos seus serviços de saúde.

Há uma mudança radical na concepção sobre saúde, até então entendida como “ausência de doença”, uma vez que só eram tratados os agravos à condição de saúde dos indivíduos com base em medicalização e tendo a figura do médico e do hospital como centrais nesse processo. A concepção de saúde também passa a ser entendida na sua determinação econômica, social, sendo que fatores como desemprego, renda, infraestrutura, educação, moradia, transporte, dentre outros, influenciam diretamente na saúde e desenvolvimento saudável da população.

Assim, passou-se a definir e compreender os determinantes e condicionantes da saúde. “A saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc.” (Brasil, 2000, p.05).

A esta definição de saúde, faz-se necessária uma diferenciação no que estabelece a OMS acerca dos determinantes sociais da saúde e a elaboração nascida dos debates da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, que conceituam a chamada “determinação social do processo saúde-doença”. Os autores consultados entendem, de modo geral, que a OMS aborda os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista de ‘fatores’, sendo eles os expostos anteriormente, além de ‘contextos’, ‘circunstâncias’ e ‘condições’, adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. A ideia trazida a partir do conceito de “determinação social do processo saúde-doença” se dá a partir da construção do entendimento dos “múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos, psicológicos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença” (Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo, 2017, p. 68-69). Os autores concordam que

essa perspectiva de abordagem é reducionista, pois oculta categorias analíticas de peso dentro das ciências sociais (como reprodução social, modos de produção, relações de produção etc.) e torna difícil proporcionar um pensamento crítico direto sobre a essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, por meio dos processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza e as suas marcadas consequências na saúde (Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo, 2017, p. 69).

Essas mudanças conceituais, contudo, não impediram que a política de saúde brasileira desde sua institucionalização enfrentasse grandes desafios para ser efetivada. Assim, 32 anos após a aprovação do SUS, a sua efetivação vem sendo comprometida, visto as medidas para promover a redução do papel do Estado no

custeio das políticas sociais e a abertura para a atuação do mercado dos serviços de saúde. As imposições do capitalismo contemporâneo em crise (Mendes; Carnut, 2019) aos Estados de capitalismo dependente têm ocasionado um desmonte nas suas funções básicas, e nesse contexto, há um terreno propício para o avanço e crescimento dos serviços privados de saúde, com investimentos públicos garantidos via parcerias público-privadas promovendo o subfinanciamento da política, conforme trataremos a seguir.

1.3 As tensões e lutas pelo financiamento da Política de saúde e os desafios para sua efetivação

Acerca do financiamento do SUS, a CF/88 previu, em seu art. 195, que este sistema será mantido a partir de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais, além de permitir a criação de outras fontes, mediante lei complementar, sendo que, até a criação de tal lei, seria destinado a Saúde 30% desse orçamento geral da União (Brasil, 2013). Sendo assim, o orçamento da Seguridade Social seria composto pelas contribuições sociais e um complemento do orçamento fiscal. Contudo, essa previsão legal nunca foi cumprida, pois mediante o ajuste fiscal promovido pelos governos brasileiros, o único recurso do orçamento fiscal que o governo repassa para o orçamento da seguridade social é referente ao custeio dos Encargos Previdenciários da União (EPU), que consiste nos benefícios de legislação especial (Davi *et. al.*, 2011),

Durante toda década de 1990 ocorreram muitos debates e lutas em torno do financiamento para o SUS, mas só nos anos 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), promulgada no dia 13 de setembro daquele ano, que estabelecia o percentual mínimo de custeio para o financiamento do SUS, vinculando os recursos das três esferas de governo, visando um financiamento mais estável. A EC/29 definiu que a vinculação dos recursos para a Saúde nas três esferas de governo ocorreria de forma progressiva até 2004, sendo os percentuais mínimos de participação nas receitas dos estados e dos municípios em 7% a partir do ano da sua implementação, devendo crescer anualmente até atingir de 12% a 15%, respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e transferências constitucionais. À União, entre os anos de 2001 a 2004, o orçamento do MS seria

corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), sempre levando em consideração o apurado do ano anterior (Martiniano *et al*, 2011, p. 100).

Martiniano *et. al.* (2011) enfatizam a importância da EC/29, representando uma conquista de setores da sociedade civil para o avanço na consolidação do SUS, pois além de estabelecer a vinculação de recursos nas três esferas, estabeleceu também, sanções no caso de descumprimento dos limites previstos na Emenda. Mas, apesar do avanço, somente em 2012 é promulgada a lei de regulamentação da EC/29, sendo a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (CONASS, 2016).

A LC/141 definiu os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos três entes federativos em ações e serviços públicos de Saúde, estabeleceu os critérios a serem cumpridos para a garantia dos rateios e transferências, estabeleceu, ainda, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde nas três esferas de governo. A referida Lei define o percentual mínimo que deve ser empregado por cada ente federativo para garantir as ações e serviços em Saúde, sendo o repasse da União o valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB; Estados e Distrito Federal 12% da arrecadação em impostos, e Municípios 15% da arrecadação de impostos (Brasil, 2012). Contudo, mesmo os Estados e Municípios ganhando autonomia política continuaram dependentes dos repasses da União, visto a baixa capacidade de arrecadação de recursos próprios.

O impasse no financiamento da Saúde persiste até hoje, sendo um dos grandes entraves na consolidação do SUS. Conforme análise de Funcia (2018, p.92)

é nesse cenário adverso que ocorreu o processo de implementação do SUS: um financiamento insuficiente e instável para a garantia plena dos princípios constitucionais – universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade.

A regulamentação da política de saúde se dá no contexto de adesão do país ao neoliberalismo, a partir dos anos 1990, que redefine o papel do Estado na implementação das políticas sociais, sendo impostos grandes desafios para a efetivação das políticas que compõem a seguridade social, ocasionando uma “expulsão gradual dos trabalhadores assalariados, de melhor poder aquisitivo, para o mercado de serviços” (Mota, 1995, p.146), sobretudo na saúde. Conforme Davi *et.al.*(2011, p.75) ocorre

um intenso processo de liberalização da seguridade social, em que a reconstituição do mercado, a competição e o individualismo aparecem como eixos principais para o desenvolvimento das políticas sociais.

Dessa forma, Mendes (2016) ressalta que desde os anos 1990, no contexto da supremacia do neoliberalismo, o Estado não tem se retirado da economia, mas vem adotando políticas austeras que promovem a redução dos direitos sociais, entre eles o direito à saúde, através da intensificação de mecanismos de ajuste fiscal, visando sua mercantilização. Desse modo, o fundo público vem sendo apropriado pelo capital financeiro, o que constitui um verdadeiro assalto, favorecendo que os recursos financeiros que mantêm o SUS estejam em permanente disputa. “Torna-se claro, nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só torna impossível um crescimento econômico, como também interdita a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira” (Mendes, 2012, p.115).

Desse modo, os Estados capitalistas contemporâneos têm assumido, conforme análise de Machado; Mendes; Carnut (2018) uma relação de subserviência ao movimento do capital financeirizado. Particularmente, no Brasil, as decisões políticas têm sido orientadas, desde o surgimento e a implementação da Política de Saúde, para atacar e desmontar o SUS. Tal fato está explícito na própria CF/88, pois, se por um lado estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, por outro lado, prevê a participação da iniciativa privada, respectivamente nos artigos nº 196 e 199. Os autores avaliam esse *mix* de saúde pública e privada como um grande paradoxo no arcabouço jurídico, evidenciando as formas político-jurídicas que o Estado assume para viabilizar a expansão do mercado privado da saúde e da captura do fundo público pelo mercado.

Assim, essas formas político-jurídicas foram usadas para inviabilizar o orçamento da Seguridade Social, onde podemos destacar o mecanismo da Desvinculação das receitas da União (DRU), como um marco das políticas de ajuste fiscal, criadas ainda no governo de Itamar Franco, em 1993, como estratégia para a criação do Plano Real, em 1994. Esse mecanismo desvincula recursos do orçamento da seguridade social e do orçamento fiscal para ser utilizado em outras despesas, a exemplo do serviço da dívida pública. Quando criada, em 1993, estabeleceu-se que a DRU retiraria 20% do OSS e do orçamento fiscal, seguindo a política dos governos

em manter esse dispositivo até o ano de 2019, para formar o superávit primário, de acordo com as exigências do capital na sua fase contemporânea (Mendes, 2022).

Ainda nessa luta para garantir um financiamento mais estável para o SUS, foi aprovada a EC nº 86, de 17 de março de 2015, que altera os artigos 165, 166 e 198 da CF/88, além de estabelecer o orçamento impositivo, ou seja, transformar despesas voluntárias - como as emendas parlamentares - em obrigatórias, assim como estabeleceu que a partir da sua promulgação (nesse caso, 2016) a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

1. 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
2. 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
3. 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
4. 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
5. 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional (Brasil, 2016).

Na contramão da busca pela efetivação de um financiamento mais estável para a Saúde, a EC 86/2015 foi revogada pelo Novo Regime Fiscal, instituído pela EC nº95, 2016. Importante destacar que as determinações econômicas e políticas na efetivação do direito à Saúde e no seu financiamento até agora tratadas não ocorrem por acaso, mas fazem parte da agenda de enfrentamento da crise do capital, demarcando o início das contrarreformas nas políticas sociais, com o ataque às conquistas civilizatórias da CF/88, aprofundando a lógica perversa do mercado através da abertura da dinâmica nacional ao capital estrangeiro (Siqueira, 2019).

A contrarreforma na política de saúde teve como fundamento o ataque ao seu financiamento, seguindo na contramão do que estava previsto na CF/88, com o claro objetivo de obstruir a efetivação dos direitos e garantir a expansão do mercado de serviços do setor saúde e da apropriação do fundo público pelo capital financeiro.

As políticas que compõem a Seguridade Social brasileira, nessa lógica, vêm sendo desmontadas através da dilapidação do seu orçamento, e nesse cenário, o

papel do Estado capitalista é que garante tais investidas, conforme destaca Davi *et. al.* (2011) a “mão pesada” do Estado viabiliza esse processo, seja implementando as várias contrarreformas - trabalhista, administrativa e fiscal -, seja derrubando todas as barreiras legais que impeçam a captação de lucros pelo capital.

Esse processo ocasiona um subfinanciamento estrutural das políticas sociais, dentre elas, a Saúde, visto o não cumprimento do seu orçamento e a criação de dispositivos legais para que ele não ocorra. Nos últimos anos, temos assistido à piora desse cenário, onde o subfinanciamento histórico deu espaço ao desfinanciamento, sob a retórica de que os gastos públicos mergulharam o país numa crise sem precedentes.

Se já vivíamos num contexto de subfinanciamento do SUS, desde os anos 1990, a partir de 2016, sob a égide do Novo Regime Fiscal, o que vai ocorrer é o seu desfinanciamento (Mendes, 2022, grifo próprio), devido às novas regras de financiamento dos gastos primários, colocando em risco a manutenção das políticas sociais, sobretudo aquelas que tinham percentual de recursos vinculados ao orçamento público, como a saúde e a educação.

Dentre as medidas de ajustes fiscais adotadas, que atacam o orçamento da seguridade social, podemos destacar as principais, que são: a DRU, as renúncias fiscais, a não cobrança das dívidas do INSS, a reforma trabalhista, a EC nº 95/16, o não crescimento econômico e o desemprego.

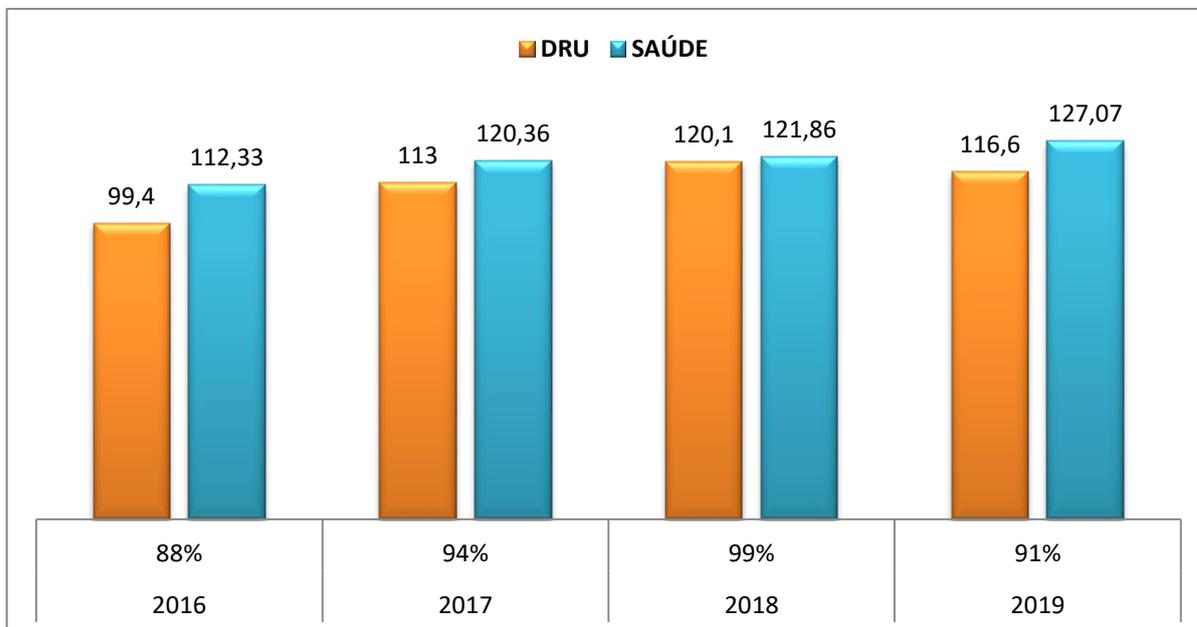
A EC nº 93/16 alterou a regulamentação da DRU, e dentre elas destaca-se o percentual, o período de renovação e a extensão para Estados e Municípios. A partir desta EC, o percentual de retirada dos orçamentos fiscal e da seguridade social passou de 20% para 30%, valendo até 31 de dezembro de 2023.

Se entre 2013 e 2015 a DRU¹ foi responsável pela desvinculação de R\$63,4 bilhões, por ano, a partir de 2016 ocorre um aumento, sendo naquele ano desvinculado o valor de R\$99,4 bilhões; em 2017 de R\$113 bilhões; em 2018 de R\$120,1 bilhões e em 2019 de R\$116,6 bilhões (Mendes, 2022). Em comparação aos valores orçados para a saúde nos respectivos anos, o Portal da Transparência nos

¹ Destacamos que a DRU, em 2020, deixou de desvincular os recursos de contribuições sociais, ficando restrito a desvinculação de 30% dos recursos das taxas dos órgãos da seguridade (das agências de Saúde e Previdência). Visando manter a defesa do corte de direitos lançou as despesas do Regime Extraordinário Fiscal, com os gastos extras da pandemia, financiados pelo chamado Orçamento de Guerra, nas contas da Seguridade Social (ANFIP, 2020).

informa os seguintes valores: R\$ 112,330 bilhões em 2016; R\$ 120,360 bilhões em 2017; R\$ 121, R\$ 860 bilhões em 2018; e R\$ 127, 07 bilhões em 2019.

Gráfico 1 - Desvinculação pela DRU em comparação ao Orçamento da saúde.



Fonte: elaborado pela autora (2023) com base em Mendes (2022) e ANFIP (2020).

As renúncias tributárias vêm aumentando significativamente nos últimos anos, ocasionando mais perdas no orçamento da seguridade social e particularmente para o SUS.

Essas renúncias são um conjunto de medidas que promovem a redução de receitas tributárias, como redução de alíquotas e de bases de cálculos de tributos, créditos presumidos e o resultado dos diferimentos tributários no exercício. Desde 2012, os efeitos desse conjunto de fatores crescem muito em nosso país, em um processo acelerado de desfinanciamento do setor público (ANFIP, 2020, p. 38).

As renúncias tributárias no que tange às contribuições sociais somaram mais de R\$ 317 bilhões, em 2020, sendo elas a Contribuição para a Previdência Social (formada pelos Simples Nacional, Desoneração da Folha de Salários, Entidades Filantrópicas, exportação da Produção Rural, Funrural, Micro Empreendedor Individual-MEI e outras); Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a contribuição social para o PIS-PASEP (ANFIP, 2020).

Na Saúde, as renúncias tributárias se referem ao Imposto de Renda de Pessoa Física ou Jurídica (IRPF e IRPJ), para serviços de saúde privados; às concessões fiscais as entidades privadas e sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos) e à indústria farmacêutica. Mendes (2022, p. 125) destaca que em 2018 o montante da renúncia fiscal foi de R\$49,5 bilhões. Para os planos de Saúde, que são as renúncias de imposto de renda o montante foi de R\$ 18 bilhões. Referente aos hospitais filantrópicos consta um total de R\$13,5 bilhões.

Dentre essas medidas de ajuste fiscal, iremos tratar com mais elementos a EC/95 e suas implicações para a saúde.

1.4 Determinações político-econômicas da EC nº 95 e suas inflexões para a Política de Saúde

Os governos petistas, sem dúvida, simbolizam a contradição entre a incorporação dos ideais e do discurso de esquerda, com a viabilização do projeto neoliberal, conforme destacado por Silva (2017, p. 24-25) em referência à Castelo (2016) “o social-liberalismo como uma variante do neoliberalismo”.

Demier (2017) afirma que em uma década de governo (de 2003 a 2013), o Partido dos Trabalhadores conseguiu incorporar as contrarreformas, reduzir o desemprego, o aumento do consumo popular e políticas sociais compensatórias, que garantiram sono tranquilo da burguesia agradando economicamente a classe dominante.

A conjuntura pós-crise de 2008 no Brasil gerou tensões a partir de 2013, tendo como ponto inicial as manifestações de junho daquele ano, ficando conhecida como “jornadas de junho”. Uma onda de protestos contra o aumento de 25 centavos da passagem de ônibus em São Paulo se espalhou pelo país levantando diversas pautas e se intitulando livre de “cores” partidárias ou relação com os sindicatos. O jargão “não é só pelos 25 centavos” era a justificativa para cobrar por melhores condições de saúde, educação, trabalho, dentre outros.

Na análise acerca desse período, Nobre (2022) sustenta que os acontecimentos de junho de 2013 no Brasil integram um movimento global de revoltas e manifestações, a exemplo da chamada “Primavera Árabe” ocorrida no Oriente Médio e no Norte da África entre 2010-2012. De modo geral, o autor estabelece que esses

movimentos originam-se e são resultados do declínio global da agenda neoliberal, após a crise econômica de 2007-2008, sendo uma característica desses movimentos a reivindicação por mais Estado na busca por soluções aos problemas sociais, e não menos Estado como defende a agenda neoliberal. Todavia, os setores de peso política brasileira optaram por “deixar junho para trás” (id., p. 17) , não fazendo a análise necessária do movimento, dos seus significados e das suas consequências, principalmente para a consolidação da democracia nacional. O que presenciou-se, em seguida, foi a cooptação ideológica do movimento por partidos de direita e pela base conservadora, que mirou no antipetismo e na bandeira anticorrupção como as causas do movimento e como os males que deveriam ser combatidos para recompor o crescimento econômico e a ordem social.

Desta maneira, conforme propõe Demier (2017), as jornadas de junho de 2013 representaram a insatisfação social e o rompimento com o Petismo no poder. “Até mesmo a capacidade do PT de domesticar os movimentos sociais e aplicar ajustes tornou-se menor, diminuindo, por conseguinte, sua serventia política ao capital” (Demier, 2017, p. 84). O autor destaca que já no primeiro mandato da Presidenta Dilma Rousseff, a crise econômica, o aumento do desemprego e o crescimento da inflação impactaram no poder de compra da classe trabalhadora que, mesmo tendo conseguido um padrão de consumo via concessão de créditos, sofre diretamente os impactos da crise. O governo, então, passa a assumir políticas austeras, “com o cobertor curto, optou por aquecer o peito do capital e descobrir os pés do trabalho” (id., 2017, p. 84).

Além da crise econômica, Freixo (2016) pontua que as dificuldades de articulação política do governo e de sua relação com a chamada “base aliada” somados a Operação Lava-Jato e as suas denúncias de corrupção na Petrobrás e em outras empresas estatais e órgãos do governo foram os principais elementos da profunda crise que marcou o governo da Presidenta Dilma. As denúncias da referida operação envolviam vários partidos políticos e naquele momento não havia evidências de envolvimento do ex-presidente Lula e nem da Presidenta Dilma, e apesar do difícil contexto de crise, Dilma foi reeleita, em 2014, após acirrada disputa eleitoral contra o candidato de direita, Aécio Neves, do PSDB.

Além dos acontecimentos descritos, Boito Jr. (2021) compreende que a crise política brasileira contemporânea iniciou-se em novembro de 2014, quando o PSDB impetrou duas ações judiciais visando anular o resultado da reeleição da Presidenta

Dilma Rousseff. Após várias fases e nada comprovado que pudesse anular o resultado daquela eleição, fortaleceu a onda e o discurso de ódio contra o PT, seus membros e tudo o que ele representava.

A derrota do PSDB, conforme análise de Machado, *et. al.* (2017), acirrou a polarização política a partir de 2015, tendo sido a sua quarta derrota nas eleições para Presidência da República, e atrelado a isso o prolongamento da Operação Lava-Jato, a politização da atuação do judiciário e do Ministério Público, da grande mídia que assumiu um papel antigoverno e o comportamento oportunista de partidos, tanto os de oposição quanto os da base governista, contribuíram para acentuar o clima de instabilidade política e institucional, associado à defesa de um projeto ultraneoliberal para o país, vendido como a única saída para a crise.

Em função do golpe de caráter político, jurídico e parlamentar, conforme destaca Côrrea (2016), que resultou no processo de Impeachment da Presidenta Dilma Rousseff² em 2016, assume o governo, o Vice-Presidente, Michel Temer (PMDB, atual MDB), significando para os partidos aliados a chance de fortalecer o projeto societário conservador, totalmente aberto aos interesses do grande capital, sem nenhum freio, colocando em risco os avanços civilizatórios da CF/88 e a abertura ao diálogo com setores populares e representantes das minorias.

Conforme Demier (2017, p. 101), a derrubada do governo Dilma “significou, sem dúvida, o êxito da trama golpista arquitetada pelos setores mais reacionários da sociedade brasileira, dirigida pela oposição de direita e seus aliados midiáticos e forenses”. E a cada dia, as verdadeiras intenções do golpe ficam mais evidentes, uma verdadeira destruição segue, desde então, nas bases políticas e sociais do país.

Assim, compreendemos que a crise política instaurada no Brasil, a partir de 2015, delineou a conjuntura política, econômica e social que hoje vivenciamos, em que ocorre uma agudização das expressões da questão social e de destruição dos

² Faz-se importante o destaque de que, no dia 22 de agosto de 2023, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) decidiu pelo arquivamento da ação de Improbidade Administrativa contra Dilma Rousseff. O processo ocorreu baseado na acusação de que a então presidenta infringiu a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), sendo esse o famoso caso das “pedaladas fiscais” que teria sido usado como justificativa para o processo de impeachment. Assim, o Tribunal decidiu que Dilma não poderia responder nos termos da Lei de Improbidade Administrativa porque já havia sido responsabilizada por meio da norma que define os crimes de responsabilidade. A decisão permitiu o encaminhamento de requerimento por parlamentares da base política do PT pedindo a anulação do Impeachment.

direitos sociais e, particularmente na saúde, acelera o esmagamento do financiamento do SUS (Mendes; Carnut, 2020).

Atrelado a esse cenário, concordamos com Côrtes (2021), quando afirma que a crise econômica que se aprofundou no Brasil entre 2015-2016, em decorrência da crise de superacumulação de capital em escala mundial, ocasionou mais uma vez, a busca pela sua superação a partir da expropriação e espoliação da classe trabalhadora. Isso se evidencia no aprofundamento das contrarreformas promovidas pelo Estado brasileiro, conforme nossas aproximações até aqui realizadas, evidenciando, ainda, que a partir do governo Temer (2016-2018), há um claro movimento de intensificação dessas contrarreformas, que visam à recomposição da acumulação do capital à medida que impõe ao trabalho a responsabilização pela saída da crise a partir do aprofundamento dos ataques aos direitos sociais.

E como já citado, o Estado é obrigado a assumir estratégias que viabilizem a recomposição da acumulação capitalista. Nas palavras de Boito Jr. (2021), “uma política neoliberal extremada”. E, dessa forma, tem-se abertura comercial, desregulamentação financeira, privatizações, manutenção e aprofundamento do superávit primário, redução dos direitos trabalhistas e sociais.

Para Mendes (2022), a atual crise econômica é tratada como a “crise de longa depressão” do capitalismo, com maior intensidade após o *crash* de 2007-2008, com raízes na crise eclodida nos anos 1970, “cujo conteúdo se expressa como uma crise de sobreacumulação e superprodução do capital” (p. 104). O referido autor, à luz de Marx, explica que a crise contemporânea se ancora na articulação de duas principais tendências:

a queda na taxa de lucro nas economias capitalistas no fim da década de 1960; e como resposta a essa tendência, o reforço da valorização financeira pelo sistema capitalista, com o capital fictício³ passando a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, nesse período, apropriando-se dos fundos públicos, por exemplo.

Mendes (2022, p. 108) aponta os dados da crise no Brasil, indicando que a desaceleração da economia aumentou a partir de 2014, configurando-se em seis anos

³ Capital Fictício é uma categoria marxista que analisa e explica a crise contemporânea. Basicamente, ele está nas operações bancárias, e se refere à “capitalização de uma renda derivada de um sobrevalor futuro”, a exemplo das ações em bolsas e títulos públicos. De maneira geral, pertencem ao capital portador de juros e a evolução do sistema de crédito capitalista. Contemporaneamente, Mendes (2022) destaca, nessa lógica, o mercado de derivativos e as criptomoedas, em estudo de Nakatani e Mendes (2020).

de estagnação. Em 2014, 2015 e 2016, o PIB foi, respectivamente, 0,5%, -3,5% e -3,3%. Em 2017, observa-se um pequeno crescimento, 1,3%; em 2018 se mantém o percentual e, 2019, 1,1%. Outros aspectos da crise financeira estão presentes na taxa de desemprego, que em 2019 era de 12,2%; no baixo investimento público em decorrência da EC/95, que começou a valer a partir de 2018; o crescimento da dívida pública de 9,5% em 2019, onde foram executados R\$ 478 bilhões para o pagamento dos juros e encargos dessa dívida, “sendo esse valor quatro vezes mais do que o valor empregado para ações e serviços públicos em saúde”, no referido ano.

Como grande marco da sua gestão, o governo Temer adotou um pacote de medidas que congelaram as despesas primárias por 20 anos, expressa na EC/ 95, de 2016⁴, que trata do teto dos gastos públicos, que impacta diretamente nos gastos sociais.

O pesado ajuste fiscal para assegurar o capital rentista, o pagamento do serviço da dívida pública, a abertura e privatização da economia brasileira para atender ao capital internacional, além dos cortes aos direitos trabalhistas e sociais são os principais objetivos do golpe em curso (Mendes; Carnut, 2020, p. 21).

A EC/95/2016 segue as orientações do documento “*Uma Ponte para o Futuro*”, lançado em 2015, pelo PMDB (hoje MDB), que traz um diagnóstico do país, criticando as despesas obrigatórias, o crescimento das despesas primárias, críticas a vinculação e indexação dos benefícios ao salário mínimo, bem como aos direitos previdenciários, e propõe o retorno de um “orçamento verdadeiro”, baseado no fim das vinculações orçamentárias, no fim de todas as indexações de benefícios, um “orçamento zero” e a alteração na idade e no tempo de contribuição para acesso as aposentadorias.

⁴ A EC/95 que instituiu o Teto de Gastos foi revogada em 31 de agosto de 2023, com a aprovação do novo Arcabouço Fiscal, após tramitação na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. O novo Arcabouço Fiscal foi proposto na chamada “PEC da Transição” e sua elaboração foi liderada por Fernando Haddad, atual Ministro da Fazenda, como um cumprimento da promessa de campanha para que o financiamento público das políticas de saúde e educação sejam garantidos. O novo Arcabouço Fiscal prevê que os gastos nas duas áreas fiquem menos sujeitos à variação dos ciclos de alta e desaceleração da economia e, para isso, vincula o crescimento anual das despesas a um teto de 70% da variação da receita líquida do governo, num intervalo entre 0 6% a 2,5% acima da inflação. Não será possível nos determos as atuais mudanças, entretanto, existe a dúvida se, de fato, avançaremos nas garantias constitucionais de financiamento ou continuaremos presenciando a condição de subfinanciamento e desfinanciamento das políticas sociais que ocorrem desde os anos 1990.

A EC/95 expressa uma das principais medidas que esse documento aponta como enfrentamento do problema fiscal no Brasil, pois ela tem como objetivo limitar a expansão de gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos. O novo regime fiscal se mostra mais rígido do que a Lei de Responsabilidade fiscal (LRF).

Até então, havia controles relacionados ao aumento de despesas obrigatórias e as de duração continuada. A EC do teto vai além. Pela LRF, uma ampliação de despesas pode ser aprovada quando há novo financiamento, por exemplo; e uma nova despesa obrigatória, quando financiada pelo incremento permanente de receitas. As regras do teto de gastos exigem, para qualquer aumento da despesa, compensação por corte equivalente em outra despesa. Aumentos de arrecadação não bastam. Pela EC nº 95, somente a redução real por corte de outras despesas obrigatórias ou por novas restrições às despesas discricionárias pode legitimar o aumento de despesas (ANFIP, 2020, p.43-44).

Na política de saúde essa alteração na regra do piso federal significou congelar “o parâmetro de aplicação mínima no valor monetário correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, até 2036” (Mendes; Carnut, 2020, p.27).

Funcia (2018, p.97) destaca que essa mudança constitucional coloca à saúde um “piso/teto” para aplicação federal, de tal modo que não haverá nenhuma alocação adicional de recursos para o SUS, que não implique na redução de recursos de outra área e/ou política social, representando, assim, “o acirramento da disputa interministerial pela alocação de recursos orçamentários, em detrimento das necessidades da população e a favor dos interesses dos rentistas”, pois um dos objetivos da EC trata da necessidade de rever a rigidez orçamentária decorrente dos mínimos constitucionais, para a saúde e para a educação, para que em conjunto com o “teto” das demais despesas primárias até 2036 (a preços de 2016), alocar os recursos crescentes para pagar os juros e a amortização da dívida pública nesse período. Na análise de Menezes, Moretti e Reis (2019, p.61) em sua essência,

Essa EC/95 impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos da CF/88.

Dessa forma, o subfinanciamento que já era presente na área da saúde passa a se configurar como desfinanciamento, de acordo com estudos de Mendes (2017) e Mendes; Carnut (2020), ficando evidente que a EC/95 ocasiona uma deterioração do gasto público em saúde, pois, se com o subfinanciamento o SUS já tinha um montante de receitas insuficientes, com o processo de desfinanciamento ocorrerá uma perda gradativa no seu valor em relação à arrecadação. Funcia (2018, p.97) observa que:

A mudança da regra da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde introduziu o processo de desfinanciamento do SUS: não se tratava mais de uma discussão de recursos insuficientes para efetivar plenamente o SUS constitucional, mas de redução da alocação anual de recursos, que variava de R\$ 148 bilhões a R\$ 822 bilhões, dependendo da metodologia adotada para a definição dos cenários – do contrafactual (baseado na comparação entre a nova regra do “teto” e a aplicação efetiva baseada na regra da EC 29/200 no período de 2003 a 2015) ao prospectivo (baseado em diferentes parâmetros de projeção para as variações do IPCA/IBGE e para os valores da Receita Corrente Líquida e do PIB até 2036).

Observa-se, conforme explicitado acima, que a EC/95 promove um desfinanciamento da Saúde e abertura ainda maior para o mercado dos serviços de saúde. Bravo; Pelaez; Menezes (2020, p.196) destacam o projeto defendido pelo Ministro da Saúde do Governo Temer, Ricardo Barros, através de discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS, afirmando que “o país não conseguirá sustentar os direitos da CF/88, como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso”. A proposta defendida pelo Ministro tratava dos planos de saúde acessíveis, ou populares, que funcionam com o pagamento direto, e que se autorregulam.

Esse processo evidencia o real objetivo da estratégia montada a partir do golpe de 2016, promover desmonte e abrir espaço ao avanço do capital. Podemos identificar durante toda a narrativa pré-golpe e nas contrarreformas realizadas pós-golpe, no governo de Michel Temer. Foi defendido, à época, que era impossível financiar os direitos sociais previstos na CF/88. Por outro lado, o diálogo com setores do mercado era no sentido de viabilizar os meios para o seu crescimento, conforme destaca Boito Jr. (2021), as seguradoras e os bancos estrangeiros presentes no Brasil foram ouvidos sobre a PEC 287 da Previdência Social do Governo Temer antes que mesmo que tivesse conversas e negociações com as centrais sindicais⁵.

⁵O governo Temer tentou mudar as regras da Previdência Social durante seu governo. No fim de 2016, enviou a PEC nº 287/16 ao Congresso. A Proposta chegou a ser aprovada na Comissão Especial da

Para Agostini; *et. al.* (2019), o desfinanciamento do SUS reverbera para todas as ações de saúde. As ações implementadas na gestão Temer ocorreram dentro da lógica de expropriação dos direitos sociais a partir da asfixia do orçamento fiscal (Cortês, 2021), sempre justificando as contrarreformas e cortes orçamentários através do argumento da incapacidade financeira e de gestão do Estado.

Todo esse processo de crise política e econômica contribuiu para uma crise social ainda mais forte, ancorado na piora dos indicadores econômicos e sociais, a partir de 2018, com o avanço do neoconservadorismo e da defesa da ideologia do ódio, caracterizada como o neofacismo, conforme veremos adiante.

1.5 As inflexões políticas pós-golpe de 2016: ultraneoliberalismo e neofascismo no Poder

Passados seis anos desde o golpe jurídico, parlamentar e midiático que reconfigurou a direção política e econômica atual, marcada pelo acirramento do ajuste fiscal, provocando a piora dos indicadores da fome, da miséria e do desemprego⁶, se faz presente desde as Eleições Presidenciais de 2018 a sombra de um neofascismo e das políticas ultraneoliberais influenciando a direção (ou desgoverno) do país.

Importa destacar que o avanço do conservadorismo na sociedade brasileira, que representa o instrumento ideológico do neoliberalismo, nos últimos anos vem ganhando força e espaço, além de representação política nas diversas casas legislativas nos três níveis de poder. Yazbek (2018) o compreende como a nova forma da burguesia legitimar seu controle na atualidade e colocando-se contra qualquer análise histórica e dialética das contradições de classes no processo de produção e reprodução social-

Essa onda conservadora questiona os direitos sociais e investimentos na área social, além de se colocar contrário a defesa dos Direitos Humanos e de alguns direitos individuais de segmentos historicamente excluídos na sociedade que lutam

Câmara, mas foi “deixado de lado” após a divulgação de gravações que levantaram suspeitas de corrupção entre o então presidente com empresários.

⁶ Segundo dados do 2º trimestre de 2022 apresentados pelo IBGE, 10,1 milhões de brasileiros estão desempregados. A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania, Segurança Alimentar e Nutricional, divulgou, a partir de inquérito, que 33,1 milhões de pessoas no país não têm o que comer, sendo as regiões Norte e Nordeste as mais afetadas (CNN Brasil, 2022). Os dados da fome tiveram uma piora devido a Crise Sanitária decorrida da Pandemia da covid-19, da qual trataremos adiante.

na defesa do seu espaço e na garantia de sua proteção integral. Miskolci e Pereira (2019) pontuam as ações de movimentos anti-igualitários contra as políticas sociais, e desse modo, contra a política de saúde, atuando contra o SUS, com discurso de ineficácia e ineficiência e em defesa da privatização dos serviços de saúde; estando presentes no Congresso, atuam no intuito do desmonte do SUS e da sua privatização.

Demier (2017, p. 101) observa que “o direitismo político e o conservadorismo comportamental, tal como o reacionarismo cultural, parecem medrar sem óbices”. Essa movimentação ideológica, que conduziu o golpe em 2016, manteve-se ainda mais forte nas eleições presidenciais de 2018, que se aglutinou ao discurso de ódio de parte da sociedade, configurando o levantar de uma extrema direita no Brasil, motivado pelo discurso generalizado de anticorrupção na política, que se traduziu, a grosso modo, em ódio ao Partido dos Trabalhadores, visto o discurso montado a partir da Operação Lava-Jato, ódio aos ‘comunistas’, e a todos os grupos que não se encaixam na definição de normalidade do imaginário burguês e, não menos importante, a crítica a um Estado social forte, demonizando as políticas sociais com defesa aberta às privatizações, evidenciando o caráter classista de tal movimento, que deseja segregar e retirar direitos da maior parte da sociedade.

Acerca desse processo, Boito Jr. (2021) analisa que todo esse movimento tinha como objetivo atacar os alicerces da economia brasileira, assim como destruir as representações políticas de esquerda e confundir as organizações populares e democráticas, através do discurso anticorrupção que foi demasiadamente utilizado.

Não por acaso, essa nova configuração ideológica legitima o avanço do capital no assalto ao Estado, promovendo a recomposição da sua lucratividade e recuperação da crise. O neofascismo, nesse sentido, tem o papel intrinsecamente relacionado ao movimento geral do capital, a sua crise de menor lucratividade dos setores produtivos e a busca de superação dela a partir do crescimento vertiginoso do capital fictício, numa relação que envolve o capital transnacional, o poder político repressivo do Estado e as forças neofascistas da sociedade civil, e, diferente do fascismo clássico, não critica a forma política do Estado burguês, mas utiliza os seus mecanismos políticos para garantirem suas ações políticas no âmbito desse mesmo Estado (Mendes, 2022).

Destarte, entendemos o ultraneoliberalismo de acordo com definição de Dardot; Laval (2016), que é uma decantação da fase neoliberal iniciada entre 1980 e 1990, que elaborou uma nova racionalidade governamental, defendendo que o Estado se

torne um guardião do mercado, garantindo estabilidade da política econômica, estabilidade monetária, mercados abertos e concorrência, propriedade privada, liberdade de contratos e responsabilidades dos agentes econômicos.

Conforme assinala Silva (2021, p.07), o termo ultraneoliberal é a forma de expressar o aprofundamento veloz e destrutivo do projeto neoliberal, a fase mais bárbara e perversa do desmonte dos direitos, da precarização e privatização de empresas e serviços públicos vivida pelo país. Compreendemos assim que, no Brasil, o ultraneoliberalismo é a lógica que passa a comandar as medidas de aprofundamento do ajuste fiscal e contrarreformas em áreas estratégicas, como a Saúde, a partir do governo Temer, sendo aprofundadas no governo Bolsonaro. A defesa da Família, na definição patriarcal e burguesa, também foi um discurso recorrente na campanha que tomou não só as ruas, mas intensamente, na internet, por meio das diversas redes sociais, como *Facebook*, *Twitter* e *WhatsApp*, e essa influência foi determinante nos resultados das eleições presidenciais de 2018, que culminaram na eleição de um representante que concebemos como o *neofascismo* brasileiro, que, para Boito Jr.(2021, p.06-7), “trata-se de um movimento de massa da classe média e/ou da pequena burguesia que deve ser qualificado de reacionário, porque o seu objetivo político principal é a eliminação do pensamento e dos movimentos de esquerda”.

O referido autor (ibid, p.08) conceitua e diferencia o neofascismo, sobretudo o neofascismo à brasileira, do movimento fascista do século XX. Na sua análise,

o fascismo original surgido nos países centrais foi um movimento reacionário de massa predominantemente pequeno-burguês voltado contra o movimento operário socialista e comunista, que mobilizou uma crítica conservadora, típica do pequeno proprietário, à economia capitalista e à política parlamentar e chegou ao governo cooptado pelo grande capital. O neofascismo surge no século XXI e, no caso brasileiro, na semiperiferia do sistema imperialista. É um movimento reacionário de massa predominantemente de alta classe média, e não pequeno-burguês; voltado contra o movimento democrático e popular, e não contra um movimento socialista e comunista de massa que não existe no Brasil atual; mobiliza uma crítica conservadora, de classe média, à corrupção e à política democrática, e chegou ao governo cooptado pelo capital financeiro internacional e pela fração da burguesia nacional expansionista, que de fato, não existe no Brasil. Ambos os movimentos prestam serviços a frações da burguesia, mas sem deixar reduzir a instrumentos passivos que essas frações manipulariam ao seu bel prazer (Op. Cit.).

É essa configuração que possibilitou a eleição para o cargo da presidência da República, Jair Messias Bolsonaro (pelo PSL, atualmente no Partido Liberal - PL), um representante da extrema direita e aberto aos interesses do grande capital,

sinalizando-se favorável aos cortes de gastos sociais e privatizações em setores fundamentais do Estado, como saúde, educação, energia, meio ambiente, entre outros.

Jair Bolsonaro não é uma figura nova na política, tendo ocupado vários cargos eletivos por mais de 30 anos, além de promover seus filhos, que também integraram cargos no legislativo nos três níveis, e, apesar disso, ganhou espaços se lançando como uma liderança capaz de acabar com a “velha política” em seus métodos e resultados. Na sua narrativa afirmava ser capaz de reduzir a corrupção, governar sem precisar formar alianças com o centrão, instaurar a ordem para combater os altos níveis de criminalidade, reduzir o papel do Estado na economia e na vida dos cidadãos, bem como garantir que os valores cristãos da família brasileira predominassem nas diversas políticas públicas (Abrucio, 2021, p. 263).

Seguindo a tendência do neofascismo e neoconservadorismo, se mostra contrário às pautas mais progressistas que defendem interesses de grupos historicamente marginalizados, sendo abertamente defensor de posicionamentos classistas, racistas, homofóbicos e sexistas.

No seu programa de governo havia destaque para três setores considerados prioritários: Segurança Pública, Saúde e Educação. As propostas para esses setores tinham como características reduzir o papel do Estado na economia e na vida das pessoas, diminuir a corrupção e moralizar a gestão tornando-a mais eficiente, e com destaque principal o lema “mais Brasil, menos Brasília”, que significava o repasse da responsabilidade das principais políticas públicas aos estados e municípios (Abrucio, 2021).

Bolsonaro assume uma posição confortável ao não se colocar contra o ajuste fiscal promovido pelo seu antecessor, agradando aos setores econômicos que concentraram ainda mais riqueza, além do crescente número de novos milionários evidenciando o crescimento da desigualdade, que destrói as sociedades e que mata⁷. Em contrapartida, o descontrole inflacionário, o baixo PIB e a alta carga tributária têm impactado na agudização das expressões da questão social, expressa no aumento da pobreza e miséria do país.

⁷Dados do Relatório da OXFAM/2022 mostram que durante os dois primeiros anos da Pandemia, os 10 homens mais ricos do mundo dobraram sua riqueza. Identificou-se, ainda, que 1 novo bilionário surge a cada 26 horas desde o início da Pandemia, enquanto 99% da população mundial tivera a piora de sua renda.

Dados oficiais da Receita Federal indicam que, de janeiro a maio de 2022 foram recolhidos em impostos pelo governo federal R\$ 908,5 bilhões, sendo o maior resultado da série histórica iniciada em 1995. A carga tributária em 2021 mostrou que o crescimento da arrecadação foi acima da expansão do PIB (22,48% do PIB), significando que o governo federal recolheu em impostos o equivalente a mais de um quinto da riqueza gerada no país em 2021. A carga tributária total (que inclui a arrecadação de Estados e municípios) chegou a 33,9%, maior patamar desde 2010, quando começa a série calculada pelo Tesouro Nacional, representando cerca de um terço do PIB (BBC BRASIL, 2022).

Os dados apontados pelo IBGE indicam que em 2021 o número dos brasileiros que vivem na pobreza e na extrema pobreza bateu recordes, sendo os maiores números e os maiores percentuais de ambos os grupos da série histórica iniciada em 2012, sendo:

62,5 milhões de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza, o que corresponde a 29,4% da população total, e entre elas, são 17,9 milhões que vivem na extrema pobreza (8,4% dos cidadãos). Na comparação com 2020, mais recordes: o aumento do primeiro grupo bateu 22,7% (entrada de 11,6 milhões de pessoas) e do segundo 48,2% (+5,8 milhões) (IBGE, 2022).

A postura assumida por Bolsonaro esteve muito bem equalizada ao neofascismo, pois, diferente do fascismo do século XX que repudiava a forma de Estado e a política burguesa, agora passa a utilizar os procedimentos e os mecanismos políticos para garantirem suas ações políticas no âmbito do Estado. E quando estão no poder assumem mecanismos autoritários, como no caso do Bolsonaro, que nos três primeiros anos de governo editou 536 decretos (Mendes, 2022), que expressaram o seu caráter autoritário, assim como evidenciou que suas ações e decisões político-econômicas rebateram diretamente nos direitos dos trabalhadores, intensificando a superexploração da força de trabalho e a utilização do fundo público para promover acumulação privada. O acesso a dados e informações foi diminuído gradativamente, além da divulgação de informações de baixa qualidade que dificultaram a análise das consequências das políticas em curso (ANFIP, 2022).

É possível constatar, durante o seu governo, os intensos debates em torno da defesa das reformas e projetos de leis ultraneoliberais, lutando para aprovar uma série de contrarreformas em áreas estratégicas, como a Saúde, da qual trataremos adiante. Dentre as contrarreformas assumidas pelo Governo Bolsonaro, está a contrarreforma Trabalhista, pauta que ganhou força após o Golpe de 2016 e tomou corpo a partir do

Projeto de Lei nº 6.787, enviado à Câmara dos Deputados no final de dezembro daquele ano. O projeto em questão apresentava como principais objetivos

o estímulo a criação de empregos e a redução do desemprego e da informalidade através de contratos trabalhistas precários, como o trabalho intermitente; da ampliação dos limites legais para o uso do contrato em tempo parcial de determinado; da instituição da possibilidade de prestação de trabalho autônomo de forma contínua e exclusiva para uma única empresa; da redução dos custos de contratação e dispensa dos trabalhadores; da fixação de condições de trabalho inferiores às previstas na CLT, pela negociação coletiva e até individual; da forte redução do poder normativo da Justiça do Trabalho e do enfraquecimento das entidades sindicais de trabalhadores com a extinção da contribuição anual obrigatória, que foi, durante décadas, sua principal forma de financiamento (Guerra; Camargos, 2021, P.305).

O Projeto tornou-se a Lei nº 13.467, aprovada em 13 de julho de 2017, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e instituindo a Reforma Trabalhista. Em 2019, durante o Governo Bolsonaro, houve a busca pela implantação no país de uma política ampla de flexibilização da legislação de controle sobre a atividade econômica.

No tocante à contrarreforma da Previdência Social, política atacada por todos os governos pós-CF/88, o governo apresentou no segundo mês de seu mandato a EC/06, de 2019, que foi inspirada na PEC nº 287, com maior grau de ataque a esta política, com a proposta do regime de capitalização obrigatória para novos contribuintes, que foi derrotada na Comissão Especial constituída na Câmara dos Deputados para a sua apreciação (Guerra; Camargos, 2021). Mesmo com esse veto, Guerra; Camargos (2021, p.308) consideram que o conteúdo que foi aprovado na EC/103/2019 “é o mais abrangente e ambicioso, com efeitos perversos para trabalhadores e servidores públicos, considerando todas as reformas previdenciárias já efetuadas no país desde a década de 1990”. Os referidos autores (ibid. p. 308-309) comentam, ainda, que

Batizada de “Nova Previdência”, essa regulamentação envolve desconstitucionalização de regras previdenciárias muito importantes – tempo mínimo de contribuição, cálculo do valor das aposentadorias, regras de concessão da pensão por morte, entre outras - o que introduz uma elevada incerteza quanto à sua estabilidade futura; fixação de regras paramétricas muito duras que buscam reduzir despesas previdenciárias, tanto no Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) quanto do Regime Geral de Previdência Social (RGPS); criação de normas para orientar a organização e o funcionamento dos regimes próprios que induzem reformas previdenciárias nos estados municípios e mudanças no conceito da Seguridade Social inscrito até então no texto constitucional.

Essas mudanças alteraram o que tinha sido construído, não só em direitos trabalhistas – o desmonte da Consolidação das Leis do Trabalho, sancionada em 1943 -, como também no que foi instituído pela CF/88 para a Seguridade Social. Os trabalhadores vêm sendo duramente atingidos a cada período de aprofundamento da exploração por novas formas cada vez mais perversas, na tentativa de recomposição da taxa de lucros. No caso brasileiro, essa lógica se inicia a partir dos anos 1990 e se intensifica, conforme já mencionado, a partir de 2016. Os autores supracitados analisam que dentre as mudanças efetuadas a partir das duas contrarreformas da Previdência Social aqui mencionadas, a maior vitória do governo Bolsonaro:

foi o fim da modalidade de aposentadoria por tempo de contribuição ao RGPS e a fixação de idades mínimas de, respectivamente, 62 e 65 anos para mulheres e para homens como norma geral do RGPS e do RPPS da União. Ou seja, pouco mais de vinte anos após amargarem no governo Fernando Henrique Cardoso uma derrota por apenas um voto em apreciação de matéria semelhante, o mercado e os liberais puderam finalmente celebrar a conquista daquilo que, para eles, sempre foi uma generosidade excessiva do sistema previdenciário brasileiro, desconsiderando totalmente o fato de que grande parte dos trabalhadores inicia muito precocemente sua vida laboral (Op. Cit., p. 309).

1.6 A Política de Saúde no Governo Bolsonaro

Conforme tentamos demonstrar, a conjuntura social, política e econômica dos últimos anos no Brasil é marcada pelas respostas a crise do capital, refuncionalizando o papel do Estado e das políticas sociais. A política de Saúde, nesse contexto, passa a ser uma das políticas mais dilapidadas, sobretudo a partir de 2017, com a EC/95.

O governo Bolsonaro inicia seu mandato com a EC/95 em vigor, sendo ela uma grande amarra fiscal, que limitou os gastos primários em patamares mais rígidos do que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Antes da EC/95, havia controles a partir da LRF, que impedia mudanças no marco legal que aumentassem despesas sem novas receitas compensatórias.

Agora, as novas regras exigem que para qualquer aumento de despesa, compensação por corte equivalente em outra despesa. Aumentos de arrecadação não bastam. O teto não admite exceções. Não se eleva, é apenas corrigido pela inflação. É insensível às possibilidades econômicas e fiscais. Não cresce mesmo que a arrecadação permita. E é surdo em relação

às exigências das urnas. A sua implantação representa uma inversão do modelo constitucional: ao contrário de estabelecer gastos mínimos para defender direitos de cidadania, como o fez o constituinte originário, o Novo Regime Fiscal estabelece gastos máximos, para a proteção dos rentistas (ANFIP, 2022, p.26).

Esse Novo Regime Fiscal promove o desfinanciamento da saúde pública. As análises de Mendes (2022) indicam que desde a CF/88, com a inovação do sistema da Seguridade Social, o seu orçamento não é cumprido, conforme já mencionado anteriormente. Seus estudos mostram (ibid. p.122) que o não cumprimento do orçamento para a saúde é uma realidade presente ao longo dos mais de 30 anos do SUS. Entre 1995 e 2019, os gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos não ultrapassou 1,7% do PIB; em contrapartida, foram destinados para o pagamento dos juros da dívida, em média, 6,6% do PIB.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no governo Temer, passou por um processo de desmonte que foi aprofundado no governo Bolsonaro. De início, houve uma revisão pactuada na Reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (Conasens), em 31 de agosto de 2017, não contando com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e tampouco com a discussão junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, em curtíssimo espaço de tempo. O texto não retirou a estratégia Saúde da Família como prioridade na expansão e consolidação da Atenção Básica, mas instituiu novas formas de financiamento “para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS)”, o que vai contra aos princípios organizativos e norteadores da Atenção Básica e da Atenção Primária à Saúde (APS)(Bravo; Pelaez; Menezes, 2020).

Mendes (2022 *apud* Mendes; Carnut, 2020, p.127), a partir de estudo acerca do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), constatam que essa modificação, na realidade, trata-se:

de uma contrarreforma que acirra a transformação do nosso sistema de saúde – no contexto de crise do capital e sua relação com o Estado no capitalismo dependente, acrescido do neofascismo de Bolsonaro – para uma atenção à saúde voltada aos pobres (apenas cadastrados) com poucos recursos. Em suma, trata-se de focar o financiamento da APS na adoção de instrumentos de gestão no interior da administração pública direta,

focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda a lógica da Atenção Primária à Saúde original e da universalidade do sistema[...].

Uma APS pensada nesses moldes, em que o trabalho das unidades passa a assumir um caráter de produtividade e metas, descaracteriza por completo a política, que tem que ser desenvolvida, de modo que atenda os princípios do SUS, pois não permite que as leituras e mediações necessárias sejam feitas e não garante a qualidade e a efetividade, mas sim, a quantidade de serviços realizados.

Outro ponto a ser destacado é a questão da focalização na extrema pobreza, o que nega o princípio de universalidade, onde todos os cidadãos têm o direito ao acesso gratuito e universal. Essa lógica só fortalece o projeto dos planos de saúde populares, que vem empurrando a classe trabalhadora ao pagamento direto de atendimentos clínicos que deveriam e poderiam estar sendo desenvolvidos pelo SUS, se o seu financiamento estivesse ocorrendo em consonância com o marco legal.

Importa destacar que nesse contexto há uma forte influência dos organismos internacionais, que ditam, desde os anos 1990, a agenda a ser seguida pelos países de capitalismo dependente. O BM é um dos grandes interlocutores na saúde pública brasileira, pois percebe o quão rentável ela pode ser. Ele passa a figurar ditando a lógica dos investimentos, principalmente no setor de Saúde, com vistas a reduzir os investimentos públicos e abrir espaço ao mercado dos serviços de saúde, incentivando o crescimento e fortalecimento desse setor. Rizzotto (2015, p.262) destaca que dentre as possíveis razões para o BM se interessar pelo setor saúde, uma delas é o fato de que esse setor “mobilizava um volume razoável de recursos que interessava ao capital”. A autora destaca que, segundo a OMS, “em 1990, 8% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial eram gastos com saúde; em 2007 o valor investido já era de 9,7% do PIB e com tendência a crescimento” (ibid.).

Desse modo, tem-se que a intervenção do BM na área da saúde objetivava a ampliação do complexo médico-hospitalar privado no controle e na oferta de serviços de saúde, o que se caracteriza como mais uma das diretrizes das contrarreformas neoliberais implantadas nos países de capitalismo dependente, limitando a ação do Estado a ações focalizados na pobreza e em determinados segmentos populacionais, com ações de baixo custo e alto impacto. Essa ampliação visava, conforme pretensão do BM, a coexistência de dois subsistemas de saúde, sendo um público e um privado.

O Relatório do BM, de 2017, intitulado “*Um ajuste justo*”, influenciou na contrarreforma da APS, e foi elaborado a pedido do Governo Temer, para indicar mais ajustes nos gastos sociais. Esse Relatório indicou as alterações a serem realizadas na saúde, desde então, sendo um dos seus principais argumentos, conforme aponta Mendes (2022. P. 128): “sendo mais eficiente, o Brasil poderia oferecer mais serviços no nível da atenção primária”. O mesmo autor aponta, ainda, que a estratégia para os planos públicos de saúde orientada pelo BM, desde o início dos anos 2000, é o desenvolvimento de medidas que sejam capazes de avaliar o seu desempenho.

Já em 2019, um novo Relatório, intitulado “*Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde brasileiro*” indica as bases da contrarreforma da APS, trazendo o modelo de alocação dos recursos federais do programa. Nesse novo cenário, passa-se a ser valorizado os atributos de modernização e racionalização das atividades do SUS, associados aos interesses de mercado. Como já mencionado, tem-se a focalização nos mais vulneráveis e a utilização de instrumentos administrativos e gerenciais se distanciando do direito à Saúde como objetivo central.

Essa situação se agrava a partir de 2020, com a crise sanitária decorrente da Pandemia da Covid-19, que exigiu um aporte de recursos financeiros para o enfrentamento da pandemia. O cenário de desmonte da política de saúde, somado ao negacionismo e a irresponsabilidade criminosa do governo Bolsonaro, fez com que o Brasil passasse a vivenciar o momento mais triste e difícil da sua história recente, no que se refere à emergência sanitária, que discorreremos adiante.

1.6.1 A condução da saúde no governo Bolsonaro frente à emergência sanitária da covid-19

O final do ano de 2019 foi marcado pelo surgimento de uma nova doença ocasionada por um vírus até então desconhecido. Foi na cidade de Wuhan, na China, que ocorreram os primeiros casos da infecção, que, em pouco tempo, tornou-se o epicentro da doença naquele país. O vírus rapidamente se espalhou, devido o número de pessoas que circulam entre países constantemente, com intuito de turismo ou por compromissos ligados ao trabalho e ao comércio exterior.

O Novo Coronavírus (Sars-CoV-2) recebeu essa denominação por pertencer a famílias dos vírus “corona” que possuem formação semelhante a uma coroa. “Os

coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV” (Brasil, 2020). A infecção causada por ele ocasiona a doença que foi denominada de “covid-19”, referenciando a família do vírus e o ano de seu surgimento.

A rápida disseminação da covid-19 por todos os continentes fez com que a OMS declarasse, em 30 de janeiro de 2020, o novo surto de coronavírus uma emergência de saúde pública de interesse internacional, o mais alto nível de alarme (DOMINGUES, 2021).

O primeiro caso registrado no Brasil foi datado em março de 2020, em um homem de 61 anos de idade, residente na cidade de São Paulo e recém-chegado de uma viagem da Itália, epicentro da doença na Europa.

A pandemia da covid-19 vem colocando a prova vários modelos de gestão dos serviços de saúde pelo mundo, dando enfoque ao debate acerca dos países proverem sistemas públicos, visto que em muitas nações, a exemplo dos Estados Unidos, não existem sistemas públicos de saúde. De acordo com Nunes (2020, P.02)

a pandemia é um fenômeno político com as suas raízes no nosso passado recente neoliberal. A história da covid-19 é feita de ações e omissões, ao longo das últimas décadas, que reduziram a capacidade dos sistemas de saúde de vigiar, conter e mitigar epidemias. Faz-se de escolhas políticas que acentuaram a desigualdade econômica, a precariedade do trabalho e o enfraquecimento de serviços públicos de assistência, o que por sua vez colocou uma parte significativa da população em situação de vulnerabilidade à doença e incapacidade de lidar com as suas consequências.

Concordamos com Mendes (2021 *apud* Choonara, 2020), quando caracteriza a crise contemporânea do capitalismo como tripla, tendo dimensões sanitária, econômica e ecológica. A pandemia chegou ao Brasil num contexto de teto dos gastos, tendo a política de saúde um dos cortes mais significativos. Nesse cenário de desmonte e desfinanciamento, o país passa a enfrentar, a partir de março de 2020, as consequências dessa crise e tendo ainda a dimensão da crise política.

A Pandemia da covid-19 trouxe à tona as discussões sobre a importância do fortalecimento dos serviços públicos de saúde e o papel do Estado no atendimento à população. Em todos os países reacenderam os debates acerca dos modelos de acesso a serviços públicos de saúde, da importância dos investimentos em pesquisa e tecnologia. Entretanto, no Brasil, conforme destaca Mendes (2021, p.4), se

mantiveram “os ajustes fiscais recessivos consoantes com as políticas ultraneoliberais e neofascistas do governo Bolsonaro”.

A situação no país, no que diz respeito às mortes, mesmo se considerando a abrangência territorial do Brasil, ficou evidente que o número de vidas perdidas poderia ter sido bem menor, caso o Governo Federal tivesse tomado uma direção oposta a que foi assumida desde o início da Pandemia, sendo atualmente um total de mais de 700 mil vidas perdidas e mais de 37 milhões de casos confirmados. Os números mundiais são: 2.958.886 milhões de óbitos e 193.210.684 casos confirmados⁸. Atitudes negacionistas por parte do governo Bolsonaro promoveram a agudização da crise sanitária. Santos et. al. (2020) destacam que essa postura “ainda que pareça despreziosa é carregada de necrobiopoder⁹ e revela a política macabra e intencional proposta e executada pelo Estado” (Santos et. al. 2020, p. 4213). Nessa perspectiva, Matos (2021) considera que:

essa concepção política se apresenta nas falas do presidente, de crítica aos direitos humanos, à ancestralidade (indígena e africana) da população brasileira, à livre orientação e expressão de gênero e sexual etc., enfim, uma crítica à diversidade humana no seu conjunto, explicitando um conteúdo neofascista. (Matos, 2021, p. 28).

Por ser uma doença totalmente nova e sem tratamento, as recomendações da OMS eram a intensificação dos cuidados com hábitos de higiene, como lavar as mãos constantemente, o uso de álcool em gel e de máscaras, visto que o vírus se espalha através de partículas respiratórias e por aerossóis, que são partículas ainda menores que podem viajar por maiores distâncias, sendo possível a eles até passarem pelas frestas das máscaras utilizadas da maneira incorreta.

Outras estratégias recomendadas foram, inicialmente, a de isolamento social para pessoas adoecidas, grupos de risco e com suspeita de contaminação, visando retardar a propagação do vírus, para que não houvesse a superlotação e o colapso dos serviços de saúde, caso toda a população adoecesse ao mesmo tempo. A

⁸ Números atualizados até 08/08/2023, pelo portal do Ministério da Saúde e da OMS.

⁹ Necrobiopoder é um conceito formulado a partir do conceito de biopoder, de Michel Foucault (1999), para caracterizar ações de governo implementadas com o objetivo de “fazer viver, deixar morrer”. Na contemporaneidade, temos o trabalho de Achille Mbembe (2018) que trata do Necropoder. Em síntese, o Estado, através de políticas e programas, influencia diretamente nas decisões de quem deve viver e quem deve morrer, operando, assim, uma Necropolítica (política de morte). Trazendo o conceito para uma leitura da realidade brasileira na Pandemia da covid-19, o Estado, ao assumir políticas de ajuste fiscal, desmonte de políticas sociais, a inércia frente ao caos instalado e a negação da gravidade da crise sanitária, decidiu pela morte de um número expressivo de cidadãos.

segunda foi o distanciamento social, que tinha o mesmo objetivo, o de inibir a propagação do vírus.

O Brasil, nesse aspecto, foi um dos países que tiveram os níveis mais baixos de isolamento, sendo menor que Argentina, Espanha e Itália (Oliveira; Fernandez, 2021). Foi necessária a ação do Supremo Tribunal Federal (STF), que por meio de decisão dos seus ministros garantiu autonomia aos governadores e prefeitos para determinarem as medidas para o enfrentamento do coronavírus, permitindo que estados e municípios pudessem regulamentar medidas de isolamento social, fechamento de comércio e outras restrições. Essa decisão foi de grande importância e contribuiu positivamente para que o mínimo de controle do contágio ocorresse, além da autonomia que foi dada aos entes subnacionais em meio ao descaso do governo federal, que continuou com uma postura negacionista e anti-isolamento.

Enquanto diversos países realizavam uma verdadeira corrida em busca de uma vacina eficaz contra a covid-19, o governo brasileiro se colocava contra a possibilidade de uma vacinação em massa, contribuindo para o surgimento de uma campanha antivacina e atrasando processos de aquisição de insumos para a produção nacional.

Em uma de suas *'Lives'*¹⁰, realizada em seu perfil de Rede Social *YouTube*, em outubro de 2021, Bolsonaro leu uma suposta notícia de que relatórios oficiais do governo do Reino Unido sugerem que as pessoas completamente imunizadas estão desenvolvendo a síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV) "muito mais rápido que o previsto". Tal informação foi desmentida pelas autoridades sanitárias, como a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), que repudiou a relação inexistente entre as vacinas contra a covid-19 e o HIV, ressaltando a importância da vacinação para toda a população, sobretudo para as pessoas vivendo com HIV e aids (O GLOBO, 2021).

Acrescenta-se ao rol de horrores da gestão Bolsonaro a ampla defesa e campanha de incentivo ao uso do "kit covid", composto pelos medicamentos Hidroxicloroquina, Ivermectina, Azitromicina, Nitazoxanida e Tamiflu para utilização nas fases iniciais da doença. A Hidroxicloroquina é um medicamento indicado para o tratamento de malária, artrite reumatoide, lúpus eritematoso, entre outras doenças. A Ivermectina e a Nitazoxanida são antiparasitários. O Tamiflu é utilizado em casos de infecção com o vírus da gripe e a Azitromicina é um antibiótico. Em síntese, nenhum

¹⁰ Termo oriundo da língua inglesa que caracteriza as transmissões de vídeo em tempo real através das redes sociais.

dos medicamentos indicados tiveram eficácia comprovada contra a infecção pelo coronavírus.

Oliveira; Fernandez (2021) destacam o “Dia D” contra a covid-19, organizado pelo Ministério da Saúde, que ocorreu em setembro de 2020, onde seria distribuído o Kit covid-19. Em meio à repercussão negativa, o Ministério da Saúde recuou afirmando que o Kit não seria distribuído. Mesmo assim, Bolsonaro continuou defendendo a adoção dos medicamentos, contrariando os estudos que comprovaram a ineficácia de tal coquetel e colocando, mais uma vez, a vida das pessoas em risco, pois, ao usar medicamentos sem acompanhamento médico e sem a real necessidade, as pessoas se expuseram aos perigos dos efeitos colaterais dos medicamentos em questão.

Bolsonaro incentivou, ainda, que as pessoas procurassem médicos que apoiassem e indicassem o “tratamento precoce”. Veículos de imprensa declararam, na época, que a União gastaria R\$ 89,5 milhões na aquisição dos medicamentos. E mesmo com pesquisas de vários países indicando a ineficácia do tratamento precoce, dados informaram que o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército comprou, em maio de 2020, uma tonelada do ingrediente farmacêutico ativo (IFA) para a produção de cloroquina, por pouco mais de R\$ 1,3 milhão (Shalders, 2021).

O agravamento da crise econômica em países de capitalismo dependente decorrente da crise sanitária da covid-19 gera grandes preocupações, não só pela queda na produção, mas no crescimento do desemprego e baixos investimentos do Estado no setor público, o que torna conveniente a justificativa de que precisam ser feitos cortes nos gastos públicos.

Em 2020, devido à Pandemia, as regras fiscais do teto de gastos ficaram suspensas, o que possibilitou a submissão dos gastos públicos a um regime misto, em ocasião do Decreto Legislativo nº 06/2020, que declarou Estado de Calamidade Pública. Assim, foi possível estabelecer uma maior liberdade de gastos com a dispensa do cumprimento das metas de resultados fiscais. Para isso, o Congresso Nacional aprovou a E.C. nº 106/2020, que instituiu o Regime Fiscal Extraordinário, o chamado “orçamento de guerra”, para atender os encargos da crise pandêmica e das medidas de proteção do emprego e da renda das famílias, pois, o orçamento da seguridade social não seria capaz de arcar com as despesas resultantes dessa enorme crise sanitária e social, inclusive devido a sua submissão ao teto dos gastos.

A partir da aprovação da Medida Provisória nº 967/2020 foi autorizada a abertura de crédito extraordinário em favor do MS no valor de mais de R\$ 5.560 bilhões, sendo que mais de R\$ 4.800 bilhões para o FNS e mais R\$ 713.200 milhões para a Fundação Oswaldo Cruz

Dados da ANFIP (2021) mostram que para a Saúde em 2020, com a E.C. nº 106/2020 foi garantido para o enfrentamento da crise sanitária e social recursos na ordem de R\$63,7 bilhões, sendo que apenas R\$41,8 bilhões foram utilizados (empenhados) e, tão somente, R\$39,4 bilhões executados, mas nem tudo foi utilizado. Na prática, esse valor foi bem aquém do necessário, pois, dos R\$ 39,4 bilhões foi enviado aos estados e ao Distrito Federal 58,5% para que fossem enviados aos municípios; 15,0% para aplicação direta pelo Ministério da Saúde; e 4,3% para transferência ao exterior (Mendes, 2022). Mesmo sendo autorizado pelo Congresso, o governo não gastou todos os recursos aprovados ao enfrentamento da Pandemia, preferindo se manter dentro das regras do Teto.

Considerando o orçamento da Saúde e o desfinanciamento ocasionado pelas medidas de ajuste fiscal, a ANFIP (2021) indica que, em 2020, excluídos os valores excepcionais do Regime Fiscal Extraordinário para o enfrentamento da covid-19, o orçamento do MS para despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para 2020 e 2021, considerando as regras do teto dos gastos foi de R\$ 119,811 bilhões e R\$128,150 bilhões, respectivamente, representando uma variação de 2%, muito inferior a inflação do período.

Em 2021, o primeiro semestre evidenciou a exaustão do SUS visto o crescente número de casos e a falta de capacidade em atendimento e internação de muitos municípios. Sendo o Brasil titular de um sistema público de saúde que serve de modelo, muitas vezes referência (como na cobertura vacinal), universalizado, capaz de atender da atenção básica aos procedimentos mais especializados, o Brasil poderia ter tido melhores resultados no combate à Pandemia (ANFIP, 2022).

Apesar da exaustão do SUS, devido ao aumento dos casos e morte, os recursos para o enfrentamento da Pandemia, em 2021, foram menores do que em 2020, retornando as regras fiscais para as despesas primárias da EC/95, recebendo o mínimo obrigatório permitido pelo teto. Acerca disso, Mendes (2022, p. 124) analisa que o Congresso teria acrescentado para o orçamento de 2021 um montante residual em forma de Emendas, que não foram, em regra, alocadas para o combate à

Pandemia. Dessa forma, o orçamento de 2021 ficou menor em R\$ 40 bilhões quando comparado ao de 2020.

Segundo o Portal da Transparência, a Ação Orçamentária “Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus”, em 2020, teve um total executado de mais de R\$ 42.532 bilhões, onde o MS executou mais de R\$ 36.500 bilhões e a Fundação Oswaldo Cruz mais de R\$ 2.600 bilhões. Em 2021, a mesma ação orçamentária informa como total executado um valor em torno de R\$ 16.904 bilhões, sendo R\$ 16.852 bilhões executados pelo MS e apenas R\$121, 461 milhões destinados a Fundação Oswaldo Cruz, o que representou 0,46% dos gastos públicos daquele ano.

Do mesmo período, Mendes (2022) observa a existência de um montante para o Ministério da Saúde foi de R\$ 131,2 bilhões, sendo que desse valor, R\$ 123,8 bilhões do orçamento federal e R\$ 7,4 bilhões provenientes de emendas parlamentares, que não foram, em regra, alocadas para o combate à Pandemia. Mendes (2022, p. 124) alerta que

essa forma de recursos extras por meio de emendas comprova o ajuste de interesse entre o governo Bolsonaro e o bloco de parlamentares fisiologista, conhecido como “Centrão”, no intuito de garantir apoio ao projeto Bolsonaro e sua manutenção no poder.

É importante destacar que o governo teve ampla capacidade de ação, no que se refere às decisões emergenciais aprovadas pelo legislativo, que alocou recursos para o enfrentamento da pandemia, aprovando em tempo recorde o Estado de Calamidade e até mesmo em decretos aprovados, garantindo flexibilidade frente a lei de responsabilidade fiscal. No entanto, por diversas razões, o caminho tomado não foi o esperado; o que presenciamos foi omissão da responsabilidade por parte do gestor do SUS à época (cargo que enfrentou a maior rotatividade no governo), a não definição de competências, falta de protocolos à altura do caos da pandemia, a falta de ações para evitar o colapso do SUS e a falta de vacinas para promover uma campanha de vacinação em massa.

Em 2021, a gravidade da Pandemia foi ainda maior, além da falta de planejamento e alocação financeira, surgiram novas variantes do vírus, ocasionando o aumento do número de contaminações, assim como na complexidade dos novos

sintomas mais graves, que ocasionou mais infecções e aumento da mortalidade (ANFIP, 2021, p.24-25).

Segundo a ANFIP (2022), os gastos da União, em 2021, em valores nominais, ampliaram com Ações e Serviços em Saúde (ASPS), incluindo os gastos com a covid-19, de R\$165 bilhões para R\$183 bilhões, contudo, quando comparado com inflação e variação do PIB, observa-se que não houve ganho, pois,

Segundo os dados do SIGA Brasil (SF), quando corrigidos pelo IPCA, os valores efetivamente pagos em 2021 ficam ligeiramente inferiores aos de 2020. E, os repasses para estados e municípios efetivamente entregues ficam inferiores, respectivamente, -16,3% e -16,6%. A União gastou em aplicações diretas 44% a mais do que em 2020, uma parcela considerável desse aumento está relacionada às vacinas da covid-19 (ibid, p116).

Diante do aumento de números dos casos, o colapso nos serviços de saúde de alguns locais, a inexistência de terapias farmacêuticas e a leniência do Governo Federal, a situação do país atingiu o caos nos primeiros meses de 2021. As vacinas sinalizavam como a única alternativa para que o mundo pudesse barrar as taxas de mortalidade pela covid-19. As primeiras vacinas surgiram em dezembro de 2020, após um árduo esforço de vários países em desenvolver uma fórmula de imunizante segura e eficaz em um tempo mínimo, necessário para a pesquisa, testagem e aprovação. “Ao final de janeiro de 2021, 106 milhões de pessoas já haviam recebido uma dose. Foram 40 milhões na Ásia, 25 milhões na Europa e 39 milhões na América do Norte”. (ANFIP, 2022, p. 96). No Brasil, a primeira vacina foi aplicada somente em janeiro de 2021. Naquele período, o mundo já somava 48 milhões de doses.

Entidades internacionais se uniram em comissões para desenvolver pesquisas científicas e produção em larga escala de vacinas e criaram alguns consórcios visando facilitar a compra das doses pelos diversos países membros. Nessa lógica, foi criado pela OMS e pela Comissão Europeia, em abril de 2020, a Aliança de Vacinas Gavi (Gavi the Vaccine Alliance) e a CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, ou tradução livre de “Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias”). Desse intenso empreendimento foi criado a CovaxFacility, destinada a providenciar vacinas para todas as nações de forma justa e igualitária, independentemente de sua condição financeira (ANFIP, 2022).

Assumindo, mais uma vez, postura negacionista e irresponsável, o Governo Federal não manifestou nenhum interesse em integrar o consórcio, o que permitiria

acesso a cobertura vacinal de até 20% da população; facilidades e melhores condições para negociações de mais doses com as indústrias fabricantes das vacinas. Somente em agosto, o Brasil manifestou-se pela reserva de 85 milhões de doses. A adesão formal do Brasil a esse Consórcio somente se deu em março de 2021, às vésperas do Consórcio completar um ano! Naquele momento, o Brasil optou por apenas a metade das doses, o suficiente para 10% da população (ANFIP, 2022, p. 97).

A vacinação no Brasil começou atrasada comparada a outros países, em contrapartida, o governo investia e disseminava o discurso em defesa de um tratamento precoce, que não tinha nenhum respaldo científico; além de seguir um processo lento e gradual, onde os primeiros vacinados foram os integrantes do chamado grupo prioritário ou de risco, sendo composto por idosos e profissionais de saúde; após isso, a vacinação ocorreu por faixa etária, até atingir um número expressivo de pessoas imunizadas.

A pauta da vacinação foi assumida pelo governo Bolsonaro, sem nenhuma surpresa, repleta de negacionismo, desinformação, provocações políticas e preconceito. De fato, durante muitos meses essa foi uma pauta abandonada. Ao passo que a União agia com lentidão na aquisição de vacinas e de insumos que garantissem ao país certa autonomia na produção dos imunizantes, além de adquirir poucas doses e protelar o lançamento de um programa nacional de imunização, o governo de São Paulo conduzido por João Dória Jr. (PSDB) se adiantava, garantido a compra de mais de R\$ 5 milhões em insumos para que o Instituto Butantan pudesse desenvolver doses de vacinas e iniciar o seu plano de vacinação estadual.

A ação do Governador João Dória, na leitura de muitos, foi uma grande estratégia de marketing político, especulando-se até um possível interesse nas disputas presidenciais de 2022. Em contraponto, o Presidente Bolsonaro demonstrou incômodo com a estratégia do antigo aliado, momento em que usou de termos preconceituosos contra a vacina desenvolvida pelo laboratório chinês, se referindo a ela como “vacina chinesa” com intenção pejorativa, enfatizando que o Brasil ofertaria vacinas a toda a população de forma gratuita e não obrigatória quando a ANVISA desse seu aval.

A referência carregada de preconceito à CoronaVac surge a partir de teorias conspiratórias de que o Coronavírus foi desenvolvido em laboratório chinês, colocando-se contra o fato de ser mais um vírus transmutado em processo natural. Duas são as vertentes dessas teorias, uma é de que o vírus foi espalhado

intencionalmente e a outra é de que vazou do laboratório acidentalmente. Em resumo, ao referenciar “vírus chinês”, Bolsonaro, seus aliados e simpatizantes se inseriram na disputa geopolítica dos Estados Unidos contra a China, gerando um estigma contra esse país. Nesse caso, “o estigma pode acompanhar ou ser o germe de manifestações de xenofobia, aqui compreendida simplesmente como a percepção de pessoas "estrangeiras" como ameaças” (Ventura, 2020). Além disso, a OMS define o estigma social no âmbito da saúde

como a associação pejorativa entre uma doença específica e uma pessoa ou um grupo de pessoas que compartilham certas características, podendo ensejar estereótipos, diversas formas de discriminação, ou até perda de status durante um surto ou epidemia, afetando tanto a pessoas doentes ou infectadas como seus cuidadores, familiares, amigos e comunidades (Op. Cit. 2020).

Em 17 de janeiro de 2021 o Brasil aplicou a primeira dose da vacina, sendo a enfermeira, Mônica Calazans, a primeira pessoa vacinada em evento realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. O processo ocorreu após a ANVISA ter autorizado, por unanimidade, o uso emergencial das vacinas CoronaVac, produzida pela farmacêutica chinesa Cinovac e solicitada pelo Instituto Butantan, que também passou a produzir a vacina, e da Universidade de Oxford, solicitada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A vacina de Oxford foi importada do laboratório Serum, da Índia, que produziu a vacina desenvolvida pela universidade do Reino Unido e pelo laboratório AstraZeneca, sendo que o Brasil também passou a desenvolvê-la.

Ao olhar a história mais recente do Brasil, não encontramos registros de um negacionismo da ciência e da utilização de notícias falsas como estratégia política e de arregimentação de apoio popular como na era Bolsonaro que se aproveitou dos novos tempos, onde temos

uma população hiperconectada, cuja a maioria não sabe reconhecer as diferenças lógicas entre notícias falsas ou verdadeiras, [...] principalmente quando se trata de curas milagrosas, acontecimentos fantasiosos e teorias conspiratórias a respeito de vacinas, o vácuo provocado pela precariedade da educação e pela ausência do Estado abre espaço para que sujeitos e instituições mal-intencionados plantem dúvidas no consciente coletivo da população e a leve ao erro de questionar consensos científicos incontroversos (Galhardi, *et. al.*, 2022, p. 1850).

O país sempre foi referência mundial em campanhas de vacinação da população, que ajudou a controlar e até extinguir doenças, agora lida com a preocupação de vê-las retornando para a lista de doenças no Brasil, como o Sarampo, que tinha sido erradicado em 2016 e retornou em 2018. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), divulgados em 2022, mostram que “a taxa de vacinação infantil no país vem sofrendo uma queda brusca: a taxa caiu de 93,1% para 71,49%. De acordo com a OMS esse número coloca o Brasil entre os dez países com menor cobertura vacinal do mundo”. Além do Sarampo, outras doenças que correm o risco de voltar a acometer as crianças são a poliomielite, meningite, rubéola e a difteria (La Porta; Lima, 2022).

O negacionismo assentado num fundamentalismo religioso delirante, que vê conspiração em todos os âmbitos da ciência, interferiu diretamente nos números da vacinação contra a covid-19, assim como nas outras vacinas disponíveis no SUS. Esse movimento antivacina ganhou adesão até mesmo de profissionais da saúde, o que gerou revolta em muitos representantes da área, como o diretor do Departamento de Imunizações do Ministério da Saúde, Éder Gatti:

Lamentamos muito a inércia do Conselho Federal de Medicina diante de profissionais médicos que disseminam mentiras, que fazem exploração econômica dessa situação. E esperamos que o Conselho Federal de Medicina reveja a sua postura (AGÊNCIA BRASIL, 2023).

A produção e a disseminação de notícias falsas tornaram o enfrentamento da pandemia muito mais difícil. Segundo Galhardi; *et. al.* (2022), esse processo dificultou o acesso da população as notícias oficiais e verdadeiras sobre o Coronavírus e sobre a covid-19, o que levou a OMS a cunhar o termo infodemia, designando uma verdadeira epidemia de desinformação, “deliberada ou incidental, que contribuiu significativamente para aumentar os riscos de contágio, estimular o afrouxamento do isolamento social e promover desconfiança em relação às vacinas” (p. 1850).

Atualmente o MS conta com a vacina bivalente, que oferece proteção contra a variante original do Coronavírus e contra as cepas que surgiram posteriormente, incluindo a Ômicron, variante de preocupação no momento. Segundo o Ministério da Saúde, até abril de 2023, 17,6% do público elegível tinham sido vacinadas e o que se espera é que a vacinação atinja 55 milhões de pessoas.

Ao fim do governo Bolsonaro, em dezembro de 2022, evidenciou-se seu caráter privatista para a Saúde, defesa que fazia antes mesmo de assumir a presidência. Ao apagar das luzes do seu governo, Bolsonaro propôs um orçamento inviável para o exercício de 2023, tendo uma redução de investimentos no setor saúde de R\$22,7 bilhões. Registrou-se a perda, na Saúde, de recursos para vários programas, a exemplo do programa Farmácia Popular, além de ter afetado os recursos para o tratamento de câncer. Já a distribuição de medicamentos para tratamento de aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais a perda foi de R\$ 407 milhões, com vistas a garantir recursos para o que ficou conhecido em 2022 como “Orçamento Secreto”, que foi um esquema de transferência de verbas a parlamentares sem nenhum tipo de transparência (Lacerda, 2022).

Muitos são os desafios que restaram pós-gestão Bolsonaro. O clima é de reconstrução, contabilização das perdas e a busca de alternativas, na esfera jurídico-política, para o enfrentamento dos desmontes. Contudo, é evidente de que há limites para essa recomposição, visto as contínuas investidas do grande capital para seguir com sua agenda ultraneoliberal.

Em 05/05/2023, a OMS declarou o fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à covid-19, ressaltando que os cuidados com prevenção e vacinação devem continuar para evitar novos surtos. Em julho do mesmo ano, foi noticiado que a Agência Brasileira de Inteligência (ABIN) elaborou, entre março de 2020 e julho de 2021, mais de mil relatórios sobre a pandemia, com projeções que indicavam o aumento de casos e mortes no país. Esses relatórios foram mantidos em sigilo até a data da sua divulgação. Eles indicavam, também, que o distanciamento social e a vacinação eram as formas efetivas de controlar a doença e já alertavam sobre a possibilidade do colapso da rede pública de saúde, além da falta de transparência da gestão federal na divulgação dos dados da pandemia e a demora do governo em traçar estratégias de enfrentamento da doença (Vargas, 2023). Bolsonaro fez questão de incentivar e fazer o contrário: aglomerações e ataques às recomendações dos órgãos de saúde, divulgação de notícias falsas, desrespeito às vítimas, aos enlutados e a população em geral. Após essas constatações, o que resta ao campo da saúde é o grande desafio de garantir que o financiamento garantido por lei seja cumprido para que se avance na universalização do atendimento.

Particularmente, em se tratando da política de enfrentamento do HIV/aids durante o governo Bolsonaro, as primeiras percepções indicam retrocesso, não só no

financiamento, mas que o fator ideológico pesou bastante nas decisões e na condução de uma política que, por muito tempo, foi referência mundial, com o resgate de estigmas e preconceitos que, até certo limite, já havíamos superado. No próximo capítulo, apresentaremos algumas tendências do enfrentamento do HIV /aids no governo Bolsonaro.

CAPÍTULO II

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SURGIMENTO DA AIDS

2.1 As primeiras ações de enfrentamento do HIV/Aids no Brasil

O surgimento e o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil se relacionam aos aspectos políticos, econômicos e sociais do período histórico do início dos anos 1980. Particularmente no campo da saúde, tratou-se de um momento em que o Estado é chamado a ampla intervenção nesse setor, paralelo ao momento em que a urgência da Aids passa a ser questão de saúde pública (Bravo, 2008).

Esse período é marcado pelo fortalecimento de muitos grupos e movimentos sociais, que reivindicavam além da redemocratização do país melhores condições de vida, de trabalho e cobravam do Estado uma efetiva atuação, que garantisse o direito à saúde e a preservação dos direitos humanos em sua completude, disputando o espaço político e de proposição com aqueles segmentos que estavam além das necessidades dos adoecidos, pois, historicamente, os grupos sociais que mais padecem com as mais variadas doenças e condições sanitárias precárias são as que menos têm espaço dentro da política. Dessa forma, “a participação direta de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no bojo do movimento as transformam de destinatários, supostamente passivos das referidas políticas, em proponentes ativos e protagonistas” (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2022, p. 838).

Marques (2002) ressalta, em seus estudos acerca da emergência da política do HIV/aids no Brasil, que há, no que se refere à evolução das políticas de enfrentamento do HIV/aids, cinco estágios que se desenvolveram em cinco períodos diferentes: “meados da década de 1970 até 1982; 1983 a 1986; 1987 a 1989; 1990 a 1992; e 1993 até o momento”¹¹ (Marques, 2002, p.49).

Para a autora, a primeira fase compreende a pré-história da epidemia no Brasil. É o período que antecede, no Brasil, o conhecimento público e institucional sobre o HIV/aids, mas ao qual confluem todos os aspectos para o início da epidemia e

¹¹ Os estudos da referida autora analisaram a primeira década do surgimento do HIV/aids e das primeiras ações de enfrentamento no Brasil, ou seja, de 1982 até 1993.

construção das respostas políticas diante dela (ibid. p. 49). Havia, nesse período, a intensificação da pressão social por mudanças políticas no país, visto o contexto de regime autocrático vigente naquela época. No campo da saúde, as reivindicações eram encabeçadas pelo movimento da Reforma Sanitária.

A segunda fase, Marques (*op.cit*) o considera como o momento em que ocorre o reconhecimento da aids pelo poder público e o aumento de casos de infecção em diversos estados brasileiros; a instalação das primeiras respostas oficiais à aids nos estados, exemplo do pioneiro Programa Estadual de São Paulo; reconhecimento oficial da aids como um problema de saúde pública pelo governo brasileiro, mas sem articular uma resposta nacional correspondente a urgência da epidemia, ficando sob a responsabilidade de cada estado, o que ocasionou diferentes ações desconectadas entre si, sem centralidade e sem hierarquização dos serviços; e a não articulação das forças sociais e políticas para pressionar o Estado a implementar políticas públicas de enfrentamento do HIV/aids.

A terceira fase é marcada com a criação do Programa Nacional de Aids. De acordo com Marques

A coordenação nacional centralizou as ações e afastou-se dos programas estaduais e das ONGs. Estas, por sua vez, fortaleceram-se ao longo dos anos e exerceram papel importante na discussão e enfrentamento de questões importantes com o Programa Nacional. A resposta oficial no nível nacional, no enfrentamento da epidemia de Aids, finalmente começou a ser construída, isso quase dois anos depois que o Ministro da Saúde reconheceu-a como um problema de saúde pública emergente no país (2002, p.13).

A quarta fase compreende o início da década de 1990, após a promulgação da CF/1988 e a realização das eleições diretas presidenciais, momento do Governo Collor de Melo e a abertura do país a uma nova ideologia que se contrapunha aos ideais reformistas e progressistas da década anterior. Nessa fase, Marques (ibid.) destaca que o governo Collor de Melo representou uma catástrofe no cenário político, como também na gerência da saúde pública. Em se tratando da aids, especificamente, o governo Collor executou estratégias marcadas pela incongruência e voluntarismo, atingindo o Programa Nacional e sua evolução.

A quinta fase é marcada pela inserção dos organismos internacionais, como o Banco Mundial, no financiamento de projetos de combate à aids. Para Marques (ibid.) nesta fase ocorre o estabelecimento de maiores recursos para a implementação de respostas e, ao mesmo tempo, a proposição de aspectos mais econômicos do que

sociais na linha norteadora da Política Nacional de combate à aids. Acerca desses aspectos, discorreremos adiante.

Parker (2003) ressalta que os desafios postos no início da epidemia exigiam de todos os setores da sociedade brasileira, sobretudo do Estado, respostas efetivas no enfrentamento da doença. Com a pressão e mobilização da sociedade civil surgiu um número crescente de programas estaduais e municipais de enfrentamento da aids, com o objetivo de se obter respostas em torno da evolução da doença. Na análise de Greco (2016, p. 05), “pessoas, grupos e instituições, superando suas dificuldades para trabalhar juntos se uniram para o enfrentamento e são corresponsáveis pela construção da resposta brasileira”.

O papel assumido pelos movimentos sociais gays e pelos setores progressistas, dentro dos serviços municipais e estaduais de saúde em várias comunidades no país, foi de extrema importância, pois foram estes que trouxeram as primeiras respostas à epidemia, pressionando o Estado para que fosse assumida a responsabilidade frente ao crescente problema (Oliveira, 2016). O processo de proposição, formulação e reivindicação das ações de enfrentamento do HIV/aids surge de baixo para cima, ou seja, de setores da sociedade civil diretamente afetados e a partir dos seus movimentos representativos, sobretudo, pelos grupos mais vulneráveis à doença naquele primeiro momento, o que deu origem às primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs) no combate à aids. O Grupo de Apoio à Prevenção da aids (GAPA) se destaca por seu trabalho comunitário e dedicação exclusiva à doença, sendo o marco dessa construção popular e do papel das ONG's no enfrentamento da aids no país (Contrera, 2000).

A mobilização dessas ONGs e as ações isoladas de alguns estados impulsionaram a criação do Programa de Controle da aids, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, instituído pela Portaria nº 236, de 02 de maio de 1985, que dispunha sobre medidas de coordenação e monitoramento de casos, sejam confirmados ou suspeitos, além de alerta para grupos mais vulneráveis; com o objetivo de investigar e controlar a aids no país (Sampaio, 2018), recomendando a criação de comissões interinstitucionais estaduais para um melhor enfrentamento da doença (Greco, 2016). Contudo, devido ao baixo orçamento, as ações continuaram sendo desenvolvidas pelos estados, que criaram suas próprias diretrizes de enfrentamento.

Em 1988, o Programa de Controle de Aids foi reformulado dentro da estrutura do Ministério da Saúde e denominado Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), buscando superar as lacunas do programa anterior, que se mostrou ineficiente. De acordo com Marques (2002, p. 54) o Programa Nacional de Aids ressaltava que

A política de Saúde, proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, prevê a unificação do sistema, bem como a estadualização e municipalização dos serviços, a universalização do atendimento, partindo do princípio de que a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão, e manifestava: “é neste contexto geral que a Divisão vai procurar trabalhar as ações preventivas e controle da infecção pelo HIV”.

Mesmo com essa reformulação, a centralização do Programa em Brasília gerou impasses e conflitos com os mais experientes programas estaduais e municipais que vinham sendo desenvolvidos. Destacamos a criação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que visava apoiar e aconselhar pessoas vivendo com HIV/aids, além de oferecer testagem. O COAS foi renomeado para Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e descentralizado para os estados e os municípios, que ficaram responsáveis por formar agentes de saúde e elaborar seus próprios projetos (Sampaio, 2018).

Nos primeiros anos da epidemia de aids no Brasil identificamos que, além da preocupação e do medo de uma doença totalmente nova, a população enfrentou, ainda, a omissão por parte do Estado e a tentativa de mascarar a doença, além da culpabilização dos infectados. Outro fator é o estigma que a doença passa a carregar. Os primeiros infectados sofreram, além do adoecimento, a exclusão social, a segregação e a culpabilização. Isso se deu, também, por se tratar de uma nova doença, com uma capacidade de adoecimento até então nunca vista. A falta de um planejamento para ações integradas em cada âmbito significou o abandono da população, onde em cada nível de governo ações particulares foram sendo desenvolvidas, sem haver integralidade.

Essa percepção só foi incluída nos debates e proposições a partir do Movimento de Reforma Sanitária, que passou a defender os princípios da universalidade do acesso, integralidade das ações e participação social nas formulações e implementação da resposta ao HIV e à aids, ainda na década de 1980. Por outro lado, a organização das primeiras ONG's demonstrou o poder que a

sociedade organizada pode ter em pressionar as instituições para que cumpram suas funções públicas, nesse aspecto, o movimento gay foi fundamental para que a aids fosse reconhecida como um problema que precisava de atenção pública, numa época em que as questões de identidade sexual e de gênero ainda eram tratadas como doença.

2.2 O enfrentamento da epidemia de HIV e Aids a partir da Constituição Federal de 1988

A urgência em saúde a nível mundial que marcou a década de 1980 do século passado foi o surgimento de um novo vírus com a uma alta capacidade de adoecimento e morte, que surpreendeu toda a comunidade científica da época. O surgimento do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV, em inglês) exigiu grandes esforços de todos os países, na busca pelo controle das infecções e na descoberta de uma possível cura.

Conforme já mencionado, a aids chega ao Brasil na década de 1980, colocando mais um desafio ao estado, somando-se às questões sanitárias já existentes que, visto a suas dimensões territoriais e sua heterogeneidade cultural e condições de renda e infraestrutura, consistiam em mais uma grande problemática a ser enfrentada. “A aids constituiu-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública” (Marques, 2002, p. 43).

As transformações no âmbito político e na saúde pública daquela época, no país, contribuíram para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia. Os princípios do SUS, de universalidade do acesso e da integralidade das ações possibilitaram a criação de um conjunto de ações que fizeram do país referência mundial no combate à aids.

Entretanto, a implantação das políticas neoliberais, a partir dos anos 1990, redefiniu o papel do Estado no atendimento aos direitos sociais. A seguir, discorreremos sobre as ações no campo da saúde para o enfrentamento do HIV/Aids, a partir dos anos 1990.

Na política de saúde, o governo Collor de Melo promoveu a redução dos investimentos sociais, impactando diretamente no SUS, que teve sua implementação comprometida, ocasionando um desvio no texto constitucional, ocorrendo a redução do valor de recursos previstos, a tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, amparadas pela reprodução de políticas racionalizadoras, pontuais e contencionistas, que abriram campo para a valorização e crescimento do setor privado de saúde. Machado; Lima; Batista (2016, p.03) destacam como ações do governo Collor:

Promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS- nº 8.080 e 8.142); Incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde; início do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) visando a redução da mortalidade infantil em áreas pobres, a Norma Operacional Básica (NOB 1991).

Como já mencionado, a agenda neoliberal no país, a partir dos anos 1990, promoveu diversas modificações no papel do Estado e da economia, e nessa perspectiva, o BM passa a ditar a lógica dos investimentos, principalmente no setor de Saúde, com vistas a reduzir os investimentos públicos e abrir espaço ao mercado dos serviços de saúde, incentivando o crescimento e fortalecimento desse setor.

Desse modo, tem-se que a intervenção do BM na área da saúde, que cresceu desde a década de 1980, objetivava a ampliação do complexo médico-hospitalar privado no controle e oferta de serviços de saúde, o que se caracteriza como mais uma das diretrizes das contrarreformas neoliberais implantadas nos países de capitalismo dependente, limitando a ação do Estado a programas focalizados na pobreza e em determinados segmentos populacionais, com ações de baixo custo e alto impacto. Essa ampliação visava, conforme pretensão do BM, a coexistência de dois subsistemas de saúde, sendo um público e um privado.

No tocante à Política de enfrentamento do HIV/aids, destaca-se a distribuição do medicamento Zidovudina (AZT) e, em contraponto, a desestruturação do Programa Nacional de Aids comprometendo o trabalho que vinha sendo desenvolvido além da desestabilização das relações entre o governo e as ONGs aids.

Atendendo as diretrizes do BM, nesse período, o Governo Federal assinou convênio com objetivo de fortalecer ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção o que possibilitou avanços significativos no Programa de aids. Desse acordo foram desenvolvidos três projetos que visavam a estruturação dos serviços

assistenciais, a redução de novos casos, a melhoria no diagnóstico e tratamento, além do aprimoramento do processo de gestão nas três esferas, entre outros.

Esses convênios com o BM não simbolizam, em nenhuma medida, algum ‘cariz’ benevolente desse órgão para com os países dependentes, mas faz parte da sua estratégia, bem delineada no seu Relatório Anual para a Saúde, onde aponta diretrizes que o governo deveria seguir para atingir as metas econômicas estipuladas. Marques; Mendes (2015, p. 278) explicitam que o Relatório do BM de 1993 estava em consonância com as “diretrizes e recomendações do Consenso de Washington”, onde as orientações para as ações do Estado no que tange a saúde deveriam ser “residual ou complementar ao privado, devendo estar voltada para a população pobre e enfatizar as ações de menor custo e maior eficácia”.

O referido Relatório propunha para a questão do HIV/Aids o foco na prevenção, assim como nas doenças oportunistas a exemplo da Tuberculose (que não era restrita às pessoas que vivem com HIV/aids); além do controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs, atualmente Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou ISTs) (Marques; Mendes, 2015).

As contrarreformas implantadas no governo Collor de Melo se intensificam no governo de Fernando Henrique Cardoso, que não poupou esforços em atender os interesses do capital, como as privatizações das empresas estatais, transferência de recursos para pagamento da dívida pública e desmonte dos direitos sociais.

O marco no governo de FHC para implantação do neoliberalismo foi o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), tendo como mentor Luiz Carlos Bresser Pereira, no cargo de Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). Este documento argumentava que havia uma crise no Estado brasileiro, que desde a década de 1980 o Estado teria desviado de suas funções básicas, ocasionando a deterioração dos serviços públicos, agravamento da crise fiscal e da inflação. Assim, criava-se a justificativa para uma “reforma gerencial voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade no serviço público” (Behring, 2008, p. 177).

Dentro dessa lógica, o PDRE trouxe a ideia de ineficiência e ineficácia do Estado na gerência dos serviços como Saúde, Educação, Meio Ambiente e Pesquisa, deixando-os de fora do plano e sugerindo que a responsabilidade da gestão dos mesmos fosse repassadas às Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) e/ou às Organizações Sociais (OS), ambas se caracterizando como organizações de direito

privado, sem fins lucrativos e que administrariam o destino dos recursos públicos de cada área, num processo claro de privatização dos serviços sociais e de parte dos recursos públicos.

O PDRE estabeleceu os setores exclusivos e não exclusivos do Estado, desenhando toda a proposta de privatizações das empresas estatais, transferências de ações que não eram consideradas exclusivas do Estado para a sociedade, críticas aos servidores públicos e aos aposentados, considerados os responsáveis pelo déficit público. De acordo com Soares (2010), Bresser Pereira incluiu uma proposta para a Saúde, denominada de *reforma gerencial na saúde*, que mais tarde ganha legitimidade pela Norma Operacional Básica de 96 (NOB/96), fundamentando-a em quatro ideias básicas e inspiradas no modelo inglês, quais foram:

[...] descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde (...); criar um quase mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não estatais (...); criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou contratados pelo Estado [...] (Soares, 2010, p. 47).

É importante destacar que apesar da NOB/96 contemplar alguns princípios do SUS, a sua racionalidade é de fato a da contrarreforma da saúde agregando conteúdo do ideário neoliberal. Sendo assim, observamos um tensionamento entre os princípios da Reforma Sanitária e da contrarreforma, que, apesar das tentativas de unificação, fica claro o embate entre dois projetos e suas respectivas racionalidades.

Na gestão FHC foi dado início aos projetos elaborados a partir dos convênios com BM, anteriormente citados. O Projeto “AIDS I” priorizou a implantação, bem como a estruturação de serviços assistenciais, e entrou em vigor 1994 até 1998. Este projeto se pautava no controle da doença, seu foco maior era na prevenção, ficando outras importantes ações fora das prioridades do projeto, como a proteção e o tratamento aos indivíduos já infectados.

O Projeto “AIDS II” tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS, tendo vigência no período de 1998 a 2003. Apesar desses objetivos refletirem a ideia de progresso ou avanços, o que ocorreu foi o desenvolvimento de ações e organizações de serviços em discordância com a política em seu marco legal,

gerando serviços e atendimentos focalizados na pobreza, na desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil (Oliveira, 2016).

As orientações do BM lançadas em 1991 e em 1995, que influenciaram nos projetos “Aids” citados carregavam a mesma essência, sem poucas alterações entre ambos. Dentre as propostas Marques; Mendes (2015, p.279) destacam:

1) a focalização na população pobre; 2) a ênfase nas ações preventivas, principalmente naquelas dirigidas à redução de fatores de risco; 3) a adoção do custo-benefício como critério de alocação de recursos; 4) a ênfase no serviço e ações descentralizados, com redução da participação do Governo Federal. Entre as recomendações voltadas para o curto prazo, destaca-se estabelecimento de um pacote de benefícios-padrão para todos os cidadãos.

Ainda neste governo, na área da Saúde, destacamos a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com resultados positivos nos indicadores de saúde, entretanto, essa ampliação se dá de forma precarizada e focalizada devido ao baixo investimento nesse nível de atenção, que não permitiu atender o grande número de demandas existentes. Apesar de ocorrer um significativo crescimento no aumento da expectativa de vida, diminuição da mortalidade infantil, na ampla cobertura vacinal, no aumento e consolidação do programa de combate ao HIV/aids, por outro lado, há o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, falta de acesso ao saneamento básico e à habitação, o acesso ao SUS que passa a ser caracterizado pelo longo período de espera, falta de humanização nos atendimentos, unidades de saúde extremamente precárias, falta de profissionais e, muitas vezes, profissionais despreparados(Soares, 2010).

No enfrentamento do HIV/aids destaca-se a aprovação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que estabeleceu distribuição gratuita de medicamentos da Terapia Antirretroviral (TARV). Barros; Vieira-da-Silva (2017) enfatizam que os inúmeros processos judiciais envolvendo as três esferas do governo para que garantissem a TARV, por intermédio do SUS, geraram uma pressão social, isso motivado ao alto custo da terapia, sendo impossível as pessoas vivendo com HIV/Aids custear a aquisição de tais medicamentos.

O governo FHC promoveu tensões entre a agenda de contrarreforma do Estado e a agenda da reforma sanitária. Machado; et. al. (id.) analisam que as forças conservadoras e liberais no Congresso, e as elites e grupos empresariais que tinham interesse na expansão do mercado em saúde apoiavam as mudanças propostas pelo

governo, em contraponto, atores setoriais, gestores e profissionais do SUS, entidades ligadas à saúde coletiva e áreas afins, como a ABRASCO, o CEBES, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRE), além de usuários do SUS, que inseridos nos serviços públicos, passaram a participar dos conselhos de Saúde e das Conferências, evidenciando um contexto de democratização e descentralização das políticas públicas.

Em síntese, constata-se neste governo inovações institucionais (na regulamentação e financiamento), expansão de programas específicos e da cobertura dos serviços descentralizados. Contudo, o foco na implantação das políticas neoliberais através da contrarreforma do Estado e o conservadorismo no campo político com representação dos interesses da burguesia econômica não permitiram que os problemas estruturais do SUS fossem superados.

Os anos 2000 iniciam com a esperança de novos rumos na política do país. Importa destacar que a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (PT), em 2002, para a presidência da República simbolizou a chegada ao poder de um representante da classe trabalhadora, com histórico de militância, organização política sindical e lutas sociais. Havia muita expectativa sobre como seria o seu governo, e esperava-se um governo que avançasse na agenda de garantia dos direitos sociais. Entretanto, Lula inicia seu mandato dando continuidade à contrarreforma do Estado, explicitando as alianças que garantiram a sua chegada ao poder, assim como seus vínculos com o grande capital nacional e internacional (Soares, 2010). No primeiro ano de seu mandato propôs e aprovou a contrarreforma da Previdência Social, na perspectiva de redução dos direitos previdenciários dos servidores públicos.

Na Saúde são marcos do seu primeiro mandato os programas: Brasil sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que partiram de iniciativas prévias, e Farmácia Popular, criado com uma lógica de copagamento pelo SUS de medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Houve a expansão da cobertura do PSF, passando a ser entendido com um modelo para a reestruturação da estratégia de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (Machado; *et. al.*, IBIDEM).

Identifica-se a inclusão de propostas da Reforma Sanitária em documentos do Ministério e algumas mudanças organizativas que permitiram a ampla participação e discussão sobre as propostas que seriam incluídas no Plano Plurianual (PPA), através de Conferências e reuniões, entretanto, o subfinanciamento da saúde se manteve,

pois devido as medidas de ajuste fiscal, que foram mantidas neste governo, a exemplo da Desvinculação de Recursos da União (DRU), do superávit primário e da priorização do pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, o orçamento da Saúde no interior do orçamento da Seguridade Social foi o que mais teve perda de investimentos (Oliveira, 2016).

Nas ações de enfrentamento do HIV/aids tem-se a execução do Projeto “AIDS III”, que aprovado e executado de 2003 a 2006, tinha como objetivos

(...) o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das ISTs; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/ AIDS oferecida pelo Sistema único de Saúde no País (Villarinho ;*et.al.* 2013, p. 274, *apud Fonseca*, 2005).

O acordo firmado entre governo, através da Coordenação Nacional de DST/aids e o BM visava liberar financiamento para promover uma aproximação entre governo e as ONGs/aids, caracterizando-se como um mecanismo de cooptação e controle dos espaços de participação política, o que fica claro quando identifica-se que inúmeras organizações surgiram com mero objetivo de obter o financiamento de projetos, algumas, portanto esvaziadas de ação política (Oliveira; 2016).

A quebra de patente, em 2005, do medicamento Efavirenz (Stocrin), do laboratório americano Merk Sharp &Dohme foi uma ação muito importante, iniciativa que se deu visto o crescente número de pacientes em tratamento e o aumento de gastos do governo na aquisição desses medicamentos, o que estimulou a mobilização de técnicos do Ministério da Saúde e também do PN-DST/AIDS defendendo a fabricação dos medicamentos no Brasil através de laboratórios públicos (Oliveira, 2016 *apud* Pereira; Nichiata, 2011).

Essa ação é reflexo dos esforços, também no segundo mandato, de fortalecer o complexo industrial de saúde e a produção nacional de insumos estratégicos para o SUS, sob a direção do Ministro José Gomes Temporão. Essa estratégia fazia parte da lógica desenvolvimentista assumida pelo governo, assim como reflexo do desempenho do Ministro citado. Entretanto, problemas estruturais da política de saúde não tiveram atenção adequada ou resolução, como a “questão do financiamento, dos acordos e da relação entre público-privado, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde” (Machado; *et. al.*, 2017, p.11).

Após dois mandatos do governo Lula, foi eleita para Presidenta da República Dilma Rousseff (PT), em 2010, a primeira mulher eleita para o cargo. Dilma foi Ministra das Minas e Energia e da Casa Civil nos governos Lula, tendo coordenado grandes projetos de investimento daquele governo.

No primeiro mandato da Presidente Dilma ocorre a manutenção da privatização e do modelo econômico anterior. Os primeiros anos do governo Dilma não encontraram o mesmo contexto favorável no âmbito econômico que o seu antecessor, devido aos reflexos da crise eclodida em 2008, o que fez com que seu governo implantasse medidas mais duras de ajuste fiscal. Utilizando a crise financeira para colocar em prática os ajustes, o governo Dilma promoveu reformas na previdência através de medidas provisórias, como as MPs nº 664/2014 e nº 665/2015, justificando uma economia de R\$ 2 bilhões por ano.

A MP nº 664/2014 alterou as regras de acesso a pensão por morte, no que diz respeito ao valor das pensões, tempo de duração, tempo de carência e regras para inclusão de beneficiários, além de mudanças no acesso ao auxílio-doença. Essas novas regras atingiram servidores do regime CLT assim como os servidores públicos, que em grande maioria têm regime jurídico próprio. A MP nº 665/2015, por sua vez, mudou as regras de acesso ao seguro-desemprego, ao PIS (Programa de Integração Social) e ao PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público).

Outra grande alteração foi implantada através da criação da Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal (Funpresp), que abarcou os servidores civis da União, que são contratados sob o regime estatutário, ou seja, subordinados ao Regime Jurídico dos Servidores Públicos Federais (Lei nº 8.112/90). Isso significa que, a partir da data da sanção da lei, os novos servidores públicos federais não têm mais garantia de aposentadoria integral, sendo que, para receber acima do teto do INSS é necessário contribuir com a previdência complementar, obrigando os servidores públicos a estabelecer vínculos com fundos previdenciários privados, mais uma forma de subordinar o fruto do trabalho ao capital financeiro.

Politicamente, Machado, *et. al.* (2017) destacam a dependência do governo, o que levou a uma coalizão político-partidária ampla e heterogênea, que abriu espaço ao PMDB, somada a uma relativa falta de apoio político no Congresso que restringiram sua governabilidade e favoreceram o fortalecimento de forças e agendas conservadoras, resultando na crise política de 2015-2016.

No que concerne à política de Saúde, observa-se a continuidade em algumas áreas, como na Atenção Básica e de Vigilância, visto que em 2015 tem início a epidemia do Zika vírus, transmitido pelo mosquito tipo Aedes. A doença, também nomeada de Zika, tem sintomas semelhantes ao da Dengue, sendo os mosquitos transmissores do mesmo gênero. O vírus foi isolado pela primeira vez em 1947 na floresta de Zika, em Uganda (África). Em 3 de março de 2014, o Chile notificou a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) sobre a transmissão autóctone do vírus na Ilha de Páscoa. A presença do vírus foi detectada até junho daquele ano. Em maio de 2015, o Brasil confirmou a transmissão do vírus na região Nordeste do país, uma das mais afetadas com a doença, visto as precárias condições de saneamento básico e água potável, que atingem os setores mais vulneráveis dessa região.

A Zika se tornou uma grande emergência de saúde pública na época, pois foi detectada a associação da doença com a síndrome de Guillain-Barré, além de ser observada a associação entre a infecção e malformações do sistema nervoso central ao nascimento, incluindo microcefalia (OPAS, 2023).

Como adoção de programas que foram marcos do governo, destaca-se a expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sendo elas um importante componente da rede de urgência e alta complexidade do SUS, num paralelo entre as unidades básicas de saúde e as unidades de urgências hospitalares (Machado; *et. al.*, 2017). Houve, ainda, a implementação do Cartão Nacional de Saúde, ferramenta que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no SUS ao usuário, ao profissional que realizou, e à unidade de saúde onde foram realizados; a Rede Cegonha, programa que objetiva acompanhar as mulheres e seus bebês, envolve cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; a criação do programa 'Aqui Tem Farmácia Popular', que oferece medicamentos para hipertensão e diabetes (Silva, 2013, p. 52).

Avanço importante se deu, também, na Política de Atenção Oncológica, destacando-se o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, tendo como objetivo oferecer subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil. Outro marco importante foi a criação da Lei nº 12.732, publicada em 23 de novembro de 2012,

fixando o prazo até 60 dias para o início do tratamento dos usuários acometidos por câncer, a partir do diagnóstico (Silva, 2013, p. 52).

No que consiste o enfrentamento do HIV/aids, entre 2011 e 2012 houve a introdução de novas tecnologias diagnósticas na APS, sendo elas os testes rápidos (gravidez, sífilis e HIV, entre outros), ampliando o acesso à testagem e o aumento do diagnóstico de HIV nesse nível de atenção em todas as regiões do país. Nesse mesmo movimento, em alguns municípios com maior capacidade e alocação de recursos houve a descentralização dos cuidados e acompanhamento de usuários com diagnóstico positivo pela APS (Melo; Maksud; Agostini, 2018, p. 03), caracterizando, em certa medida, um processo de ampliação do atendimento às PVHA.

Não obstante, Vieira (2018) afirma que a submissão da política de saúde aos interesses da mercadorização da saúde e as contrarreformas nessa política, com cortes de recursos incidiram sobre as pessoas com HIV, restringindo seu direito à saúde. Vale enfatizar também a falta de investimento em ações socioeducativas que diminuam efetivamente os riscos de contaminação e de vulnerabilidade em torno da doença. Cabe um destaque para a mudança ocorrida em 2013 na TARV, que criada em 1991 para pacientes diagnosticados com aids, passou a ser utilizada em todos os pacientes diagnosticados positivos para o HIV, independente da Carga Viral, objetivando a redução do retrovírus no organismo (Bernardo, 2020).

Segundo Seffner; Parker (2016) há um fenômeno o qual denominam de neoliberalização da prevenção da aids no Brasil. De acordo com os referidos autores, a estratégia de tratamento como prevenção - nas modalidades Profilaxia Pré-exposição (PreP) e Profilaxia Pós-exposição (PeP) -, que foi adotada no Brasil a partir do final de 2013, se conjuga com certo raciocínio de ordem neoliberal, numa pauta individualizante, priorizando o método “testar e tratar”, retirando investimentos das ações de prevenção. Com isso, fornece a pedra de toque para que aqueles que estão infectados pelo HIV e aqueles que possam vir a se infectar sejam tratados apenas como consumidores individuais de medicamentos, com o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda a complexidade da Aids, sendo um complexo a parte do ponto de vista biomédico.

Vieira (2018) destaca que, com os investimentos na aquisição de novos medicamentos para a TARV, as ações de prevenção, de informação para a população

em geral e as populações-chave¹² (homens que fazem sexo com homens, travestis, trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis) têm ficado em segundo plano, recebido menos recursos e incentivo, o que dificulta as ações das ONGs de apoio às pessoas com HIV.

No primeiro mandato da Presidenta Dilma, a questão do financiamento e a regulação do setor privado não foi enfrentada de forma adequada, isso se expressa na abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, no final de 2014, constituindo-se como uma medida polêmica, pois incluiu-se a prestação de serviços, o que foi amplamente criticado pelos defensores do SUS (Machado, *et.al.*, 2017).

Ocorre no Governo Dilma o processo de criação e ampliação das Parcerias Público-Privadas (PPP), através de Organizações Sociais (OS), da Organização da Sociedade Civil de Direito Privado (OSCIPS), da Fundação Estatal de Direito Privado (FEDEP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A adesão do governo às empresas de gestão dos serviços em saúde se concretizou na gestão de Dilma, a partir da Medida Provisória nº520 de dezembro de 2010, editada ainda no governo Lula. A medida trata da autorização do Poder Executivo criar a EBSERH, sendo uma de suas principais características ser uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação, com o objetivo de reestruturar os Hospitais Universitários Federais. Mesmo não tendo sido votada dentro do prazo, o governo Dilma recolocou a EBSERH como projeto de lei (PL 1749/2011) (Silva, 2013), tendo sido aprovado em 15 de dezembro de 2011, passando a Lei Complementar nº 12.550.

No início do segundo mandato de Dilma ocorre a intensificação da crise econômica e o acirramento da crise política, diante o esgotamento do modelo neodesenvolvimentista assumido pelas gestões petistas e “das disputas das frações internas da burguesia no Brasil” (Silva, 2017, p. 63), conforme já abordado anteriormente.

Forças políticas, jurídicas e midiáticas se uniram em torno da construção de um Golpe que visava romper com o modelo político de “conciliação de classes” transferindo o poder às bases burguesas e ao seu projeto macroeconômico e social, que promove a intensificação do ajuste fiscal. Tal investida começou com o processo

¹² População-chave aqui abordada é compreendida de acordo com os termos utilizados institucionalmente, sendo os “segmentos populacionais que apresentam prevalências desproporcionais quando comparadas à população em geral. Possuem vulnerabilidades aumentadas por interferência de fatores estruturantes da sociedade e comportamentais” (BRASIL, 2018).

de *Impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em agosto de 2016, anulando a decisão popular de Mais de “54 milhões de votos” (Silva, 2017, p. 66) com vistas a implantar o ultraneoliberalismo e promover o mais duro golpe aos direitos do trabalho, através de um governo ilegítimo.

Com o *Impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, o posto de Presidente da República passou ao seu então vice-presidente, Michel Temer (MDB), o que promoveu o avanço dos ajustes e contrarreformas necessárias a recomposição da acumulação por parte do grande capital. Um conjunto de medidas foi implementado, conforme anteriormente já explicitadas, que ocasionaram a piora em vários índices de desenvolvimento social do país.

Na saúde observa-se que a partir do advento da EC/95, grande marco do governo Temer, promoveu-se um desfinanciamento dessa área e a abertura ainda maior para o mercado dos serviços privados, conforme destaca Vieira (2018, p.11), indicando o “potencial regressivo das atuais reformas na política de saúde, que se estenderão ao enfrentamento do HIV”.

Bahia, *et. al.*(2016) ressaltam que a tensão entre os dois modelos de saúde presentes no país (privatista e público) perpassaram as gestões petistas e se mantiveram presentes após o golpe de 2016, existindo uma discordância com o SUS efetivamente universal e uma intensificação de pressões para incrementar a comercialização de planos privados, desse modo, não se tratam de propostas ou de embates totalmente novos, o que diferenciou as propostas trazidas no governo Temer foi o papel de representante da proposta assumido pelo Ministério da Saúde.

Para as Pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), essa não é uma alternativa viável, pois o acesso ao mercado de trabalho que garantam condições mínimas de sobrevivência é bem reduzido, visto o estigma e preconceito que a doença carrega, tendo, assim, menos condições de custear os serviços de saúde. Portanto, acabam necessitando mais de atendimentos médicos e de internação, visto sua maior predisposição às doenças oportunistas, e, como sabemos, os planos de custo mais baixo não têm cobertura para a especificidade do HIV e da aids.

Os planos populares ou acessíveis por não oferecerem uma ampla cobertura passaram a ser um alvo recorrente de ações judiciais. Segundo Bahia *et. al.* (2016), já em 2016 os planos acumulavam denúncias porque reajustavam mensalidades e rescindiam contratos de forma aleatória sem aviso prévio, também por não disponibilizarem de opções de atendimento e pela baixa resolutividade em sua rede

credenciada. Nos casos de tratamentos raros e complexos há uma grande restrição na cobertura assistencial, que de acordo com os autores (Op. Cit.) levam o Judiciário a dar ganho de causa aos pacientes em mais de 90% dos casos.

Para Agostini; *et. al.* (2019) a crise e o desfinanciamento do SUS reverberam para todas as ações de saúde. Para a política de enfrentamento do HIV expressa no cotidiano com a possibilidade do fim da dispensação de medicamentos da Terapia antirretroviral e suas coinfeções, além do que, tal contexto se configura como uma ameaça a existência da política de enfrentamento da HIV/Aids.

Conforme Seffner; Parker (2016), acerca da política de enfrentamento do HIV e aids, o avanço conservador, em particular no aspecto moral, conduzido pela força de alguns atores sociais, como as igrejas de religiões neopentecostais, que constituem bancadas no interior das casas legislativas e dispõem de forte poder de mídia e arregimentação de pessoas passam a influenciar nas discussões de algumas pautas historicamente mais polêmicas, assim como na opinião pública, criando uma onda crescente de discurso de ódio a alguns segmentos sociais.

Os referidos autores ressaltam, ainda, que as pautas progressistas no âmbito do combate a aids e na defesa dos direitos humanos das diferentes orientações sexuais e diversidade de gênero passam a sofrer pressões conflituosas e interesses partidários, o que muitos denominam popularmente de “moeda de troca” de acordos políticos em nome da “governabilidade”, que nas palavras de Cortez (2018) significa

o estabelecimento de mecanismos de diálogo entre os grupos de interesses distintos, possibilitando que suas vontades sejam contempladas conjuntamente, na medida do possível, de modo a viabilizar a atividade governamental, mediante trocas recíprocas de favorecimento (Cortez, 2018, p. 15).

O teor de todas essas modificações realizadas pela gestão Temer caracteriza a crise que formou-se após a destituição do governo Dilma, com uma mudança na concepção de estado social e investimentos sociais. A partir da EC/95, o financiamento das políticas sociais passa a ser tratados como despesas a serem cortadas e sofrem ainda mais desmontes, conforme demonstramos aqui. Para as ações de enfrentamento da epidemia de HIV/aids o que testemunhamos é a ênfase na biomedicalização e o abandono da perspectiva dos direitos humanos, o retorno de um conservadorismo fortemente atrelado ao um fundamentalismo religioso, que passa a ter poder e representação política dentro das casas legislativas.

O governo Temer foi muito eficaz em garantir que as contrarreformas neoliberais necessárias a esse momento histórico do capital se realizassem, e já são presentes os seus impactos nos indicadores socioeconômicos do país. O recrudescimento ideológico, que tomou para si um neoconservadorismo acrescido de extremismo e fascismo tendo crescido no cenário político desde 2016 contribuiu para que a democracia brasileira, tão jovem, fosse posta à prova mais uma vez.

Na saúde, os desafios de sempre e os novos trazidos a partir da Pandemia da covid-19 resgataram o debate acerca da importância do SUS e da sua defesa, nos fazendo refletir que cuidados em saúde jamais serão despesas e que a garantia ao acesso desses serviços é direito humano inalienável. No próximo capítulo, trataremos das tendências de enfrentamento do HIV/aids no Governo Bolsonaro, frente à emergência da covid-19.

CAPÍTULO III

3. As tendências da política de enfrentamento do HIV/Aids no governo Bolsonaro

Neste capítulo buscaremos analisar como foram tratadas as ações de enfrentamento da epidemia do HIV e da aids no Brasil concomitante ao desmantelamento da política de saúde adotada no governo Bolsonaro.

A política de enfrentamento do HIV/aids é composta por diversas ações que devem ser implementadas não só pelo governo federal, que englobam promoção, proteção, prevenção, diagnóstico e assistência, além de estratégias de desenvolvimento institucional e gestão do programa, e toda essa estrutura depende do SUS para se realizar.

A política adotada pelo governo Bolsonaro de concepção ultraneoliberal ocasionou um desmonte institucional desde o primeiro ano de gestão com o aprofundamento da agenda herdada da gestão Temer, sendo ela composta pela EC/95/2016 e pela reforma trabalhista - que já abordamos anteriormente. Desse modo, a crise instalada a partir da chegada da Pandemia da covid-19 encontrou solo fértil em meio a fragilização das instituições e dos instrumentos de políticas que se tornaram imprescindíveis ao combate a crise, a despeito do SUS (Dweck, 2021). O que se assistiu foi a falta de estratégias para o enfrentamento da emergência sanitária e o abandono dos cuidados e das ações referentes a outras doenças, como a epidemia de HIV e aids.

Bolsonaro, que chegou ao poder não “como um líder político, e, sim, como um líder de um movimento capaz de destruir políticas e políticos” (Avritzer, 2021, p. 13-14), utilizou de um discurso genérico anticorrupção e, também, conservador, com o velho jargão “Deus, Pátria, Família”, declarando guerra a tudo o que considerava atacar esses princípios, com isso as pautas e discussões, que historicamente são defendidas pelos setores progressistas foram atacadas, não só constitucionalmente, mas por meio de discursos, usando como ferramenta as redes sociais, através da divulgação de *fake news*, o que comprometeu, não só o enfrentamento da Pandemia da covid-19, mas doenças que historicamente carregam certo estigma, como a aids.

Bolsonaro protagonizou diversos episódios que ficaram marcados pela sua irresponsabilidade em disseminar notícias falsas e opiniões providas de preconceito que atingiram todas as pessoas que vivem com HIV e aids e as chamadas populações-chave, demonstrando sua falta de interesse em enfrentar essa ou qualquer outra pauta no rigor que o seu cargo exigia. A seguir, detalharemos as tendências do enfrentamento do HIV e aids durante o governo Bolsonaro.

3.1. A Política de enfrentamento do HIV/aids no Governo Bolsonaro: conservadorismo e regressões

Conforme já destacado anteriormente, a ascensão do bolsonarismo caracterizou-se como um momento de profundo ataque à democracia brasileira, às instituições democráticas, aos direitos sociais, ao meio ambiente, aos direitos humanos, aos povos originários, enfim a vida.

A omissão e a negligência do governo Bolsonaro frente à emergência sanitária, decorrente da Pandemia da covid-19, já demonstrada por diversos meios e vivenciada por toda a população brasileira, principalmente as mais vulnerabilizadas, também foi sentida nas diversas políticas que compõem o SUS. Tais mudanças ocorreram não só no sentido ideológico, dos valores, comportamental ou político, mas, principalmente, no marco legal, a partir da elaboração de novas leis, decretos e portarias, que provocaram um grande retrocesso.

O que se observou, desde o início do governo Bolsonaro em se tratando da política de enfrentamento do HIV/aids, foram as posições racistas, sexistas, homofóbicas, entre outras, desde os primeiros dias de governo, aos grupos historicamente marginalizados, e dentre eles, às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), tendo por várias vezes manifestado discursos de ódio aos soropositivos (Filho; Vieira, 2021), o que gerou preocupação em relação à política de enfrentamento do HIV/aids no país e de como seriam propostas e organizadas as ações e os serviços, com destaque para as campanhas educativas com foco nos jovens, visto o avançar de uma onda conservadora na sociedade que se opõe a necessidade de abordar a educação sexual de forma eficaz, no sentido de combater o avanço das diversas IST's, principalmente do HIV e da Aids, em nossa sociedade.

O Brasil sempre ocupou um lugar de referência, no que se refere a luta contra a aids. A União tem a responsabilidade de coordenar e normatizar as políticas de saúde no país, incluindo aquelas relacionadas ao HIV e à Aids, sendo o Ministério da Saúde o órgão responsável por definir diretrizes, elaborar políticas e programas nacionais, financiar as ações e supervisionar a implementação das ações de saúde, incluindo as relacionadas ao HIV/aids. Desde os primeiros casos diagnosticados, na década de 1980, no país, muitos avanços puderam ser constatados ao longo dos anos e, de acordo com Figueiredo (2019 p. 76-77)

Isso fez com que a demanda por cooperação técnica e humanitária na área crescesse, sendo que, nesse processo, muitas das experiências desenvolvidas no país nas diferentes áreas – assistência, tratamento, articulação entre governo e sociedade civil, direitos humanos, prevenção, vigilância epidemiológica, logística de medicamentos antirretrovirais (ARV), monitoramento e avaliação, comunicação, entre outras – fossem e continuem sendo compartilhadas e incorporadas às respostas nacionais de distintos países, principalmente na América Latina, no Caribe e no continente africano, particularmente em relação aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP).

A gestão Bolsonaro adotou o negacionismo, também, no que trata do enfrentamento do HIV/aids considerada, ainda, como um problema de saúde urgente, negligenciando o compromisso firmado junto a entidades como a ONU, através do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) e da (OPAS/OMS), no sentido da eliminação da aids até 2030. O UNAIDS (2021) destaca a lentidão na diminuição de novas infecções por HIV na América Latina, e como a Pandemia da covid-19 impactou nesse processo. A organização defende a necessidade do enfrentamento das desigualdades econômicas, sociais, culturais e jurídicas que impulsionam a doença e dificultam o acesso a serviços essenciais de HIV. Nesse sentido, podemos afirmar que visto as ações do governo Bolsonaro no trato das políticas econômicas e sociais, com destaque à Saúde, as ações para o enfrentamento e futura erradicação da aids não foram cumpridas.

As mudanças implementadas no governo Bolsonaro, no que tange a política de HIV/aids, ratificaram a lentidão da diminuição de novas infecções. Houve uma interferência significativa no Departamento de HIV/aids do Ministério da Saúde, reduzindo a duas coordenações reunidas, desde então, no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCCI), por meio do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 (Brasil, 2019), sendo elas a Coordenação-

geral de Vigilância do HIV/aids e das Hepatites Virais e a Coordenação-geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, simbolizando um rebaixamento do programa de tratamento de HIV/Aids; além de colocar sob a sua responsabilidade, duas outras doenças que não estão relacionadas ao contágio sexual – tuberculose e hanseníase (Mendes; *et. al.*,2021), num evidente desmonte na política e no programa que sempre foi referência Mundial no enfrentamento da doença.

De acordo com Mendes *et. al.* (2021), na nova estrutura, políticas públicas para doenças como hanseníase e tuberculose são analisadas pelo mesmo Departamento que cuida da estratégia contra o HIV, sendo que, historicamente, o Departamento cuidava apenas de doenças sexualmente transmissíveis. O Ministério da Saúde defendeu a medida argumentando que “a nova estrutura fortalece a integração entre as áreas do Ministério da Saúde” e a “estratégia de resposta brasileira ao HIV não será prejudicada” (Agência Aids, 2019).

Segundo a médica sanitária Adele Benzaken, o desmonte e a negação por parte do governo Bolsonaro da existência das populações-chave para o HIV/Aids começa com a retirada da palavra aids da nomenclatura do Departamento, simboliza uma intenção de esconder a sua existência. “Sem a inclusão dessa população, a resposta passa a ser pífia” (Dominguez, 2021).

Para as entidades e movimentos sociais de defesa das PVHA, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Articulação Nacional de Luta contra a Aids (An aids) e da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids, essa mudança no Departamento significou uma invisibilização do HIV e da aids, conforme defendem muitos sujeitos sociais envolvidos na luta e na defesa dos direitos das PVHA, a exemplo do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP+/Brasil), integrado por mulheres que vivem com HIV, que ressaltou que:

Invisibilizando a aids, o governo está, indiretamente, invisibilizando as especificidades de diversas populações que se encontram em situações de maior vulnerabilidade em função do descaso do setor público e da ausência de políticas públicas inclusivas, resolutivas e humanizadas (Costa, 2020, n. p.).

A ABIA lançou nota que explicita o real sentido de tal mudança:

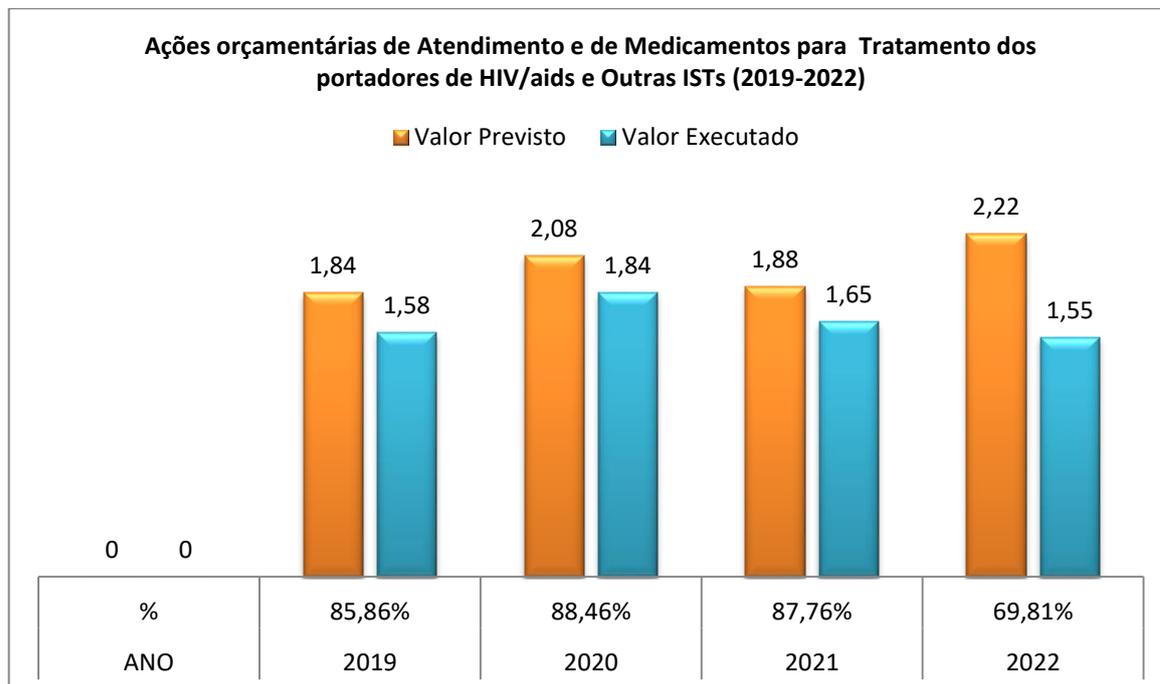
Não se trata apenas de uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de aids. O governo, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de aids mais importantes do mundo, que foi, durante décadas, referência internacional na luta contra a aids. Mais do que um programa, esse decreto acaba com uma experiência democrática de

governança de uma epidemia baseada na participação social e na intersetorialidade (ABIA, 2019).

Na questão orçamentária, apesar do DDCCI informar que não haveria perdas no orçamento para o enfrentamento da HIV/aids, sendo o valor informado para o ano de 2019, R\$ 2,4 bilhões, foi identificado que outras ações, que não estão diretamente ligadas ao enfrentamento da HIV/aids utilizaram do recurso, sendo elas as Hepatites Virais, Hanseníase e Tuberculose (ABIA, 2019).

Para o governo Bolsonaro, as pessoas que vivem com o HIV/aids representam despesas para o país. Em uma de suas falas à imprensa durante sua aparição no “cercadinho” (local organizado com grades que restringem o acesso da imprensa e do público no Palácio da Alvorada utilizado diariamente durante o governo Bolsonaro), o então presidente afirmou que os portadores de HIV representam "uma despesa para todos no Brasil", além de "um problema sério para ela mesma" (EXAME, 2020).

Ao realizarmos consultas ao Portal da Transparência, sítio eletrônico alimentado pela Controladoria Geral da União (CGU), identificamos as ações orçamentárias: “Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos portadores de HIV/aids e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis”. De acordo com o detalhamento, em 2019, o valor orçado foi R\$1, 840 bilhão, sendo executado R\$1,580 bilhão. Em 2020, 2021 e 2022 a ação orçamentária está nomeada como “Atendimento à população para prevenção, controle e tratamento de HIV/aids, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais”. O orçamento previsto para 2020 foi de R\$2,080 bilhões, sendo o executado R\$1,840 bilhão. No ano subsequente, temos R\$1,880 bilhão orçado e R\$1,650 bilhão executado; e em 2022, R\$2,220 bilhão orçado e apenas R\$1,550 bilhão executado, conforme mostra o gráfico 2:

Gráfico 2 - Recursos previstos e executados para o enfrentamento do HIV e Aids

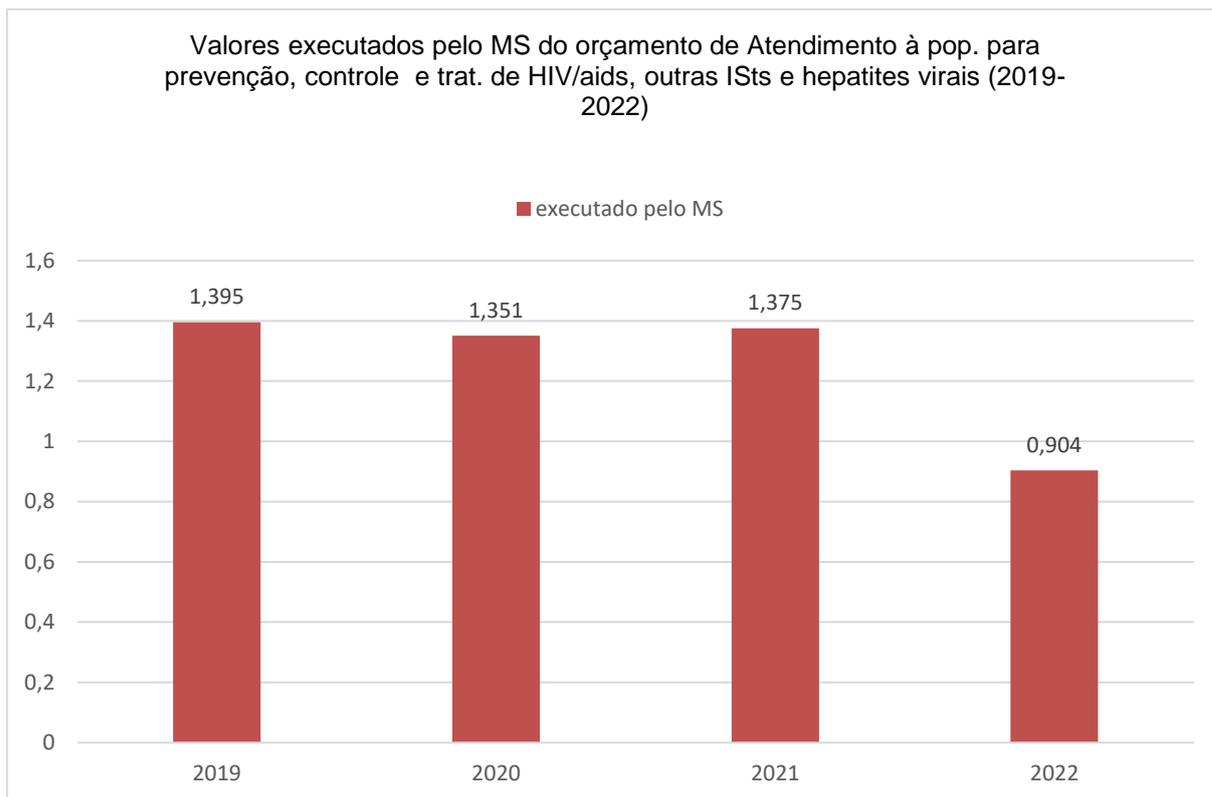
Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Transparência (2019-2022).

A partir das informações do gráfico 2, podemos indicar que os recursos destinados as diversas ações, assim como para os medicamentos, não só de HIV/aids, além de reduzidos não foram totalmente executados, com percentuais variando entre 70% e 89%.

Além disso, dados do Portal da transparência indicam que o percentual dos gastos com os serviços de enfrentamento do HIV representou, no período da pesquisa, 0,06%, em 2019 e 2020, 0,05% em 2021, e 0,04% em 2022, dos recursos do Ministério da Saúde.

As informações do Portal da Transparência do governo Federal detalham, também, o Ministério da Saúde como o maior órgão executor da ação, apresentando os valores: em 2019 mais de R\$1,395 bilhão; em 2020 R\$1,351 bilhão; em 2021 mais de R\$1,375 bilhão; e, em 2022, R\$904,784 milhão, sendo os anos de 2019 e 2021 os que apresentaram maior orçamento, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

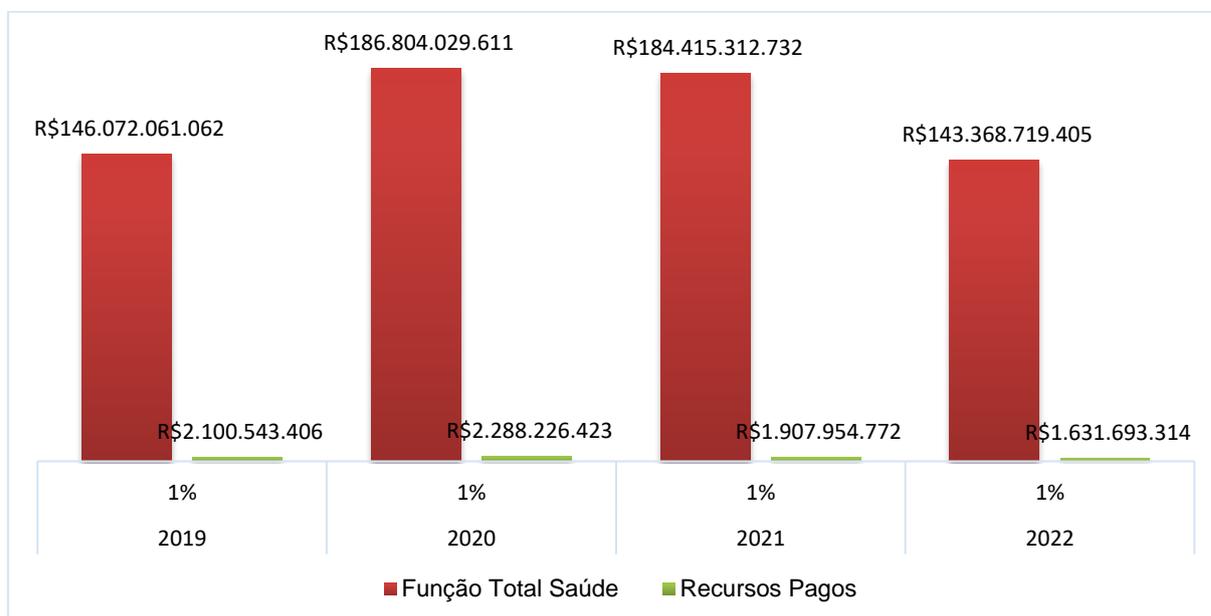
Gráfico 3 – Variação anual dos valores executados pelo Ministério da Saúde da ação orçamentária “Atendimento à população para prevenção, controle e tratamento de HIV/aids, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais”.



Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Transparência (2019-2022).

Em relação aos maiores favorecidos da ação orçamentária, o Portal da Transparência indica as empresas farmacêuticas e laboratórios. De acordo com o Portal SIGA Brasil, houve pagamentos em todos os anos na ação orçamentária “Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis”. Os valores informados são: em 2019, R\$ 2,100 bilhões; em 2020, 2,288 bilhões; em 2021, R\$1,907 bilhões; e em 2022, R\$ 1,631 bilhões. Esses valores representam apenas 1% dos recursos que foram investidos em cada ano da gestão na Saúde, de acordo com o gráfico seguinte é possível perceber a assimetria entre os valores:

Gráfico 4 – Percentual dos gastos do orçamento da Saúde com a ação orçamentária “atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis” (2019-2022).



Fonte: Elaboração própria com base em Portal SIGA Brasil (2019-2022).

Os dados do gráfico revelam que no período de 2019 a 2022, as despesas com HIV/aids não chegaram a comprometer sequer 1% do orçamento do Ministério da Saúde. Levando em consideração a própria descrição da “ação Orçamentária, o que se constata é que a maior parte desses gastos foi com medicamentos dispensados às PVHA, integrantes da Terapia Antirretroviral, aprofundando a tendência, desde o início da década de 2010, da estratégia de tratamento como prevenção - nas modalidades Profilaxia Pré-exposição (PreP) e Profilaxia Pós-exposição (PeP) -, que foi adotada no Brasil a partir do final de 2013, priorizando o tratamento antirretroviral em detrimento de ações de prevenção e educação em saúde, não considerando que, as PrePs ainda têm uma distribuição muito desigual no país, isso caracteriza o esquecimento da importância das campanhas preventivas e do fortalecimento de toda a rede de serviços, que sempre estiveram presentes nos resultados positivos do enfrentamento do HIV/aids.

Nesse sentido, Seffner; Parker (2016) destacam no campo da aids um fenômeno o qual denominam de neoliberalização da prevenção da aids no Brasil. De acordo com os referidos autores, essas ações se conjugam com certo raciocínio de ordem neoliberal, numa pauta de ontologia individualizante, priorizando o método

“testar e tratar”, retirando investimentos das ações de prevenção. Com isso, fornece a pedra de toque para que aqueles que estão infectados pelo HIV e aqueles que possam vir a se infectar sejam tratados apenas como consumidores individuais de medicamentos, com o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda a complexidade da aids, que vai além do ponto de vista biomédico.

Segundo Scheffer (2022, n.p.), em 2021, o Ministério da Saúde investiu somente “R\$100.098 mil em campanhas de prevenção do HIV, o que equivale a 0,6% do total aplicado mais de 20 anos atrás, em 1998, dado mais antigo disponível, sendo, naquela época, o valor do investimento de R\$16,5 milhões - corrigidos pela inflação”.

Nossas ponderações acerca das PreP e PeP não são contra sua existência e utilização, tendo a adoção dos dois modelos de terapia promovido qualidade de vida e autonomia às PHVA. Nossa crítica é tecida ao analisar que a importância do diálogo educativo, das campanhas acerca da prevenção e da própria cobertura assistencial existentes vem sendo abandonados. O caráter das campanhas e do diálogo entre sociedade, populações-chave, usuários do SUS, movimentos, dentre outros, influencia diretamente na superação dos estigmas e preconceitos que pairam sobre tudo o que envolve essa temática.

Em relação ao acesso às informações, outra ação do governo que expressa uma tendência ao processo de invisibilização da aids, foi o encerramento de todas as redes sociais, a exemplo da conta no Twitter e do Facebook, do programa de aids, que mantinha atualizações diárias com informações acerca da doença, e que, desde então, passam a ser vinculadas à página oficial do Ministério da Saúde, junto a outros assuntos, caracterizando uma perda de prioridade e diminuição da atenção específica ao HIV/aids (Carta Capital, 2019). Além da evidente perda de prioridade, esse processo dificulta as buscas das informações específicas sobre HIV/aids, visto que elas estarão juntas com outras notícias e informações do Ministério da Saúde.

Para elucidar esse processo, buscamos no conceito da Sorofobia a razão norteadora para tal decisão, que, segundo Filho; Vieira (2021, p.135)

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.

Essas posturas ganham força concomitantemente com o avançar do neoconservadorismo presente no meio político e social com mais força e novas estratégias de arregimentação das grandes massas a partir dos anos 2010, ocasionando o surgimento de uma extrema-direita que, desde então, promove desmontes e retrocessos entre as diversas políticas públicas.

O Governo Bolsonaro foi o ápice desse movimento, sendo capaz de promover e incentivar desastrosas ações durante todo o seu mandato, institucional e socialmente. Acerca disso, Filho; Vieira (op.cit.) afirmam que essa guinada conservadora no discurso político governamental propiciou as bases da sorofobia; somado a isso está “o desmonte de algumas das principais estratégias de enfrentamento da pandemia de HIV/aids e censura das campanhas e programas fundamentados na pedagogia da prevenção. Desde então, a sorofobia vem sendo radicalizada por sujeitos políticos da extrema direita” (Filho; Vieira, 2021, p. 135)

Contribuíram para essa situação a adoção por parte dos quadros do governo de propostas de cariz conservador ancoradas no fundamentalismo religioso, sendo esse um padrão adotado pela figura política de Jair Bolsonaro durante sua campanha, e que se estendeu ao seu governo, tendo representantes de Igrejas, majoritariamente de denominações Evangélicas, ocupando cargos do alto escalão do Governo. As investidas contra os saberes técnico-científicos introduziram uma intenção evangelizadora dentro dos espaços políticos, como se explicitou nas intenções de organização para as políticas de prevenção do HIV/aids e demais ISTs assentadas em um viés moralista. Segundo Scheffer (2022) o Ministério da Saúde, na gestão Bolsonaro, adotou a tática da “fraternidade reacionária”, que consistiu em censurar previamente tudo aquilo relacionado à sexualidade e a questões de gênero que pudesse desagradar ao então presidente e sua base fundamentalista.

Paiva; Antunes; Sanchez (2019) destacam semelhanças entre o discurso moral-sexual largamente usado para validar o poder e a repressão de opositores à ditadura civil-militar, ainda em curso quando os primeiros casos de aids apareceram no país, em 1981, e o que se pretendeu fazer no governo Bolsonaro acerca da educação sexual de adolescentes e jovens, e da promoção da “prevenção combinada”, sendo essa a garantia de acesso universal ao tratamento, ao preservativo e ao teste no SUS. Os autores relembram que a educação sexual era

obrigada a restringir-se à “educação moral e cívica” introduzida como matéria obrigatória do ensino fundamental à universidade, onde permaneceu até os anos 1990. A presença da repressão naquela época também ocorreu nesse âmbito, e os educadores que tentassem fugir à regra eram perseguidos pelas leis de exceção. Nesse contexto,

Brigadeiros da aeronáutica e a parte da Igreja Católica que aderiu ao governo eram corresponsáveis pela educação sexual do regime, e defendiam que não deveria ser atividade “feita coletivamente” nas escolas – “a inocência era a melhor defesa para a pureza e a castidade”; conselheiras do Conselho Federal da Educação afirmavam que essa era “uma tarefa da família” (Paiva; Antunes; Sanchez, 2019, p. 02).

Como um resgate dessa conjuntura moralizante e de certo grau, punitivista, destacamos a campanha de abstinência sexual para jovens intitulada de “Tudo Tem Seu Tempo”, defendida pela Ministra de Estado da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos, a Pastora Evangélica Damares Alves, que foi uma defensora ferrenha do Governo Bolsonaro e símbolo do conservadorismo religioso-cristão, que passou a imperar em quase todos os espaços públicos do Estado. Essa campanha se inspira em estratégias desenvolvidas nos Estados Unidos, lançada há muitos anos como estratégia de prevenção à aids. A ex-ministra Damares Alves defendeu abertamente a abstinência entre os adolescentes como método preventivo e se aproximando de seus defensores dos EUA, propondo que o método fosse ensinado nas escolas. Em maio de 2019, em entrevista à rede de notícias BBC Brasil, a ex-ministra defendia sua proposta:

Estamos vendo uma campanha muito grande do sexo pelo prazer, tão somente pelo prazer, mas voltar a falar do afeto, trazer o afeto para esse debate. O método mais eficiente é a abstinência. Por que não falar sobre isso? Por que não falar de retardar o início da relação sexual? Eu defendo essa tese (BBC Brasil, 2020).

Em dezembro de 2019 foi organizado um seminário sobre o tema “Gravidez na Adolescência”, pelo Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos na Câmara dos Deputados, demonstrando seu empenho para tornar a campanha uma política pública. Os principais palestrantes foram a Diretora da organização Norte-americana Ascend¹³, Mary Anne Mosack, que é responsável por promover cursos

¹³ De modo geral, a organização norte-americana Ascend é responsável por promover cursos para qualificar educadores a incentivarem a ausência da vida sexual para os jovens.

para qualificar educadores a incentivarem a ausência da vida sexual para os jovens, além do pastor Nelson Junior, dirigente da Associação Evangélica Cristã “Eu Escolhi Esperar”, que tem como política central o incentivo a abstinência sexual até o casamento (UOL, 2020), e mesmo com essas figuras representativas, a ex-ministra negou que existisse na proposta um viés religioso.

Essa movimentação encontra apoio na aprovação da Lei nº 13.798/19, que instituiu a Semana Nacional de Prevenção à Gravidez Adolescente não Planejada, a realizar-se anualmente, sempre no dia 1º de fevereiro, tem como objetivo “disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência”. As ações devem ser realizadas pelo poder público, em conjunto com organização da sociedade civil, e são dirigidas prioritariamente ao público adolescente (Brasil, 2019).

A proposta não teve boa repercussão no âmbito do MS, o que fez com que a ex-ministra Damares Alves mudasse um pouco os termos quando questionada pela mídia, diminuindo sua ênfase na abstinência como política central quando necessário, alegando que o foco do Ministério era uma defesa do adiamento do início da atividade sexual como uma alternativa, mas não a única opção (UOL, 2020).

Com a divulgação do evento, o Ministério da Saúde foi notificado pela Defensoria Pública da União, recomendando que não fosse lançada a campanha sobre abstinência sexual, por não haver evidências científicas que comprovem a eficácia do método. O documento citou estudo americano, lançado em 2017, que comprova impacto negativo da abstinência sexual na saúde de adolescentes. Conforme noticiado, o documento informou o seguinte:

A conclusão de tais pesquisas é que as políticas de abstinência sexual não promoveram mudanças positivas alguma na iniciação sexual e na vida sexual dos/as jovens, de modo que não impedem nem a gravidez na adolescência nem a propagação de infecções sexualmente transmissíveis entre os/as jovens (Veja, 2020, n.p.).

A estratégia explícita a intenção do governo Bolsonaro em cercear os diálogos acerca do Direito Humano de saúde em seu contexto de educação para prevenção, diferenças entre gênero, identidade de gênero e sexualidade, que cresceu a partir de 2016, sobretudo nas escolas, que passaram a sofrer com a tentativa de imposição de uma mordaza ideológica, incentivando a perseguição de professores, ferindo sua

autonomia dentro de sala de aula, respaldados na proposta da “Escola sem Partido”¹⁴. A Educação, enquanto política pública, e a escola, enquanto espaço de poder, passam a ser disputados pelos representantes dessa nova extrema-direita e seu neoconservadorismo, para que o pensamento crítico e emancipatório seja interditado.

A proposta de uma política de abstinência sexual para adolescentes e jovens simboliza para a política de enfrentamento do HIV/aids um retrocesso, na medida em que inviabiliza um dos pilares principais, o direito à educação e à prevenção. Entende-se que a escola é um dos locais em que a maioria dos adolescentes e jovens sente-se seguros para falar de seus anseios e suas angústias, assim, não abordar a questão da sexualidade como primordial lhes nega a oportunidade de compreender a sociedade, a cultura e a si próprio, e a tomar decisões mais acertadas, que promovam sua segurança e seu bem-estar.

Pesquisa realizada em escolas do Distrito Federal e de São Paulo, em 2013¹⁵, sobre prevenção de IST/aids e gravidez não planejada possibilitou a compreensão de como a abordagem da Pedagogia da Prevenção, conceituada por Gavigan *et. al.* (2015) como uma necessidade e como um direito fundamental de todos aqueles que estão vulneráveis à infecção pelo HIV, é atravessada em cada segmento da sociedade e em cada época, pela compreensão do cenário cultural implicado nas sexualidades que se precisa abordar.

A pesquisa indicou que apesar da religião e da religiosidade, majoritariamente cristã, influenciar no adiamento da iniciação da vida sexual, indicou, também, a aprovação de pais e professores do discurso científico sobre sexualidade e prevenção nas escolas. Contudo, não foram observadas contribuições do discurso religioso ou de opiniões mais conservadoras para o fortalecimento do direito à prevenção, assim como ao sexo protegido aos jovens após a primeira relação sexual.

O Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2020 indica que, nos últimos 10 anos houve um crescimento na taxa de detecção de aids em homens jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, que foram, respectivamente de 64,9% e 74,8% entre 2009 e

¹⁴“Escola sem Partido” é um movimento surgido em 2014, que criou uma proposta de lei para ser encaminhada nos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal –, tratando da obrigatoriedade de fixação de cartaz em todas as salas de aula do ensino fundamental e médio contendo ‘os deveres do professor’. Em síntese, o movimento defende que as escolas e os professores têm assumido uma doutrinação ideológica, política e partidária que deve ser combatida. Para uma reflexão mais completa acerca da temática, ver trabalho de Frigotto, intitulado: Escola ‘sem’ partido: esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira. Rio de Janeiro: LPP, Uerj, 2017. 144.

¹⁵ A pesquisa foi desenvolvida por Paiva, Antunes, Sanchez, intitulada “O direito à prevenção da aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola”.

2019. Já na taxa de detecção das mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, um decréscimo em todas as faixas etárias, sendo as de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos as que tiveram as maiores quedas: 57,1%, 61,5%, 42,9%, 51,8% e 50,5% respectivamente, quando comparados os anos de 2009 e 2019 (p.18).

O Boletim do ano subsequente (2022, ano base 2021) indica que, no que se refere às faixas etárias, observou-se, no período analisado, que 102.869 (23,7%) casos são de jovens entre 15 e 24 anos, representando 25,2% e 19,9% dos casos no sexo masculino e feminino, respectivamente. Os dados mostram a importância de políticas públicas direcionadas a essa população de forma contínua (Brasil; 2022, p.12).

Desde os primeiros anos da década de 2010, as estratégias do Combate à aids passam a englobar na Pedagogia da Prevenção a discussão sobre todos os métodos disponíveis e a sua adequação a cada realidade, com destaque para a inserção da PreP, que passa a ser mais uma opção disponível dentro da estratégia de Tratamento como Prevenção. Mas não apenas isso, é necessária uma abordagem que vise combater o estigma e a discriminação, que ainda persiste. Consideramos o acesso aos métodos preventivos, o entendimento dos mesmos e a escolha de utilizá-los eficazmente como direitos, conforme manifestado por Gavigan, *et. al.* (2015, p.14) sendo “o acesso e a capacitação para o tratamento descritos – e reivindicados – como direitos humanos, o acesso e a pedagogia da prevenção também são direitos. Se o direito à saúde é um direito humano universal, a prevenção deve ser vista como parte integral desse direito”.

Na análise de diminuição da promoção de educação e prevenção, Scheffer; Rosenthal (2021) informam que até setembro de 2021, a distribuição de preservativos pelo Ministério da Saúde não chegava à metade das 468 milhões de camisinhas ofertadas pelo SUS em 2019. Em 2020, foram distribuídos 115 milhões de preservativos a menos na comparação com o ano anterior. Essa diminuição afeta nas estratégias de controle e de cuidados que devem ser seguidas pelo sistema, para que a diminuição dos casos ocorra.

O Presidente Jair Bolsonaro, ao ser questionado em entrevista à imprensa sobre a respectiva proposta, defendeu a campanha de “abstinência sexual” como uma boa alternativa de método contraceptivo, expondo, mais uma vez, sua falta de conhecimento e trato com assuntos relevantes e científicos, ao afirmar que pessoas

que vivem com HIV e aids constituem despesas para todo o país, em mais uma confusão entre o que é método contraceptivo e proteção contra as ISTs, reduzindo a problemática apenas a gravidez precoce indesejada.

O então Presidente, naquele período, deu a seguinte declaração: "a Damares está sendo 10 nessa questão, defendendo a mudança de comportamento necessária no Brasil. Quando ela fala em abstinência sexual esculhambam ela. Eu tenho uma filha de 9 anos, você acha que eu quero ter uma filha grávida ano que vem? Não" (UOL, 2020).

Filho; Vieira (2021) chamam a atenção para o montante de recursos investidos na campanha de Abstinência Sexual, em torno de R\$ 3 milhões, oriundos do Ministério da Saúde, além da possibilidade de tal campanha tornar-se uma política pública, colocando-se como mais um dispositivo de cerceamento dos direitos sexuais e reprodutivos dos grupos historicamente excluídos. Destacam, ainda, que durante o lançamento dessa campanha foram confeccionados cartazes que informavam que insumos de prevenção, a exemplo dos preservativos, havia a presença de poros que permitiam a passagem do vírus HIV, mostrando como a desinformação e o negacionismo foram ferramentas políticas do governo Bolsonaro.

Há uma intenção por trás da postura assumida durante o Governo Bolsonaro, que está diretamente ligada à ideologia ultraneoliberal. Não tratou-se apenas de irresponsabilidade ou despreparo, mas conivência com as exigências postas pelo grande capital que busca sua recomposição. De acordo com Júnior (2021, p.62)

É justamente o vértice entre economia neoliberal e invenção de um novo conservadorismo que materializa a estratégia bolsonarista. O HIV e a epidemia da Aids, parecem recuperar não apenas memórias discursivas, mas parecem apontar para uma forma de produção de práticas, via silenciamento ou amplificação discursiva de uma nova moralidade e de uma nova distribuição da vida e da morte – que passa por estratégias tão distintas quanto a redução do espaço nas políticas públicas ou a materialização de enunciados sobre o pecado, a moral e a “família tradicional”. A relação entre, por um lado, o cálculo neoliberal e, por outro, a moralidade ancorada nos enunciados de conservadorismo-cristandade, permanecerá como uma espécie de motor de funcionamento dos discursos desse dispositivo.

Seguindo a lógica neoconservadora, que teve lugar central no cenário político e nas ações do governo Bolsonaro, as pessoas que ocuparam os quadros de gestão não fugiram a essa exigência, desde o primeiro escalão até apoiadores no Congresso

Nacional. O primeiro nomeado para o cargo de Ministro da Saúde do seu governo, o médico Luiz Henrique Mandetta, afirmou acerca das campanhas de prevenção ao HIV e a aids, que caberia às famílias essa tarefa e não ao Estado a promoção de ações de prevenção ao HIV/Aids. Segundo Scheffer (2022), Mandetta pregou que campanhas de aids não poderiam “ofender as famílias”, tendo na época vetado uma cartilha de prevenção voltada a homens trans.

Ainda como Ministro, colaborou com a campanha encabeçada pela ex-ministra Damares Alves, apoiando e promovendo o discurso da abstinência sexual entre os adolescentes e jovens para evitar a gravidez precoce e as IST's (Filho; Vieira, 2021). A negação da ciência se fez presente em todos os níveis, não só na figura dos militares, que ocuparam cargos de peso dentro do governo, mas também partiu daqueles que tinham compromisso profissional em defendê-la e contribuir para o seu avanço.

A defesa de abstinência sexual como método contraceptivo ou preventivo contra as ISTs é símbolo do fundamentalismo religioso empregado pelo governo de Jair Bolsonaro desde a campanha, e nesse sentido, os segmentos como os das mulheres e o público LGBTQIAP+, assim como a juventude, se tornam ainda mais vulneráveis à falta de investimentos em políticas públicas que garantam acesso a direitos e a serviços básicos.

Constata-se dentro das casas legislativas a tendência de restringir os direitos das mulheres sobre seus corpos, um exemplo disso é o Estatuto do Nascituro, proposto pelo PL nº 478 de 2007, “onde defende a alteração do Código Penal brasileiro para considerar o aborto crime hediondo, proibindo-o em todos os casos previstos em lei: estupro, risco à vida da mulher e feto anencéfalo” (Filho; Vieira, 2021, p.6). Para as mulheres soropositivas que não seguem os protocolos clínicos de prevenção à transmissão vertical do vírus HIV, que ocorre da mulher para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação, tem-se a possibilidade de criação de um dispositivo legal para puni-las criminalmente, pois, apesar da testagem para HIV e aids ser recomendada a partir do pré-natal, “ela deve ser autorizada pela gestante, e em caso positivo, a adesão ao tratamento deve partir da mulher, após ser informada sobre as opções de tratamento e suporte clínico e social” (idem, ibidem).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2020, no período de 2009 a 2019 foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Nesse período de dez anos houve “um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para

2,8/mil nascidos vivos.” O Boletim indica que tal aumento “pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV” (p.12).

Outro destaque acerca dessa questão diz respeito as informações que de 2000 a 2020, “a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV (27,6%), notificadas no Sinan” (p.13), endossando a importância e necessidade da adoção da educação sobre prevenção com o público de adolescentes e jovens, sendo os mais expostos aos riscos da contaminação.

Dados contidos no Boletim 2022 informam que, em 2021, a ocorrência de novas infecções pelo HIV em mulheres entre 15 e 34 anos representou 45,6% dos casos. Mulheres nessa faixa etária encontram-se em idade reprodutiva, sendo importante o planejamento reprodutivo, a oferta de teste anti-HIV para a detecção precoce da infecção e o início de TARV, a fim de evitar a transmissão vertical do vírus (Brasil, 2022, p.12). As adolescentes e jovens precisam estar no centro das discussões, não como alvo de culpabilização, mas como protagonistas nas suas escolhas de vida e de proteção, para que não sofram consequências que poderiam ser evitadas com o acesso a direitos básicos de informação e prevenção.

Num movimento de regressão, em 2020, o Brasil passou a fazer parte do chamado Declaração do Consenso de Genebra, um documento assinado em 22 de outubro daquele ano, que tem a participação de mais de 30 países. Os objetivos almejados com o Consenso são alcançar uma saúde melhor para as mulheres; preservar a vida humana; apoiar a família como parte fundamental de uma sociedade saudável; proteger a soberania nacional na política global (BRASIL, 2023). Apesar desses objetivos, o motivo maior perseguido pelo Consenso é a proibição do aborto e a defesa do modelo de família tradicional, patriarcal e heterocêntrica, sendo mais uma estratégia política de alinhamento com organizações e países que assumem uma posição conservadora e de regimes políticos autoritários. As propostas do consenso comprometem a implementação de leis e políticas nacionais, limitando os direitos sexuais e reprodutivos, além de ser contrário ao conceito ampliado de família.

Os dados levantados nesta pesquisa indicam as seguintes tendências de enfrentamento as ações de HIV e aids no governo Bolsonaro: ações balizadas por uma lógica conservadora e impregnadas das influências do fundamentalismo-cristão, que nega o evangelho do amor ao próximo e assume o papel de juiz de tudo aquilo que transgride o imaginário do certo e errado dos pilares cristãos; retrocesso político

com o resgate de abordagens já superadas no que diz respeito às questões ligadas ao processo de contaminação, adoecimento, tratamentos, práticas de prevenção, de inclusão e de respeito às particularidades de cada segmento; diminuição do financiamento, com foco na medicalização, além da falta de um melhor detalhamento para o acesso do público. Essa tendência combinada ao cenário de pandemia, a partir de 2020, ganha novos desenhos, que delimitam novas tendências, que trataremos a seguir.

3.2 Enfrentamento do HIV/Aids na Pandemia da covid-19

A Pandemia da covid-19, ocasionada pela disseminação do vírus Sars-Cov-2 ou Corona vírus, obrigou o mundo a reunir esforços em busca da sua superação e do restabelecimento do cotidiano, com menos mortalidade e com o controle dos casos.

Os esforços, sobretudo na área da ciência e tecnologia voltadas à saúde, foram todos direcionados ao estudo do vírus, do seu surgimento e de formas de conter sua disseminação e mitigar os malefícios causados pela sua infecção. Países se uniram em busca do desenvolvimento de um imunizante capaz de diminuir o contágio, o adoecimento e a mortalidade decorrente da covid-19.

O debate em torno da saúde e do desenvolvimento global de maneira responsável ganhou espaço, evidenciando que o atual cenário de degradação ambiental, de desigualdades social e de renda, que provoca a pauperização de grande parcela mundial, é o combustível para o surgimento de mais epidemias em ciclos que tendem a cada vez ficar mais curtos.

Dados de pesquisa realizada em 2021, pelo PNUD, da ONU, com 109 países reuniu um contingente de 6 bilhões de pessoas, revelando que 1,3 bilhão de seres humanos, ou seja, um quarto da população investigada vive em situação de pobreza (Dallari, 2021). Em outro levantamento realizado pela ONU, identificou-se que 4,2 bilhões de pessoas não têm acesso a saneamento básico e a água limpa, inviabilizando os cuidados com a higiene e com a saúde. E, em tempos de Pandemia, essa emergência tornou-se mais evidente, visto a necessidade de se manter os cuidados com a higiene, que são recomendados para evitar a propagação do vírus.

De modo geral, a Pandemia da covid-19 revelou a situação das políticas de Saúde em todo o mundo, da concepção de acesso a serviços de saúde como um

direito humano e a responsabilidade política de cada nação em garantir que a população seja atendida em suas necessidades de saúde.

O Brasil, nesse contexto, voltou a atenção para o SUS, referência mundial por seu formato de política pública assentada nos princípios de universalidade do acesso e integralidade das ações, que permite que todos os cidadãos brasileiros e aqueles que estão em solo nacional tenham direito de serem atendidos em suas urgências. Desde a criação do SUS, apesar dos desafios do financiamento e na gestão dos serviços, acumulamos um histórico de experiências exitosas, a exemplo das campanhas de vacinação, que proporcionaram a erradicação da varíola, da poliomielite (paralisia infantil) e da síndrome da rubéola congênita.

Devido à Pandemia, todos os esforços se concentraram no seu enfrentamento, tendo os procedimentos “não-covid” sofrido uma queda em sua prestação. Estudo¹⁶ realizado por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas e da Faculdade de Saúde Pública da USP mostrou o impacto que a pandemia teve nos serviços não-covid do SUS, demonstrando que a alocação de recursos físicos, humanos e financeiros aumentou as desigualdades na saúde e não foi o suficiente para impedir a redução de 25% nos procedimentos do SUS em 2020. A pesquisa indicou que todos os procedimentos tiveram redução expressiva: Triagens (-42,6%); Procedimentos diagnósticos (-28,9%); Consultas médicas (-42,5%); Cirurgias de baixa e média complexidade (-59,7%); Cirurgias de alta complexidade (-27,9%); Transplantes (-44,7%); Tratamentos e procedimentos clínicos por lesões de causas externas (-19,1%); Procedimentos irreprimíveis¹⁷ (-8,5%); e Partos (-12,6%) (Bigone; *et. al.*, 2022).

Segundo a pesquisa (*Op. Cit.*), houve falta de planejamento adequado para melhorar a capacidade do sistema de saúde, resultando na diminuição de um quarto da quantidade de procedimentos de saúde, aumentando as disparidades de saúde já existentes no país. Outro fator indicado foi que o governo brasileiro não considerou

¹⁶Estudo realizado por pesquisadores da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) e da Faculdade de Saúde Pública da USP intitulado “A funcionalidade do sistema de saúde brasileiro em meio a pandemia de COVID-19: uma análise de resiliência”, publicada em junho de 2022 na revista *The Lancet Regional Health: Americas*.

¹⁷ Consultamos o autor, Alessandro Bigoni, através de mensagem por correio eletrônico enviado no dia 19/09/2023, para obtermos esclarecimento acerca do termo “Procedimentos Irreprimíveis”. Em resposta, o autor nos explicou que se trata de uma categoria criada durante a pesquisa para “tentar compreender procedimentos recorrentes que são essenciais para a vida do paciente, ou seja, aqueles que não podem ser reprimidos de nenhuma forma. Dessa forma, foram selecionados os códigos de procedimentos nos grupos de tratamentos oncológicos (0305) e nefrológicos (0304)”.

que os estados socioeconomicamente vulneráveis corriam maior risco de serem afetados pela sobrecarga do sistema de saúde causada pela covid-19, o que resultou em pior funcionalidade do sistema para esses estados vulneráveis.

Nesse cenário, as pessoas que vivem com HIV/aids também foram afetadas, considerando a necessidade de acompanhamento contínuo de muitos usuários dos serviços especializados, para consultas, exames entre outras necessidades, pois, é sabido que no Brasil as competências dos estados e municípios em relação ao financiamento e implementação das ações de atendimento às PVHA são compartilhadas com o governo federal, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecida pela Constituição de 1988 e pelas leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

O governo Bolsonaro assumiu, desde o início da Pandemia, uma postura ausente, omissa e negacionista, com demora para elaborar um planejamento e para efetivar as primeiras ações. Além disso, o negacionismo da ciência adotado pela gestão federal evidenciou-se de várias formas. Especialistas no Ministério da Saúde foram substituídos por militares sem conhecimentos específicos em saúde pública, o que causou danos significativos a coordenação nacional do SUS.

No que se refere ao enfrentamento do HIV/aids, a irresponsabilidade da então gestão surpreendeu, em dezembro de 2020, usuários e profissionais. Em meio a Pandemia da covid-19, foram suspensos os exames de aids, HIV e hepatites virais, realizados pelo SUS, por falta de renovação do contrato com a empresa que realizava tais exames, demonstrando a irresponsabilidade do Governo com o enfrentamento da epidemia de aids no país. De acordo com informações noticiadas, um mês antes teria sido realizado Pregão para a aquisição dos testes, porém a empresa vencedora não teria apresentado todos os documentos exigidos no certame, deixando um vácuo na prestação do serviço (ISTOÉ, 2020).

Essa postura frente às políticas e serviços públicos tem implicações na qualidade e impactado a vida dos usuários. No contexto do HIV/aids se torna ainda mais delicado, por ser uma infecção que ainda mantém um status de epidemia e que carrega em si uma complexidade no que se refere ao seu contágio e evolução.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, a taxa de detecção de aids vem caindo no país desde o ano de 2012. “Em 2010, essa taxa foi de 21,4 casos por 100 mil habitantes; em 2011, aumentou para 22,3 casos por 100 mil habitantes; em 2012 houve queda para 22,0 e em 2019, chegou em 18,0” (p.12). Porém, esses números não estão expressando a real situação, pois, em 2020, observou-se a maior

redução anual da taxa, que chegou a 14,1 casos por 100 mil habitantes, sendo que essa queda está relacionada, em parte, aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da covid-19. “Essa redução da taxa de detecção de 2019 para 2020 também foi observada em todas as regiões e Unidades da Federação, exceto no estado de Sergipe” (p.12).

Em dezembro de 2020, alguns países já dispunham de vacina contra a covid-19, enquanto que no Brasil, devido a atrasos em negociações e em assinaturas de contratos, a vacinação só começou em janeiro de 2021, com foco inicial nos chamados grupos prioritários, que levavam em consideração idade e comorbidades pré-existentes. Em outubro de 2021, Bolsonaro leu, em uma de suas *lives* semanais na rede social ‘Facebook’, uma suposta notícia que alertava que “vacinados contra covid estão desenvolvendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)”. A afirmação foi rebatida por médicos que afirmaram ser falsa e inexistente qualquer associação entre o imunizante do Corona vírus e a transmissão do HIV (Folha de São Paulo, 2021). Segundo Bolsonaro, a notícia se baseou em um suposto estudo publicado em dois sites, Stylo Urbano e Coletividade Evolutiva, onde afirmava que “pessoas estão perdendo a capacidade do sistema imunológico ao longo das semanas após completarem a vacinação e, por isso, terão efetivamente a síndrome da Imunodeficiência Adquirida desenvolvida”. A revista, por sua vez, afirmou que tal informação partira de dados disponibilizados pelo governo britânico, entretanto, o departamento de saúde pública do Reino Unido nunca compartilhou esses dados, evidenciando uma fraude nos dados divulgados pelas revistas mencionadas e replicadas por Bolsonaro.

O médico infectologista Jamal Suleiman, do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, destacou não haver nenhum fragmento do HIV nas vacinas da covid-19, e que as formas de transmissão dos dois vírus são totalmente distintas. Destacou, ainda, que “o presidente tem uma fixação anal e precisa ir para o divã. Ao dizer isso, ele coloca em xeque o Programa Nacional de Imunização” (Menon; Saldaña, 2021).

Os pronunciamentos do governo, não só contra as PVHA, mas contra a vacina e a ciência, contribuíram para um fenômeno que, desde a criação do SUS, não era vivenciado: a baixa adesão à imunização, não só da covid-19, mas de vacinas já existentes que contribuíram para a erradicação e controle de doenças. Houve uma grande resistência por parte da população, majoritariamente entre os apoiadores do então presidente, que reforçaram a divulgação de notícias falsas acerca da vacina e

de sua eficácia. É importante destacar que as PVHA são integrantes do grupo prioritário, devido as comorbidades decorrentes da aids.

O Relatório Global do UNAIDS (2021), publicado em julho do mesmo ano, intitulado “Enfrentando desigualdades – aprendizados dos 40 anos de Aids para respostas a Pandemias”, evidenciou que as pessoas que vivem com HIV são mais vulneráveis à covid-19, ao mesmo tempo em que indica que as desigualdades cada vez maiores impedem essas pessoas de acessar as vacinas contra a covid-19 e os serviços de HIV.

O Boletim Epidemiológico de 2022 indica que a pandemia de covid-19 causou um importante impacto nas notificações de aids e contribuiu para uma queda de 20,1% nos registros, ou seja, 7.689 casos a menos, quando comparados os anos de 2019 e 2020. Entretanto, em 2021, observou-se um incremento de 15,0% no número de casos notificados em relação ao ano anterior, ainda assim menor que o ano de 2019, representando uma subnotificação de casos de HIV e de aids em todo o país. Desse modo, evidencia-se uma tendência ao esvaziamento dos serviços voltados a esses usuários diante da problemática trazida com a necessidade de isolamento social e incremento dos serviços voltados a covid-19.

Os discursos baseados em desinformação e preconceito contribuem para que usuários optem pelo abandono do tratamento e dos cuidados por medo da exclusão e da discriminação. Discursos conservadores que vêm sendo resgatados nos últimos anos por figuras públicas ligadas a religiões e movimentos neopetencostais reforçam a ideia de que há comportamento e grupos de riscos (conceito superado a anos dentro dos espaços ligados ao enfrentamento do HIV e da aids) no que se refere ao HIV e a aids, defendendo que é uma doença intrinsecamente ligada a práticas homossexuais, uma espécie de “castigo divino aos desvios promíscuos dos gays”. O bolsonarismo resgatou a equivocada relação entre homossexualidade e perigo em seus discursos, e numa nova roupagem, relaciona a soropositividade como um problema ao Estado e à economia. Para Júnior (2021, p.61) “a retomada da aids como problema de Estado e circunscrito aos homossexuais parece estar marcada à estratégia neoliberal de problematizar o papel do SUS, como se sabe, o SUS e o enfrentamento do HIV, no Brasil, são contemporâneos”.

As ações discorridas até o momento demonstram as características do governo Bolsonaro frente à epidemia de HIV e aids durante o período mais complexo

vivenciado em nível mundial. Diante das constatações aqui apresentadas podemos elencar as principais tendências assumidas durante esse período.

De modo geral, o levantamento de dados e de informações realizados até aqui nos possibilitou identificar a **tendência ao desmonte da política de enfrentamento do HIV e a aids** no país durante o governo Bolsonaro. Além dos interesses econômicos, que são a redução de investimentos na política de saúde provocada pelo desfinanciamento, e os ataques ao SUS num contínuo processo de contrarreforma do setor, com ampla defesa da privatização dos serviços e focalização no indivíduo e na doença tendo como figura principal o médico, remontando uma lógica de Saúde que se buscou superar a partir do Movimento de Reforma Sanitária e posteriormente com a política de Saúde da CF/88.

A tendência ao desmonte é fortalecida e confirmada mediante a constatação de outras tendências que se mostram no decorrer das análises. Uma delas é tendência à **invisibilização** da epidemia de HIV e aids no Brasil e da existência de uma população que necessita de respostas do Estado, que garantam sua sobrevivência. Essa evidenciou-se no processo redução de investimento nas campanhas de planejamento e acesso à educação sexual, principalmente de adolescentes e jovens, e preventiva contra as diversas IST's, das campanhas de prevenção visando a diminuição dos casos, além das contrarreformas na Política de Atenção Primária no que diz respeito ao seu financiamento e a sua organização, focando em estratégias de produtividade e alterações no modelo de financiamento e se afastando do princípio da universalidade que leva em consideração as particularidades de cada comunidade, território e região.

Esta tendência está evidente, ainda, no silenciamento provocado com o desmonte das redes sociais ligadas ao Programa Nacional de Aids, que contribuíram para a desinformação carregada de preconceito que gera o estigma e a discriminação, ao qual concordamos com a utilização do termo sorofobia. Identificou-se a forte influência do teor ideológico ultraneoliberal, com discursos marcadamente racista, sexista, fundamentalista e de ódio aos grupos historicamente marginalizados.

Durante a Pandemia da covid-19 essa tendência se fortalece mediante a divulgação de notícias falsas com o intuito de promover boicote às campanhas de vacinação contra covid-19, momento em que a gestão Bolsonaro não fez esforço algum para disfarçar seu rechaço às populações-chave e as PVHA, provocando a diminuição da participação dos grupos e movimentos que representam esses

segmentos, suprimindo canais de informações e diálogos, incentivando o fortalecimento de velhos estigmas e criando novos ao associar, baseado em mentiras, vacina de covid-19 e HIV, gravidez na adolescência e aids, entre outras aberrações.

A influência do **neconservadorismo** assentado no fundamentalismo cristão que demoniza a doença e os corpos soropositivos e objetivou utilizar uma régua moral nas práticas sexuais e reprodutivas dos indivíduos. O quase desaparecimento das campanhas educativas e de incentivo a práticas preventivas se deve à contribuição direta dessa tendência, que condena as práticas sexuais e a sua diversidade, e, em seu amplo espectro, tenta perpetuar um modelo moral-cristão, além de preservar e perpetuar o modelo patriarcal de sociedade, buscando deslegitimar o crescente espaço de poder e representatividade do gênero feminino.

Inclui-se, nesse processo, a negação da diversidade de gêneros e a busca pela efetivação de direitos, de respeito e de existência dessa população. Como resultado desse processo faz-se relevante um destaque aos números de violência doméstica e de feminicídio¹⁸, assim como aos casos de LGBTfobia nos últimos anos, principalmente durante o governo Bolsonaro, endossadas pelo discurso de preconceito e ódio que acompanha a trajetória política de Jair Bolsonaro.

O **negacionismo** utilizado pelo governo Bolsonaro influenciou nas estratégias permanentes de enfrentamento do HIV e da aids. E não falamos de uma negação aberta e efetiva, mas ações que simbolizam essa tendência, estando elas manifestadas na redução de investimentos mediante os ajustes fiscais e a constante contrarreforma na saúde, no silenciamento dos grupos e movimentos representativos, no abandono das práticas que influenciam na prevenção, na invisibilização das populações-chave. Durante a Pandemia de covid-19, o negacionismo foi o motor condutor ou a estratégia utilizada para 'deixar de fazer'. Negou-se as evidências científicas e a existência do vírus, negou-se planejamento e ações para que o país pudesse se preparar e se proteger do que seria a emergência sanitária mais grave das últimas décadas, desde o surgimento da emergência do HIV e da aids, negou-se as vacinas e a sua eficácia, negou-se acesso aos serviços de saúde. Negou-se, sobretudo, respeito e dignidade.

¹⁸ Pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) constatou que os cortes orçamentários promovidos pelo governo Bolsonaro para as políticas de proteção às mulheres, a pandemia da covid-19 e a atuação política dos movimentos ultraconservadores contribuíram para o crescimento da violência contra a Mulher. Para uma análise completa, conferir: "Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil", 4ª edição - 2023.

Essas tendências se manifestam não só no campo normativo, mas representativo, e ficou evidenciado nas afirmações e ações do então presidente Jair Bolsonaro, que ficarão marcadas como um período sombrio na história recente da democracia brasileira.

O modelo de política adotado por Jair Messias Bolsonaro esteve diretamente ligado ao que entendemos por necropolítica, estando evidente na sua forma de governar e nas escolhas políticas feitas durante toda a sua gestão. Há ainda um longo percurso para recuperarmos o que foi destruído e organizarmos o que foi desmontado, entendendo que, para além dos dilemas do governo Bolsonaro, a própria lógica ultraneoliberal assumida no país desde 2016 põe em risco a consolidação democrática, ainda que nos limites da sociedade burguesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado o lapso temporal em que o país esteve caminhando em desgoverno (tanto no seu significado “descontrolado” mas, sobretudo, no seu significado “mal administrado”, um eufemismo para caracterizar o período em questão) concordamos que a eleição de Jair Bolsonaro não foi “um raio em céu azul”, mas o resultado da crise política dos anos anteriores, a aglutinação da direita já conhecida com novos personagens que uniram populismo com extremismo, se colocando contra qualquer perspectiva de direitos sociais, igualdade, estado social, ainda que nos limites do capital.

E não estávamos vivenciando um fenômeno mundial isolado. Desde o *crash* de 2008-2009, as estratégias do capital para recompor suas taxas de lucro têm buscado no fator ideológico forças para derrubar governos e representantes alinhados ou simpatizantes de uma política mais progressista. Não foi coincidência o Golpe de 2016 no Brasil e todas as investidas de desestabilização de governos pela América Latina, sempre patrocinados pelo imperialismo norte-americano. Essa era uma das estratégias para a implantação das políticas ultraneoliberais.

No Brasil, compreendemos que esses acontecimentos foram influenciados pelo aprofundamento da disputa pelo poder no país, alimentados pela repulsa aos governos petistas – principalmente ao que ele representava -, que, baseando suas ações na estratégia de conciliação de classes promoveu uma melhoria nos setores mais pauperizados, pois nem isso, o capital em crise permite.

Entretanto, não foi possível a consolidação das bases políticas dos que sempre estiveram nas trincheiras de lutas, desde o golpe de 1964 até a redemocratização na década de 1980, e que eram necessárias para que o país continuasse alcançando novos patamares de desenvolvimento, o que deu espaço à burguesia brasileira, sobretudo a financeira, se reorganizar e retomar os espaços de comando.

Assim, as burguesias econômicas e políticas do país utilizando-se fortemente do fator ideológico, resgatando o velho conservadorismo que historicamente influenciou políticas e políticos, além da adoção do neoliberalismo, como se esse fosse capaz de transformar as lacunas da desigualdade e a superação da exploração que formou esse país até os dias de hoje. Mas, concordamos que essa nunca foi a

intenção da direita brasileira, que almeja apenas a alternância do poder entre seus pares e a manutenção do controle sobre a classe trabalhadora.

Bolsonaro foi abraçado pelo capital por representar a oportunidade de restaurar a lucratividade, por meio de medidas de intensificação do ajuste fiscal, desmonte das políticas sociais e apropriação do fundo público, mantendo-se sempre na defesa das políticas econômicas ultraneoliberais.

Na Saúde, além do desfinanciamento promovido pela EC/95, tivemos que enfrentar o descaso, o despreparo e a incompetência de seus dirigentes. Bolsonaro 'conduziu' as políticas sociais, dentre elas a saúde, seguindo o princípio da austeridade e, desse modo, apenas deu continuidade ao processo iniciado pelo seu antecessor, promovendo o encolhimento orçamentário, que é próprio das políticas austeras. Além do impacto causado pela vigência da EC/95 desde 2017 para a Saúde, Bolsonaro promoveu o desmonte do modelo de Atenção Primária à Saúde, uma estratégia responsável pelo atendimento e acompanhamento da população, por todo o país.

Com a chegada da Pandemia da covid-19 ficou comprovado o despreparo e a irresponsabilidade do governo Bolsonaro à frente do comando do país e do Ministério da Saúde. O negacionismo foi a pedra de toque do governo, com ataques deliberados às recomendações científicas, demora em tomar as primeiras medidas de distanciamento social, de providenciar insumos básicos, e, o mínimo que poderia ser feito pelo representante maior da nação: respeito e solidariedade em momentos difíceis.

Diante da divulgação de documentos que comprovam que Bolsonaro sabia sobre a gravidade da Pandemia e dos prognósticos para o país caso não houvesse enfrentamento, o que nos resta é a revolta e a tristeza pelas vidas perdidas, onde um número significativo dessas poderiam ter sido evitadas se as ações da gestão federal tivessem se baseado num mínimo de humanidade, compromisso com a nação e respeito à vida. Enquanto todas as entidades científicas recomendavam isolamento e distanciamento, Bolsonaro fez questão de incentivar e fazer o contrário: aglomerações e ataques às recomendações dos órgãos de saúde, divulgação de notícias falsas, desrespeito às vítimas, aos enlutados e a população em geral.

Em se tratando do enfrentamento do HIV/aids no Brasil no período em questão, as tendências identificadas não fogem ao padrão do que foi e do que representou o governo Bolsonaro no campo social.

Do ponto de vista econômico, identificamos que o governo Bolsonaro promoveu políticas de austeridade que promovem o desmonte da proteção social do país. O financiamento do SUS, que garante os serviços de atendimento, acompanhamento, testagem e tratamento das PVHA passou por modificações, apresentando redução no montante investido especificamente para enfrentamento do HIV, aids e demais IST's.

Do ponto de vista político, a Política Nacional de aids e as estratégias de enfrentamento da epidemia perderam o foco. A participação da sociedade civil organizada, que historicamente contribuíram para sua criação e que representam a resistência contra a discriminação, desinformação e exclusão social foi limitada, e esses grupos tiveram que resistir mais uma vez, à invisibilização da aids, à disseminação de notícias falsas e às que promoveram desinformação da população, ao discurso de ódio e ao desprezo manifestado pelo governo. O discurso conservador que condena práticas educativas acerca da sexualidade e de cuidados com a prevenção promoveu a diminuição de campanhas educativas dentro das escolas, local onde adolescentes e jovens mais necessitam de informação de qualidade e isenta de qualquer tipo de julgamento ou constrangimento.

Identificou-se a tendência a negação da aids e ao seu enfrentamento como uma responsabilidade de Estado, característica que no campo social contribui para o crescimento do preconceito e a legitimação da redução de investimento no setor, responsabilizando as PVHA pela sua condição e pela manutenção da sua sobrevivência, na medida em que o discurso do então presidente classifica essas pessoas como “um gasto para o Estado”, além de contribuir para a perpetuação do estigma.

Nossa pesquisa nos possibilitou muitas reflexões. A primeira delas é a ascensão e a eleição de Bolsonaro e tudo o que ele fazia questão de representar: os ataques a democracia, o rebaixamento da imagem do país perante outras nações, o desmonte das políticas sociais, o discurso de ódio. Somos sobreviventes de uma pandemia e, mais ainda, de um genocídio, momento em que o país mais precisou de ações efetivas e sérias, para que os estragos não tivessem proporções desastrosas, como as vivenciadas.

Quando tratamos da questão da aids no país, podemos afirmar que vivenciamos uma epidemia em meio a uma pandemia, momento em que o temor pelo agravamento da primeira foi constante. E ainda o é. A pandemia expôs o recorte de

classe, tendo atingido a todos, entretanto, o enfrentamento foi diferente considerando os mais ricos e os mais pobres e a desigualdade abissal entre ambos.

A epidemia de aids se assemelha à covid-19 nesse aspecto: como se deu a circulação do vírus entre os países, sendo a sua disseminação favorecida pelo trânsito intercontinental de pessoas, muitas delas com condições financeiras difíceis de mensurar. Na outra ponta, os mais afetados são aqueles que vivem em condições de extrema vulnerabilidade, dependendo estritamente do Estado e da sua proteção para sobreviverem.

Passados mais de dois anos desde o primeiro caso de covid-19 no Brasil, o que nos resta é aprender com as experiências para que não voltemos a vivenciar dias tão sombrios. E uma das lições que ficam é a importância do investimento em tecnologias, saúde e educação. É tempo de reconstrução, de reorganização, de recuperarmos as experiências que deram certo.

No campo da aids, essa reorganização e o resgate das práticas exitosas são urgentes, para o que país possa voltar a ser referência mundial, para que as populações-chave sejam respeitadas e protegidas, e para que a superação da epidemia de aids, no Brasil, seja uma conquista.

Finalizamos dizendo que, apesar de Bolsonaro, resistimos. Essa foi a palavra que nos acompanhou durante 4 sombrios anos para todos os setores. Faz-se necessário um destaque aos desafios enfrentados por aqueles que resistiram fazendo pesquisa, nas mais diversas áreas do conhecimento, se colocando ao combate de mais uma investida do ultraneoliberalismo para destruir as bases científicas do país. A CAPES e o CNPq, além das instituições de ensino sofreram duros ataques e cortes, muitos estudantes e pesquisadores foram obrigados a abandonar suas pesquisas por falta de recursos. E que não nos esqueçamos: o ovo da serpente do fascismo está sempre à espreita para eclodir.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Bolsonarismo e Educação: quando a meta é desconstruir uma política pública. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021. p.255-269.

ALESSI, G. Dória anuncia vacinação contra COVID-19 em janeiro e joga pressão sobre a ANVISA, que tem de autorizar aplicação. **El País Brasil**, São Paulo, 07 de dez. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-07/governo-de-sp-afirma-que-vacinacao-no-estado-comeca-no-dia-25-de-janeiro.html#?prm=copy link>. Acesso em: 05 de mai. 2023.

ALMEIDA, A. I.S.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. I. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27 (3), 837-848, Março de 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pqb9fWrZ5yG45zbXyZJ3PXQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 de out. 2022.

ALMEIDA, D. Ministério critica médicos antivacina e divulgação de *fake news*. **Agência Brasil**, Brasília/DF, 20 de abr. de 2023. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-04/ministerio-critica-medicos-antivacina-e-divulgacao-de-fake-news>>. Acesso em: 05 de mai. 2023.

AMORIM, G. Cenário de incertezas marcam o fim do Bolsa Família e a criação do Auxílio Brasil. **Brasil de Fato**, Bahia, 04 de Nov. de 2021. Disponível em: <https://www.brasildefatoba.com.br/2021/11/04/cenario-de-incertezas-marca-o-fim-do-bolsa-familia-e-a-criacao-do-auxilio-brasil>. Acesso em: 10 de set. 2022.

ANDRADE, H; RESENDE, I. Agravada pela Pandemia, fome avança no Brasil e atinge 33 milhões de pessoas, diz estudo. **CNN Brasil**, São Paulo, 08 de jun. de 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/agravada-pela-pandemia-fome-avanca-no-brasil-e-atinge-33-milhoes-de-pessoas-diz-estudo/>. Acesso em: 15 de ago. 2022.

ANFIP. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social de 2021**. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/wp-content/uploads/2022/07/ANALISE-SEGURIDADE-SOCIAL-2021-1.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2022.

ANFIP. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social de 2020**. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Analise-Seguridade-2020 .pdf>. Acesso em: 12 de set. 2022.

ANJOS, M. V. S. A origem do HIV/Aids: Aspectos Históricos, políticos e sociais da Epidemia no Brasil e no mundo. **Revista Ensaios de História**, v. XVIII, n. 1/1. Universidade Estadual Paulista, Franca - SP. 2017. Disponível em: [Vista do A origem](#)

do HIV/AIDS: Aspectos históricos, políticos e sociais da epidemia no Brasil e no mundo (ensaiosdehistoria.com.br). Acesso em: 15 de out. 2022.

ARAÚJO, J. Primeira semana de fevereiro é dedicada à campanha de prevenção da gravidez na adolescência. Rádio Senado, 27 de jan. 2023. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ahGQ6>. Acesso em: 17 abr. 2023.

AVRITZER, L. Política e antipolítica nos dois anos de governo Bolsonaro. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021. p.13-20.

Baixa adesão à vacina bivalente preocupa governo. **Portal IG-Saúde**, 22 de abr. 2023. Disponível em: <https://saude.ig.com.br/2023-04-22/covid-19--baixa-adesao-a-vacina-bivalente-preocupa-governo.html>. Acesso em: 25 17 abr. 2023.

BAHIA, L. ET. AL. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 32 (12), 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n12/e00184516/pt>. Acesso em: 05 mai. 2023.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. BIRD-Aid/Grupo Banco Mundial, 2017. Disponível em: <https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2022.

BEHRING. E. R. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

BEHRING. E. R.; Boschetti, I. **Política Social**: Fundamentos e história. - 9.ed.-São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING. E. R. SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e fundo público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. *In*: SOUSA, A. A. S. de; OLIVEIRA, A. C. O. de.; SILVA, L. B. Da; SOARES, M. (Orgs.). **Trabalho e os limites do capitalismo: novas facetas do neoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações. 2020. p. 131-150.

BERNARDO, J. S. Reflexões sobre os processos de cuidado do HIV/aids no Brasil durante a Pandemia de Covid-19. 2020. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva)**—Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29265/1/2020_JorgeSousaBernardo_tcc.pdf. Acesso em: 04 de mar. 2022.

BITAR, R. Há um ano, SP vacinava a 1ª pessoa contra COVID no Brasil; veja o que mudou e projeções para o futuro. **G1 SP**, São Paulo, 17 de jan. de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/17/ha-um-ano-sp-vacinava-1a-pessoa-contr-a-covid-no-brasil-veja-o-que-mudou-e-projecoes-para-o-futuro.ghtml>. Acesso em: 03 de mai. 2023.

BIGONI, A.; et. al. A funcionalidade do sistema de saúde brasileiro em meio a pandemia de COVID-19: uma análise de resiliência. **Revista The Lancet Regional Health: Americas**. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00039-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00039-4/fulltext). Acesso em: 04 de jun. 2023.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*, CFESS; UnB, 2009. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em: 14 de mai. 2022.

BOITO JR, A. O caminho brasileiro para o fascismo. **Caderno CrH**, v. 34, p. 1-23, e021009, Salvador – BA: 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/CSKYLS49WkF4Zr7fnFJTMmm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 de ag. 2022.

Bolsonaro desvia R\$ 407 mi do tratamento de pessoas com Aids para o orçamento secreto. **Rede Brasil Atual**, 07 de out. de 2022. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/bolsonaro-manda-para-o-orcamento-secreto-r-407-mi-do-tratamento-de-pessoas-com-aids/>. Acesso em: 04 de mai. 2023.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Seção II: Da Saúde. Artigos 196 a 200. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 05 de mai. 2022.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. Lei Ordinária nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 18 de mar. 2023.

BRASIL. **Agenda estratégica de População-chave**. Brasília: 2018. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/Apresentao_AgendaPOPCHAVE_CNCD.pdf. Acesso em: 15 de mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.798, de 03 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. **Diário Oficial da União, Brasília**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13798.htm. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. **Parecer prévio e síntese do relatório sobre as contas do Presidente da República**. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/contas-do-governo-2019/regra-de-ouro.htm>. Acesso em: 10 de set. 2022.

BRAVO, M. I. S. PELAEZ, E. J. MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista SER Social**, v.22, n.46. Brasília-DF: 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 03 de mai. 2022.

BRAVO, M,I.;PELAEZ,E.;PINHEIRO,W.As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentun**, Vitória: v.10,n.1, p.9-23,jan/abr/2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 03 de mai. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ,E. Avanço das contrarreformas na Saúde no governo Temer. **Anais 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16, n. 1, (2018). Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss>. Acesso em: 03 de mai. 2022.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In:Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo III: Política Social. Brasília: UnB – CEAD/ CFESS, 2000.

CASTELO, R. O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. In: MACARIO, E.; VALE, E. S.; JUNIOR, N. R. (Org.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social**. Fortaleza: Expressão, 2016.

CHRISTIAN, H. Senado aprova PEC da Transição liberando recursos para o Governo Lula. **Rádio Senado**, Brasília/DF, 08 de dez. de 2022. Disponível

em:<https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/12/08/senado-aprova-pec-da-transicao-liberando-recursos-para-o-governo-lula>. Acesso em: 12 de abr. 2022.

COMITÊ DE OXFORD PARA O ALÍVIO DA FOME. **A desigualdade mata**. Disponível em:file:///C:/Users/PC/Downloads/Davos_full_2022_pt-BR_vs02.pdf. Acesso em: 10 de out. 2022.

CONTRERA, W. F. GAPAS: uma resposta comunitária à Epidemia da Aids no Brasil. **Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde**. Brasília-DF: 2000. Disponível em:[179 - Doc 2 Gapas \(saude.gov.br\)](http://179-Doc2Gapas.saude.gov.br). Acesso em: 04 de jan. 2022.

CORTÊS, T. L. A potenciação da expropriação no ultraneoliberalismo brasileiro. **Rev. Mundo Livre**, v. 7, n. 1, p. 62-85. Campos dos Goytacazes-RJ: jan./jun. 202. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/48249/29386>. Acesso em: 14 de set. 2022.

CORTEZ, M. C. Governabilidade e presidencialismo de coalizão: o desempenho das alianças partidárias no Governo Dilma. 2018. 171 f. **Dissertação (Mestrado)** - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2018. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/32381>>. Acesso em: 05 de abr, 2022.

COSTA, F. da. Do exemplo ao retrocesso: país sofre desmonte da Política para o HIV. **Jornal da Universidade** n. 228 – UFRGS, 02 de jan. de 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/do-exemplo-ao-retrocesso-pais-sofre-desmonte-da-politica-para-o-hiv/>. Acesso em: 19 de set. 2023.

COVID-19: baixa adesão à vacina bivalente preocupa governo. **IG Saúde**, 20 de abr. 2023. Disponível em:<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51963251>. Acesso em: 03 de mai. 2023.

DALLARI, P. Relatório da ONU revela quadro de pobreza no Mundo. **Jornal da USP**, São Paulo, 13 de out. 2021. Disponível em:<https://jornal.usp.br/?p=462674>. Acesso em: 02 de abr. 2023.

DARDOT, P. LAVAL, C. **A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVI, J. Carga Tributária e política social: considerações sobre o financiamento da Seguridade Social. In: DAVI, J. MARTINIANO, C. PATRIOTA, L (Org.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. Campina Grande-PB : EDUEPB, 2ª edição, 2011. P. 59-84.

DEMIER, F. **Depois do golpe: dialética da democracia blindada no Brasil**. 1ª edição – Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para realização da campanha de vacinação contra a OVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 37, 2021. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/KzYXRtNwy4fZjTXsgwSZvPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mai. 2023.

Dória confirma chegada de mais de 5,5 milhões de doses de vacina contra o coronavírus no dia 24. **Portal do Butantan**, São Paulo, 14 de jan. de 2021. Disponível

em:<https://butantan.gov.br/noticias/doria-confirma-chegada-de-mais-55-milhoes-de-doses-de-vacina-contr-o-coronavirus-no-dia-24>. Acesso em: 03 mai. 2023.

DWECK, E. A agenda neoliberal em marcha forçada. *In: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021. p.241-254.

Entenda as mudanças que as MP 664 e 665 trazem aos servidores públicos e federais. **ATENS**, 30 de mai, 2017. Disponível em: <https://www.atens-sn.org.br/entenda-as-mudancas-que-as-mp-664-e-665-trazem-aos-servidores-publicos-e-federais/#:~:text=A%20MP%20664%20cria%20uma,atingiram%20%20anos%20de%20servi%C3%A7o>. Acesso em: 18 mai. 2023.

FERNANDES, A. PAPP, A.C. Governo Corta 59% do Farmácia Popular para garantir Orçamento Secreto em 2023. **CNN Brasil**, 07 de set. de 2022. Disponível em:<https://www.cnnbrasil.com.br/economia/governo-tesoura-farmacia-popular-para-garantir-orcamento-secreto-em-2023/>. Acesso em: 05 de mai. 2023.

FELLET, J. 'Vírus chinês': como o Brasil se inseriu em disputa geopolítica entre EUA e China sobre Pandemia. **BBC News Brasil/São Paulo**, 19 de mar. De 2020. Disponível em:<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51963251>. Acesso em: 04 de mai. 2023.

FIGUEIREDO, M. T. de. Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV. *In: Saúde e Política Externa: os 20 anos da assessoria de assuntos internacionais (1998-2018)*. Ministério da Saúde. Brasília/DF: 2018. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/11/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf#page=77. Acesso em: 07 de abr. 2023.

FILHO, E. A. B. VIEIRA, A. C. S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Revista Argumentum**, v. 13, n. 3, p.134-147. Vitória, 2021. Disponível em:<[<Vista do A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro \(ufes.br\)>](Vista do A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro (ufes.br))>. Acesso em: 21 de jan. 2022.

FUNCIA, F. R. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. *In: 30 anos da Seguridade Social - Avanços e Retrocessos*./ANFIP/ Fund. ANFIP de Estudos Tributários e da Seguridade Social – Brasília: ANFIP, 2018. Disponível em:http://cdn.izap.com.br/fapmg.org.br/uploads/convencoeseacordos/pdf/Anfip_30_Anos_Seguridade_Social_nov-2018.pdf#page=89. Acesso em: 12 de mai. 2022.

FREIXO, A. (org.). Manifestações no Brasil: as ruas em disputa. **Oficina Raquel**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=QWXBDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Freixo+A,+organizador.+Manifesta%C3%A7%C3%B5es+de+2013:+as+ruas+em+disputa.+Rio+de+Janeiro:+Oficina+Ra-+quel%3B+2016.+\(Cole%C3%A7%C3%A3o+Pensar+Pol%C3%ADtico\)&ots=U0brAVJZBr&sig=SZqH-LCygR1nEFuPQgpqP6Or20Q#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=QWXBDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Freixo+A,+organizador.+Manifesta%C3%A7%C3%B5es+de+2013:+as+ruas+em+disputa.+Rio+de+Janeiro:+Oficina+Ra-+quel%3B+2016.+(Cole%C3%A7%C3%A3o+Pensar+Pol%C3%ADtico)&ots=U0brAVJZBr&sig=SZqH-LCygR1nEFuPQgpqP6Or20Q#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 05 de mai. 2022.

GALHARDI, C. P. ET. AL. *Fake news* e hesitação vicinal no contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 27(5): 1849- 1858, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PBmHtLCpJ7q9TXPwVZ3kGH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de mai. 2023.

GARBOIS, J. A. SODRÉ, F. DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social a de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, V. 41, N. 112, P. 63-76, Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>. Acesso em: 02 de set. 2023.

GARCIA, R. N. S. Serviço social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs do Distrito Federal. 2016. 84 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17451/1/2016_RaisaNunesGarcia_tcc.pdf. Acesso em: 23 de out. 2022.

GAVIGAN, K. ET. AL. Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI. **Perspectiva Política, nº1**. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf. Acesso em: 18 de abr. 2023.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21 (5), 1553-1564, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de set. de 2022.

GUERRA. M. F. L. CAMARGOS. R. C. M. Reformas trabalhista e previdenciária: o desmonte da regulação das relações de trabalho e da seguridade social. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021.p. 303-315.

Governo suspende exames de HIV, aids e hepatites virais no SUS. **Istoé-Dinheiro**, Brasil, 07 de dez. 2020. Disponível em: <https://istoedinheiro.com.br/governo-suspende-exames-de-hiv-aids-e-hepatites-virais-no-sus/>. Acesso em: 07 de jul 2023.

IANNI, O. **Escravidão e Racismo**. São Paulo: Hucitec, 1978.

Impacto das *fake news* nas coberturas vacinais. **Instituto Bio-Manguinhos**, 10 de Nov. de 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2052-impacto-das-fake-news-nas-coberturas-vacinais>. Acesso em: 20 de jun. 2023.

JUNIOR, A. B. A soropositividade e o perigo homossexual: a economia biopolítica do discurso de Jair Bolsonaro. **Caderno de Letras, n.41**. UFPEL, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/cadernodeletras/article/view/21630>. Acesso em: 12 de abr. 2023.

KONCHINSKI, V. PEC da Transição põe para o fim do Teto de Gastos e criação de nova âncora fiscal. **Brasil de Fato**, 16 de dez. 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/12/16/pec-da-transicao-poe-prazo-para-fim-do>

teto-de-gastos-e-criacao-de-nova-ancora-fiscal#:~:text=A%20revoga%C3%A7%C3%A3o%20do%20Teto%20de,que%20dependem%20do%20servi%C3%A7o%20p%C3%BAblico.. Acesso em: 15 de set. 2023.

LACERDA, N. Em quatro anos de Bolsonaro, área de Saúde perdeu verba, qualidade e capilaridade. **Brasil de Fato**, 29 de dez. de 2022. Disponível em:<https://www.brasildefato.com.br/2022/12/29/em-quatro-anos-de-bolsonaro-area-da-saude-perdeu-verba-qualidade-e-capilaridade>. Acesso em:06 de mai. 2023.

LA PORTA, M. L. LIMA, E. Vacinação infantil sofre queda brusca no Brasil. **Portal Fiocruz**, 19 de out. de 2022. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-infantil-sofre-queda-brusca-no-brasil>. Acesso em: 11 de mai. 2023.

LUIZ, C. Parlamentares pedem a anulação do Impeachment de Dilma no Congresso. **UOL/Congresso em foco**, 28 de ago. 2023. Disponível em:<https://congressoemfoco.uol.com.br/area/congresso-nacional/parlamentares-pedem-anulacao-do-impeachment-de-dilma-no-congresso/>. Acesso em: 15 de set. 2023.

MACHADO, F.G. MENDES, A.N. CARNUT,L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em Saúde. Disponível em:<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n117/354-363/pt>. Acesso: 17 de out. 2022.

MACHADO, C.V. LIMA, L. D. de. BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Maio, 2022.

MARQUES, R. M.; MENDES.A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: Pereira, João Márcio Mendes; Pronko, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9930/2/bancoMundial_vweb.pdf>. Acesso em: maio, 2022.

MARQUES, M. C. Da. C. Saúde e Poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Revista História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, vol.9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKgNGfjKQvqfM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de fev. 2023.

MARTINIANO, C. ET. AL. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, J. MARTINIANO, C. PATRIOTA, L (Org.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. Campina Grande-PB : EDUEPB, 2011.p. 85-116.

MARX, K. **A miséria da filosofia**: resposta à filosofia da miséria de Proudhon. São Paulo: Editora Lafonte, 2018.

MATOS, M. C. de. O neofascismo na política de Saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da Pandemia da COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.08, n. 35, Unitins: 2021. Disponível em:<<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>>. Acesso em: 18 de mar.2022.

MATOSO, F.; LIS, L. ANVISA autoriza por unanimidade uso emergencial das vacinas CoronaVac e de Oxford contra a COVID-19. **G1 Globo**, Brasília/DF, 17 de jan. de 2021. Disponível em:<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/17/relatora-na-anvisa-vota-a-favor-do-uso-emergencial-das-vacinas-coronovac-e-de-oxford.ghtml>. Acesso em: 12 de mai. 2023.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/aids e Atenção Primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? . **Revista Pan-Americana de Saúde Pública – OPAS**, 42. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e151/pt>. Acesso em: 19 de set. 2023.

MENDES, A. CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER social**, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em:https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136. Acesso em: 16 de ago. 2022.

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do sus em disputa. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. 2017. Disponível em:<Artigo3.indd> (fiocruz.br). Acesso em: 02 de dez. 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 24 de mai. 2022.

MENDES, A. CARNUT, L. **Economia Política da Saúde: uma crítica marxista contemporânea**. 1ª edição – São Paulo: Hucitec, 2022.

MENDES, J. M. R. ET. AL. O SUS em desconstrução: o primeiro ano da gestão Jair Bolsonaro. *In: Alterações político-econômicas contemporâneas na América Latina: o caso do Brasil, Cuba e Chile*. Disponível em:<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/243314/001146006.pdf>. Acesso em: 22 de abr. 2023.

MENON, I. SALDAÑA, P. Bolsonaro faz associação absurda e falsa entre Aids e vacina de COVID, dizem especialistas. **Folha de São Paulo**, 24 de out. 2021. Disponível em:<https://folha.com/bw6yg13z>. Acesso em: 22 de abr. 2023.

MISKOLCI, R. PEREIRA, P. P. G. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. **Interface**, n. 23, Botucatu: 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e180353/pt>. Acesso em: 12 de abr. 2022.

MORA, C.; MAKSUD, I. Juventude, sexualidade, religião: questões atuais de pesquisa no campo do HIV/Aids. *Interface* (Botucatu). 2020; 24: e19075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190751>. Acesso em: 23 de abr. 2023.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. **Argumentum**, v.9, n.3, p. 30-36, Vitória – ES: 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18217/12638>>. Acesso em: 12 de ago. 2022.

NEIVA, L. Relatório associa explosão em violência contra a mulher ao Bolsonarismo. **UOL/Congresso em foco**, 06 de fev. 2023. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/pais/relatorio-associa-explosao-em-violencia-contra-mulher-ao-bolsonarismo/>. Acesso em: 18 de set. 2023.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. **Ed. Expressão Popular**, São Paulo - SP, 2011. Disponível em: <<https://www.pcb.org.br/portal/docs/int-metodo-teoria-social.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. 2023.

Novo Arcabouço Fiscal entra em vigência no Brasil. **Agência Senado**, 31 de ago. 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/08/31/novo-arcabouco-fiscal-entra-em-vigencia-no-brasil#:~:text=Foi%20publicado%20no%20Di%C3%A1rio%20Oficial,nas%20contas%20p%C3%ABlicas%20da%20Uni%C3%A3o..> Acesso em: 15 de set. 2023.

NUNES, J. A Pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00063120.pdf>. Acesso em: 12 de mai. 2022.

OLIVEIRA, J. F. Os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Saúde: um estudo da política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande-PB. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Est. da Paraíba, Campina Grande, 2016.

OLIVEIRA, V. E. DE; FERNANDEZ, M. Política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte e negacionismo. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021.p.287-301.

OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à COVID-19. **UNA-SUS**, Brasília/DF, 05 de mai. de 2023. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/oms-declara-fim-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-referente-a-covid-19>. Acesso em: 24 de jul. 2023.

Organização Pan-Americana de Saúde. Zika. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/zika>. Acesso em: 17 de mai. 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 4ª reimpressão, Ed. FioCruz, São Paulo: 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: nota sobre contextos e autores. **História, Ciências e Saúde**, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de out. 2022.

Paiva V, Antunes MC, Sanchez MN. O direito à prevenção e a transformação do dispositivo da sexualidade em tensão com a nova-velha ordem: uma agenda de pesquisa. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e200141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200141>. Acesso em: 26 de abr. 2023.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre HIV/aids, 1982-1996. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV-AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-politicas-sobre-o-HIV-AIDS-1982-%E2%80%93-1996-2.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2023.

Pobreza e extrema pobreza batem recorde no Brasil, mostra IBGE. **UOL Notícias**, 02 de dez. de 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/ansa/2022/12/02/pobreza-e-extrema-pobreza-batem-recorde-no-brasil-mostra-ibge.htm>. Acesso em: 16 de jan. 2023.

Política de morte: o fim do Departamento de Aids. **ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids**. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://abiaids.org.br/politica-de-morte-o-fim-do-departamento-de-aids/32852#:~:text=Por%20n%C3%A3o%20conseguir%20entender%20que,manuten%C3%A7%C3%A3o%20do%20Departamento%20de%20AIDS!>. Acesso em: 19 de set. de 2023.

PUTTI, A. Ministério da Saúde encerra redes sociais com informações sobre HIV/Aids. **Carta Capital**, São Paulo, 24 de jul. 2019. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/saude/ministerio-da-saude-encerra-redes-sociais-com-informacoes-sobre-hiv-aids/#google_vignette. Acesso em: 14 de mai. 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AIDS – UNAIDS. **Enfrentando desigualdades**: aprendizado dos 40 anos de Aids para respostas à Pandemia. Disponível em: <https://unaids.org.br/2021/07/relatorio-do-unaids-mostra-que-as-pessoas-que-vivem-com-hiv-enfrentam-uma-ameaca-dupla-em-relacao-ao-hiv-e-a-covid-19/#:~:text=O%20Relat%C3%B3rio%20Global%20do%20UNAIDS,maiores%20impedem%20essas%20pessoas%20de>. Acesso em: 19 de set. 2023.

SALVADOR, M. A. C.; TERRA, P. V. O.; ARÊAS, R. S. Política de Saúde no Brasil: histórias e desafios atuais. **AnaisVII Jornada Int. Políticas Públicas – JOINPP**, São Luis/MA, 2015. Disponível

em:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf?fbclid=IwAR0acflOFXiMBP1wBBE00JhQWz7TtcCYRqgDD6ggE2MLcJ8QjsyRDAMWk2E>. Acesso em: 18 de out. 2022.

SAMPAIO, L. M. C. **A Formação do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil**. Monografia (graduação) Universidade de Brasília- UNB, 2018. Disponível em:[2018_LeticiaMariaCamilloSampaio_tcc.pdf \(unb.br\)](https://repositorio.unb.br/bitstream/10408/10000/1/2018_LeticiaMariaCamilloSampaio_tcc.pdf). Acesso em: 15 de jan. 2022.

SANTOS, J. H. Et. Al. Atuação do Psicólogo da Saúde com pessoas portadoras do vírus HIV/Aids. **Rev. Caderno de Graduação Ciências Humanas e Sociais**, v.4, n.2, Alagoas-SE. 2017. Disponível em:<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/4554>. Acesso em: 18 de dez. 2021.

SÁTYRO, N. Desigualdade: crônica de uma morte trágica anunciada. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M.; (org.) **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. 1. ed.; 1. reimp. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2021.p.317-326.

SEFFNER, F. PARKER, R. Neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. **Mito versus Realidade**. ABIA, Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: http://abiids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf. Acesso em: 19 de set. 2023.

SOUSA, M. F. DE. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. Pág. 11-16, 28 mar. 2014. Disponível em:<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 12 de mai. 2022

Saúde critica médicos antivacinas e disseminação de fakenews. **IG Saúde**, 21 de abr. de 2023. Disponível em:<https://saude.ig.com.br/2023-04-21/saude-critica-medicos-antivacina-e-disseminacao-de-fake-news.html>. Acesso em: 14 de mai. 2023.

SHALDERS, A. Tratamento precoce: Bolsonaro gasta quase R\$ 90 milhões em remédios ineficazes, mas ainda não pagou Butantam por vacinas. **BBC News Brasil**, Brasília/DF, 21 de jan. de 2021. Disponível em:<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55747043>. Acesso em: 15 de mai. 2023.

SCHREIBER, M. Com carga tributária recorde, Bolsonaro usa corte de impostos como trunfo eleitoral. **BBC News Brasil**, Brasília/DF, 20 de jul. 2022. Disponível em:<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62187160>. Acesso em: 20 de ago. 2022.

Senado confirma mudanças da Câmara e aprova PEC da Transição. **Senado Notícias**, Brasília/DF, 21 de dez. de 2022. Disponível em:<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/12/21/senado-confirma-mudancas-da-camara-e-aprova-pec-da-Transicao>. Acesso em: 16 de abr. 2023.

SCHEFFER, M. 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, 24 de fev. 2022. Disponível em:<https://agenciaaids.com.br/noticia/estado-governo-bolsonaro-promove-apagao->

[em-campanhas-de-prevencao-a-aids-investimento-em-2021-cai-a-menos-de-1-do-aplicado-20-anos-atras-por-mario-scheffer/](#). Acesso em: 27 de jul. 2023.

SCHEFFER, M. ROSENTHAL, C. O cancelamento da prevenção à Aids. **ABRASCO**, 01 de dez. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/cancelamento-prevencao-aids-artigo-scheffer-rosenthal/63680/#:~:text=A%20p%C3%A9ssima%20gest%C3%A3o%20da%20pandemia,contra%20a%20Aids%20no%20Brasil>. Acesso em: 18 de set. 2023.

SILVA, L. R. M. SILVA, A. T. A Emenda Constitucional 86 e o impacto no orçamento da Saúde. **Revista Interface**. V. 12, n. 02. Natal/RN, 2015. Disponível em: <https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/626>. Acesso em: 12 de set. 2022.

SILVA, A. X. da. A contrarreforma na Política de Saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, A. X. da.; BARROS, M. da N.; MATIAS, T. S. C. (Org.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande-PB: EDUEPB, 2017.p. 23-46.

SILVA, A. X. da. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira. Recife, 2013. 253 f. Tese (doutorado) - UFPE, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2013.

SILVA, M. L. L. da. Neofascismo, ultraneoliberalismo e corrosão da essencialidade da Previdência Social no Brasil. **Textos & Contextos**, 20(1). Porto Alegre: 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.41326>>. Acesso em: 22 de fev. 2022.

SOARES, R. C. **As particularidades da Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira**. In: XIX Seminário Latino Americano de Escuelas de Trabajo Social. Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, Ecuador: 4-8 de octubre 2009.

VARGAS, A. Planalto sob Bolsonaro escondeu projeções de casos e mortes na pandemia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 de jul. de 2023. Disponível em: <https://folha.com/ny298dkc>. Acesso em: 30 de jul. 2023.

VENTURA, D. Pandemia e estigma: nota sobre as expressões “vírus chinês” e “vírus de Wuhan”. **Blog Museu da Imigração**, São Paulo, 11 de set. de 2020. Disponível em: <https://www.museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/pandemia-e-estigma-nota-sobre-as-expresso-es-virus-chines-e-virus-de-wuhan>. Acesso em: 13 de mai. 2023.

VIEIRA, A. Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado. **Senado Notícias**, Brasília/DF, 16 de abr. de 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/decisao-do-stf-sobre-isolamento-de-estados-e-municipios-repercute-no-senado>. Acesso em: 14 de mai. 2023.

VIEIRA, A. C. S. Política de Saúde e HIV: direito à Saúde e reformas regressivas. **Argumentum**, v. 10, n.1, p. 72-83, jan./abr. Vitória: 2018. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804001/475566804001.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2023.

VILLARINHO, M. V. (et al). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.66, nº 2, p. 271-277, Brasília: 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: maio, 2022.

VILELA, R. Dilma: 7 anos depois, STF julga fatiamento do Impeachment. **Diário do Poder**, 15 de set. 2023. Disponível em: <https://diariodopoder.com.br/brasil-e-regioes/xwk-brasil/dilma-7-anos-depois-stf-julga-fatiamento-do-impeachment>. Acesso em: 16 de set. 2023.

ZYLBERKAN, M. Defensoria pede para ministério cancelar campanha sobre abstinência sexual. *Veja*, São Paulo, 31 de jan. 2020. Disponível em:<https://veja.abril.com.br/brasil/defensoria-pede-para-ministerio-cancelar-campanha-sobre-abstinencia-sexual/>. Acesso em: 18 de abr. 2023.