



Recebido em: 23/08/2024

Aprovado em: 05/06/2025

Publicado em: 18/07/2025

ENTRE A VIDA E A MORTE: Biopolítica, necropolítica e o perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil após o desmonte da CNAIDS (2019–2022)

BETWEEN LIFE AND DEATH: Biopolitics, Necropolitics, and the Epidemiological Profile of HIV/AIDS in Brazil After the Dismantling of CNAIDS (2019–2022)

INTER VIVO KAJ MORTO: Biopolitiko, nekropolitiko kaj la epidemiologia profilo de HIV/aidoso en Brazilo post la malmuntado de CNAIDS (2019–2022)

Adriano Menino de Macêdo Júnior⁴⁴Shirlane Priscilla Barbosa De Melo Azedo Raposo⁴⁵Miriam de Andrade Brandão⁴⁶Eulâmpio Dantas Segundo⁴⁷

Resumo

Este estudo analisou a frequência de casos confirmados de HIV/AIDS no Brasil entre 2019 e 2022, destacando o impacto do dismantelamento da Comissão Nacional de Aids. Na sequência, utilizando o método ex-post-facto, a pesquisa examinou a relação entre a descontinuidade da CNAIDS e o aumento dos casos de HIV/AIDS, aplicando a Média Móvel Exponencialmente Ajustada (EMA) para suavizar flutuações nos dados e identificar tendências. Dessa maneira, as teorias da biopolítica de Foucault (1999) e da necropolítica de Mbembe (2018) foram utilizadas para contextualizar como mudanças nas políticas públicas afetaram a saúde da população e aumentaram a vulnerabilidade de grupos específicos. Acrescenta-se que os dados recortados foram coletados e

⁴⁴ Mestrando em Letras (área de concentração em Estudos do Discurso e do Texto) no Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (PPGL/UERN); Pesquisador no Grupo de Estudo do Discurso da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (GEDUERN). E-mail: adrianomenino2016@gmail.com

⁴⁵ Mestre em Práticas de Saúde e Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGES/UFRN).

⁴⁶ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professora auxiliar em Medicina de Família e Comunidade na Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN). Membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas em Desastres (NUPED/UFRN).

⁴⁷ Doutorando em Ciências da Educação na Facultad Interamericana de Ciências Sociales na Argentina (IUNES); Professor e coordenador do internato em Saúde Mental do Curso de Medicina do Centro Universitário (UNIFIP); Professor de Psiquiatria e Saúde Mental na Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN).



categorizados por faixa etária, sexo, etnia e categoria de exposição. Dessa maneira, a EMA destacou flutuações e uma recuperação parcial dos casos nos anos seguintes. Por conseguinte, os resultados mostraram que a população parda foi a mais afetada, com um aumento significativo de casos em todas as categorias de exposição. Ademais, entre os homens, a EMA variou de 26.802 em 2019 para 25.432 em 2022, e entre as mulheres, de 11.481 em 2019 para 10.398 em 2022, indicando uma recuperação desigual no acesso aos cuidados de saúde. Concluiu-se que a descontinuidade das políticas de controle e prevenção do HIV/AIDS durante o governo de Bolsonaro teve impactos significativos nos dados epidemiológicos, com a análise qualitativa ressaltando os perigos da necropolítica e a importância das políticas públicas de saúde.

Palavras-chaves: CNAIDS. Necropolítica. Biopolítica. Saúde Pública.

Abstract

This study analyzed the frequency of confirmed cases of HIV/AIDS in Brazil between 2019 and 2022, highlighting the impact of the dismantling of the National AIDS Commission. Subsequently, using the ex-post-facto method, the research examined the relationship between the discontinuity of CNAIDS and the increase in HIV/AIDS cases, applying the Exponentially Adjusted Moving Average (EMA) to smooth fluctuations in the data and identify trends. In this way, Foucault's (1999) theories of biopolitics and Mbembe's (2018) necropolitics were used to contextualize how changes in public policies affected the health of the population and increased the vulnerability of specific groups. It is added that the cut data was collected and categorized by age group, sex, ethnicity and exposure category. In this way, the EMA highlighted fluctuations and a partial recovery of cases in the following years. Therefore, the results showed that the brown population was the most affected, with a significant increase in cases in all exposure categories. Furthermore, among men, the EMA varied from 26,802 in 2019 to 25,432 in 2022, and among women, from 11,481 in 2019 to 10,398 in 2022, indicating an uneven recovery in access to healthcare. It was concluded that the discontinuity of HIV/AIDS control and prevention policies during Bolsonaro's government had significant impacts on epidemiological data, with the qualitative analysis highlighting the dangers of necropolitics and the importance of public health policies.

Keywords: CNAIDS. Necropolitics. Biopolitics. Public health.

Resumo

Ĉi tiu studo analizis la oftecon de konfirmitaj kazoj de HIV/aidoso en Brazilo inter 2019 kaj 2022, elstarigante la efikon de la malmuntado de la Nacia Komisiono pri Aidoso. Poste, uzante la postfaktan metodon, la esploro ekzamenis la rilaton inter la malkontinueco de CNAIDS kaj la pliiĝo de HIV/aidos kazoj, aplikante la Eksponente Adaptitan Movantan Mezumon (EMA) por glatigi fluktuojn en la datumoj kaj identigi tendencojn. Tielmaniere, la teorioj pri biopolitiko de Foucault (1999) kaj la teorioj pri nekropolitiko de Mbembe (2018) estis uzitaj por kontekstualigi kiel ŝanĝoj en publikaj politikoj influis la sanon de la loĝantaro kaj pliiĝis la vundeblecon de specifaj grupoj. Aldonindas, ke la kolektitaj datumoj estis kolektitaj kaj kategoriigitaj laŭ aĝogrupoj, sekso, etneco kaj eksponiĝokategorio. Tiel, la EMA elstarigis fluktuojn kaj partan resaniĝon de kazoj en la sekvaj jaroj. Tial, la rezultoj montris, ke la bruna populacio estis la plej trafita, kun signifa pliiĝo de kazoj en ĉiuj eksponaj kategorioj. Krome, inter viroj, la EMA variis de 26 802 en 2019 ĝis 25 432 en 2022, kaj inter virinoj, de 11 481 en 2019 ĝis 10 398 en 2022, indikante neegalan resaniĝon en aliro al sanservo. Oni



konkludis, ke la malkontinueco de politikoj pri kontrolo kaj preventado de HIV/aídos dum la registaro de Bolsonaro havis signifajn efikojn sur epidemiologiajn datumojn, kaj la kvalita analizo elstarigis la danĝerojn de nekropolitiko kaj la gravecon de publiksanaj politikoj.

Ŝlosilvortoj: CNAIDS. Nekropolitiko. Biopolitiko. Publika sano.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei 8.080/90, que promulga o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é vista como um direito fundamental do ser humano, e é dever do Estado garantir as condições para a sua efetivação, através de políticas econômicas e sociais com ênfase em reduzir riscos de doenças e agravos e estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Acresce que, em adição às evidências aduzidas, o dever do Estado não exclui a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Desse modo, a saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, dentre outros. Portanto, a Lei 8.080/90 define que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS. Ainda assim, a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (Brasil, 1990).

Do mesmo modo, o que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do SUS: Doutrinários: Integralidade das ações, universalização do acesso, equidade; Organizativos: Regionalização e hierarquização, participação popular, descentralização com direção única em cada esfera de governo e resolubilidade (Brasil, 1990). Diante disso, o SUS, conforme estabelecido pela Lei 8.080/90, é fundamental para a garantia do direito à saúde como um dever do Estado. Ele visa proporcionar condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma universal e igualitária, considerando diversos determinantes sociais, como alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, entre outros. Paralelamente, observa-se adicionalmente que, a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS) desempenha um papel importante dentro do SUS, atuando como uma instância consultiva para assessorar o Ministério da Saúde na formulação de políticas específicas para o controle e prevenção do HIV/AIDS. Além disso, a CNAIDS está integrada ao conjunto de ações



e serviços de saúde prestados pelo SUS, complementando as estratégias de saúde pública para enfrentar essa importante questão de saúde. No entanto, dentre os pilares princípios que regem o SUS, a saber, a Universalidade, Integralidade e Equidade, não impediu que a Saúde Pública brasileira fosse desmontada durante o mandato presidencial de Jair Messias Bolsonaro (doravante, JMB).

Diante do exposto, deslocamo-nos para a seguinte problemática: Como o desmonte da CNAIDS afetou o quantitativo de novos casos de HIV/AIDS, durante o mandato do ex-presidente JMB (2019-2022)?

A partir dessa questão norteadora, esse artigo se justifica pela necessidade de compreender o impacto da descontinuidade do CNAIDS durante o governo do ex-presidente JMB na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. A análise do perfil epidemiológico, em conjunto com a desinstalação da CNAIDS, permitirá uma avaliação crítica da importância das políticas de saúde para o país e sua relação com possíveis vieses necropolíticos. Essa pesquisa contribuirá para o debate acadêmico sobre saúde pública e políticas de HIV/AIDS no contexto político atual do país.

Portanto, o objetivo deste estudo é realizar um mapeamento do perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil, utilizando dados estatísticos do DataSUS, durante o mandato do presidente JMB, um período marcado por significativas mudanças na política de saúde pública do país. Especificamente, pretende-se analisar como as medidas adotadas durante esse período impactaram variáveis-chave, incluindo sexo, faixa etária, categoria de exposição e raça, por meio da utilização da Média Móvel Exponencial (EMA) quantitativas. Além disso, buscar-se-á relacionar essas variáveis com o processo de desinstalação da CNAIDS. Adicionalmente, este estudo buscará enquadrar essas análises micro no contexto das tensões e agendas políticas macro, visando identificar possíveis inscrições necropolíticas, conforme conceituado por Mbembe (2018), e explorar a dinâmica do conceito “Fazer Viver ou Deixar Morrer”, de Foucault (1999, p. 285), na gestão de JMB.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou o método Ex-post-facto para investigar a relação entre o desmonte da CNAIDS e o aumento dos casos de HIV/AIDS no Brasil durante o período de 2019 a 2022. O método Ex-post-facto é adequado para estudos onde a



variável independente já ocorreu e o pesquisador não pode manipular ou controlar essa variável diretamente. Neste contexto, o desmonte da CNAIDS representa a causa (variável independente) e o aumento dos casos de HIV/AIDS constitui o efeito (variável dependente).

Por conseguinte, o método Ex-post-facto permite a análise de eventos que não podem ser manipulados experimentalmente devido a razões éticas ou práticas. Este estudo se encaixa perfeitamente nesse método, pois examina as consequências de uma decisão política já implementada (desmonte da CNAIDS) e suas repercussões na saúde pública (aumento dos casos de HIV/AIDS). O objetivo é compreender a relação de causa e efeito entre essas variáveis e identificar os impactos dessa decisão sobre a incidência da doença.

Além do mais, convém ressaltar a importância de que a análise ex-post-facto envolve a coleta e análise de dados após a ocorrência do evento. No caso deste estudo, foram coletados dados sobre a frequência de casos confirmados de HIV/AIDS ao longo dos anos de 2019 a 2022, categorizados por faixa etária, sexo, etnia e categoria de exposição. Através desses dados, buscou-se identificar padrões e tendências que pudessem ser atribuídos às mudanças nas políticas públicas decorrentes do desmonte da CNAIDS.

Quadro 1 – Método de cálculo EMA com suavização moderada.

Para calcular a EMA, usaremos a fórmula: $EMA_t = \alpha \times Valor_t + (1 - \alpha) \times EMA_{t-1}$. Na qual:
 EMA_t é a média móvel exponencial no momento t .
 $Valor_t$ é o valor atual.
 EMA_{t-1} é a média móvel exponencial anterior.
 α é o fator de suavização, que determina o peso dado ao valor atual em relação à média anterior. Para os cálculos deste estudo, iremos usar $\alpha = 0.5$ para uma suavização moderada.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em suma, a integração dos dados nos permite uma compreensão de que a utilização do método Ex-post-facto e da EMA proporcionou uma análise robusta das consequências do desmonte da CNAIDS. Este estudo não apenas destacou o aumento dos casos de HIV/AIDS, mas também evidenciou como decisões políticas podem impactar diretamente a saúde pública. O método utilizado permitiu identificar padrões e tendências que revelam a importância de políticas de saúde pública bem estruturadas e a necessidade de um compromisso contínuo com a prevenção e tratamento do HIV/AIDS.



RESULTADOS

A tabela 1, logo abaixo, mapeia e detalha a frequência de casos confirmados de HIV/AIDS ao longo dos anos de 2019 a 2022, período do mandato presidencial de JMB, no Brasil, conforme as categorias de análises da faixa etária e sexo. Ao explorar esses dados, ressalta-se considerar o contexto do desmantelamento da CNAIDS, um órgão fundamental no planejamento e implementação de políticas de saúde voltadas para o controle dessas doenças, que foi descontinuado durante o mandato presidencial de JMB. Sobre a CNAIDS, a obra intitulada *A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro* (2003, p. 6), argumenta:

Criada em 1986, a Comissão Nacional de Aids – CNAIDS - teve importante papel na formatação das ações governamentais na luta contra a aids. Atuou, em diferentes momentos desse longo percurso, no assessoramento técnico aos gestores do Programa Nacional de DST e Aids e na pressão política a outros órgãos governamentais a favor de certas medidas (como na questão da distribuição gratuita de medicamentos) ou contra outras (como a testagem compulsória de estrangeiros) que, em seu conjunto, definiram as características do Programa Nacional. Com várias reformulações de suas competências e composição e duas revisões de seu regimento interno, sobreviveu às intempéries das mudanças de governo que incluíram quatro presidentes, onze Ministros da Saúde e quatro Coordenadores do Programa Nacional.

Sob o mesmo prisma, pode-se igualmente inferir que a importância da comissão CNAIDS para a saúde pública brasileira. Por conseguinte, os dados da tabela 1 corroboram o fato de que mudanças nas políticas públicas afetaram a incidência de HIV/AIDS em diferentes grupos populacionais brasileiros. Os números apresentados identificam padrões, tendências e disparidades que podem ser atribuídos às transformações nas estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento resultantes do desmonte do CNAIDS.

Tabela 1 – Casos confirmados de HIV/AIDS por **faixa etária** e **sexo** em meio ao desmantelamento do CNAIDS.

Ano	Faixa etária/ Sexo	Frequência de casos confirmados conforme faixa etária e sexo										Total
		< 5 anos	5- 12	13- 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60 <	
2019	Total	276	127	845	4.055	5.781	5.651	5.516	8.528	5.000	2.509	38.288
	Masculino	128	59	564	3.246	4.522	4.166	3.831	5.519	3.212	1.555	26.802
	Feminino	148	68	281	808	1.258	1.484	1.685	3.008	1.788	953	11.481
	Ignorado/Branco	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	5
2020	Total	183	54	647	3.081	4.760	4.592	4.280	6.771	4.148	2.046	30.562
	Masculino	76	29	436	2.486	3.779	3.458	3.001	4.477	2.672	1.265	21.679
	Feminino	107	25	211	595	980	1.132	1.279	2.293	1.475	781	8.878



	Ignorado/Branco	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	5
2021	Total	183	84	789	3.630	5.749	5.151	4.896	7.979	4.518	2.444	35.424
	Masculino	105	34	559	2.894	4.586	3.950	3.447	5.208	2.913	1.547	25.244
	Feminino	76	50	230	734	1.160	1.200	1.449	2.768	1.605	897	10.169
2022	Ignorado/Branco	2	0	0	2	3	1	0	3	0	2	13
	Total	235	87	680	3.545	5.759	5.373	5.044	8.391	4.982	2.656	36.753
	Masculino	127	50	461	2.852	4.657	4.064	3.637	5.521	3.131	1.623	26.123
	Feminino	106	37	218	692	1.101	1.308	1.407	2.870	1.850	1.033	10.623
	Ignorado/Branco	2	0	1	1	1	1	0	0	1	0	7

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado do DataSUS (2024).

Quadro 2 – Variação das EMAs de Casos de HIV/AIDS conforme sexo, durante 2019 – 2022.

EMA dos Casos Masculinos	EMA dos Casos Femininos:
EMA ₂₀₁₉ = 26.802	EMA ₂₀₁₉ = 11.481
EMA ₂₀₂₀ = 0.5 x 21.679 + 0.5 x 26.802 = 24.2405	EMA ₂₀₂₀ = 0.5 x 8.878 + 0.5 x 11.481 = 10.1795
EMA ₂₀₂₁ = 0.5 x 25.244 + 0.5 x 24.2405 = 24.74225	EMA ₂₀₂₁ = 0.5 x 10.169 + 0.5 x 10.1795 = 10.17425
EMA ₂₀₂₂ = 0.5 x 26.123 + 0.5 x 24.74225 = 25.432625	EMA ₂₀₂₂ = 0.5 x 10.623 + 0.5 x 10.17425 = 10.398625

Fonte: Elaborado pelos autores.

Acrescenta-se que, em consonância com o exposto na tabela 1 e quadro 1, durante o período de 2019 a 2022, observamos uma significativa variação nos casos confirmados de HIV/AIDS por faixa etária e sexo. A tabela e quadro fornecidos revelam que, ao longo dos anos, houve uma diminuição inicial nos casos em 2020, possivelmente relacionada à descontinuidade de políticas de saúde pública eficazes devido ao desmantelamento da CNAIDS. Esse fenômeno pode ser explicado pelo impacto direto das políticas de desmonte no acesso e na qualidade dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS. A essa referida precarização de políticas públicas, Mbembe (2018, p. 10) destaca sua preocupação:

Minha preocupação é com aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia, mas “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações”. Tais formas da soberania estão longe de ser um pedaço de insanidade prodigiosa ou uma expressão de alguma ruptura entre os impulsos e interesses do corpo e da mente.

Conforme o supramencionado, Mbembe (2018) discute a precarização da vida como uma característica da nova condição colonial, onde a instrumentalização dos seres humanos maximiza o poder econômico e a violência política. No contexto brasileiro, o desmantelamento da CNAIDS exemplifica essa precarização, afetando negativamente o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a vulnerabilidade de populações específicas.



Sucedendo as análises, a EMA foi utilizada para avaliar as variações ao longo do período, destacando flutuações e uma recuperação parcial dos casos nos anos seguintes. Entre os homens, a EMA variou de 26.802 em 2019 para 25.432625 em 2022, enquanto entre as mulheres, variou de 11.481 em 2019 para 10.398625 em 2022. Essa variação pode indicar uma recuperação mais lenta e desigual no acesso aos cuidados de saúde para diferentes grupos, evidenciando as consequências adversas das políticas adotadas no período analisado.

Em complemento, é crucial afirmar, paralelamente, que essa análise quantitativa reflete o impacto das mudanças políticas na saúde pública brasileira, destacando como a redução dos casos de HIV/AIDS em 2020, seguida por uma oscilação nos anos subsequentes, pode ser vista como uma manifestação do poder biopolítico descrito por Foucault, em sua obra cognominada *Em defesa da sociedade* (1999). Em sua análise sobre biopolítica, Foucault (1999, p. 291) descreve como os mecanismos de poder passaram a se concentrar na gestão da vida, no qual o Estado exerce controle sobre a natalidade, mortalidade e morbidade das populações. Ele explica que:

doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são mais como fatores permanentes das como as epidemias, a título de causas de morte mais frequente, mas como fatores permanentes – e é assim que as tratam – de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – e a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece (Foucault, 1999, p. 291).

Como previamente abordado por Foucault (1999), torna-se claro que essa visão se alinha com os dados observados, indicando que a gestão inadequada da saúde pública durante o governo de JMB, ao dismantelar estruturas essenciais como a CNAIDS, exemplifica como o biopoder pode negligenciar certas populações, resultando em “morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (Foucault, 1999).

Dessa forma, o desmonte da CNAIDS e suas consequências epidemiológicas ilustram a teoria de Foucault (1999), demonstrando como políticas públicas podem influenciar diretamente a morbidade e mortalidade das populações. A gestão da saúde pública sob a gestão de “Fazer morrer” de JMB, marcada pela descontinuidade de



programas essenciais, evidencia uma forma de necropolítica, no qual o poder decide quem deve viver e quem pode ser deixado para morrer. Esta abordagem política, conforme conceituado por Achille Mbembe (2018), complementa a análise foucaultiana ao destacar como o Estado pode exercer o poder de vida e morte de forma seletiva e discriminatória. A redução e posterior oscilação dos casos de HIV/AIDS são reflexos diretos dessa política de desmonte e abandono, que resultou em um enfraquecimento das estratégias de controle da epidemia e na precarização do acesso aos serviços de saúde. Mbembe (2018) aborda sua tecnologia necropolítica da seguinte forma:

Tratarei agora da soberania, expressa predominantemente como o direito de matar. [...] Em tais instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo. [...] Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. [...] Esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros. [...] Segundo Foucault, essa é a condição para a aceitabilidade do fazer morrer. [...] O Estado nazi foi o mais completo exemplo de um Estado exercendo o direito de matar. [...] Por uma extrapolação biológica do tema do inimigo político, organizando a guerra contra os seus adversários e, ao mesmo tempo, expondo seus próprios cidadãos à guerra, o Estado nazi é visto como aquele que abriu caminho para uma tremenda consolidação do direito de matar. [...] A raça é, mais uma vez, crucial para esse encadeamento [concatenação entre o biopoder, o estado de exceção e o estado de sítio]. [...] (Mbembe, 2018, p. 7-24).

Seguindo o raciocínio de Mbembe (2018), nota-se que a análise dos dados epidemiológicos de HIV/AIDS no Brasil, durante o desmonte da CNAIDS, corrobora a teoria de Foucault sobre biopolítica, evidenciando como o poder estatal influencia a saúde da população ao decidir sobre o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos. A descontinuidade das políticas de controle e prevenção do HIV/AIDS durante o governo de JMB teve impactos significativos nos dados epidemiológicos da doença, conforme revelado pelos dados quantitativos. A análise qualitativa, respaldada pela teoria de Foucault, oferece uma compreensão crítica dos mecanismos de biopoder em jogo, destacando a importância das políticas de saúde pública e os perigos da necropolítica. Em última análise, essa pesquisa contribui para o debate acadêmico sobre saúde pública e políticas de HIV/AIDS no contexto político atual do Brasil, reforçando a necessidade de um compromisso contínuo e eficaz na gestão da saúde pública para garantir a equidade e a proteção da vida de todas as populações.



Outrossim, Mbembe (2018, p. 5) destaca que “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais.” Diante do exposto, Mbembe destaca que a expressão máxima da soberania reside no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Essas afirmativas são centrais para compreender as políticas de saúde pública durante o governo de JMB, onde o desmantelamento da CNAIDS resultou em uma gestão que priorizou determinadas populações em detrimento de outras, influenciando diretamente as taxas de mortalidade e morbidade.

Entretanto, devemos manter uma postura crítica em relação aos dados apresentados, e conforme os postulados de Foucault (1999), as práticas políticas por parte de JMB em seu mandato deveriam ser na adoção da tecnologia de poder da “biopolítica” e “biopoder”, o que não foram se olharmos pela perspectiva do filósofo Mbembe (2018). Nesse sentido, Foucault (1999, p. 290) defende:

De que se trata nessa nova tecnologia do poder, nessa biopolítica, nesse biopoder que está se instalando? Eu lhes dizia em duas palavras agora há pouco: trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos, de natalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retorno agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. É nesse momento, em todo caso, que se lança mão da medição estatística desses fenômenos com as primeiras demografias. É a observação dos procedimentos, mais ou menos espontâneos, mais ou menos combinados, que eram efetivamente postos em execução na população no tocante a natalidade; em suma, se vocês preferirem, o mapeamento dos fenômenos de controle dos nascimentos tais como eram praticados no século XVIII. Isso foi também o esboço de uma política de natalidade ou, em todo caso, de esquemas de intervenção nesses fenômenos globais da natalidade. Nessa biopolítica, não se trata simplesmente do problema da fecundidade. Trata-se também do problema da morbidade, não mais simplesmente, como justamente fora o caso até então, no nível daquelas famosas epidemias cujo perigo havia atormentado tanto os poderes políticos desde as profundezas da Idade Média (aquelas famosas epidemias que eram dramas temporários da morte multiplicada, da morte tornada iminente para todos).

Conforme supracitado, Foucault (1999) discute a emergência da biopolítica, que envolve o controle e a gestão da vida em nível populacional, abrangendo processos como natalidade, mortalidade e longevidade. Destaca como esses aspectos se tornaram objetos de saber e controle político a partir do século XVIII, com o uso da medição



estatística e a implementação de esquemas de intervenção. Paralelamente a isso, por meio dos resultados quantitativos aqui ilustrados, pode-se observar que a descontinuidade do CNAIDS durante o governo do ex-presidente JMB pode ser interpretada como um distanciamento das práticas de “biopoder” e “biopolítica”. Isso sugere uma falta de interesse em políticas de saúde pública que abordam dinâmicas populacionais e questões de saúde coletiva, como a incidência de HIV/AIDS, que podem ser influenciadas por intervenções governamentais e práticas de controle de saúde. Foucault (1999, p. 291) assevera o dever da tecnologia de poder: Biopolítica e Biopoder:

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbidade também.

Foucault (1999) discute a emergência da medicina como uma ferramenta de higiene pública e controle populacional no final do século XVIII, envolvendo a coordenação de tratamentos médicos, centralização da informação e normalização do saber. Isso inclui campanhas de aprendizado sobre higiene e medicalização da população, abordando questões de reprodução, natalidade e morbidade. Além disso, as tecnológicas biopolítica e biopoder, fundamentam os pilares que estão incorporados no CNAIDS e que foi descontinuado por JMB.

A descontinuidade do CNAIDS durante o governo de JMB pode ter influenciado a dinâmica dos casos de HIV/AIDS de diversas maneiras. Isso porque, o CNAIDS é uma instância colegiada consultiva com o propósito de assessorar o Ministério da Saúde na formulação da política de prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Seu papel abrange também a articulação política entre os setores do Governo (Federal, Estadual, Municipal) e a Sociedade Civil, com o objetivo de sensibilizá-los para a luta contra esses problemas de saúde pública (Brasil, 2003).

Essa análise integrada permite compreender melhor como as políticas governamentais afetam a saúde pública e a qualidade de vida da população. Através dos dados e da teoria foucaultiana, podemos observar que a negligência e o desmonte de estruturas essenciais como a CNAIDS têm consequências diretas na propagação do



HIV/AIDS, exacerbando desigualdades e comprometendo a saúde coletiva. Portanto, é imperativo que se reconheça a importância das políticas de saúde pública robustas e inclusivas para enfrentar eficazmente epidemias como o HIV/AIDS, garantindo que todos os indivíduos tenham acesso aos cuidados necessários para viver com dignidade e saúde.

Deslocando-se para a próxima análise, conforme apontado no quadro 3, as EMAs dos casos de HIV/AIDS conforme faixa etária ao longo dos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, observou-se tendências significativas de novos casos registrados para a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) supramencionada. Inicialmente, destaca-se um aumento nos casos em várias faixas etárias nos primeiros anos analisados (2019 e 2020), seguido por variações e quedas nos anos posteriores (2021 e 2022). Utilizando as EMAs como medida, observamos como a variação dos casos ao longo do tempo pode ser associada às mudanças nas políticas públicas e à gestão governamental do período.

Quadro 3 – EMAs de casos de HIV/AIDS por faixa etária (2019-2022).

EMAs consoante cada faixa etária	
2019	2020
$EMA_{<5} = 0.5 \times 276 + 0.5 \times 0 = 138$ $EMA_{5-12} = 0.5 \times 127 + 0.5 \times 0 = 63.5$ $EMA_{13-19} = 0.5 \times 845 + 0.5 \times 0 = 422.5$ $EMA_{20-24} = 0.5 \times 4055 + 0.5 \times 0 = 2027.5$ $EMA_{25-29} = 0.5 \times 5781 + 0.5 \times 0 = 2890.5$ $EMA_{30-34} = 0.5 \times 5651 + 0.5 \times 0 = 2825.5$ $EMA_{35-39} = 0.5 \times 5516 + 0.5 \times 0 = 2758$ $EMA_{40-49} = 0.5 \times 8528 + 0.5 \times 0 = 4264$ $EMA_{50-59} = 0.5 \times 5000 + 0.5 \times 0 = 2500$ $EMA_{60 <} = 0.5 \times 2509 + 0.5 \times 0 = 1254.5$	$EMA_{<5} = 0.5 \times 183 + 0.5 \times 138 = 160.5$ $EMA_{5-12} = 0.5 \times 54 + 0.5 \times 63.5 = 58.75$ $EMA_{13-19} = 0.5 \times 647 + 0.5 \times 422.5 = 534.75$ $EMA_{20-24} = 0.5 \times 3081 + 0.5 \times 2027.5 = 2554.25$ $EMA_{25-29} = 0.5 \times 4760 + 0.5 \times 2890.5 = 3825.25$ $EMA_{30-34} = 0.5 \times 4592 + 0.5 \times 2825.5 = 3708.75$ $EMA_{35-39} = 0.5 \times 4280 + 0.5 \times 2758 = 3519$ $EMA_{40-49} = 0.5 \times 6771 + 0.5 \times 4264 = 5517.5$ $EMA_{50-59} = 0.5 \times 4148 + 0.5 \times 2500 = 3324$ $EMA_{60 <} = 0.5 \times 2046 + 0.5 \times 1254.5 = 1650.25$
2021	2022
$EMA_{<5} = 0.5 \times 183 + 0.5 \times 192.5 = 187.75$ $EMA_{5-12} = 0.5 \times 84 + 0.5 \times 183.25 = 133.125$ $EMA_{13-19} = 0.5 \times 789 + 0.5 \times 359.5 = 574.25$ $EMA_{20-24} = 0.5 \times 3630 + 0.5 \times 1951.5 = 2790.75$ $EMA_{25-29} = 0.5 \times 5749 + 0.5 \times 2774.75 = 4261.875$ $EMA_{30-34} = 0.5 \times 5151 + 0.5 \times 2762.875 = 3956.9375$ $EMA_{35-39} = 0.5 \times 4896 + 0.5 \times 2617.9375 = 3756.96875$ $EMA_{40-49} = 0.5 \times 7979 + 0.5 \times 3706.96875 = 5842.984375$ $EMA_{50-59} = 0.5 \times 4518 + 0.5 \times 2872.984375 = 3695.4921875$ $EMA_{60 <} = 0.5 \times 2444 + 0.5 \times 1933.4921875 = 2188.74609375$	$EMA_{<5} = 0.5 \times 235 + 0.5 \times 117.5 = 152.625$ $EMA_{5-12} = 0.5 \times 87 + 0.5 \times 43.5 = 65.25$ $EMA_{13-19} = 0.5 \times 680 + 0.5 \times 340 = 510$ $EMA_{20-24} = 0.5 \times 3545 + 0.5 \times 1772.5 = 1160.7625$ $EMA_{25-29} = 0.5 \times 5759 + 0.5 \times 2879.5 = 2167.629$ $EMA_{30-34} = 0.5 \times 5373 + 0.5 \times 2686.5 = 2005.936$ $EMA_{35-39} = 0.5 \times 5044 + 0.5 \times 2522 = 1882.022$ $EMA_{40-49} = 0.5 \times 8391 + 0.5 \times 4195.5 = 3093.945$ $EMA_{50-59} = 0.5 \times 4982 + 1 - 0.5 \times 2491 = 1871.491$ $EMA_{60 >} = 0.5 \times 2656 + 0.5 \times 1328 = 993.328$

Fonte: Elaborado pelos autores.

Inicialmente, em 2019, as EMAs para as diferentes faixas etárias mostravam valores que refletem uma certa estabilidade nos casos. Por exemplo, a faixa etária de 20 a 24 anos apresentou uma EMA de 2027,5, enquanto a faixa de 25 a 29 anos teve uma EMA de 2890,5. No entanto, com o desmantelamento da CNAIDS e a descontinuidade de políticas específicas de prevenção e tratamento, observamos um impacto



significativo em 2020. As EMAs para a maioria das faixas etárias aumentaram substancialmente, com a faixa de 25 a 29 anos subindo para 3825,25 e a faixa de 40 a 49 anos chegando a 5517,5.

Esta variação aponta para uma correlação entre a gestão inadequada da saúde pública e o aumento dos casos de HIV/AIDS. Em 2021, apesar de um leve aumento na EMA para algumas faixas etárias, como a de 40 a 49 anos, que passou para 5842,98, outras faixas etárias como a de 20 a 24 anos, mostraram uma leve queda para 2790,75. No entanto, em 2022, a situação mostrou um agravamento generalizado. A faixa etária de 40 a 49 anos, por exemplo, teve uma EMA de 3093,945, refletindo a continuidade dos impactos negativos do desmonte da CNAIDS.

Essa dinâmica pode ser entendida sob a ótica foucaultiana, quando Foucault (1999) discute como a biopolítica envolve a gestão da vida e da saúde das populações pelo Estado. Foucault (1999) argumenta que a biopolítica envolve a gestão da vida e da saúde das populações pelo Estado, onde a mortalidade e a morbidade são monitoradas e controladas através de mecanismos de poder. Ele observa que

[...] não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder (ou, enfim, com o corpo social tal como o definem os juristas); não e tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de “população”. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento.

Em consonância com o que foi previamente discutido, Foucault (1999) afirma como a gestão de saúde pública se torna uma questão de controle e poder sobre a população. Foucault (1999) também discute como a biopolítica se manifesta na gestão de fenômenos de população, destacando a importância de “estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase” (Foucault, 1999, p. 293). A ausência de tais mecanismos reguladores no contexto do desmonte da CNAIDS resultou em um desequilíbrio na gestão da epidemia de HIV/AIDS, evidenciado pelo aumento nas EMAs das faixas etárias mais afetadas.

Portanto, a análise dos dados estatísticos sobre HIV/AIDS no Brasil, associada à teoria da biopolítica de Foucault, revela como a falta de políticas públicas eficazes



contribui para um aumento contínuo e silencioso dos casos, enfraquecendo a saúde da população de maneira persistente. O desmonte da CNAIDS exemplifica a falha em utilizar a biopolítica para “fazer viver”, resultando em uma situação na qual a doença se torna um fenômeno populacional que “se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (Foucault, 1999). Essa dinâmica ressalta a importância crucial de políticas de saúde pública bem estruturadas para manter a homeostase e a saúde coletiva da população.

Essa análise reforça a importância de políticas públicas eficazes e contínuas no combate ao HIV/AIDS, ressaltando a necessidade de investimento em prevenção, tratamento e conscientização em todas as faixas etárias. Além disso, evidencia a urgência de se reverter o desmonte das políticas de saúde pública, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, em consonância com os princípios do SUS no Brasil. Dessa forma, se pensarmos na tecnologia de poder, postulada por Foucault (1999, p. 293), a biopolítica, em outras palavras, “fazer viver ou deixar morrer”, o desmonte do CNAIDS revela um contraste entre o que deveria ser uma gestão pela vida e não foi:

Essa tecnologia de poder, essa biopolítica, vai implantar mecanismos que têm certo número de funções muito diferentes das funções que eram as dos mecanismos disciplinares. Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, e claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encurtar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma de instalar mecanismos de previdência em tomo desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida: mecanismos, como vocês veem, como os mecanismos disciplinares, destinados em suma a maximizar forças e a extraí-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes.

Portanto, com base nos postulados Foucaultianos (1999), discute-se uma nova forma de poder, a biopolítica, que se diferencia dos mecanismos disciplinares. Na biopolítica, o foco está em previsões, estimativas estatísticas e medições globais, visando modificar determinações gerais dos fenômenos em vez de indivíduos



específicos. Essa tecnologia de poder busca influenciar a morbidade, a longevidade e a natalidade, estabelecendo mecanismos reguladores para manter um equilíbrio na população. Ao contrário dos mecanismos disciplinares, que visam maximizar o controle sobre os indivíduos, os da biopolítica otimizam o estado de vida da população como um todo, através de abordagens distintas. Ou seja, enquanto Foucault discute a implementação de mecanismos para otimizar o estado de vida da população, como a promoção da saúde e a regulação de natalidade e morbidade, o desmonte do CNAIDS representa uma mudança na forma como o Estado lida com questões de saúde pública, particularmente relacionadas ao HIV/AIDS.

Transitando para a tabela 2, ao analisar os dados de casos confirmados de HIV/AIDS por categoria de exposição e etnia nos anos de 2019 a 2022, observa-se uma variação no total de casos confirmados ao longo do período, com uma tendência geral de queda em 2020, seguida por um aumento em 2021 e 2022. A categoria de exposição “Parda” apresenta consistentemente o maior número de casos confirmados em todos os anos, seguida pela categoria “Branca”, enquanto as categorias “Preta” e “Índigena” geralmente têm números menores de casos confirmados. Delimitando-se para as variáveis categoria de exposição e etnia, a tabela 2 detalha a frequência de casos confirmados de HIV/AIDS ao longo dos anos de 2019 a 2022, no Brasil.

Ao analisar os dados de casos confirmados de HIV/AIDS por categoria de exposição e etnia nos anos de 2019 a 2022, observa-se uma variação no total de casos confirmados ao longo do período, com uma tendência geral de queda em 2020, seguida por um aumento em 2021 e 2022. A categoria de exposição parda apresenta consistentemente o maior número de casos confirmados em todos os anos, seguida pela categoria “branca, enquanto as categorias “preta” e “índigena” geralmente têm números menores de casos confirmados.

Em relação à distribuição por categoria de exposição, “heterossexual” é a que apresenta consistentemente o maior número de casos, seguida por “homossexual” e “ignorado”. As categorias “bissexual”, “UDI” (usuários de drogas injetáveis) e “transmissão vertical” geralmente têm números menores de casos confirmados. Houve variações nos números de casos confirmados ao longo dos anos em todas as categorias de exposição, com aumentos e diminuições em diferentes períodos. A categoria “ignorado” mostra uma variação significativa, destacando a importância de melhorar a



coleta e registro de dados. Esses dados ressaltam a necessidade contínua de monitoramento e intervenção eficaz para controlar a disseminação do HIV/AIDS, especialmente entre grupos étnicos e categorias de exposição com maiores números de casos confirmados. Além disso, destacam a importância da coleta precisa de dados e da implementação de políticas de saúde pública direcionadas para lidar com essa questão de saúde global.

Tabela 2 – Análise da frequência de casos confirmados por categoria de exposição e etnia ao longo dos anos.

Ano	Frequência de casos confirmados conforme categoria de exposição e etnia								
	Etnia/ Categoria de exposição	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total	
2019	Total	7.667	2.353	139	9.759	66	18.304	38.288	
	Homossexual	2.230	495	32	2.196	13	254	5.220	
	Bissexual	438	124	8	546	9	55	1.180	
	Heterossexual	3.865	1.330	84	5.011	39	444	10.773	
	UDI	154	47	1	186	0	25	413	
	Hemofílico	0	1	0	1	0	0	2	
	Transfusão	1	1	0	1	0	0	3	
	Transmissão Vertical	91	27	0	165	1	20	304	
	Ignorado	888	328	14	1.653	4	17.506	20.393	
	Total	5.845	1.762	134	7.830	49	14.942	30.562	
2020	Homossexual	1.751	421	43	1.875	15	159	4.264	
	Bissexual	340	106	4	472	4	37	963	
	Heterossexual	2.832	941	69	3.844	23	294	8.003	
	UDI	127	25	3	122	0	15	292	
	Hemofílico	2	0	0	8	0	0	10	
	Transfusão	0	0	1	0	0	0	1	
	Transmissão Vertical	71	27	2	119	4	17	240	
	Ignorado	722	242	12	1.390	3	14.420	16.789	
	Total	6.305	1.975	166	8.752	74	18.152	35.424	
	2021	Homossexual	1.989	517	33	2.125	19	198	4.881
Bissexual		371	115	16	538	1	36	1.077	
Heterossexual		2.933	966	77	4.240	38	321	8.575	
UDI		97	43	5	163	0	25	333	
Transfusão		2	1	0	0	0	0	3	
Transmissão Vertical		70	18	1	117	3	16	225	
Ignorado		843	315	34	1.569	13	17.556	20.330	
Total		5.995	2.081	136	8.566	56	19.919	36.753	
2022		Homossexual	1.814	495	33	1.985	16	175	4.518
		Bissexual	375	140	7	546	4	44	1.116
	Heterossexual	2.837	1.028	68	3.994	26	281	8.234	
	UDI	111	46	1	169	2	11	340	
	Hemofílico	1	0	0	3	0	1	5	
	Transfusão	0	1	0	0	0	0	1	
	Acid. Material Biológico	1	0	0	0	0	0	1	
	Transmissão Vertical	64	24	1	143	2	13	247	
	Ignorado	792	347	26	1.726	6	19.394	22.291	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme destacado no tabela 2, em 2019, a EMA para casos de exposição homossexual foi de 2.610, aumentando para 3.437 em 2020, caindo para 4.159 em 2021 e chegando a 4.3385 em 2022. Houve uma tendência de redução na EMA ao longo dos anos, sugerindo uma possível eficácia das estratégias de prevenção e conscientização direcionadas a essa comunidade. No entanto, a queda não foi tão acentuada quanto em



outras categorias, indicando a necessidade contínua de intervenções específicas e sensíveis à realidade dos homens homossexuais.

Para casos de exposição bissexual, a EMA foi de 590 em 2019, aumentando para 776.5 em 2020, subindo para 388.7885 em 2021 e diminuindo para 194.95225 em 2022. Houve flutuações ao longo dos anos, com uma tendência de queda menos consistente, o que pode refletir desafios adicionais na prevenção e detecção de infecções nessa população, sujeita a estigma e barreiras específicas ao acesso aos serviços de saúde. A EMA para casos de exposição heterossexual foi de 5.386.5 em 2019, caindo para 6.694.75 em 2020, diminuindo para 7.634.375 em 2021 e chegando a 7.934.1875 em 2022. Observou-se uma redução ao longo dos anos, embora menos pronunciada do que na exposição homossexual, sugerindo a necessidade de revisão das estratégias de prevenção direcionadas à população heterossexual para melhor atender às suas necessidades específicas.

No caso dos usuários de drogas injetáveis (UDI), a EMA foi de 206.5 em 2019, aumentando para 249.25 em 2020, subindo para 291.125 em 2021 e chegando a 315.5625 em 2022. Houve variações, mas a média permaneceu relativamente estável ao longo dos anos, sugerindo eficácia nas intervenções de redução de danos e acesso a serviços de saúde para esse grupo. As EMAs para casos de hemofilia e transfusão foram consistentemente baixas ao longo dos anos, indicando eficácia nas medidas de prevenção de transmissão sanguínea. Da mesma forma, as EMAs para exposição a ácido/material biológico e transmissão vertical foram baixas e estáveis, sugerindo eficácia nas estratégias de prevenção perinatal e no ambiente de trabalho.

Pensando ainda com a lente de Mbembe (2018, p. 7), o teórico sugere que a noção de “estado de exceção deixa de ser uma suspensão temporal do estado de direito. De acordo com Agamben, ele adquire um arranjo espacial permanente, que se mantém continuamente fora do estado normal da lei.” Nesse sentido, reiterando a ideia proposta por Mbembe, observa-se como Agamben descreve, o estado de exceção pode se tornar um arranjo espacial permanente, operando fora do estado normal da lei. O desmantelamento da CNAIDS durante o governo de JMB representa essa condição, perpetuando a exclusão de grupos vulneráveis do acesso adequado à saúde e exacerbando as desigualdades.

**Quadro 4 – Comparação das EMAs por Categoria de Exposição e Raça/Etnia.**

EMAs de acordo com cada Categoria de Exposição	
2019	2020
$EMA_{Homossexual}=0.5 \times 5.220 + 0.5 \times 0 = 2.610$ $EMA_{Bissexual}=0.5 \times 1.180 + 0.5 \times 0 = 590$ $EMA_{Heterossexual}=0.5 \times 10.773 + 0.5 \times 0 = 5.386.5$ $EMA_{AUDI}=0.5 \times 413 + 0.5 \times 0 = 206.5$ $EMA_{Hemofílico}=0.5 \times 2 + 0.5 \times 0 = 1$ $EMA_{Transfusão}=0.5 \times 3 + 0.5 \times 0 = 1.5$ $EMA_{Transmissão\ Vertical}=0.5 \times 304 + 0.5 \times 0 = 152$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 20.393 + 0.5 \times 0 = 10.196.5$	$EMA_{Homossexual}=0.5 \times 4.264 + 0.5 \times 2.610 = 3.437$ $EMA_{Bissexual}=0.5 \times 963 + 0.5 \times 590 = 776.5$ $EMA_{Heterossexual}=0.5 \times 8.003 + 0.5 \times 5.386.5 = 6.694.75$ $EMA_{AUDI}=0.5 \times 292 + 0.5 \times 206.5 = 249.25$ $EMA_{Hemofílico}=0.5 \times 10 + 0.5 \times 1 = 5.5$ $EMA_{Transfusão}=0.5 \times 1 + 0.5 \times 1.5 = 1.25$ $EMA_{Transmissão\ Vertical}=0.5 \times 240 + 0.5 \times 152 = 196$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 16.789 + 0.5 \times 10.196.5 = 13.492.75$
2021	2022
$EMA_{Homossexual}=0.5 \times 4.881 + 0.5 \times 3.437 = 4.159$ $EMA_{Bissexual}=0.5 \times 1.077 + 0.5 \times 776.5 = 388.7885$ $EMA_{Heterossexual}=0.5 \times 8.575 + 0.5 \times 6.694.75 = 7.634.375$ $EMA_{AUDI}=0.5 \times 333 + 0.5 \times 249.25 = 291.125$ $EMA_{Transfusão}=0.5 \times 3 + 0.5 \times 1.25 = 2.125$ $EMA_{Transmissão\ Vertical}=0.5 \times 225 + 0.5 \times 196 = 210.5$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 20.330 + 0.5 \times 13.492.75 = 16.911.375$	$EMA_{Homossexual}=0.5 \times 4.518 + 0.5 \times 4.159 = 4.3385$ $EMA_{Bissexual}=0.5 \times 1.116 + 0.5 \times 388.7885 = 194.95225$ $EMA_{Heterossexual}=0.5 \times 8.234 + 0.5 \times 7.634.375 = 7.934.1875$ $EMA_{AUDI}=0.5 \times 340 + 0.5 \times 291.125 = 315.5625$ $EMA_{Hemofílico}=0.5 \times 5 + 0.5 \times 5.5 = 5.25$ $EMA_{Transfusão}=0.5 \times 1 + 0.5 \times 2.125 = 1.5625$ $EMA_{Acid.\ Material\ Biológico}=0.5 \times 1 + 0.5 \times 0 = 0.5$ $EMA_{Transmissão\ Vertical}=0.5 \times 247 + 0.5 \times 210.5 = 228.75$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 22.291 + 0.5 \times 16.911.375 = 19.601.1875$
EMAs conforme Raça	
2019	2020
$EMA_{Branca}=0.5 \times 7.667 + 0.5 \times 0 = 3.8335$ $EMA_{Preta}=0.5 \times 2.353 + 0.5 \times 0 = 1.1765$ $EMA_{Amarela}=0.5 \times 139 + 0.5 \times 0 = 69.5$ $EMA_{Parda}=0.5 \times 9.759 + 0.5 \times 0 = 4.8795$ $EMA_{Indígena}=0.5 \times 66 + 0.5 \times 0 = 33$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 18.304 + 0.5 \times 0 = 9.152$	$EMA_{Branca}=0.5 \times 5.845 + 0.5 \times 3.8335 = 4.83925$ $EMA_{Preta}=0.5 \times 1.762 + 0.5 \times 1.1765 = 1.46925$ $EMA_{Amarela}=0.5 \times 134 + 0.5 \times 69.5 = 101.75$ $EMA_{Parda}=0.5 \times 7.830 + 0.5 \times 4.8795 = 6.35475$ $EMA_{Indígena}=0.5 \times 49 + 0.5 \times 33 = 41$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 14.942 + 0.5 \times 9.152 = 12.047$
2021	2022
$EMA_{Branca}=0.5 \times 6.305 + 0.5 \times 4.83925 = 5.572125$ $EMA_{Preta}=0.5 \times 1.975 + 0.5 \times 1.46925 = 1.722125$ $EMA_{Amarela}=0.5 \times 166 + 0.5 \times 101.75 = 133.875$ $EMA_{Parda}=0.5 \times 8.752 + 0.5 \times 6.35475 = 7.553375$ $EMA_{Indígena}=0.5 \times 74 + 0.5 \times 41 = 57.5$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 18.152 + 0.5 \times 12.047 = 15.0995$	$EMA_{Branca}=0.5 \times 5.995 + 0.5 \times 5.572125 = 5.7835625$ $EMA_{Preta}=0.5 \times 2.081 + 0.5 \times 1.722125 = 1.9015625$ $EMA_{Amarela}=0.5 \times 136 + 0.5 \times 133.875 = 134.9375$ $EMA_{Parda}=0.5 \times 8.566 + 0.5 \times 7.553375 = 8.0596875$ $EMA_{Indígena}=0.5 \times 56 + 0.5 \times 57.5 = 56.75$ $EMA_{Ignorado}=0.5 \times 19.919 + 0.5 \times 15.0995 = 17.50975$

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao analisar as EMAs conforme a raça/etnia ao longo dos anos de 2019 a 2022, conforme apontado no quadro 4, observou-se tendências distintas para cada grupo racial/étnico. Para a raça branca, a EMA começou em 3.8335 em 2019, subindo para 4.83925 em 2020, 5.572125 em 2021 e alcançando 5.7835625 em 2022. Essa tendência crescente pode indicar um aumento na incidência de casos de HIV/AIDS entre pessoas brancas ao longo desses anos, possivelmente refletindo mudanças nos comportamentos de risco ou acesso desigual aos serviços de saúde.

No caso da raça preta, a EMA iniciou em 1.1765 em 2019, aumentando para 1.46925 em 2020, 1.722125 em 2021 e 1.9015625 em 2022. Houve um padrão semelhante de aumento ao longo dos anos, sugerindo um aumento na incidência de casos entre pessoas pretas, embora em uma escala menor em comparação com a raça branca. Para a raça amarela, a EMA foi de 69.5 em 2019, subindo para 101.75 em 2020, 133.875 em 2021 e 134.9375 em 2022. Essa tendência ascendente pode indicar um



aumento significativo na incidência de HIV/AIDS entre pessoas de origem asiática ao longo desses anos, possivelmente influenciado por fatores socioeconômicos, comportamentais ou de acesso aos serviços de saúde.

No grupo racial/étnico pardo, a EMA foi de 4.8795 em 2019, aumentando para 6.35475 em 2020, 7.553375 em 2021 e 8.0596875 em 2022. Houve um aumento consistente ao longo dos anos, indicando uma tendência preocupante de aumento na incidência de casos entre pessoas pardas, que representam uma parte significativa da população brasileira. Para a raça indígena, a EMA começou em 33 em 2019, aumentando para 41 em 2020, 57.5 em 2021 e permanecendo estável em 56.75 em 2022. Houve variações ao longo dos anos, mas a média permaneceu relativamente estável, sugerindo uma incidência constante de casos entre pessoas indígenas. Por fim, na categoria “ignorado”, a EMA foi de 9.152 em 2019, aumentando para 12.047 em 2020, 15.0995 em 2021 e 17.50975 em 2022.

Consequentemente, concluímos nessa abordagem que a população parda apresentou o maior número de casos confirmados em todas as categorias de exposição ao longo dos anos, o que pode indicar uma vulnerabilidade maior desse grupo específico. Foucault (1999, p. 293) aponta que a “biopolítica vai se dirigir, em suma, aos acontecimentos aleatórios que ocorrem numa população considerada em sua duração”, sugerindo que o foco do controle biopolítico é a gestão das desigualdades e variações dentro da população ao longo do tempo. Sob a mesma ótica, Mbembe (2018, p. 14) vai destacar que, “na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é ‘a condição para a aceitabilidade do fazer morrer’”. De acordo com o que foi anteriormente destacado por Mbembe, entende-se que, na economia do biopoder, o racismo regula a distribuição da morte, possibilitando as funções assassinas do Estado. Isso se reflete na desproporcional incidência de HIV/AIDS entre populações marginalizadas racialmente no Brasil, evidenciando como as políticas públicas podem reforçar desigualdades estruturais.

Outro aspecto relevante é a categoria de casos “Ignorado”, que representa uma porção significativa dos dados (20.393 em 2019, 16.789 em 2020, 20.330 em 2021 e 22.291 em 2022). Esse grupo inclui casos onde a categoria de exposição não foi identificada, refletindo lacunas no sistema de vigilância e registro de informações.



Foucault (1999, p. 293) argumenta que “nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, e claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais”. Foucault (1999, p. 293) ainda declara:

A partir daí – terceira coisa, acho eu, importante -, essa tecnologia de poder, essa biopolítica, vai implantar mecanismos que tem certo número de funções muito diferentes das funções que eram as dos mecanismos disciplinares. Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, e claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encozidar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida: mecanismos, como vocês veem, como os mecanismos disciplinares, destinados em suma a maximizar forças e a extrai-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes. Pois aí não se trata, diferentemente das disciplinas, de um treinamento individual realizado por um trabalho no próprio corpo. Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação.

Revisando a citação de Foucault (1999), pode-se deduzir que a importância da coleta de dados é preciso para a eficácia do biopoder. A alta frequência de casos ignorados indica uma necessidade de aprimoramento nos métodos de coleta e análise de dados para garantir uma compreensão completa e eficaz da epidemia.

Além disso, a distribuição dos casos por categoria de exposição revela padrões de comportamento e risco específicos entre diferentes grupos. A predominância de casos heterossexuais e homossexuais sugere que esses são os principais modos de transmissão, refletindo a necessidade de políticas de prevenção direcionadas a esses grupos. Foucault (1999, p. 303) observa que “a sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação” (Foucault, 2008), implicando que as



estratégias de saúde pública devem equilibrar intervenções disciplinares e regulamentadoras para abordar eficazmente a transmissão do HIV.

Em resumo, a análise dos dados sobre HIV/AIDS no Brasil, quando interpretada através da lente da biopolítica de Foucault (1999), revela como o controle e regulação da saúde da população são exercidos pelo Estado. A variação na incidência da doença entre diferentes grupos étnicos e categorias de exposição destaca a complexidade da gestão da saúde pública e a necessidade de políticas específicas e adaptadas às realidades sociais e comportamentais dos diversos segmentos da população. A biopolítica, como discutida por Foucault, fornece um quadro teórico para entender essas dinâmicas e a importância do poder estatal na promoção da saúde e bem-estar da população.

DISCUSSÃO

Após quase quatro décadas desde o primeiro caso notificado no Brasil em 1982, a epidemia de AIDS permanece como um desafio significativo para a saúde pública do país. Durante esse período, governos sucessivos implementaram diversas políticas e ações públicas para lidar com a doença (Cazeiro; Silva; Souza, 2021). No entanto, o Brasil ainda registra aproximadamente 40% das novas infecções por HIV na América Latina, enquanto outros países como Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru juntos respondem por 41% dos novos casos (Leite, 2020; Dartora; Ânfior; Silveira, 2017). As taxas de detecção de casos diagnosticados de AIDS têm mostrado um declínio desde 2013, em grande parte devido à ampliação do acesso ao teste e à redução do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

A epidemia de AIDS no Brasil teve início na região Sudeste, que representou mais de 50% dos casos até 2005, com o Estado de São Paulo apresentando um contexto epidemiológico de maior transmissão do HIV no país. Até 1986, as demais regiões tinham menos de 100 casos notificados da doença. Concomitantemente à expansão contínua da epidemia nos epicentros geográficos tradicionais, a disseminação da epidemia ocorreu por todas as regiões do país, inclusive interiorizando-se, conforme observado por (Reis, 2008; Prado; Castilho, 2009). Devido às dimensões continentais do Brasil, as diferenças regionais desempenham um papel importante no perfil da epidemia. Vários fatores explicam essas disparidades no padrão da epidemia entre as



regiões, incluindo a evolução da epidemia, o grau de implementação das medidas de prevenção, o nível de conhecimento da população sobre a AIDS, a educação, além de outros fatores socioeconômicos (Dourado, 2006).

Desse modo, os estudos de Santos *et al.* (2020) ressaltam que, no período de 2010 a 2019, o Brasil registrou um total de 338.966 casos de internações por HIV. Houve um aumento no número de internações entre 2010 e 2013 (2,84%), seguido por um declínio gradual de 2014 a 2019 (19,17%). A disponibilização de antirretrovirais pelo SUS tem desempenhado um papel crucial na mudança do panorama da doença, com redução da mortalidade, estabilização da taxa de incidência, diminuição da transmissão vertical e alteração do perfil de causas de internação entre os portadores de HIV, o que resulta em uma melhora significativa na qualidade de vida dessas pessoas (Nunes *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2019).

Entretanto, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS não se limita apenas ao tratamento com antirretrovirais. O convívio social livre de estresses e fatores desencadeadores de ansiedade e transtornos de humor também desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida. Quando o convívio social é prejudicado, existe um risco maior de abandono do tratamento, o que pode resultar em prognósticos sombrios devido ao estado infeccioso. Portanto, é crucial reconhecer a importância dos fatores sociais e psicológicos na adesão ou abandono do tratamento antirretroviral e no processo de reabilitação social desses indivíduos (Calvette *et al.*, 2017).

Destaca-se assim que, a infecção por HIV/AIDS traz consigo diversos desafios e incertezas para o indivíduo. Além disso, as relações interpessoais, como familiares e profissionais, tornam-se áreas sensíveis diante das mudanças impostas pela nova realidade, gerando sentimento de culpa, tristeza e rejeição. Portanto, preservar a qualidade de vida considerando as influências sociais é fundamental para a saúde física e mental desses pacientes (Dias *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2015), resultando na redução das comorbidades e das internações.

O CNAIDS é fundamental na formulação e implementação de políticas de saúde pública relacionadas ao HIV/AIDS no Brasil, coordenando ações de controle e prevenção da doença em nível federal, estadual e municipal, como destacado por Nunes *et al.* (2015) e Pereira *et al.* (2019). A disponibilização de antirretrovirais pelo SUS,



conforme evidenciado por Santos *et al.* (2020), é um resultado direto das diretrizes estabelecidas pela comissão, refletindo na redução da mortalidade e transmissão vertical do HIV. Contudo, a abordagem da qualidade de vida vai além do tratamento médico, envolvendo questões sociais e psicológicas, aspectos que o CNAIDS também busca abordar, segundo Calvette *et al.* (2017), visando melhorar o bem-estar e reduzir as comorbidades dos pacientes com HIV/AIDS.

Com relação a variável sexo, Santos *et al.* (2020) destacam que, ao considerar essa categoria de análise, houve um predomínio de internações no sexo masculino (63,97%; $p < 0,001$), com uma proporção de 1,7 homens internados para cada mulher ao longo dos 10 anos analisados. Este achado é corroborado pelo estudo de Pereira *et al.* (2019), que também identificou que 62% dos pacientes internados por HIV/AIDS na macrorregião de Ribeirão Preto - SP eram homens, resultando em uma razão masculino/feminino de 1,63/1,0. A feminização da infecção pelo HIV/AIDS tem sido observada, com um aumento do número de casos em mulheres e uma consequente diminuição na razão entre os sexos, que passou de 24:1 em 1985 para 2:1 desde 1997 (Brito; Castilho; Szwarcwald *et al.*, 2001). A persistente predominância de mulheres na categoria de transmissão heterossexual, evidenciada desde 1992, reflete a maior vulnerabilidade enfrentada pelo sexo feminino. Essa vulnerabilidade é atribuída à menor capacidade das mulheres de negociar práticas sexuais seguras, bem como à reduzida acessibilidade aos serviços de saúde reprodutiva (Parker; Camargo Jr, 2000; Rodrigues; Abath, 2000; Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004).

Os estudos de Santos *et al.* (2020), Pereira *et al.* (2019), Brito, Castilho, Szwarcwald (2001), Parker, Camargo Jr. (2000), Rodrigues, Abath (2000), e Rodrigues-Júnior, Castilho (2004) sugerem a importância do CNAIDS para a saúde pública, uma vez que com a discussão aqui elencada sobre os novos casos de HIV/AIDS, conforme a variável sexo, ajudam o CNAIDS a direcionar estratégias para reduzir as disparidades de gênero na transmissão e no acesso aos serviços de saúde. Além disso, o monitoramento das internações por HIV/AIDS fornece informações para ajustar políticas públicas de acordo com as necessidades identificadas, garantindo uma abordagem mais eficaz e direcionada.

No tocante a variável faixa etária, os resultados apresentados nos estudos de Santos *et al.* (2020) destacam um número significativo de internações entre homens na



faixa etária de 30 a 39 anos (31,50%) e na cor/raça branca (37,76%) e parda (32,19%), com diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p < 0,001$). Por outro lado, observa-se o maior número de notificações entre jovens de 20 a 29 anos e da raça parda. Além disso, o estudo revelou um percentual reduzido de internações de crianças (0 a 9 anos), representando apenas 1,55% do total de pacientes hospitalizados, com uma taxa de mortalidade de 3,47, indicando uma diminuição da transmissão vertical (Nunes *et al.*, 2015).

É importante notar que o número de internações por HIV/AIDS no Brasil é predominante nas faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, representando 31,50% e 29,16%, respectivamente. No entanto, a taxa de mortalidade é mais expressiva entre os grupos etários acima de 70 anos (21,82%) e entre 60 a 69 anos (16,89%). Esse padrão se deve aos agravos naturais associados ao envelhecimento, como o aumento das taxas de colesterol, osteoporose e elevação da pressão arterial, além dos efeitos colaterais potenciais dos medicamentos antirretrovirais, que podem ser menos tolerados em pacientes mais velhos, afetando órgãos como fígado, estômago, rins e ossos, e prejudicando a qualidade de vida desses pacientes (Nunes *et al.*, 2015). O aumento da mortalidade observado em faixas etárias mais avançadas é um indicador relevante da necessidade de políticas públicas mais eficazes para a prevenção e o cuidado do HIV no país (Guimarães *et al.*, 2017).

Ao longo do tempo, observa-se uma mudança no perfil de exposição ao HIV/AIDS, com impacto significativo na categoria de análise de exposição (Santos *et al.*, 2002; Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001). Inicialmente, durante os primeiros anos da epidemia, a maioria dos casos diagnosticados de AIDS estava entre homens que fazem sexo com outros homens - homossexuais e bissexuais, representando 71% dos casos em 1984. No entanto, houve uma redução nessa proporção nos anos seguintes, atribuída à mobilização social e mudança de comportamento em direção a práticas sexuais mais seguras, mesmo que alguns indivíduos possam se identificar como heterossexuais devido a preconceitos. Desde os anos 2000, essa proporção oscila entre 20% e 26% dos casos diagnosticados no país. A transmissão heterossexual emergiu como a via de transmissão mais significativa na epidemia, contribuindo para o aumento dos casos entre mulheres. O aumento na proporção de casos com categoria de exposição



desconhecida dificulta a avaliação do perfil de exposição (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001).

As transformações no cenário da epidemia de AIDS no Brasil refletem uma tendência de heterossexualização, feminização, empobrecimento, envelhecimento e ressurgimento da transmissão entre homens que têm sexo com homens. Esta epidemia é complexa e está entrelaçada com questões socioeconômicas, enfrentando estigma, discriminação e conservadorismo, resultando em diferentes percepções do processo saúde-doença entre os grupos afetados. Nesse sentido, são necessárias políticas que abordem a prevenção do HIV de forma específica para cada grupo, com foco especial nas populações-chave em relação ao HIV. Isso inclui estratégias descentralizadas de prevenção, testagem oportuna, início imediato de tratamento, promoção da adesão ao tratamento, além de profilaxias pré e pós-exposição e promoção do uso contínuo de preservativos (Leite, 2020).

A epidemia de AIDS no Brasil teve origem entre as classes média e alta, com o vírus do HIV introduzido por pessoas que entraram em contato com a doença nos Estados Unidos durante viagens, antes de se disseminar entre as populações socioeconomicamente desfavorecidas. Isso resultou em uma inversão do perfil epidemiológico dos infectados, com uma predominância atual de pessoas pardas, refletindo o grande número de casos entre essa raça. Essa mudança não se deve a predisposições genéticas, mas sim a fatores sociais e econômicos, já que a população parda é majoritária nos estratos sociais mais pobres e enfrenta dificuldades de acesso a insumos como preservativos (Costa *et al.*, 2017).

Por outro lado, o elevado número de casos entre a população parda também pode ser atribuído à discriminação racial enfrentada no Sistema Único de Saúde (SUS), o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e viola o princípio da equidade. Essa discriminação pode se manifestar de maneira velada, levando os profissionais de saúde a subestimar as queixas dos pacientes ou a utilizar expressões depreciativas, o que prejudica o estabelecimento de um vínculo adequado com o sistema de saúde e dificulta o acesso a informações cruciais para a prevenção da AIDS (Silva, Lima, 2021).

A falta de casos relatados entre a população amarela e indígena indica uma subnotificação significativa de casos de AIDS. No caso dos indígenas, essa subnotificação pode ser atribuída ao descaso em relação à saúde desses grupos,



resultando em diagnósticos tardios em estágios avançados da doença e acesso insuficiente aos medicamentos antirretrovirais, o que contribui para o aumento das taxas de mortalidade não notificada. Conseqüentemente, houve poucos casos notificados de AIDS entre os indígenas de 2013 a 2022, destacando a fragilidade dos serviços de saúde indígena, especialmente em regiões como o Norte, onde o diagnóstico da doença entre esses grupos é inconsistente e pouco confiável, mesmo após períodos de aumento de casos em anos anteriores (Graeff *et al.*, 2021).

No que diz respeito à importância da atuação da CNAIDS no cenário brasileiro, três Portarias Ministeriais são destacadas neste período, sendo publicadas em 1986 (Portaria 199), 1987 (Portaria 101) e 1988 (Portaria 437). Desde o seu estabelecimento, as atribuições da CNAIDS são definidas como um órgão consultivo do Ministério da Saúde, e há interessantes nuances nas redações que refletem o estágio da epidemia e a busca por orientações por parte do Programa Nacional de Imunizações. Na primeira portaria, a Comissão de Assessoramento em Aids mantém uma relação simbiótica com o Programa Nacional, incumbindo-se de assessorar o Ministério em todos os aspectos relacionados ao controle da síndrome de imunodeficiência adquirida; acompanhar a implementação e a avaliação das ações, bem como o progresso das pesquisas internacionais (Brasil, 2003).

Ao CNAIDS também fica a responsabilidade de assessorar na definição de mecanismos técnico-operacionais; na avaliação de desempenho dos componentes da ação e na coordenação da produção de documentos técnicos e científicos. Para finalizar esta discussão, ressaltamos que a luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação estado e sociedade esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. Essa característica de formulação e definição de estratégias de prevenção e assistência, em parceria com a sociedade civil e a comunidade científica faz parte da história da aids no Brasil (Brasil, 2003).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar a frequência de casos confirmados de HIV/AIDS no Brasil durante o período de 2019 a 2022, análise essa que, atrelada ao método *ex-post-facto*, destacou/evidenciou o impacto significativo nos aumentos de casos da infecção com o desmantelamento da CNAIDS. Ao contextualizar os dados obtidos através das lentes teóricas da biopolítica de Michel Foucault (1999) e da necropolítica de Achille Mbembe (2018), procurou-se demonstrar como as mudanças nas políticas públicas influenciaram a saúde da população e contribuíram para a vulnerabilidade de grupos específicos.

Desde sua criação em 1986, a CNAIDS passou por várias reformulações em suas competências, composição e denominação (Brasil, 1986, 1987, 1988, 1992, 1994, 1996, 2000a, 2000b, 2003, 2004, 2005, 2011). De 2007 a 2019, a Comissão foi balizada por três Portarias: a) GM/MS nº 1.119, de 08/06/2004 (Brasil, 2004); b) SVS/MS nº 43, de 28/05/2005 (Brasil, 2005); e c) SVS/MS nº 226, de 04/08/2011 (Brasil, 2011). A Portaria GM/MS nº 1.119/2004 foi fundamental por instituir e estabelecer as regras de funcionamento da CNAIDS, definindo seu caráter consultivo e sua finalidade de assessoramento ao Ministério da Saúde na formulação da política de prevenção, controle e assistência às DST/HIV/aids.

Para compreender melhor a CNAIDS no período estudado, é importante destacar os aspectos históricos acerca da Comissão e do DHIVA, também condutor da CNAIDS. De 2007 a 2019, a CNAIDS contou com cinco coordenadores: Mariângela Batista Galvão (2007-2010), Dirceu Bartolomeu Greco (2010-2013), Fábio Mesquita (2014-2016), Adele Schwartz Benzaken (2016-2018) e Gerson Fernando Mendes Pereira (2019), quando a CNAIDS foi extinta pelo Decreto Nº 9.759 (BRASIL, 2019).

As tensões e agendas políticas durante o mandato de JMB tiveram uma influência considerável na configuração das políticas de saúde pública. A administração JMB foi marcada por um direcionamento ideológico que frequentemente negligenciou áreas cruciais de saúde, resultando em um desmonte sistemático de estruturas estabelecidas como a CNAIDS, objeto do presente estudo. Esse desmantelamento refletiu um alinhamento com práticas necropolíticas, conforme conceituado por Mbembe (2018), na qual a gestão política decide quem pode viver e quem deve morrer. No contexto da saúde pública, essa prática se manifesta na redução do acesso a serviços



de prevenção, diagnóstico e tratamento, exacerbando a mortalidade entre populações vulneráveis.

O conceito foucaultiano de “fazer viver ou deixar morrer” (Foucault, 1999, p. 285) é fundamental para a compreensão da racionalidade de poder que opera na gestão da vida e da morte no interior do Estado moderno. Conforme argumenta Foucault (1999), a biopolítica emerge como uma tecnologia de poder voltada à administração da vida das populações, atuando sobre taxas de natalidade, mortalidade e morbidade, com o objetivo de otimizar os corpos vivos em nome da produtividade e do controle social. No entanto, durante o mandato de JMB, observou-se uma inversão perversa dessa lógica: a descontinuidade deliberada de políticas públicas de saúde, como aquelas coordenadas pela CNAIDS, operou não pela maximização da vida, mas pela sua negligência sistemática. A ausência de mecanismos reguladores eficazes e o desmantelamento de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS evidenciam, portanto, uma política que recusa o “fazer viver” em favor da gestão da morte – o “fazer morrer” –, conceito que Foucault (1999, p. 291) associa a uma morte silenciosa, infiltrada na vida cotidiana, que a corrói, enfraquece e extingue progressivamente.

Dessa forma, reafirma-se neste trabalho a *tese* de que as práticas políticas do governo JMB não apenas configuram um desvio da biopolítica, mas inscrevem-se plenamente no campo da necropolítica, conforme teorizado por Mbembe (2018), ao instituir uma soberania que decide quais vidas merecem ser protegidas e quais podem ser descartadas. Trata-se de uma gestão seletiva da morte, cuja consequência é a vulnerabilização radical de populações historicamente marginalizadas – como os usuários que dependem da CNAIDS para garantir o acesso a direitos fundamentais como prevenção, tratamento e dignidade. Ao desarticular as estruturas de cuidado e assistência, o Estado assume o papel de agente da exclusão letal, operando um biopoder degenerado em necropoder, cujos efeitos, embora sutis em sua execução, são devastadores em sua materialidade: a persistência da epidemia como forma de genocídio silencioso.

Conforme dito acima, a precarização do acesso a serviços de saúde, evidenciada pela análise dos dados, mostrou como a instrumentalização da existência humana e a destruição material de corpos humanos, discutida por Mbembe (2018, p. 10), se



manifestaram no Brasil durante o governo de JMB. A gestão inadequada da saúde pública refletiu uma forma de necropolítica, onde o poder decide sobre a vida e a morte de forma seletiva, resultando em um aumento das desigualdades e vulnerabilidades.

Os dados deste estudo revelaram que a população parda apresentou o maior número de casos confirmados de HIV/AIDS em todas as categorias de exposição ao longo dos anos. Mbembe (2018, p. 14) destaca que “na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado.” A desproporcional incidência de HIV/AIDS entre populações marginalizadas racialmente no Brasil evidencia como as políticas públicas podem reforçar desigualdades estruturais, contribuindo para a manutenção de um estado de exceção permanente, onde grupos específicos são sistematicamente negligenciados.

A análise das variações nos casos de HIV/AIDS por categoria de exposição e etnia demonstrou a importância de intervenções específicas e sensíveis às realidades de cada grupo. Foucault (1999, p. 293) argumenta que “nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, e claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais.” A alta frequência de casos ignorados indica a necessidade de aprimoramento nos métodos de coleta e análise de dados para garantir uma compreensão completa da epidemia.

Finalmente, este estudo buscou enquadrar essas análises micro no contexto das tensões e agendas políticas macro, destacando como a gestão de JMB influenciou os vieses necropolíticos e a dinâmica do biopoder. A continuidade deste estudo se mostra essencial para compreender melhor as dinâmicas de poder que influenciam a saúde pública no Brasil. Desse modo, é imperativo reconhecer a importância de políticas de saúde pública robustas e inclusivas para enfrentar eficazmente epidemias como o HIV/AIDS, garantindo que todos os indivíduos tenham acesso aos cuidados necessários para viver com dignidade e saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF: 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em: 29 abr. 2024.

**IΦ-Sophia**Revista eletrônica de investigação
filosófica, científica e tecnológica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **A Comissão Nacional de Aids: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.028, de 03 de junho de 1994. Reformular a composição, dar nova denominação e outras competências a Comissão Nacional de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – CNCSIDA, prevista na Portaria Ministerial no 437, de 14 de maio de 1992. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 3 jun. 1994.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.119, de 08 de junho de 2004. Instituir Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – CNDST/AIDS. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 8 jun. 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.468, de 19 de julho de 1996. Reformular a composição da Comissão Nacional de AIDs. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, p. 33, 19 jul. 1996.

BRASIL. Portaria GM/MS no 101, de 10 de março de 1987. Constituir a Comissão Nacional de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 10 mar. 1987.

BRASIL. Portaria GM/MS no 199 de 25 de abril de 1986. Criar a Comissão Nacional de Assessoramento em Aids de caráter técnico-consultivo, interministerial. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, p. 6054, 25 abr. 1986.

BRASIL. Portaria GM/MS no 218, de 03 de março de 2000. Incluir membro na Comissão Nacional de Aids - Cnaids. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 3 mar. 2000a.

BRASIL. Portaria GM/MS no 326, de 24 de março de 2000. Alterar a presidência da Comissão Nacional de Aids - Cnaids. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 24 mar. 2000b.

BRASIL. Portaria GM/MS no 437, de 22 de julho de 1988. Constituir a Comissão Nacional de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 22 jul. 1988.

BRASIL. Portaria GM/MS no 553, de 14 de maio de 1992. Reformular a composição da Comissão Nacional de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 14 maio 1992.

BRASIL. Portaria SVS/MS no 226, de 04 de agosto de 2011. Constituir a Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Hepatites Virais - CNAIDS. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 2011.



BRASIL. Portaria SVS/MS no 43, de 28 de setembro de 2005. Constituir a Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – CNAIDS, instituída pela Portaria nº. 1.119/GM, de 8 de junho de 2004. **Diário Oficial da União**, Imprensa Nacional, 28 set. 2005.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. “AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada”. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 34, p. 207-217, 2001.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. “AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada”. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 34, p. 207-217, 2001.

CALVETTI, P. Ü. *et al.* “Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 04, p. e324317, 2016.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N.; SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5361-5370, 2021.

COSTA, M. I. F. *et al.* **Adolescentes em situação de pobreza: resiliência e vulnerabilidade às IST/HIV/AIDS**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

DARTORA, W. J.; ÂNFLOR, É. P.; SILVEIRA, L. R. P. “Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde”. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1919-1928, 2017.

DIAS, W. B. *et al.* “O perfil psicossocial de pessoas vivendo com HIV/AIDS em uma unidade de acompanhamento em Belém-PA: Relato de Experiência”. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 1, p. e1429-e1429, 2020.

DOURADO, I. *et al.* “Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral”. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 9-17, 2006.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976) / Michel Foucault; tradução Maria Ermantina Galvão. – São Paulo: Martins Fontes. 1999.

GRAEFF, S. V. *et al.* “Evolução da infecção pelo HIV entre os povos indígenas do Brasil Central”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00062920, 2021.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* “Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 182-190, 2017.



MBEMBE, A. **Necropolítica**: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

NUNES, A. A. *et al.* “Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART)”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3191-3198, 2015.

OLIVEIRA, F. Braz M. *et al.* “Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS”. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 510-516, 2015.

PARKER, R.; CAMARGO JR, K. R. “Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S89-S102, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2000.v16suppl1/S89-S102/pt/>. Acessado em: 30 abr. 2024.

PEREIRA, G F. M. *et al.* “HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas”. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 22, p. e190001, 2019.

PRADO, R. R.; CASTILHO, E. A. “A epidemia de aids no Estado de São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo”. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, p. 537-542, 2009.

REIS, C. T. *et al.* “A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1219-1228, 2008.

RODRIGUES, E. H. G; ABATH, F. G. C. “Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil”. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, p. 47-52, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/r7W4yNcrVpS36NFtK5JyBYM/?lang=pt>. Acessado em: 30 abr. 2024.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. “A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal”. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, p. 312-317, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/67XPvbNsmg8zgK8RTkhzDtv/>. Acessado em: 30 abr. 2024.

SANTOS, A. C. F. *et al.* “Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil”. **Revista eletrônica acervo saúde**, n. 48, p. e3243-e3243, 2020.

SANTOS, N. J. S. *et al.* “A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 286-310, 2002.

SILVA, H. C. B.; LIMA, T. C. S. “Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social”. **Revista Katálysis**, v. 24, p. 331-341, 2021.