O RACISMO ESTRUTURAL E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA VIVENDO COM HIV/AIDS

Isis Lira Basílio[1]

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo suscitar reflexões sobre a saúde da população negra e o aumento dos casos de pessoas pretas/pardas com diagnóstico de HIV/Aids e as iniquidades em saúde pública, a partir de uma experiência de trabalho com pessoas vivendo com HIV/Aids na área hospitalar. Aponta os principais marcos históricos das políticas de HIV/Aids e da população negra adotadas no contexto brasileiro a partir de 1980, bem como as iniquidades em saúde apresentadas no boletim epidemiológico. O estudo avaliou o aspecto epidemiológicos, relacionados as possíveis desigualdades no acesso tendo como parâmetro o quesito raça/cor autodeclarado. O texto prioriza uma abordagem sobre a saúde da população preta/parda na saúde pública brasileira. Com isso visa suscitar questionamentos acerca das potencialidades e tendências do tema dentro do contexto das iniquidades raciais no atendimento a pessoas pretas/pardas e sobre o racismo estrutural.
Palavras-chaves: HiV/Aids; saúde da população negra; iniquidades em saúde; racismo estrutural.

ABSTRACT

This work aims to raise reflections on the health of the black population and the increase in cases of black/brown people diagnosed with HIV/AIDS and the inequities in public health, based on a work experience with people living with HIV/AIDS in the hospital area. It points out the main historical landmarks of HIV/AIDS and black population policies adopted in the Brazilian context since 1980, as well as the health inequities presented in the epidemiological bulletin. The study evaluated the epidemiological aspect, related to possible inequalities in access, using the self-reported race/color item as a parameter. The text prioritizes an approach to the health of the black/brown population in Brazilian public health. With this, it aims to raise questions about the potential and trends of the theme within the context of racial inequities in caring for black/brown people and about structural racism.
Keywords: HiV/Aids; health of the black population; health inequities; structural racism.

[1] Assistente social, Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE/UERJ, Graduação em Serviço Social FSS/UERJ, Especialista em Direito e Saúde DIHS/ENSP/FIOCRUZ, Discente no Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da UFF turma 2021.1. E-mail: isisbasilio@yahoo.com.br.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo suscitar reflexões sobre a saúde da população negra e o aumento dos casos de pessoas pretas/pardas com diagnóstico de HIV/Aids e as iniquidades em saúde pública. Aponta os principais marcos históricos das políticas de HIV/Aids e da população negra adotadas no contexto brasileiro a partir de 1980, bem como as iniquidades em saúde apresentadas por meio de estatísticas, anualmente, no boletim epidemiológico HIV/Aids do Ministério da saúde.

O estudo avaliou os aspectos sociodemográficos e epidemiológicos, relacionados as possíveis desigualdades no acesso tendo como parâmetro o quesito raça/cor autodeclarado. O texto prioriza uma abordagem sobre a saúde da população preta/parda na saúde pública brasileira. Com isso visa suscitar questionamentos acerca das potencialidades e tendências do tema dentro do contexto das iniquidades raciais no atendimento a pessoas pretas/pardas e sobre o racismo estrutural.

O texto apresentado é fruto de uma reflexão teórica resultante da inserção profissional da autora, enquanto assistente social inserida numa linha de trabalho que atende pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) de um hospital universitário.

A relevância deste estudo reside, sobretudo, na identificação de disparidade em saúde em função do racismo estrutural que se manifesta institucionalmente e fomento do debate e enfrentamento do problema no âmbito institucional e em outras esferas da sociedade. Segundo a tese central de Almeida (2020) o racismo é sempre estrutural, ou seja, ele é um elemento que compõe a organização econômica e política da sociedade. O racismo não se apresenta como um fenômeno patológico ou anormalidade, mas uma manifestação normal da sociedade. Ele “fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de

desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea". (ALMEIDA, 2020:15)

Temos como objetivo traçar uma análise sobre as possíveis iniquidades em saúde e a população negra (pretos e pardos), em função, sobretudo, do histórico

déficit de cidadania e as iniquidades sociais que acabam por se materializar em barreiras de acesso ao tratamento do HIV/Aids.

2. REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA VIVENDO COM HIV/AIDS

O HIV/Aids é uma doença cercada de estigma, preconceito e discriminação sofrido pelas pessoas que vivem com este diagnóstico (GALVÃO, 2000). Logo, as pessoas pretas/pardas sofrem duplamente pela doença e por sua cor de pele, pois conforme afirma Almeida (2014) o racismo[i] "faz mal à saúde e que se trata de fenômeno estrutural e estruturante de relações de poder e produtor de hierarquias sociais do capitalismo em escala planetária" (ALMEIDA, 2014:272) e este deve ser tratado como um determinante da saúde.

No Brasil, o primeiro caso diagnosticado com a Acquired Immunodeficiency Syndrome[ii] - AIDS - ocorreu em São Paulo, em 1980. Neste período, o cenário nacional passava por uma redemocratização política e o processo de restruturação da política de saúde pública, com a reforma sanitária e posteriormente com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (GALVÃO, 2000). Já nos Estados Unidos das Américas (EUA) os primeiros casos identificados, foram em 1970, na população "gay". Sendo denominado pela mídia de "peste gay", "câncer gay", pois possuía relação com práticas sexuais e supostamente à orientação sexual, e posteriormente, atribuída a um "grupo de risco"[iii] (GALVÃO, 2000).

As primeiras iniciativas efetivas de enfrentamento a epidemia foram dos grupos de gay, em São Paulo e Bahia, 1981 e 1982, respectivamente. E posteriormente, as primeiras entidades de Organizações Não-Governamentais (ONG's) denominadas de "movimento social de ONG's AIDS": Gapa (Grupo de Apoio e Prevenção à Aids) 1985, SP; Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), 1986 e; Pela Vidda (Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do

Doente de Aids (1986). Em 1986, foi formalizada a participação da sociedade civil com a instituição da Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS). Portaria 1.028/GM/1994 assegurou a participação de cinco representantes de organizações não-governamentais na composição da Comissão, possibilitando que a sociedade civil colaborasse com as discussões e atividades relativas à CNAIDS. No plano político as ONGs/AIDS possuem um papel importante na conquista de direitos e na política de saúde no tratamento da HIV/Aids (GALVÃO, 2000).

No âmbito governamental, a primeira iniciativa ocorreu com a criação de um Programa de Controle da Aids no Brasil, em 1984, no Estado de São Paulo. Galvão (2000), salienta que o governo só passou a realizar a notificação compulsória, em todo território nacional, em 1986, e posteriormente, em 1988, foi criado o "Programa Nacional de AIDS"[iv] (GALVÃO, 2000).

Em 1987, a indústria farmacêutica lança a primeira medicação contra a progressão da doença, o AZT (Zidovudina). Desde o surgimento da epidemia, o constante desenvolvimento de novos medicamentos vem prolongando significativamente a vida das PVHA ao dificultar a multiplicação do vírus, mas não conseguem eliminá-lo do organismo. Com isso, a mortalidade pela Aids caiu drasticamente com o uso medicamentoso. Há algumas décadas, o governo brasileiro vem introduzindo e investindo em novas medicações, porém tem enfrentado as pressões da indústria farmacêutica internacional, que - amparada na legislação sobre patentes-, pratica preços de alto custo para as novas drogas, como é o caso dos antirretrovirais (GALVÃO, 2000). Em 1996, foi aprovada a Lei nº 9.313/96, que garante o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais pelo SUS para todas as pessoas acometidas pela doença, conforme previsto na Constituição Federal 1988, nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. No governo Lula, em 2006, houve a quebra da patente do medicamento Efavirenz.

O perfil epidemiológico das PVHA sofreu alterações durante esses quarenta anos de epidemia. Segundo Galvão (2000) os primeiros casos da AIDS no país foram diagnosticados, predominantemente, entre os homens, homossexuais, brancos e com poder aquisitivo elevado e que haviam viajado recentemente para os EUA. Conforme aponta o documento "Política Nacional de DST/ Aids", lançada em

1999 [illegible] alguns fenômenos como a feminização, interiorização e pauperização [illegible], e o crescimento dos casos na população negra (preta/parda).

Segundo o "Boletim Epidemiológico HIV/Aids" (2020) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS), em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids.

> Quando analisados os casos de aids nos últimos dez anos e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 51,0% na proporção de casos entre pessoas brancas. No mesmo período, as reduções foram de 36,4% para as pessoas negras, 26,8% para a população indígena, 17,6% para as pardas, e 14,7% para as amarelas. Observando-se a série histórica, nota-se que, desde 2009, os casos de aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens isso ocorre desde 2012. No ano de 2019, as proporções observadas foram de 56,4% e 59,3% entre homens e mulheres negras, respectivamente (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS, 2020:23).

Esse Boletim Epidemiológico mostra as mudanças do perfil da doença ao longo dos anos. É um indicador expressivo de como o HIV/ Aids tem atingido a saúde da população negra, sobretudo, da mulher negra.

Batista e Barros (2017) mencionam que a população negra é a que menos tem acesso aos serviços sociais e segundo os indicadores sociais as mulheres negras encontram-se na base da pirâmide social (IBGE, 2020). Com base nos princípios do SUS foi pensada uma política para contempla essa população. Assim surge a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), elaborada em 2006 e instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, tal política foi pensada para subsidiar política, gestão e mudanças na sociedade. Atualmente, no Brasil após mais de uma década da criação da PNSIPN, poucos municípios a implementaram, pois para instituir a mesma no território nacional, é necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades[v] e do reconhecimento do racismo estrutural como determinante social em saúde[vi] (BATISTA E BARROS, 2017).

Em 2007, quando a construção do campo da saúde da população negra ainda era considerada recente, Fry, Peter H. *et al* (2007) apontavam a deficiência da coleta de dados da variável cor/raça nos dados de notificação de Aids no país, em

contrapontos em países onde já tem essa variável como fundamental, como, por exemplo, nos EUA.

> No Brasil, a introdução da variável "raça" nos bancos de dados nacionais que sistematizam, direta ou indiretamente, informações referentes ao HIV/AIDS, como no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), em 1996, ou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), AIDS TEM COR OU RAÇA? 499 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):497-523, mar, 2007 em 2001, é tão recente que impossibilita a análise de tendências a longo prazo. São análises dessa natureza que, de fato, importam em uma perspectiva epidemiológica (FRY *et al*, 2007:498-499).

Esses dados foram importantes para a identificação do aumento de número de casos em pessoas negras e mulheres negras. Em 2005, foi lançada a campanha do Ministério da Saúde "Você tem direito à informação, à prevenção e ao tratamento da AIDS. Não importa a sua cor" (FRY *et al*, 2007). Com isso, o governo muda o discurso, em relação, a vulnerabilidade da população negra à Aids no país. No entanto, ainda faz necessário ações do governo para a saúde da população negra.

Conforme mostra, o Boletim Epidemiológico de 2020, que indica que ocorreu um aumento expressivos de notificações de casos que passaram até essa informação e uma redução nos dados como cor/raça ignorados. Em 2009 foram 9,1% dos casos notificados, como ignorados, ao longo dos anos observamos uma queda deste item e o aumento das notificações dos cinco quesitos estabelecidos pelo IBGE, chegando a 2020 com 4,6% dos casos ignorados (BRASIL, 2020). Isso mostra uma mudança significativa, no entanto, considera-se importante continuar com as ações que estimulem aos funcionários das unidades de saúde o registro deste dado de uma forma pedagógica e contínua.

A expressividade dessa informação nos últimos Boletins, mostram a importância deste dado, para a elaboração de políticas públicas voltadas para esse segmento da população. Como estabelece o Plano Nacional de Saúde e a 12ª Conferência Nacional de Saúde que trazem como diretrizes a importância das

informações sobre o quesito raça/cor para a análise de perfis de morbimortalidade, de carga de doença, de condições ambientais, epidemiológico e socioeconômico, sendo “fundamental para a compreensão do processo de adoecimento e das causas de morte a que estão submetidos os grupos populacionais, pois eles são acometidos diferentemente pelas doenças” (DIAS E SANTOS, 2009: 17), além da Portaria nº

344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. A informação de cor ou raça/etnia pode orientar o tratamento das populações específicas, além de permitir ao SUS “cumprir um de seus princípios fundamentais que é a EQUIDADE, ou seja, o compromisso de oferecer a todos cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta” (DIAS E SANTOS, 2009:29).

Dias e Santos (2009), num documento elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo sobre a experiência de inclusão do quesito cor no sistema de informação do Programa Estadual de DST HIV/Aids, apontam que existem vários questionamentos dos profissionais de saúde “para quê?” e “por quê?” perguntar o quesito raça/cor e que isso nos traz outra reflexão “por quê resistir em perguntar?”. Segundo os autores muitos profissionais de saúde, negam ter preconceitos ou ser racistas. Além disso, “os profissionais, em geral, quando convidados a refletir sobre a questão étnico-racial, argumentam que todos (as) usuários (as) que procuram os serviços são atendidos (as) igualmente, seja qual for a sua cor/raça ou etnia” (DIAS E SANTOS, 2009: 10).

Para Almeida (2020), o racismo não é criado pelas instituições, mas sim reproduzido por essas, ele faz parte da ordem social. As instituições precisam tratar de maneira ativa e como um problema a questão referente à desigualdade racial para que essas práticas não se reproduzam em seu interior, aparentemente, de forma “normal”. Através de mecanismos institucionais será possível abordar conflitos raciais e sexuais, desta forma ocorreram mudanças efetivas nos hospitais, escolas,

provenhos, empresas, dentre outros espaços institucionais. O racismo "é inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implementação de práticas antirracistas efetivas. É dever de uma instituição que realmente se preocupe com a questão racial investir na adoção de políticas" (ALMEIDA, 2020:32).

Batista e Barros (2017), consideram que, o quesito raça/cor[vii], gênero, geração e classe social são estruturantes em nossa sociedade e estes intervêm nos "desfechos da saúde, da doença e morte, e que uma das estratégias para enfrentar estas iniquidades é avançar nas políticas de promoção da equidade dentro de uma política sistêmica e universal" (BATISTA E BARROS, 2017: 1).

O programa brasileiro de resposta à AIDS já foi referência mundial, devido ao atendimento e a distribuição de medicamentos pelo SUS. Ao longo, dos anos com o sucateamento do SUS, fruto dos projetos em disputa na saúde (reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada, privatista) (BRAVO, PELAEZ e MENEZES, 2019), que atingiu o Departamento de AIDS, com a redução de investimento nessa área, principalmente após a Emenda Constitucional nº 95 do teto dos gastos públicos, o país perdeu seu status de referência no tratamento da doença. Com isso, observamos ao longo dos anos mudanças significativas no interior do Ministério da Saúde, que interveriram no Programa de HIV/AIDS. No governo Temer, ocorreu uma mudança na nomenclatura o antigo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, passou a ser chamado de Departamento de IST e Hepatites Virais, retirando o nome AIDS. Já, no Governo Bolsonaro, por meio do Decreto presencial nº 9.795/2019 (BRASIL, 2019), ocorreu uma restruturação regimental, que rebaixou o Programa de HIV/AIDS a uma coordenação incluindo na pasta outras doenças como tuberculose e hanseníase, sendo nomeado de Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O discurso do governo é que essa nova estrutura promover maior integração entre as áreas do ministério. Tais, mudanças sofreram muitas críticas por parte do movimento nacional de luta contra a AIDS, pois não participarão do debate sendo considerada uma "política de morte", pois afeta as populações mais vulneráveis como negros, pobres, LGBTQI+ e mulheres. (Nota de repúdio, 2019).

No atual cenário econômico-político e cultural brasileiro, conforme aponta Almeida (2021) tem passado por diversas manifestações de neoconservadorismo, que é parte de um contexto mais "amplo de crise capitalista e de estratégias extremadas de manutenção da hegemonia do capital fetiche transnacional" (Almeida, 2020: 721), que tem em seu cerne a moralidade "que tem a necessidade de estabelecer em parâmetros de convivência social" (Barroco, 1999: 123 apud Almeida, 2020:731).

A AIDS é uma doença, como já mencionado cercada de estigma, discriminação e preconceito devido, sua infecção ser em sua maioria por meio do sexo. Sendo assim, as PVHA não só precisam conviver com um vírus biológico, mas também com o "vírus" da moralidade e preconceito que é cruel e que se manifesta também a restrição e perda de direitos: sociais, à saúde e à vida.

3. CONCLUSÃO

É importante reconhecer que a falta de saúde pública de qualidade e a ameaça ao SUS atingi diretamente a população preta/parda. Essa ação pode ser considerada como racismo? Tendo em vista, o atual quadro de genocídio da população negra por doença, assassinatos decorrentes de força policial e violência com a crescente criminalização da pobreza, da população negra e das LGBTQIA+ faz-se necessário o enfrentamento da epidemia, tendo como base o reconhecimento das opressões históricas existentes na sociedade, assim como as desigualdades[ix] e iniquidades[x] existentes no processo saúde-doença.

A relevância desse tema está através da problemática dos casos, fatores que interferem diretamente tanto na prevenção como no tratamento da infecção pelo HIV/Aids e as iniquidades raciais. Há a necessidade de se refletir muito sobre as questões raciais no Brasil, sobre o genocídio da população negra e sobre o racismo estrutural.

Este cenário político, social, histórico, cultural e econômico muito difícil na sociedade brasileira com o avanço no pensamento neoconservador, mas do que nunca as pesquisas deste campo são de suma importância para apontamentos do racismo estrutural que se refleti em vários setores das políticas sociais, dentre eles da saúde, com as iniquidades mencionadas ao longo do texto. O Estudo do HIV/AIDS necessita abordar as questões sociais, que vem se apresentando, principalmente, através da problemática dos casos, com

apontamentos de fatores que interferem diretamente tanto, na prevenção como, no tratamento da infecção pelo HIV/Aids e as iniquidades raciais. Há a necessidade de se refletir muito sobre as questões raciais no Brasil, sobre o genocídio da população negra e sobre o racismo estrutural.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. Saúde da população negra e equidade no Sistema Único de Saúde. In: M. J. de O. D.; C. C. L. de A.; G. L. M.; R. G. de S. (Org.). Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. 1ed.Campinas-SP: Papel Social, 2014, v. 1, p. 271-294.

ALMEIDA, S. L. de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2020.

ALMEIDA, Guilherme. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 720-731, set./dez. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/TnFPFt8v6pSqYDJkr3ysK9f/?format=pdf&lang=pt Acesso 27/08/2021.

BARATA, RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Revista USP, 51: 138-145; 2001, disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35108>

BARBOSA, M. I. Racismo e saúde. Tese de doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1998. Cap. 1.

BATISTA, Luis Eduardo e BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública [online], 2017, v. 33, n. Suppl. 1, e00090516. Epub 08 Maio 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>.Acesso em: 22/01/2021.

BECKER, H. S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 3.ed. São Paulo: Hucitec. 1997.

BRAVO, Maria Inês. S.; PELAEZ, Elaine. J.; MENEZES, Juliana. S. B. A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO: O SUS TOTALMENTE SUBMETIDO AO MERCADO. Anais 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais v. 16 n. 1 (2019). Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878/1836>. Acesso em: 21/01/2021.

BRASIL. Portaria 236, de 2 de maio de 1985. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985 Acesso em: 21/01/2021.

_____. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21/01/2021.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 21/01/2021.

_____. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 21/01/2021.

de 1993. Dispõe sobre a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 16/02/2021.

_____. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf> Acesso em 20/01/2021.

_____. Portaria GM992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. ed 3ª, Brasília: MS, 2017. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>Acesso em 20/01/2021.

_____. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2017. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html.> Acesso em 22/07/2021.

_____. Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Ministério da Saúde: Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm Acesso em:31/08/2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília/DF, 2020. Disponível em: <

file://C:/Users/Acer/Downloads/boletim_hiv_aids_2020_com_marcas%20(4).pdf>
Acesso em 20/01/2021.

CARMO, Michelly Eustáquia do e GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>. Epub 26 Mar 2018. ISSN 1678-4464. Acesso em 20/01/2021.

Código de Ética do/a Assistente Social. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em: 16/02/2021.

DIAS, J., GIOVANETTI, M. R.; SANTOS, N. S. (Orgs.). Perguntar não ofende – Qual sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids – SP, 2009. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/livro_quesito_cor.pdf>

Fry, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, n. 3 [Acessado 9 Agosto 2021], pp. 497-507. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>. Epub 27 Fev 2007. ISSN 1678-4464.

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000, p. 43-164.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 20/01/2021.

MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.12, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016001200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21/01/2021.

MINAYO, M.C.S. “Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta” IN: MINAYO, M.C.S. et all (orgs). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Vozes, 2013 p. 61-78 (capítulo 3).

Nota de Repúdio do movimento nacional de luta contra a AIDS. Repudia o Decreto Nº 9.795, de 17 de Maio de 2019. Rio de Janeiro, 22 de maio de 2019. Disponível em: https://abiaids.org.br/politica-de-morte-o-fim-do-departamento-de-aids/32852 Acesso em: 31/08/2021.

Notas:

---

i Racismo é “um fenômeno histórico cujo substrato ideológico preconiza a hierarquização dos grupos humanos com base na etnicidade. Diferenças culturais ou fenotípicas são utilizadas como justificação para atribuir desníveis intelectuais e morais a grupos humanos específicos (BRASIL,2001a, p.11 apud ALMEIDA, 2020: 272).

ii A AIDS, sigla em Inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), é uma doença provocada pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que é responsável por atacar o sistema imunológico encarregado de defender o organismo de doenças (Galvão, 2000). Em português é conhecida como SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida.

iii O termo “Grupo de Risco” não é mais usado, pois o HIV não atingir apenas um grupo de pessoas determinados, foi substituído por “Comportamento de risco”. Ambos, moralizantes, estigmatizante e que levam a discriminação e que desconsideram as desigualdades sociais que podem impedir o acesso a informações os métodos preventivos (GALVÃO, 2000). Atualmente, o Ministério da saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) usam a expressão “população-chave” na condução de politícas de prevenção ao HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

iv Atual Programa de IST/AIDS do Departamento de Condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, Ministério da Saúde (MS) – A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a

ser adotada em substituição à nomenclatura Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

v O conceito de vulnerabilidade "observado nas produções teóricas sobre as políticas públicas de saúde e assistência social evidenciam a conformação de um conceito em processo, mas, sobretudo, indicam a multiplicidade de fatores que determinam o fenômeno". Ao olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se "alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social". (CARMO e GUIZARDI, 2018: 9).

vi O conceito dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) do processo saúde-doença é uma conquista da reforma sanitária "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (Lei 8080 de 1990, art. 3º).

vii O IBGE pesquisou as cores mais declaradas pela população e definiu um sistema de classificação com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. O Ministério da Saúde, publicou uma Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que adota o critério da autodeclaração (PNSIPN, 2017).

viii Segundo Almeida (2020)"uso do termo neoconservadorismo e não simplesmente conservadorismo. Parte-se do reconhecimento de que os elementos constitutivos de um projeto societário conservador são indissociáveis da historiografia crítica brasileira e não constituem, portanto, em si um elemento novo"ALMEIDA, 2020:721).

ix Compreende desigualdades "em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas que se baseiem no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos" (BARATA, 2001:145).

x Segundo Barata (2001), o conceito de equidade, por sua vez, inclui a ideia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iniquidade.