

Neoliberalismo e prevenção de HIV/Aids no Brasil

Neoliberalism and HIV/AIDS prevention in Brazil

Gabriela Dutra CRISTIANO^{1*}

 <https://orcid.org/0000-0001-9636-8077>

Resumo: Neste artigo, nos dedicamos a apresentar uma análise sobre as concepções que fundamentam a política de prevenção de HIV/Aids no Brasil no contexto neoliberal. Partimos de uma pesquisa documental, onde foram submetidos à análise textual discursiva (Moraes, 2003) seis documentos nacionais que orientam a gestão e execução da política, expondo seus fundamentos e estratégias prioritárias. Concluimos que as noções de combinação, autonomia, liberdade e possibilidade de fazer escolhas são as principais concepções que a fundamentam. O sentido sobre estas não é neutro e, na forma como aparecem, são coerentes com a racionalidade neoliberal, incorporando lógicas empresariais e supondo que basta os sujeitos quererem se prevenir que é possível que façam escolhas em um cardápio de estratégias de prevenção, sem tecer medições com a forma como as alternativas estão postas no real.

Palavras-chave: Neoliberalismo. HIV. Aids. Prevenção. Saúde.

Abstract: This article analyses the concepts underlying HIV/AIDS prevention policy in Brazil in the context of neoliberalism. It is documentary research in which six national documents that guide the management and execution of the policy were submitted to discursive textual analysis (Moraes, 2003), revealing its foundations and priority strategies. It concludes that the notions of combination, autonomy, freedom and the possibility of making choices are the main concepts that underlie the policy. Their inclusion is not neutral and, in the way they appear, they are consistent with neoliberal rationality, they incorporate business logic, and make the assumption that the simple desire of individuals to want to prevent infection makes it possible for them to make choices from a menu of prevention strategies, without measuring of the way alternatives are placed in reality.

Keywords: Neoliberalism. HIV. AIDS. Prevention. Health.

Submetido em: 8/8/2023. Aceito em: 22/3/2024.

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, a noção de prevenção está atrelada à ideia de que é necessário *chegar antes*, evitar algo, com base no conhecimento de formas de transmissibilidade e/ou da história natural das doenças (Czeresnia, 1999). Os fundamentos das concepções de prevenção orientam a organização de políticas e programas sociais e de práticas em saúde e operam significações que atuam na cultura popular, construindo noções sobre bem/mal e bom/ruim em relação a determinadas atitudes, doenças e situações de saúde.

^{1*} Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Assistente Social. Consultora em Educação Popular pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (SES-RS, Porto Alegre, Brasil). Endereço institucional: Borges de Medeiros, 1501. E-mail: gabrieladutracristiano@gmail.com.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2024 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Ao longo da história social da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), que atualmente está completando cinco décadas, a política articulou diferentes estratégias e respostas, pautando-se em modelos que se consolidaram como oficiais (Pelúcio; Miskolci, 2009). As concepções do modelo oficial sintetizam aquilo que, a partir de uma série de disputas, se consolida como hegemônico. Estas baseiam-se em discursos formulados no plano internacional, que são incorporados em maior ou menor medida a depender do momento histórico e das articulações políticas, além de sofrerem adaptações em plano nacional e regional. Colocamos, então, em exame crítico as concepções que orientam a atual política de prevenção do HIV/Aids no Brasil.

O HIV e a Aids seguem sendo problemas importantes de saúde pública, com alto impacto social e individual e longe de serem controlados no país. Ao contrário, o recrudescimento da Aids no Brasil ocorre em um momento em que os conhecimentos científicos acumulados lançam perspectivas promissoras para o controle da infecção e do adoecimento por HIV (Grangeiro; Castanheira; Nemes, 2015). Entre 2007 e junho de 2022, foram notificados 434.803 novos casos de infecção pelo HIV no país, sendo que apenas em 2021 foram diagnosticados 40.880 novos casos. Os dados têm apontado a importância do desenvolvimento da Aids em pessoas entre 15 e 24 anos. Entre os jovens nessa faixa etária, a razão de sexos é de 36 homens para cada dez mulheres. Já na população geral, 70,2% dos casos notificados são em homens. Vale observar que pessoas ainda morrem tendo a Aids como causa básica. Embora tenha se verificado queda de 2011 e 2021 de 24,6%, em 2020 o país registrou 11.238 mortes, sendo que homens, em toda a série histórica, morrem mais do que mulheres (Brasil, 2022).

Os documentos analisados foram escolhidos pelo critério de acesso público e por terem sido publicados em período posterior à Declaração de Paris (2014), onde países se comprometem com a estratégia de aceleração do enfrentamento à epidemia do HIV/Aids com a meta 90-90-90, tendo início em 2015 com o objetivo de pôr “fim à epidemia” até 2030. Foram selecionados seis documentos, por se apresentarem como principais referências para a implantação e implementação das estratégias de prevenção. A análise dos dados foi realizada por meio da análise textual discursiva, uma metodologia de análise de dados que transita entre duas abordagens da pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo e a análise de discurso (Moraes, 2003). Para tal, é importante reconhecer a dialética da história que, ao mesmo tempo que nega, supera e conserva traços das origens da epidemia no país.

HISTÓRIA SOCIAL DAS RESPOSTAS AO HIV/AIDS NO BRASIL

A epidemia de HIV/Aids se desenrola ao mesmo passo em que o neoliberalismo vai sendo implementado e *experimentado* em diversos países, como o Chile, por exemplo. Já no Brasil, a ocasião da *descoberta* da Aids ocorre em um momento de efervescência política, em que havia maior articulação entre movimentos populares e de libertação sexual e de gênero, visando a abertura democrática e a construção de uma Constituição federativa pautada em direitos, na Reforma Sanitária e nos direitos de cidadania, para a construção da seguridade social e, em particular, de um sistema de saúde universal.

Participantes do movimento da Reforma Sanitária tiveram intensa participação na elaboração de um projeto de Estado para a saúde, contrário ao modelo de saúde previdenciária e ao modelo privatista (Bravo, 2006). Os ideais da Reforma Sanitária, então, influenciaram as formas como as respostas brasileiras à epidemia foram articuladas (Paiva, 2002; Calazans,

2018, Parker, 2003). No entanto, o contexto de sua construção já ocorria no cenário de apelos para a restrição do papel do Estado nas garantias sociais, a partir da ofensiva neoliberal já em ascensão na Europa e nos Estados Unidos (Behring; Boschetti, 2006; Paiva; Teixeira, 2014).

Para Pelúcio e Miskolci (2009), “[...] é um país que se redemocratiza, testemunha o crescimento dos movimentos sociais, mas também responde às mudanças estruturais da economia mundial” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p. 128). É no cenário de disputas, na contracorrente à alternativa neoliberal frente à crise do capitalismo, que o movimento de redemocratização no Brasil culmina com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). No que se refere à saúde pública, esta passa a ser entendida como direito constitucional, universal e gratuito, tendo seu financiamento vinculado ao orçamento da Seguridade Social (Brasil, 1990), identificando e atuando também sobre os determinantes e condicionantes que incidem no processo saúde-doença.

A carta constitucional assegura avanços no que tange aos direitos sociais, embora conserve heranças da cultura ditatorial (como a manutenção das estruturas militares) e empresarial (como na saúde suplementar). Não apenas a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas a de toda a Seguridade Social foi afetada por esse movimento do ponto de vista internacional. Ou seja, enquanto no Brasil se buscava construir um Estado de Bem-Estar social de influência keynesiana, esses movimentos eram afetados pelos argumentos de que os direitos sociais são, em verdade, custos muito elevados para o Estado (Behring, 2009).

Neste cenário, a epidemia contribuiu, ao mesmo tempo, com a mobilização, reivindicação e resistência de setores da sociedade. Observa-se, por exemplo, que a participação de pessoas vivendo com HIV/Aids “[...] em congressos médicos e em comissões governamentais de controle da doença tem contribuído para mudar o paradigma dos programas verticalizados” (Greco, 2008, p. 74). Embora a participação política e a possibilidade de relação entre as chamadas organizações da sociedade civil com o campo científico e com a construção das políticas públicas não sejam um processo linear na história social da epidemia (Galvão, 1997), a permeabilidade da política de saúde em relação ao movimento social de HIV/Aids foi uma das características da construção de estratégias de enfrentamento.

A política de Aids é, então, organizada de forma a corroborar com os princípios do SUS. Articulado respostas locais, buscando integrar ações, o texto da política nacional de DST/AIDS (Brasil, 1999) inicia reconhecendo a necessidade de tratar a epidemia como questão relevante à intervenção estatal e que o fazer em política pública não é linear; avanços e retrocessos fazem parte dessa caminhada. No entanto, no que se refere à prevenção, as primeiras iniciativas estatais foram bastante controversas e criticadas. Para Parker (2003), “[...] os resultados foram bastante desastrosos tanto educacionalmente quanto politicamente” (Parker, 2003, p. 16). Como conta o autor,

Em 1991, uma campanha televisiva altamente angariadora, patrocinada com doações de corporações privadas, foi lançada e construída com bases na noção do medo (o mote da campanha era resumido na frase: ‘Se você não se cuidar, a AIDS vai pegar você’) e enfocava a incurabilidade como elemento chave (Parker, 2003, p. 16).

As pedagogias do medo utilizadas para lidar com prevenção de doenças e agravos não são uma novidade e nem se encerram nas políticas de Aids. São utilizadas no combate ao tabagismo (Meyer, 2006) e, no caso desta epidemia, é o conteúdo da narrativa voltada à incurabilidade

como estratégia de apavoramento (Daniel, 2018). As críticas a essa abordagem de prevenção e o reconhecimento das diferentes características da epidemia em diferentes territórios (por exemplo, na África a epidemia se concentrava mais em mulheres), bem como o esforço na saúde pública em âmbito internacional para ampliar o conceito de prevenção a partir das noções da promoção da saúde corroborou para a ampliação da abordagem voltada à mudança no comportamento para uma abordagem que reconhecesse os determinantes da saúde e buscasse também modificar as condições que produzem as situações de vulnerabilidade (Ayres; Paiva; França Júnior, 2012).

A resposta brasileira foi considerada bastante corajosa, com tendências que se aproximam e outras que se diferem das orientações internacionais, sobretudo no que se refere ao acesso ao tratamento. Desde 1996, o país dispensa a terapia antirretroviral² de forma gratuita para todas as pessoas com HIV dentro dos critérios consensuados cientificamente para início da medicação na época, medidos especialmente por infecções ou doenças oportunistas e/ou contagem de células de imunidade CD4. O acesso ao tratamento foi comemorado pelos movimentos sociais como um direito conquistado.

Além disso, tal construção respondeu à participação popular e às reivindicações do movimento social, apontando a discussão sobre preconceito e discriminação como central para o enfrentamento da epidemia. Entretanto, isso não significa que tenha rompido com parâmetros ditados no plano internacional, estruturando seu discurso em categorias como *vulnerabilidade* e *risco*, “[...] efetivando-se em campanhas que visam às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p. 129).

Em meados dos anos 1990, uma das estratégias utilizadas pelo Banco Mundial para interferir na política e na economia de países considerados periféricos foi através de empréstimos (Iamamoto, 2008; Parker, 2015). O Banco Mundial foi uma das principais instituições que ofereceu aporte financeiro para os países em relação às políticas de HIV/Aids. Para além de oferecer recursos e valores monetários, o Banco Mundial é um grande produtor ideológico — de ideias e orientações — para o desenvolvimento das políticas sociais (Mattos; Terto Júnior; Parker, 2001).

A experiência brasileira teve, frente a isso, características inovadoras, que foram tomadas como exemplo por outros países. Para o Banco Mundial, países tidos como de economia periférica, como o Brasil, deveriam centrar os recursos na prevenção primária, isto é, em evitar novas infecções pelo vírus do HIV. As políticas recomendadas pelo Banco Mundial consideravam o tratamento muito caro e, por outro lado, também não eram a favor da saúde pública como direito universal e gratuito. No entanto, essas divergências não impediram que empréstimos acontecessem (Mattos; Terto Júnior; Parker, 2001).

As respostas comunitárias criativas se expandiram e é importante notar a diversidade entre elas. Galvão (1997) demonstra que havia pelo menos 11 formas de organização para responder às demandas da epidemia, tais como o adoecimento, o abrigo de pessoas, as demandas da população LGBT, entre outras. Ao mesmo tempo em que as chamadas ONG/Aids passaram a se sustentar e se fortalecer a partir do investimento de diversas agências de fomento, como

² Os antirretrovirais são medicamentos que inibem a replicação do vírus no sangue, protegendo as células de defesa.

a Organização Mundial da Saúde, a UNAIDS e a Ford, estas passaram a ficar muito vinculadas à execução de projetos (Galvão, 1997), entre estes o de prevenção.

Parker (2003) busca demonstrar que, ainda que seja verdade que a resposta brasileira foi ousada em certos aspectos e, por isso, considerada modelo para diversos outros países, não se pode comemorar seu sucesso sem devidas críticas. Para o autor, o Programa Nacional de Aids foi construído com princípios de não discriminação, solidariedade e participação social. Foi pautado em diálogo ativo com lideranças de experiências estaduais e com o movimento social. Se avançou significativamente com a distribuição gratuita de medicamentos, no entanto a prevenção pouco conseguiu se deslocar das noções de risco e reconhecer as particularidades locais no processo de descentralização do SUS. Com a consolidação de uma resposta estatal à Aids integrada ao sistema, a resposta comunitária começou a enfraquecer.

Nas duas primeiras décadas da epidemia, as noções e abordagens de prevenção foram marcadas pelas ideias de repressão, controle da sexualidade e regulação dos corpos homossexuais em nome da gestão de risco. Nas origens da epidemia, a ideia de grupo de risco acabou se traduzindo em estigma e preconceito. Por outro lado, movimentos sociais homossexuais e da reforma sanitária buscaram articular princípios do SUS, tais como as noções de vulnerabilidade, direitos humanos e a pauta da não discriminação para que fosse possível tratar da prevenção como um processo criativo e de cuidado, com invenções comunitárias como, por exemplo, o uso da camisinha para prevenção; pautado não a partir do medo, mas do cuidado de si e dos outros.

As reivindicações para acesso ao tratamento e, ao mesmo tempo, os desafios levantados para garantir o acesso universal foram elementos que demonstraram a necessidade de se visualizar um continuum entre as noções de tratamento e de prevenção (Paiva, 2002). Durante esse período, mais ao final dos anos 1990 e início dos anos 2000, se iniciam estudos importantes em relação à eficácia do tratamento e investigações sobre a possibilidade de o tratamento reduzir a transmissão do vírus do HIV.

Como visto, desde 1996 o país dispensa a terapia antirretroviral de forma gratuita para todas as pessoas com HIV, na época dentro dos critérios consensuados cientificamente para início da medicação, medidos especialmente por infecções ou doenças oportunistas e/ou contagem de células de imunidade CD4. Desde 2015, quando se consensuou no campo científico a medida de Tratamento como Prevenção, a conduta médica vem sendo prescrever a medicação desde o momento em que a pessoa é diagnosticada com HIV (Brasil, 2017a). Ainda que signifique avanços no ponto de vista da qualidade do serviço prestado às pessoas vivendo com HIV, “[...] muitos países — não só o Brasil — estão adotando o tratamento como prevenção (TcP) como uma maneira de enfrentar orçamentos reduzidos e para abandonar um leque mais amplo de atividades preventivas” (Parker, 2015, p. 7).

A partir de 2015, a Unids (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) declara, em nível mundial, a possibilidade de fim da epidemia do HIV até 2030 (UNAIDS Brasil, 2015). O estado de guerra, em busca do fim do inimigo invasor — o HIV — justifica o investimento de forças e recursos: “[...] será impossível pôr fim à epidemia sem disponibilizar o tratamento do HIV para todos que precisam” (Unids Brasil, 2015, p. 1). Conhecida como *meta 90-90-90*, pressupõe que caso 90% das pessoas vivendo com HIV soubessem seu diagnóstico e estivessem em tratamento contínuo e com supressão viral até 2020, seria possível acabar com

a epidemia do HIV/Aids mesmo com as desigualdades econômicas, sociais e culturais entre diferentes territorialidades do planeta.

Neste cenário, o Banco Mundial tem papel bastante central enquanto exportador de orientações e ideias para o enfrentamento da epidemia. Em documento que declara a participação do Banco Mundial na Unaid (2015), anuncia-se: “Há atualmente uma maior ênfase em se fazer o ‘melhor por menos’, a fim de ajudar os países na utilização dos recursos disponíveis de maneira sábia [...]” (Unaid Brasil, 2015, não paginado). Tal orientação vai ao encontro daquilo que é uma tendência para as políticas públicas em geral: em perspectiva neoliberal, não se pauta a luta e a necessidade de ampliação de recursos para as políticas de HIV/Aids; pauta-se, entretanto, a racionalidade de gestão tecnocrática de aproveitamento dos recursos, ainda que escassos.

NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO AO HIV/AIDS

Há diversas formas de tentar qualificar o neoliberalismo (Brown, 2019). Entendemos o neoliberalismo como uma racionalidade, nos termos de Casara (2021), para quem “[...] uma nova racionalidade produz uma mutação de sentido, de cultura e de norma. Cada racionalidade, portanto, estabelece os novos limites do aceitável e a esfera do absurdo” (Casara, 2021, p. 30) Diversas racionalidades podem coexistir, sem que para isso se modifique o núcleo essencial de determinada racionalidade. A exemplo disso, o autor demonstra que várias racionalidades se adaptam com facilidade ao racismo estrutural no Brasil. O neoliberalismo, inclusive, se beneficia na naturalização da escravidão, do imaginário que aceita a humilhação, a desumanização e o castigo. Casara (2021) usa a metáfora de que uma racionalidade opera como uma espécie de cebola: com camadas multiformes e mais ou menos simétricas ou assimétricas.

A racionalidade neoliberal é flexível e se adapta/apropria de outras racionalidades que já estão postas no real, levando ao limite a lógica da empresa, isto é, da concorrência, para todas as esferas da vida (Casara, 2021; Dardot; Laval, 2016; Brown, 2019). O neoliberalismo não apenas destrói regras, direitos e instituições. Ele produz um modo de existir, de nos relacionarmos com os outros e com nós mesmos (Dardot; Laval, 2016). É justamente sua plasticidade que faz com que tenha tanto sucesso em ganhar hegemonia social, política, econômica e subjetiva. A racionalidade neoliberal pode se beneficiar de tendências mais ou menos democráticas, mais ou menos autoritárias ou ditatoriais.

Para Dardot e Laval (2016), a soberania do indivíduo é uma marca do neoliberalismo. O intervencionismo estatal é, então, sempre um limitador à liberdade individual. A experiência com a lógica do mercado, que passa a operar em diversas instituições e esferas da vida, e não apenas no trabalho, é formadora de um sujeito concorrencial e empreendedor de si. Então, nos formamos como indivíduos empreendedores que concorrem entre si não apenas nas relações de/com o trabalho, mas como um modo próprio de sociabilidade. O empreendedor de si assume seus ganhos, mas também precisa arcar com as responsabilidades de forma individual. Não pode falhar ou depender do Estado. A luta de classes é ocultada e não há mais um nós político forte onde podemos nos sustentar e apoiar desejo e luta para a construção de novos modelos de economia e de sociabilidade (Casara, 2021).

A individualização e o individualismo, a insegurança e a instabilidade abrem fissuras para o ressentimento e para a ultradireita, como temos visto com eleições como a de Bolsonaro no Brasil e Trump nos Estados Unidos. Brown (2019) aponta a dificuldade de denominar o tempo presente: estaríamos vivendo na égide do autoritarismo, do populismo, ou do fascismo? Em verdade, para a autora, estamos vivendo em um acirramento neoliberal que se beneficia destes modelos que já foram hegemônicos em outros momentos na história, sem, contudo, repeti-los.

A racionalidade neoliberal criou um terreno que passou a legitimar forças ferozmente antidemocráticas na segunda década do século XXI (Brown, 2019). A sensação de certa estabilidade na busca individual por um destino estável estava nos fundamentos da subjetivação do sujeito produtivo (Dardot; Laval, 2016) da sociedade industrial fordista. No entanto, a possibilidade de realização do projeto normativo sob a ordem do progresso sempre esteve nas mãos de poucas pessoas, sobretudo no Brasil.

O país nunca consolidou um sistema de bem-estar social e de proteção social, embora tenha avançado na configuração de políticas de seguridade, vale dizer: saúde, assistência social e previdência. Pobreza e miséria nunca foram superadas. As responsabilidades pela proteção social foram sendo repassadas progressivamente e cada vez mais para o âmbito privado, para as famílias e comunidades, assim como para instituições transitórias, mantidas por projetos sociais e com apelo ao voluntariado (Soares, 2012).

As políticas públicas expressam, de forma contraditória, interesses e necessidades da população, concessões do Estado e/ou direitos conquistados e modelos que atuam, mais ou menos, na reprodução das relações sociais e da racionalidade hegemônica. O Estado e suas instituições participam de forma ativa na sedimentação de uma racionalidade hegemônica, incidindo no âmbito das relações mais cotidianas a partir de lógicas que orientam suas ações e estratégias em determinados contextos e momentos históricos, embora não sejam únicas e estejam constantemente em disputa.

Para Casara (2021), a *decisão* estatal sobre se é mais interessante atuar pela lógica da coerção ou do consenso é tomada a partir de cálculos probabilísticos que vão demonstrar o que pode ser mais lucrativo e eficaz em determinado espaço e tempo. Uma racionalidade só se torna hegemônica a partir do momento em que as pessoas em geral passam a aceitar a importância de suas ideias e, assim, ela passa a condicionar toda a nossa forma de ver e atuar no mundo. No caso da prevenção do HIV/Aids, a atuação que por muito tempo foi desenvolvida a partir da norma, do discurso da abstinência sexual ou da criminalização, hoje convive com conceitos mais fetichizados e sofisticados.

Todos os documentos analisados referem a prevenção a partir da ideia de prevenção combinada. Um primeiro aspecto é que essa ideia parte do entendimento de que não é possível responder de forma concreta à epidemia através de estratégias fragmentadas e que, por isso, é necessário ofertar e combinar diferentes estratégias (Brasil, 2017a). Isso é uma necessidade porque, em diferentes contextos e momentos da vida, as pessoas irão recorrer a diferentes formas para buscar se prevenir (Brasil, 2022). Então, parte-se do seguinte conceito de prevenção combinada:

É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e

dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (Brasil, 2017a, p. 18).

Ou seja, traduzindo em miúdos, há dois eixos de combinações. Em matéria das intervenções, há três formas: a biomédica, as comportamentais e as estruturais. E sobre *com quem* estas devem ser aplicadas, isto é, a depender de sua intencionalidade, em diferentes níveis: o dos indivíduos ou o das relações e grupos sociais a que pertencem. Além disso, o texto (Brasil, 2017a) faz referência ao surgimento da ideia de prevenção combinada em 2010, pelo Unaid, em que se visualizava que a combinação de estratégias poderia ajudar a lidar com algumas fragilidades no enfrentamento da epidemia. Entre elas, o fato de que a prevenção ainda estava muito concentrada em evitar a transmissão do vírus e pouco atenta aos fatores sociais que aumentam a vulnerabilidade ao HIV.

A ideia da combinação de estratégias aparece nas escritas dos documentos como um novo modelo ou paradigma (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). Faz referência, ainda, a alguns marcos políticos institucionais recentes que ancoram a estratégia: a consolidação do I = B e “[...] a consequente estratégia do testar e tratar [...]” e, também, “[...] o estabelecimento das metas 90-90-90” (UNAIDS, 2010, não paginado - tradução livre). É como se realizasse um garimpo das estratégias consolidadas ao longo das décadas de resposta à epidemia, expondo-as de forma a construir um modelo/cardápio que orienta tanto a formulação da política quanto a própria relação entre profissional e pessoa que está sendo atendida, oferecendo uma série de possibilidades a serem utilizadas conforme contextos e necessidades.

Nas Orientações para a Atenção Básica (Brasil, 2017b), é estabelecida uma relação entre a ideia de prevenção combinada e a perspectiva adotada na Política Nacional de Atenção Básica (versão de 2011), que se propõe a conjugar ações de promoção, prevenção e tratamento, bem como a necessidade de considerar os sujeitos a partir da sua integralidade e complexidade cultural. O PCDT-PrEP faz referência ao conceito de prevenção combinada como sendo “[...] uso ‘combinado’ de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método ao outro” (Brasil, 2022, não paginado).

Ou seja, a ideia de *combinação* centra-se nas possibilidades de escolha das pessoas. A conexão de tais intervenções é sistematizada em formato de mandala, tendo os marcos legais e outros aspectos estruturais em seu entorno e os recursos e estratégias de prevenção em fatias ao centro, onde encontram-se as populações-chave e prioritárias ao HIV e, mais ao centro, a própria noção de que é preciso combinar as tecnologias de prevenção⁴. As estratégias de prevenção são bastante diversas: imunização para hepatite B, prevenção da transmissão vertical, redução de danos, preservativo e gel lubrificante, profilaxia pré e pós exposição, tratamento para HIV, entre outras.

Tanto o conceito de prevenção combinada quanto a representação da mandala se repetem nos documentos analisados. A representação da mandala passa a ideia de um leque de possibilidades, o que é interessante, já que por muito tempo as narrativas de saúde eram centradas no mantra *use camisinha* tão presente nas primeiras décadas da epidemia. Essa

³ Indetectável = intransmissível.

⁴ Para saber mais sobre cada uma das estratégias e tecnologias da prevenção combinada, acesse: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>.

representação alerta profissionais e gestores(as) sobre ser necessário oferecer outras possibilidades e recursos conforme a necessidade e o contexto das pessoas.

Por outro lado, a mandala falha em considerar efetivamente as diferentes realidades. Por exemplo, inserir em uma fatia a prevenção da transmissão vertical é muito vago. A prevenção da transmissão vertical está intimamente relacionada à oferta de pré-natal de qualidade e de teste rápido à população geral e às pessoas gestantes e puérperas, especialmente em aleitamento, além da necessidade de enfrentar barreiras culturais para a testagem das suas parcerias, o que não é representado na imagem. Tecnologias de prevenção que são básicas para mulheres cisgênero lésbicas, como o diálogo, a higienização das mãos e o corte das unhas, por exemplo, são completamente invisibilizadas. Também não é feita nenhuma menção às negociações entre pessoas para práticas sexuais que envolvem redução de riscos, como fazer sexo sem penetração, por exemplo.

Além da noção de combinação, a noção de escolha fundamenta a concepção do atual modelo oficial preventivo. A possibilidade de fazer escolhas, no entanto, é sempre mediada pelas alternativas que estão postas no real (Chauí, 2012). Qualquer insumo e recurso de prevenção precisa, além de estar descrito como estratégia nos documentos orientativos da política, estar disponível e com acesso viabilizado para as pessoas. Noções como liberdade e possibilidade de fazer escolhas, combinando alternativas, têm sido centrais na concepção de prevenção ao HIV/Aids no Brasil atual. Para Czeresinia, nesse contexto neoliberal, um ponto de preocupação é justamente que, sendo a autonomia um dos eixos básicos do seu discurso, “[...] com que concepção de autonomia os projetos em promoção da saúde efetivamente trabalham?” (Czeresinia, 1999, p. 6).

O liberalismo funda a ideia de que *querer é poder* e que o mundo está à disposição e livre para ser conquistado por cada uma e cada um de nós. Há uma constante promessa de liberdade, sendo que seu significante vai sendo utilizado de diversas maneiras, desde a liberdade de contrato até seu uso ideológico. No entanto, com base em cálculos probabilístico, critérios de utilidade e lucratividade, é decidido se o que limita a liberdade será imposição e dispositivos disciplinares ou mesmo a racionalidade técnica (Casara, 2021).

O imperativo das opções aparece de forma bastante explícita em uma campanha realizada pelo Ministério da Saúde publicada em dezembro de 2016 sob o título *Escolha Sua Forma de Prevenção*⁵. Em uma das peças de comunicação, um casal heterossexual que está prestes a transar começa a dialogar sobre a camisinha e, a partir disso, começa a falar sobre outras formas de prevenção das quais *ficaram sabendo*, como PEP, teste rápido e tratamento. Ao final, reforçam a narrativa da importância do preservativo, referindo que esta é a forma mais simples de prevenção. A campanha passa, então, a ideia de que as pessoas possuem autonomia para escolher.

A autonomia, enquanto possibilidade de autorrealização e determinação dos sujeitos, é sempre relativa e mediada pelos contextos e possibilidades objetivas (Chauí, 2012). Como as pessoas podem escolher entre as tecnologias de prevenção se estas não forem as que estão disponíveis para serem acessadas em seus contextos e regiões? Além disso, o conhecimento

⁵ O vídeo da campanha está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hxGobKfWuGY>. Acesso em: 10 nov. 2022.

de uma alternativa a torna possível. Desta forma, é necessário, também, que seja verificado o acesso que as pessoas têm à informação sobre as diferentes tecnologias de prevenção.

CONCLUSÃO

As concepções que orientam a atual política de prevenção do HIV/Aids no Brasil são: combinação, autonomia, liberdade e possibilidade de fazer escolhas. A política constrói um sofisticado sistema discursivo, onde são combinadas diferentes estratégias de prevenção consolidadas ao longo da história social da epidemia. Avança ao retirar da centralidade da narrativa apenas o uso de camisinha, mas constrói uma promessa de possibilidades de prevenção sem fazer mediação com as reais condições da população. Estas concepções se aproximam da noção (neo)liberal de liberdade como escolha, trazendo para o centro o imperativo das possibilidades, produzindo uma ideia abstrata de liberdade, que ao mesmo tempo reconhece e apaga as diferenças e desigualdades que estão no real.

A exemplo disso, diversas organizações, desde 2020, têm denunciado o desabastecimento de gel lubrificante, além da redução do número de preservativos repassados pelo governo federal aos estados e municípios (Desabastecimento..., 2021; Ong Somos, 2022; FOAESP... 2021). Em 2022, a ONG Somos, em Porto Alegre, lançou a campanha *No Seco Não Dá! e Molhadinho é Mais Gostoso!*⁶, com postagens nas redes sociais e distribuição de adesivos na 25ª Parada Livre da cidade para que fossem espalhados pelo espaço público, no intuito de provocar o governo em relação aos efeitos do desabastecimento do gel. Um dos argumentos para o desabastecimento foi os investimentos necessários em relação à pandemia da Covid-19 (Desabastecimento..., 2021). Em resposta a isso, a ONG Somos também fez cartazes com campanha relacionando o álcool gel, que é um insumo fundamental na prevenção de infecção pelo novo coronavírus, e o gel lubrificante, apontando que os dois podem salvar vidas.

Além disso, ao centrar a estratégia política na oferta de um conjunto de tecnologias biomédicas com a justificativa da possibilidade de, em um horizonte próximo, ser possível visualizar o fim da epidemia, as pessoas são tratadas como consumidoras homogêneas de remédios (Seffner; Parker, 2016). O sujeito livre da política de prevenção é, na verdade, um consumidor de medicamentos com acessos possivelmente precários que precisam ser melhor analisados.

A liberdade está no seio da necessidade, e não fora dela (Chauí, 2012). Neste sentido, a possibilidade de fazer escolhas precisa ser analisada dialeticamente com as alternativas concretas que estão disponíveis para as pessoas. Isso passa pela oferta dos serviços, distância entre os serviços e os locais de trabalho e moradia, horário de funcionamento, protocolos que estabelecem critérios para acesso, entre outros. As alternativas são desiguais em se tratando de uma sociedade capitalista, que tem como próprio fundamento a desigualdade. Contudo, no neoliberalismo, o imperativo da possibilidade é levado ao extremo. Parece que temos sempre a possibilidade de fazer escolhas e o nosso fracasso é, então, culpa individual, sem considerar efetivamente as barreiras de acesso e ausência na distribuição de recursos e insumos que viabilizem a prevenção.

⁶ Campanha com apoio do Fundo Positivo.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R., PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V., AYRES, J.R.; Buchalla, M.C. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

FOAESP denuncia escassez de preservativos e gel lubrificante no SUS. Governo responde que não há desabastecimento de camisinhas e que tem buscado alternativas para o abastecimento de gel. **Agência de Notícias da Aids**, São Paulo, 16 jun. 2021. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/foaesp-denuncia-escassez-de-preservativos-e-gel-lubrificante-no-sus-governo-responde-que-nao-ha-desabastecimento-de-camisinhas-e-que-o-ministerio-tem-buscado-alternativas-para-o-abastecimento-de-gel/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social).

BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília (DF): CEFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8jWy8e5p39eA46R2v6H9.pdf>. Acesso em 15 abr 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília (DF): MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na atenção básica**. Brasília (DF): MS, 2017b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_revencao_combinada_hiv_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília (DF): MS, 2022.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: Mota *et al.* (org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. São Paulo: Filosófica Politeia, 2019.

CALAZANS, G. J. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento**: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens. 2022. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22102018-120508/pt-br.php>. Acesso em: 24 maio 2022.

CASARA, R. R. R. **Contra a miséria neoliberal**: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**, 15, 4 Out 1999. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>. Acesso em 8 jul 2022.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 14. ed. São Paulo: Ática, 2012.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; Freitas, C. M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf> . Acesso em: 2 mar. 2023.

DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DARDOT, E.; LAVAL, C. **A Nova Razão do Mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESABASTECIMENTO: Governo Federal descontinuou a distribuição de gel lubrificante há um ano. **Redação Lado A**, Curitiba, 19 jul. 2021. Disponível em: <https://revistaladoa.com.br/2021/07/noticias/desabastecimento-governo-federal-descontinuou-a-distribuicao-de-gel-lubrificante-ha-um-ano/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais. In: PARKER, R. (org.). **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, 1997.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/k6ZmQqMcsjKQSptWwkb7Zvm/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. Dossiê Epidemias. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/wDqrgD5DQM4YZgbqjWbSyYh/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr .2022.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MATTOS, R. A. de; TERTO JÚNIOR, V.; PARKER, R. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro; Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. “VOCÊ APRENDE. A GENTE ENSINA?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335- 1342, jun, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k5gxyfQdHPLf9nBv6knHRvv/>. Acesso em: 16 abr 2022.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.191-211, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 19 maio 2022.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, p. 25-38, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hDxKnQvbTjFTTzqQ5RcYdRs/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 19 ago. 2022.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan./mar. 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-59702014000100015 . Acesso em: 7 jun. 2019.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, Brasília (DF), v. 1, n 27, ago. 2003. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-poli%CC%80ticas-sobre-o-HIV_AIDS-1982-%E2%80%931996-2.pdf. Acesso em: 27 fev. 2023.

PARKER, R. **O fim da AIDS?** Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29>. Acesso em: 18 maio 2019.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (Org.). **Mito vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SOARES, L. T. R. Neoliberalismo e Lutas Sociais: perspectivas para as políticas públicas - retrocessos, recorrências e avanços. **Revista De Políticas Públicas**, 14, 13–22. 2012. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/377>. Acesso em: 8 abr. 2021.

ONGSOMOS. **No seco não dá?** Instagram. Publicado em 25 abril de 2022. Disponível em https://www.instagram.com/p/Ccykb1YumLE/?utm_source=ig_web_copy_link . Acesso em: 25 abr. 2022.

UNAIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. Geneva: UNAIDS, 2010.

UNAIDS BRASIL. **90-90-90 Uma meta ambiciosa para tratamento para contribuir para o fim da epidemia da AIDS**. UNAIDS, 2015. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf . Acesso em: 11 jun. 2019.

Gabriela Dutra CRISTIANO

Assistente social. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Além de atuar na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), dedica-se aos estudos de sexualidade e saúde, neoliberalismo e direitos humanos.
