

Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's

Vladimir Bezerra¹

Resumo

Considerando que a Constituição Federal de 1988 representa um marco para o rearranjo dos papéis do governo federal e suas unidades subnacionais no âmbito da formulação de políticas públicas, o objetivo deste artigo é evidenciar as principais conquistas no decorrer das últimas três décadas, e refletir sobre os possíveis desafios dos setores públicos envolvidos, no que tange a formulação e gestão de políticas de saúde na prevenção e tratamento ao vírus HIV e IST's, frente ao atual cenário sociopolítico brasileiro. Reflexões preliminares indicam que algumas conquistas no âmbito das políticas públicas de saúde contra a epidemia de HIV/AIDS e algumas IST's podem sofrer retrocessos, aspectos que serão problematizados no decorrer deste trabalho.

Palavras chave

Políticas públicas; governança em saúde; HIV.

The Brazilian political scenarios, achievements and challenges for public health policies in the context of HIV / AIDS, and STI's prevention and treatment

Abstract

Considering that the 1988 Federal Constitution represents a milestone for the rearrangement of the roles of the federal government and its subnational units in the formulation of public policies, the objective of this article is to highlight the main achievements over the last three decades, and to reflect on the possible challenges of the public sectors involved, regarding the formulation and management of health policies in the prevention and treatment of HIV and STIs, against the current Brazilian sociopolitical scenario. Preliminary reflections indicate that some achievements in public health policies against the HIV / AIDS epidemic and some STIs may suffer setbacks, aspects that will be problematized in the course of this work.

Keywords

Public policies; health governance; HIV.

Artigo recebido: janeiro de 2019.

Artigo aceito: maio de 2019.

Introdução

Este artigo tem por objetivo evidenciar as principais conquistas no decorrer dos governos federais das últimas três décadas, e refletir sobre os possíveis desafios das redes de governança em saúde no contexto do atual cenário sociopolítico brasileiro, no que tange as políticas de saúde de prevenção ao vírus da imunodeficiência (HIV), tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

No intuito de pensar estas questões, este artigo toma três conceitos como fios condutores. O primeiro é o conceito de federalismo: dentro da concepção de Marta Arretche (2005), a autora considera federalismo uma forma de organização de Estado em que os entes federados são dotados de autonomia administrativa, política, tributária e financeira necessárias para manter o equilíbrio que se estabelece entre eles para a constituição da União (ARRETCHÉ, 2005). De modo geral, Ricardo Ismael (2014) indica que a Constituição Federal (CF) de 1988 viabilizou um processo de integração entre as esferas governamentais municipal, estadual e federal, descentralizando o poder decisório e reunindo condições mais propícias para maior participação social, “[...] estimulando de alguma forma a cidadania ativa, o controle social das instituições governamentais e o fortalecimento de uma cultura política democrática” (ISMAEL, 2014, p. 9).

O segundo conceito com o qual se trabalha neste artigo é o conceito de políticas públicas proposto por Celina Souza (2006, 2007), através do qual a autora define políticas públicas como um campo inserido dentro do estudo da política, de caráter “multidisciplinar” (MARQUES; FARIA, 2013), e representada por um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.

O terceiro e último conceito é o de governança em saúde; conforme Maria Helena de Castro Santos (1997) indica, a governança em saúde é a capacidade dos gestores públicos em promoverem a participação de outros atores da sociedade na gestão dos serviços de saúde, sejam eles grupos de pressão, institutos de pesquisa, redes sociais informais como de fornecedores, de famílias e mesmo usuários, dentre outros, promovendo um modelo de articulação e cooperação entre os envolvidos em prol de objetivos em comum. Para a autora, quanto maior a capacidade de diálogo e colaboração entre os envolvidos, maior a responsabilidade destes sobre os resultados e mais eficaz tende a ser a governança e suas políticas públicas.

Estes três conceitos articulados auxiliarão em algumas reflexões, entre elas, a de que o atual cenário sociopolítico brasileiro pode incidir negativamente – em certa medida – não somente na formulação de novas políticas públicas, mas na atuação e conquistas das redes de governança em saúde no espectro do combate ao vírus HIV/AIDS e IST's no Brasil.

A criação do SUS e as políticas públicas contra o HIV/AIDS e IST's no contexto brasileiro: um rápido panorama histórico

No Brasil, os primeiros passos contra a epidemia de AIDS² iniciaram-se em um período de redemocratização do Brasil e de inúmeros debates na dimensão da saúde pública. O contexto temporal da CF de 1988 identifica um período de milagre econômico em decadência, e um poder militar enfraquecido; é neste momento que movimentos da reforma sanitária começam a articular discussões que culminariam na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (PAIM, 2008; VILLARINHO et al., 2013) sob a égide do federalismo cooperativo. Toma-se aqui o modelo de federalismo brasileiro proposto por Ismael (2014), no qual o federalismo não representaria apenas um sistema político de poder descentralizado que valorizaria as unidades estaduais como

também lugares de exercício de cidadania, democracia e certa autonomia nas decisões locais; assim, o federalismo também poderia ser considerado uma “[...] experiência [...] marcada pela predominância de um federalismo competitivo-cooperativo, o qual se origina no texto constitucional e se alimenta no próprio processo político envolvendo a União e os estados da federação” (ISMAEL, 2014, p.12).

O Brasil, frente à rápida disseminação da epidemia de AIDS no decorrer da década de 1980, foi um dos países pioneiros no que se refere às primeiras iniciativas de políticas públicas em respostas a epidemia da AIDS. Estas ações – segundo Solange Rocha (2003) – se constituíram resultados da intensa mobilização social articulada aos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal a respeito do problema. Se para Sindely Alchorne (2012, p.18), no que tange à política de assistência social, o processo de descentralização e participação da sociedade civil, previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993), ganhou materialidade com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, através da implantação, em todo País, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para Rocha (2003), a própria trajetória do SUS orientou-se à uma organização de governança multipartite – envolvendo União e entes federativos. Contudo, como indica não apenas Rocha (2003), mas Richard Parker (1997), a evolução das políticas públicas de saúde com relação ao HIV/AIDS e IST's no Brasil se caracterizou por diferentes momentos, considerando-se alguns fatores, entre eles: a) o desenvolvimento de pesquisas com relação à doença; b) a mobilização e atuação de diferentes atores sociais e instituições na elaboração das respostas à epidemia; e c) as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais no decorrer das décadas.

De fato, segundo relatório anual da UNAIDS³, e informações do próprio Ministério da Saúde⁴, o Brasil é pioneiro, e referência em resposta à epidemia de HIV/AIDS, com avanços significativos em pesquisas, diagnóstico, tratamentos e, nos últimos quatro anos, em

métodos de prevenção ao vírus do HIV/AIDS no País. Ao traçar uma rápida linha do tempo que evidencia os esforços no âmbito das políticas públicas para a identificação, prevenção, controle e tratamento da AIDS no Brasil, são inúmeras as ações que podem ser listadas. Informações do Ministério da Saúde⁵ evidenciam a estruturação do primeiro programa de controle da AIDS no Brasil – o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – em 1984. Outro importante marco foi a criação do Programa Nacional de DST (Doenças sexualmente transmissíveis) e AIDS (feita pelo então Ministro da Saúde Roberto Santos em 1986), e a criação do SUS em 1988, todos considerados marcos institucionais não só para a saúde no País, mas sobre a questão do HIV no Brasil.

Com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, e o funcionamento dos serviços correspondentes, o SUS possibilitou a inclusão dos procedimentos para o tratamento e o início do credenciamento de hospitais para o acompanhamento de pacientes com AIDS em 1991.

A literatura especializada indica que os anos 1990 representaram avanços e conquistas em diversas frentes na formulação de políticas de saúde contra o HIV/AIDS e IST's. Destacam-se mais exemplos: as notificações para controle dos novos casos começaram a ser sistematizadas a partir de 1993 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁶, e a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com antirretroviral, para a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico), iniciaram-se em 1997. O lançamento de programas nacionais de DST e AIDS no decorrer dos anos 1990 culminou, em 1998, na determinação do Ministério da Saúde, de que o usuário do SUS, por lei, teria o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS.

Considerando a pressão política promovida pela sociedade civil respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, o Brasil, em 1996, promulgou a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996; segundo a lei, a rede pública de saúde disponibilizaria a partir daquele momento, gratuitamente, onze medicamentos para o tratamento de portadores do vírus. Posteriormente, o Brasil anunciaria a produção nacional de dois novos medicamentos para AIDS – Atazanavir e Raltegravir – por meio de Parcerias Público-Privadas, além da produção própria da versão genérica do Tenofovir, indicado para AIDS e hepatites virais. Por fim, no ano de 2009, o Ministério da Saúde bateu recorde de distribuição de preservativos; segundo informações do Governo Federal, foram 465,2 milhões de unidades distribuídas em todo o País. Mais atualmente, políticas públicas para prevenção ao HIV/AIDS tem sido implementadas no que tange novas tecnologias que ultrapassam a lógica do preservativo, e que oferecem à diversidade dos usuários do SUS, profilaxias de prevenção como a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (BEZERRA, 2017; BEZERRA e SILVA, 2019, no prelo).

Este rápido panorama, demonstra que o conjunto dessas ações colocou o Brasil como o País que tem uma das maiores coberturas de Terapia Antirretroviral (TARV) entre os países de média e baixa renda, fazendo com que aproximadamente metade das cerca de 800 mil pessoas vivendo com HIV atualmente receba TARV; é importante ressaltar que a média global é de 41%.

O que explicaria o caso de sucesso brasileiro no que se refere às políticas públicas de saúde contra o HIV/AIDS e IST?

Em parte, considerando a multidimensionalidade da resposta, propõe-se inicialmente entender que o desenvolvimento e implantação das políticas públicas de saúde no Brasil têm adotado no decorrer das últimas três décadas um conceito de territorialidade como o proposto por Aldaiza Sposati (2013, p.6); em suas palavras, “territorialidade”:

[...] supõe movimento, isto é, a concepção de território não se confunde com uma área de abrangência, que embute a definição de um dado volume de população ou mesmo o estabelecimento de um espaço geográfico resultante de um dispositivo jurídico estatal. Neste sentido, é preciso ter claro que o território contém uma dimensão histórica, pois se constitui e constrói sua identidade em uma dinâmica de relações. Assim, é o processo que define a trajetória do território, e esse processo se reflete na trajetória dos que nele vivem, mas também é demarcado pelas trajetórias dos sujeitos nele 'abairrados.' Território é mais do que um lócus, no sentido de definição de um lugar, não é algo estático como um endereço ou uma nomenclatura. Ainda que estes atributos façam parte do território, sua caracterização ocorre por vivências, significados e relações que constroem identidades individuais e coletivas.

Contudo, a revisão bibliográfica no âmbito das Ciências Sociais indica que o protagonismo dos governos federais entre as décadas de 1990 e 2000 foram cruciais para o reconhecimento do País como um dos pioneiros em políticas públicas de saúde para o HIV/AIDS e IST's, aspectos problematizados a seguir.

O protagonismo do governo federal na formulação de políticas públicas de saúde para o HIV/AIDS e IST's – um caso de sucesso?

De modo geral, é possível pensar que os avanços nas políticas de saúde e as redes de governança se beneficiaram do protagonismo histórico do governo federal, e no sistema de cooperação entre os entes federativos, para a produção e implantação de políticas públicas no combate ao HIV/AIDS e IST's. Como indicam José Mendes Ribeiro et al. (2018), dentro da experiência do SUS:

[...] embora superposições sejam admitidas, cabem à União as funções de planejamento, indução e coordenação nacional e aos Estados a coordenação no plano regional. Aos Municípios, além de compartilharem funções de planejamento local, foi atribuída

a prestação direta de ações, serviços de cuidados primários e de média complexidade. Nesta estrutura de provisão há nítida orientação ao maior grau de complexidade à medida em que os entes federados sejam de maior alcance. Portanto, para que um sistema deste tipo funcione adequadamente, há necessidade do adequado funcionamento dos mecanismos de governança tripartites.

A partir do que Ribeiro, Ismael e Arretche apresentam, uma primeira reflexão surge diante do atual cenário sociopolítico brasileiro; se em termos fiscais, o modelo federalista no Brasil, ao mesmo tempo que torna o sistema tributário brasileiro, para alguns, o mais descentralizado entre os países em desenvolvimento, trazendo, portanto, mais autonomia financeira e política para as unidades subnacionais frente à União, ele também promove – conforme indica Ismael (2014) – a manutenção das desigualdades entre os entes federativos, formando assim centros de poder e influência com forças desiguais entre si (ISMAEL, 2014). Logo, como pensar políticas públicas de saúde que possam contemplar não somente a diversidade de contextos sociais, mas as disparidades econômicas que tendem a se aprofundar entre as unidades subnacionais frente à política do atual governo federal? Tal questão, parte da ideia introduzida por autores como Ismael, Arretche e Ribeiro, de que no Brasil, é possível verificar que a centralização parece ser uma marca de nosso federalismo; isto é, a CF de 1988 teria contribuído para uma descentralização do poder, sem de fato ter tirado o poder do governo federal.

O protagonismo histórico do governo federal na formulação de políticas públicas e sua influência nas redes de governança em saúde – em especial no que tange a luta contra o HIV/AIDS e IST's – a partir dos anos 1990, pode ser entendido a partir de um modelo de federalismo que propôs uma maior “racionalidade da política econômica” (ISMAEL, 2014, p. 29), especialmente durante o governo Fernando Henrique Cardoso, período que aprofundaria uma discussão sobre administração pública, priorizaria o combate à inflação, e promove-

ria maior controle nas finanças públicas subnacionais, favorecendo assim um fortalecimento do governo federal frente às desigualdades das unidades federativas (UFs) (VERGOLINO, 2013; ISMAEL, 2014; SOUZA, 2006; ARRETCHE, 2009).

Nesse sentido, Mariana Villarinho et al. (2013) indicam que as políticas públicas contra o HIV/AIDS no período dos anos 1990 seriam marcadas:

[...] por negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “Projeto AIDS I”, que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. Após sua implementação, o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o “Projeto AIDS II”, cuja vigência foi de 1998 a 2003 e tinha como objetivos reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS (VILLARINHO et al., 2013).

De fato, a literatura nacional indica que a variedade de serviços para prevenção e tratamento para HIV/AIDS oferecida aos usuários do SUS pode ser percebida como um esforço dos governos federais em oferecer a todas as regiões serviços públicos de saúde que contemplassem a realidade do HIV/AIDS e IST's no País. Em meados dos anos 1990, com o crescente aumento de casos notificados de pacientes portadores de HIV/AIDS e IST's, e a inabilidade das UFs em lidar diretamente com o problema (seja por questões técnicas ou econômicas), fez-se necessária a presença de ações federais que compreendiam desde o credenciamento de hospitais especializados, a definição de condutas terapêuticas, políticas de fornecimento de medicamentos, assim como a capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, proporia ainda regulamentações da assistência prestada em nível hospitalar aos pacientes portadores de HIV/AIDS, estabelecen-

do critérios mínimos de infraestrutura e da equipe multidisciplinar para o credenciamento desses serviços.

Segundo Villarinho et al. (2013), em 1998, eram 338 hospitais convencionais credenciados e capacitados no Brasil para o tratamento de pacientes portadores do vírus HIV; em 2013, 382 unidades hospitalares eram referência no segmento. Em 2019, o Brasil alcançou um total de 644 serviços implantados nos municípios que receberiam recursos de acordo com seu perfil epidemiológico, capacidade de gestão e/ou localização estratégica de referência. Algumas das principais atividades realizadas por esses serviços são padronizadas por protocolos e compreendem: orientação e apoio psicológico, cuidados de enfermagem, atendimento em infectologia, pediátrico entre outros; serviços garantidos pelo governo federal proporcionam o controle e distribuição de antirretrovirais, realização de exames de monitoramento, e distribuição de insumos de prevenção, assim como atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das DST e AIDS.

Para Fonseca (2005), a partir de 2003 a atuação do governo federal se fez presente no aprimoramento dos processos de gestão de saúde e relação com a sociedade civil organizada, no desenvolvimento tecnológico e científico de modo a qualificar a resposta brasileira à epidemia, na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/ AIDS oferecida pelo SUS no País.

Tomando por base as experiências de governos federais anteriores das últimas décadas é possível perceber que as redes de governança em saúde e as políticas de saúde para o combate ao HIV/AIDS têm se beneficiado não apenas de significativo desenvolvimento técnico/científico, operacional, além de constantes investimentos na área, mas também de governos federais que tem funcionado como uma fonte “reguladora” das desigualdades entre os Estados, promovendo uma espécie de simetria entre os entes federativos –, ainda que de certa forma, também promova uma competição fiscal entre as unidades.

Não que o modelo de federalismo brasileiro garanta na prática uma uniformidade na produção de políticas públicas, e nem que a presença hegemônica do governo federal – em especial no campo das políticas de saúde que se destinam aos portadores do vírus HIV/AIDS e IST's –, proporcione um sistema de saúde capaz de resolver a complexa questão do vírus no País. O ponto chave recai na experiência de federalismo no Brasil, quando a literatura especializada evidencia certa dependência e cooperação vertical entre a União e as unidades, mas pouca interação no sentido horizontal entre as mesmas. Por mais que a atuação brasileira frente aos programas de prevenção e tratamento para o HIV/AIDS, de fato, ainda hoje seja considerada referência para sistemas de saúde pública no mundo, autores como Richard Parker (1997; 1999) indicam que poucos estudos tentaram examinar o desenvolvimento de políticas e programas relacionados ao HIV/AIDS no Brasil, considerando a magnitude do problema quando dos primeiros casos no País.

Mais precisamente, no âmbito político, e durante os dois mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003–2006, 2007–2010), Ismael indica uma ampliação ainda maior da atuação do governo federal no plano das políticas públicas, por meio de programas sociais como o Programa Bolsa Família – em parte ocasionado pelo enfraquecimento dos estados, uma vez que os recursos estaduais não se mostravam suficientes para a formulação e implementação de políticas públicas mais regionais. Nas palavras de Ismael (2014, p. 31): “[...] o governo Luiz Inácio Lula da Silva mostrou também [...] uma certa predisposição para interagir diretamente com os governos municipais, sem maior envolvimento dos governos estaduais”. De alguma maneira, essa constatação pode ajudar em reflexões sobre o fato de que é raro observar uma política pública local que não tenha uma presença maciça da União.

Nesse sentido, retomam-se as observações de Sposati (2013) sobre o papel das políticas sociais e sua relação com seus usuários; nas palavras da autora:

As políticas sociais operam com conhecimentos sobre o humano em múltiplos sentidos. Envolvem mais força de trabalho humano e conhecimento relacional. A política econômica pode se abster das relações, mas não dos interesses (é claro), pois usam cálculos, equações, abstrações ou mediações que a afastam do contato humano, embora os indivíduos sejam tocados pelo resultado de suas decisões (claro que não se está dando o mesmo estatuto a representantes de lobbies e usuários). Políticas sociais (ainda que mediadas por serviços) envolvem relações humanas reais, o que coloca, como ponto chave, a discussão da relação território e políticas sociais (SPOSATI, 2013, p.16).

Logo, pensando a partir do que indica Souza (2005), isto é, se o modelo brasileiro de federalismo apresenta duas características principais: a primeira, as diferentes capacidades dos governos estaduais e municipais de implementarem políticas públicas de acordo com suas necessidades devido “[...] às desigualdades econômicas, técnicas e de gestão existentes; e segunda, a ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação entre as UFs, tornando o sistema altamente competitivo” (SOUZA, 2006, p.112) –, como as redes de governança em saúde e a formulação de políticas públicas no contexto do novo governo federal, e suas peculiaridades, podem contribuir para a política de prevenção e tratamento ao vírus HIV/AIDS e IST’s nos próximos quatro anos? Se Ismael (2014) indica que a dinâmica instituída pelo federalismo cooperativo-competitivo promoveria – a partir desta “cooperação/competição” – uma dificuldade no estabelecimento do diálogo horizontal entre as UFs, criando assim alguns impasses, como pensar políticas públicas no âmbito do tratamento e prevenção ao HIV/AIDS e IST’s ao considerarmos o fator ideológico do atual governo⁸?

Tentando ultrapassar criticamente não apenas o próprio modelo federalista – já instituído, e que como já visto – apresenta lacunas em se tratando de políticas públicas de saúde, mas o posicionamento do governo eleito nas questões relacionada a gênero, sexualidade e direitos

humanos, propõe-se considerar aqui a fundamental discussão sobre gênero e comportamento proposta por autores como Michel Foucault (1977), e Gayle Rubin (1984); para estes autores, a sexualidade nas sociedades ocidentais tem sido estruturadas em um quadro social extremamente “punitivo” (RUBIN, 1984, p.80), e tem sido – ainda segundo a autora – submetida a controles formais e informais que são uma realidade. Trata-se aqui de sugerir que para pensar políticas públicas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS e IST's, parece ser necessário ultrapassar aquilo que Rubin (1984, p. 86) indica ser uma “hierarquização do sexo”, ou o que a autora denomina de tendência dos dispositivos de controle social denominarem de “sexualidade boa” e “sexualidade má”.

Toma-se, como exemplo, a Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas (PCAP⁹) relacionados às IST's e AIDS, realizada com brasileiros na faixa etária entre 15 e 64 anos de idade; dados demonstram que a população brasileira possui um elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão e de prevenção da infecção pelo HIV (BRASIL, 2011, p.27), índice que tem se mantido nos últimos anos, sendo superior ao de vários países em desenvolvimento. Entretanto, enquanto o mundo apresenta queda de 35% de novas infecções, entre 2005 e 2013, o Brasil aumentou em 11% seu índice de novas infecções com o vírus HIV e segue na contramão da média global.

Os dados mais recentes sobre HIV/AIDS e sífilis no Brasil apresentam diferenças regionais importantes. Dados do mais recente boletim epidemiológico sobre HIV (BRASIL, 2017, p.9) expõem tamanha a diversidade e desigualdade entre as unidades federativas brasileiras no que diz respeito às novas taxas de infecção; em 2016, o ranking das UFs referente às taxas de detecção de AIDS mostrou que os estados de Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas, com valores de 33,4 e 31,8 casos/100 mil hab., respectivamente. Além disso, observou-se que, entre as UFs, 16 possuem taxa inferior à nacional (de 18,5/100 mil hab.), sendo o Acre o estado com a menor taxa – 8,7 casos/100 mil hab. Enquanto isso, entre as capitais, apenas Palmas, Brasília e Rio Branco mos-

tram valores inferiores à taxa nacional – 16,8, 15,4 e 10,9 casos/100 mil hab., respectivamente. Porto Alegre apresentou taxa de 65,9 casos/100 mil hab., em 2016, valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,6 vezes maior que a taxa do Brasil. Complementarmente, números indicam que nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, há um predomínio de homens em comparação com as demais regiões. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste, a razão de sexos, foi, respectivamente, de 22 e 21 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, enquanto na região Sul há uma participação maior das mulheres nos casos de contaminação por HIV. Ainda segundo o Ministério da Saúde, entre as mulheres, verifica-se que nos últimos dez anos a taxa de detecção vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, “[...] exceto entre as de 15 a 19 e 60 anos e mais: nestas, foram observados aumentos de 13,9% entre as mais jovens e de 14,3% entre as de maior faixa de idade, quando comparados os anos de 2006 e 2016” (BRASIL, 2017, p. 13). Especificamente sobre a sífilis adquirida por contato sexual, se observou em 2016 um aumento de 26,8% em comparação com o ano de 2015. O boletim sobre Sífilis informa que os homens das regiões sudeste e sul do País, na faixa etária entre 20 e 29 anos, estão entre os mais vulneráveis (BRASIL, 2017, p.11).

Mais que conclusões, os números propõem aos profissionais envolvidos com políticas públicas em geral algumas inquietações. Se em 2011, mais de 493 milhões de preservativos foram distribuídos gratuitamente à população¹⁰ pelo Ministério da Saúde, numa ação uniformizada em todo o Brasil, porque as pessoas ainda se infectam? Quais os motivos para que em determinadas regiões do País a razão dos índices de infecção pelo HIV sejam tão díspares? Estas questões não envolvem somente o profissional de saúde alocado no SUS, mas todo o sistema de assistência pública. Como indica Sposati, o que se propõe é:

[...] é que de se desenvolva uma preocupação com as condições coletivas de vida de quem habita em um território, que se considere o conjunto dos serviços sociais públicos e não somente aque-

le em que se está inserido profissionalmente, para que se possa analisar a expressão concreta das políticas sociais como parte das condições objetivas de um território (SPOSATI, 2013, p. 17).

Afinal, se mesmo com os esforços dos governos federais anteriores observa-se uma escassez de políticas de saúde regionalizadas para o HIV/AIDS e IST's, como elaborar, desenvolver, implantar e acompanhar os resultados de políticas públicas de saúde que levem em consideração elementos sociais, econômicos e culturais dentro do atual contexto político brasileiro? Mais especificamente, de que forma pensar sobre a influência do governo federal eleito em outubro do ano de 2018 nos arranjos de governança em saúde e formulação de políticas públicas contra o HIV/AIDS para os próximos quatro anos? Ainda que o objetivo do artigo não seja responder a estes questionamentos, de modo geral, é possível entender que as desigualdades regionais expressadas anteriormente nos dados sobre HIV/AIDS e IST's podem refletir – em parte – a complexidade da formulação de políticas públicas de saúde contra o HIV/AIDS no Brasil.

Além disso, na tentativa de avançar em reflexões, e apoiando-se na concepção de Souza (2006), de que os problemas atuais do modelo federalista no Brasil apontariam para a tendência dos governos em manter o alto grau de desigualdade entre as regiões, mesmo havendo um esforço governamental que busque diminuí-las, e uma tendência por parte da União, em tratar as esferas subnacionais, em particular os estados, uniformemente, pergunta-se: quais as chances de êxito na formulação de novas e na manutenção das políticas públicas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS e IST's para os próximos quatro anos?

Se, de acordo com Ismael (2014, p. 19), “[...] o caminho seguido pela Federação brasileira a partir dos anos 1990 também não tem sido capaz de propiciar reduções expressivas nos históricos desequilíbrios econômicos e sociais entre os estados e municípios brasileiros [...]”, como pensar o atual governo federal no âmbito de políticas públicas sociais, aqui especificamente pensando as políticas de saúde rela-

cionadas ao HIV/AIDS e seus principais desafios no combate à epidemia de AIDS no País que abarquem a diversidade cultural, social e política brasileira?

(In)conclusões

Considerando que a epidemia de HIV/AIDS chega ao Brasil no início dos anos 1980, período de redemocratização brasileira, é possível inferir que as respostas iniciais à epidemia se deram de formas diversas em diferentes estados brasileiros, o que refletia até 1988, maior participação estatal e municipal nas decisões regionais. Esta característica exerceu importante função na formação de uma agenda e formulação das políticas públicas com relação à AIDS no Brasil durante os anos 1980.

A inauguração da CF de 1988 e a experiência do modelo federalista que ali se instaurava contribuíram para outras diversas conquistas e inúmeros avanços no que se refere às políticas de saúde contra o HIV/AIDS, bem como o sucesso das redes de governança em saúde no decorrer dos anos de 1990 e 2000. Podem-se destacar as seguintes razões: a) no governo Fernando Henrique Cardoso, investimentos públicos e privados – em sistema de cooperação – para pesquisas e desenvolvimento de tecnologia para tratamento ao HIV/AIDS e IST's; e b) no governo Lula, a ampliação – por parte do governo federal – de políticas sociais, numa relação mais direta com municípios.

Contudo, assentada em alto grau de desigualdade (histórica) entre as regiões, a experiência federalista brasileira apresenta uma tendência em tratar seus entes federativos de maneira uniforme – desconsiderando suas desigualdades (sociais, econômicas e culturais), e estimulando uma competição entre as UFs que não beneficia a formulação de políticas públicas regionais. O atual modelo parece promover uma experiência de: a) não apenas cooperação, mas uma dependência vertical entre União e entes federativos; e b) competição (com a conseqüente falta de um diálogo horizontal) entre as UFs, que gera impasses em avanços no campo das políticas de saúde para o HIV/AIDS e IST's.

Na dimensão política, algumas questões se colocam: diante do atual cenário político, conjugado com a experiência de federalismo no Brasil, como é influenciada a formação de uma agenda, formulação, implementação e avaliação (institucional e de impacto) de políticas públicas de saúde contra o HIV/AIDS? Como lograr políticas públicas de saúde para o HIV/AIDS e IST's eficientes e eficazes dentro de um contexto desafiador de inúmeras desigualdades, em um quadro político conservador e fundamentalista religioso, cuja tendência é a de funcionar como um dispositivo regulador sobre a sexualidade, hierarquizada entre "boa" e "má"?

No âmbito social, a bibliografia especializada em políticas públicas na área da saúde para o HIV/AIDS e IST's indica que, a despeito dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas de saúde no Brasil, há um longo e complexo caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, no qual a superação das desigualdades e a compreensão da diversidade que o País oferece, apresentam-se como desafios para profissionais que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público. Assim, de modo geral, que desafios se delineiam aos profissionais envolvidos em políticas públicas em geral? Como construir relações intersetoriais no âmbito profissional e uma aproximação com interlocutores da população, estimulando a possibilidade de uma gestão participativa, conforme propõe Sposati?

Questões expostas e a serem debatidas pelos agentes envolvidos nas políticas públicas e que não podem perder sua força diante conjuntura política que se desenrola na atualidade.

Referências

ALCHORNE, S. C. de A. *Das políticas nacionais aos planos municipais: avanço da política pública em assistência social em metrópoles – estudo das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo*. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade de

São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2012. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/17597/1/Sindely%20Chahim%20de%20Avellar%20Alchorne.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24, p. 69-85, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a06n24.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. *Dados* (Rio de Janeiro. Impresso), v. 52, p. 377-423, 2009.

BEZERRA, V. Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV. *CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, Juiz de Fora, n. 23, p. 140-160, 2017. Disponível em: <<https://csonline.ufjf.emnuvens.com.br/csonline/article/view/2764/1716>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

_____.; SILVA, V. L. M. Bareback, Risco e Prazer na perspectiva de usuários da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ao HIV: um estudo netnográfico. In: OLIVEIRA, M.; HELDER, T. (Org.). *Práticas sexuais: itinerários, possibilidades e limites de pesquisa*. Salvador: Editora Devires, 2019 (no prelo).

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 126 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Ano V – nº 1 – 27ª a 53ª – semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2016; ano V – nº 1 – 01ª a 26ª – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico Sífilis*. Volume 48, nº 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

ISMAEL, R. Governos Estaduais no Ambiente Federativo Inaugurado pela Constituição de 1988: Aspectos Políticos e Institucionais de uma Atuação Constrangida. In: MONTEIRO NETO, A. (Org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: IPEA, 2014. p.183-212.

MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. *A Política Pública como Campo Multidisciplinar*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites, perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV: 2008.

PARKER, R. *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.

_____. ; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. Introdução: políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da Aids. In: *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 1999.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601777&lng=pt&nrm=i-so>. Acesso em: 09 jul. 2018.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, C. A. et al. *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.34-40.

RUBIN, G. *Políticas do sexo*. São Paulo: UBU, 1984.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65–86.

_____. Desenho Institucional, instituições Federativas e Relações Intergovernamentais no Brasil Pós-1988. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p.187–211.

SOUZA, C. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2005, n.24, pp.105–121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a08n24.pdf> . Acessos em 29 jun. 2019.

SPOSATI, A. Território e gestão de políticas sociais. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 16, n.1, p. 05–18, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18423/14620>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

VERGOLINO, J. R. de O. Federalismo e Autonomia Fiscal dos Governos Estaduais do Brasil: Notas Sobre o Período Recente (1990–2010). In: MONTEIRO NETO, A. (Org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: IPEA, 2013. p. 63–118.

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*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271–277, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em: 08 Jul. 2018.

Notas

- 1 Psicólogo, Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz (IFF-Fiocruz-RJ). Especialista em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz/RJ), Mestre em Ciências Sociais do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCIS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). ORCID: 0000-0002-7588-1514. E-mail: vladimir.bezerra@uol.com.br
- 2 Dados do Ministério da Saúde dão conta que os primeiros casos de AIDS no Brasil ocorreram em 1980; entretanto foram classificados e notificados somente dois anos depois, em 1982, na cidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>>. Acessos em: 25 jun. 2018.

- 3 UNAIDS é o Programa das Nações Unidas para HIV e AIDS. Seu relatório do ano de 2016 reconhece que o Brasil tem se destacado em esforços para combater a epidemia de HIV no País. O documento cita que recentemente foram introduzidos o método de testagem para detecção de anticorpos do HIV por fluido oral (testagem rápida) de modo a tornar o diagnóstico mais rápido e consequentemente otimizar o tempo entre diagnóstico e início do tratamento, e que desde 2014 realiza-se a pesquisa que avalia a PrEP como forma de prevenção eficaz contra infecção pelo vírus HIV. Disponível em: <http://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2016/07/2016-prevention-gap-report_en.pdf>, p.149. Acesso em: 01 set. 2017.
- 4 Em dezembro de 2013, o Brasil publicou o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT), se tornando o primeiro País em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da Terapia Antirretroviral (TARV) para todas os infectados pelo HIV, independentemente da contagem de CD4. Essa recomendação foi posteriormente adotada por diversos outros países e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ver mais em: <http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_AIDS_11_2015_web_pdf_19105.pdf>, p. 56. Acesso em: 09 set. 2017.
- 5 Ver mais em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- 6 O SINAN é uma plataforma do Ministério da Saúde, alimentada, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Segundo o próprio Ministério da Saúde, “[...] sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica”. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.
- 7 A partir da declaração do novo presidente eleito, Jair Bolsonaro em entrevista ao canal SBT em 3 de janeiro de 2019: “Não sou o presidente deles”, referindo-se aos governadores eleitos na região nordeste, em sua maioria, em plataformas de oposição à plataforma política presidencial atual. Eletronicamente disponível em: <<https://www.metro1.com.br/noticias/politica/66700,nao-sou-o-presidente-deles-diz-bolsonaro-sobre-governadores-do-nordeste.html>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- 8 Em entrevista coletiva no dia 3 de janeiro de 2019, Damares Alves, Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos declarou: “O Brasil entra em nova era: meninos vestem azul e meninas vestem rosa”. Disponível em: <<https://claudia.abril>>.

- com.br/noticias/ministra-e-criticada-ao-dizer-meninos-vestem-azul-e-meninas-vestem-rosa/> ou <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/01/menino-veste-azul-e-menina-veste-rosa-diz-damarees.shtml>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- 9 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2016.
- 10 Dados disponíveis em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=790>>. Acesso em: 09 set. 2017.