

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**HOSANA ALVES PEREIRA RODRIGUES**

O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 NO TRATAMENTO DAS  
PESSOAS COM HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE

2021

Hosana Alves Pereira Rodrigues

O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL  
Nº 95/2016 NO TRATAMENTO DAS PESSOAS  
COM HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS  
GERAIS

Dissertação apresentada ao curso Maestría  
Estado, Gobierno y Políticas Públicas da  
Faculdade Latino-Americana de Ciências  
Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do título de  
Magíster em Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Orientadora: Profa. Ma. Maria Júlia Gomes Andrade

Belo Horizonte

2021

RODRIGUES, Hosana Alves Pereira

O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 NO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS GERAIS/ Hosana Alves Pereira Rodrigues. Belo Horizonte: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas: 108f.

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientadora: Profa. Maria Júlia Gomes Andrade

Hosana Alves Pereira Rodrigues

O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016 NO TRATAMENTO DAS  
PESSOAS COM HIV/AIDS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como partedos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em:

---

Profa. Ma. Maria Júlia Gomes Andrade  
FLACSO Brasil/FPA

---

Profa. Dra. Ana Luíza Matos de Oliveira  
FLACSO Brasil/FPA

---

Prof. Dr. Bruno Puccinelli  
FLACSO Brasil/FPA

---

Profa. Dra. Márcia Pereira Cunha  
FLACSO Brasil/FPA

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que, mesmo nos momentos mais difíceis, não me deixou desistir. Ele me mostrou que eu posso fazer um plano, mas é o dEle que prevalece.

Ao final da caminhada, minha mãe partiu, e... como ela estava animada em ver que eu estava chegando à conclusão de mais uma etapa! Por isso, agradeço aos meus pais, pois eles sempre estiveram presentes sendo positivos em todos os projetos da minha vida.

Agradeço ao Partido dos Trabalhadores (PT), o qual investe em seus filiados.

Agradeço, também, à Fundação Perseu Abramo (FPA) e à Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLASCO), pela caminhada de luta e de realização. Espero traçar novas vitórias com o conhecimento adquirido.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Ma. Maria Júlia Gomes Andrade, que vivenciou comigo todos os momentos de felicidade, angústia, aflição, perdas e, ao final, vitória.

Agradeço à minha família, que esteve ao meu lado me amparando em todos os momentos vividos, principalmente nos últimos dois anos em que tivemos tantas perdas à nossa volta.

Por fim, agradeço a todas e a todos que fizeram parte desta jornada, principalmente às professoras e aos professores do curso, aos colegas de sala, à Esther Oliveira e à Bruna Machado, pelas correções. Enfim, agradeço a paciência, atenção, diligência e perseverança.

Meu eterno carinho e agradecimento!

*“É parte da cura o desejo de ser curado.”*

*Sêneca*

## RESUMO

O presente trabalho analisou o impacto da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/16) na área da saúde, com ênfase no tratamento de pessoas que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no estado de Minas Gerais. A EC 95/16, também conhecida como “Teto de Gastos Públicos”, instituiu no Brasil um novo regime fiscal que abrange os Orçamentos Fiscais e a Seguridade Social da União. À época da aprovação, a base do então governo de Michel Temer garantiu que as áreas da saúde e da educação não sofreriam impactos negativos com o novo regime fiscal implantado. No entanto, ao contrário disso, o Brasil vive inúmeros retrocessos nas áreas em questão, com um agravante atual no governo Bolsonaro. Organizações da sociedade civil — tais como sindicatos, partidos políticos, conselhos profissionais e entidades de classe — apontam as deficiências impostas pelo modelo fiscal e consideram que a EC 95/16 é inconstitucional. A partir disso, buscou-se revisar a parte histórica dos direitos garantidos e consagrados na Constituição de 1988, focando o direito à saúde e contestando o impacto da emenda, principalmente para os cidadãos que dependem do SUS para tratamento de saúde contra HIV/Aids. Assim, constatou-se que os ajustes propostos pela EC 95/16 fragilizam investimentos sociais direcionados à população mais pobre. Ademais, verificou-se que tal enfraquecimento se faz evidente na proposta de reajuste dos investimentos, que ficou abaixo dos investimentos dos anos anteriores à emenda. De acordo com o texto do referido documento, todo o gasto primário passou a ser corrigido segundo dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ou seja, o reajuste é aplicado pela inflação acumulada do ano anterior. Diante da discussão, a pesquisa concluiu que houve, e ainda haverá, grande impacto na área da saúde e na população que depende do SUS para o tratamento de HIV/Aids no estado de Minas Gerais.

**Palavras-chave:** Emenda Constitucional nº 95. Aids. HIV. Saúde. Teto de Gastos.

## **ABSTRACT**

The present work seeks to introduce the impact of Brazilian Constitutional Amendment (number 95 - CA 95/2016) in the Health Area, with an emphasis on the treatment of people who use the National Health Service for the treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome in the state of Minas Gerais. The Amendment (number 95 of 2016), which is also known as the “Public Spending Ceiling” instituted in Brazil a new fiscal regime that covers the Fiscal Budgets and the Social Security of the Union. At the time of approval, the base of Michel Temer’s government guaranteed that the Health and Education areas would not suffer with the negative impacts from the new tax regime implemented. However, unlike that, Brazil is experiencing countless retrogressions in these areas with a current aggravation in Bolsonaro's government. Civil society organisations - such as trade unions, political parties, professional aids and class entities - point out the imposed deficiencies by fiscal model considering the CA 95/2016 is unconstitutional. Therefore, we sought to review the historical part of the guaranteed rights in the 1988 Constitution, focusing on the right to health and contesting the impact of the amendment, mainly for the citizens that depend on the National Health Service for health treatments against HIV. Furthermore, it was found that the adjustments proposed by CA 95/16 weaken social investments aimed at the poorest population. Moreover, it was found that such weakening is evident in the proposed readjustment of investments. According to the text of the referred document, all primary spending is now corrected according to data from National Wide Consumer Price Index, in other words, the readjustment will be applied due to the accumulated inflation of the previous year. In the light of the discussion, this search concluded that Health will have a huge impact in its area and in the population that depends on the National Health Service, which is free, for the HIV’s treatment in the state of Minas Gerais.

**Keywords:** Brazilian Constitutional Amendment number 95. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Health; Spending ceiling.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa de casos notificados de HIV/Aids por regionais de saúde em Minas .....	54
<b>Figura 2</b> – Mapa de distribuição, frequência de casos notificados de HIV/Aids por municípios de residência em Minas Gerais, ano 2018 .....	54
<b>Figura 3</b> – Programa BH de Mãos Dadas Contra a Aids.....	61
<b>Figura 4</b> – Os maiores gastos do governo federal .....	65
<b>Figura 5</b> – Dispensação de antirretrovirais (ARV) e PVHIV vinculados .....	91
<b>Figura 6</b> – Total de Exames Realizados .....	92
<b>Figura 7</b> – Total de pessoas vivendo com HIV que iniciaram o tratamento com antirretrovirais .....	93
<b>Figura 8</b> – Proporção de dispensação de ARV no intervalo de 36, 60 e 90 dias.....	93

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Evolução temporal dos coeficientes de incidência de Aids, detecção de HIV+ e mortalidade por HIV/Aids, Minas Gerais (2007 a 2016) .....	43
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos coeficientes de incidência/detecção de HIV/Aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária, Minas Gerais (2007 a 2016).....	44
<b>Gráfico 3</b> – Demonstrativo do número total de casos de Aids diagnosticados no estado de Minas Gerais no período de 1983 a 2013 .....	47
<b>Gráfico 4</b> – Gráfico demonstrativo do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais, segundo a faixa etária, no período de 1983 a 2013 .....	47
<b>Gráfico 5</b> – Número de casos de infecção pelo HIV/Aids, em maiores de 13 anos (2014–2018) .....	48
<b>Gráfico 6</b> – Demonstrativo do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais, segundo a categoria de exposição, no período de 1983 a 2013 .....	48
<b>Gráfico 7</b> – Percentual de casos notificados de HIV/Aids em maiores de 13 anos, segundo categoria de exposição por sexo, em Minas Gerais, 2018 (n=5.227).....	49
<b>Gráfico 8</b> – Tendência dos casos de HIV e Aids, por ano do diagnóstico (2014 a 2018) .....	52
<b>Gráfico 9</b> – Número de casos de HIV/Aids e incidência por ano diagnóstico, em Minas Gerais (2014 a 2018).....	53
<b>Gráfico 10</b> – Comparação entre regras de aplicação em ASPS (R\$ bilhões).....	75

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição proporcional dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de caso por ano, Minas Gerais (2007 a 2016) .....	44
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critérios de definição de caso, evolução, gestação e categoria de exposição, Minas Gerais, 2007 a 2016 (N= 35.349).....	46
<b>Tabela 3</b> – Distribuição do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais por ano diagnóstico segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013 .....	50
<b>Tabela 4</b> – Dados Epidemiológicos .....	55
<b>Tabela 5</b> – Dados Epidemiológicos .....	55

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE</b> .....	18
1.1 A CRIAÇÃO DO SUS .....	18
1.2 A AIDS NO BRASIL .....	26
<b>2 A EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV E DA AIDS</b> .....	36
2.1 AS FASES DO HIV/AIDS NO BRASIL .....	36
2.2 O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM MINAS GERAIS .....	40
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO HIV/AIDS EM BELO HORIZONTE.....	56
<b>3 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016</b> .....	63
3.1 AS EMENDAS CONSTITUCIONAIS NO BRASIL .....	63
3.2 O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/16 NA SAÚDE .....	75
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	96
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	98

## INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é conhecida como “Constituição Cidadã”. Promulgada em 05 de outubro de 1988, ela surgiu como o maior símbolo da redemocratização brasileira, após 21 anos de ditadura militar. A referida carta assegura a liberdade de pensamento dos cidadãos, além dos mecanismos para evitar, principalmente, o abuso de poder. Nela, os direitos fundamentais foram reconhecidos e garantidos.

A atual Constituição inovou, trazendo proteção ao meio ambiente e reconhecendo a importância da biodiversidade. Ademais, ela inseriu o Código de Defesa do Consumidor como um direito fundamental e garantiu pleno acesso à educação e à cultura, conferindo ao Estado a obrigação de proteger as manifestações culturais. No entanto, uma das maiores revoluções encontradas em toda a legislação brasileira se relaciona à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, atualmente, é responsabilidade da União, dos estados e dos municípios. Tal sistema é de suma importância para a população, uma vez que possui atendimento universal, ou seja, para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros (BRASIL, 1988).

Além disso, a Constituição Federal de 1988 abre a possibilidade de inserção de emendas constitucionais ao longo do seu texto. Para que essas emendas ganhem força de lei, é necessário um Projeto de Emenda Constitucional (PEC). A emenda, segundo o Artigo 60 da Constituição, poderá ser proposta pelo presidente da República, assim como por um terço dos deputados federais ou do Senado Federal.

Todavia, é válido ressaltar que não podem ser propostas PECs que tendam a suprimir cláusulas pétreas, a saber: forma federativa de Estado; voto direto, secreto, universal e periódico; e separação dos poderes, direitos e garantias individuais. Ademais, a PEC deve ser discutida e votada em dois turnos no Congresso Nacional, em ambas as casas: Câmara Federal dos Deputados e Senado Federal (BRASIL, 1988).

A PEC 241, foco do presente estudo, tramitou na Câmara dos Deputados Federais. Após sua aprovação na Câmara dos Deputados, ela foi para o Senado Federal, sob o rótulo de PEC 55. Destaca-se que o referido projeto foi de iniciativa do governo federal com o objetivo de propor um novo regime fiscal. Uma vez aprovado, o novo regime imporá um teto para os gastos públicos federais, congelando tais despesas por 20 anos. Sua ideia principal era assim exposta:

A ideia é fixar por até 20 anos, podendo ser revisado depois dos primeiros dez anos, um limite para as despesas: será o gasto realizado no ano anterior corrigido pela inflação (na prática, em termos reais - na comparação do que o dinheiro é capaz de

comprar em dado momento - fica praticamente congelado). Se entrar em vigor em 2017, portanto, o Orçamento disponível para gastos será o mesmo de 2016, acrescido da inflação daquele ano. A medida irá valer para os três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. Pela proposta atual, os limites em saúde e educação só começarão a valer em 2018. (ALESSI, 2016, on-line).

Segundo o então ministro da fazenda, Henrique Meirelles, se tal proposta não fosse aprovada, o Brasil estagnaria economicamente e ficaria descreditado no mercado estrangeiro. Portanto, depreende-se que o objetivo não era apenas aumentar a receita, mas diminuir os gastos referentes às despesas da União, considerando, principalmente, saúde e educação. A esse respeito, o ministro ainda afirmou que “mais importante do que o valor despendido com áreas como saúde, educação e segurança, é a qualidade desses gastos” (ALESSI, 2016, on-line).

Com a aprovação da PEC 241 (ou PEC 55), a proposta passou a ser denominada Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC 95/16), cujos ajustes enfraquecem os investimentos sociais. Assim, todo gasto primário passou a ser estabelecido segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), isto é, o reajuste foi aplicado pela inflação acumulada no ano anterior.

Corroborando a análise de Dão Real Pereira dos Santos, vice-presidente do Instituto Justiça Fiscal, a referida emenda é um retrocesso, na qual “o Estado não só deixará de atuar na redução da pobreza, como se transformará num poderoso instrumento de acumulação e concentração de riquezas” (REINHOLZ, 2018, on-line). Pensando no impacto na saúde, sabe-se que a Constituição determina que o percentual a ser aplicado deve ser de 15% da receita líquida da União e de 12% e 15% do produto da arrecadação dos impostos dos estados e dos municípios, respectivamente. Nesse contexto, cabe ressaltar que a EC 95/16 desvincula os percentuais de investimentos obrigatórios da saúde e da educação, garantidos na Constituição, ora citados (REINHOLZ, 2018).

O Repositório do Conhecimento do Ipea (RCIPEA) discute o impacto do congelamento, conforme a seguir:

a) desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) da receita corrente líquida; b) perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86; c) redução do gasto público per capita com saúde; d) desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; e) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde; e f) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 4).

Assim, comprova-se que o entendimento do governo Temer — e agora, também, da atual gestão Bolsonaro — caminha na direção planejada. É possível perceber que existe uma intenção latente de fortalecer os planos de saúde e a implantação de planos alternativos populares, o que desconstrói o preconizado pela Constituição, a qual aduz que o serviço privado é complementar ao público. Dessa maneira, a política de assistência social sofre o embate da austeridade, implementada em razão das reformas conservadoras e neoliberais que ainda estão em voga no Brasil (REINHOLZ, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Constituição da República de 1988 é de caráter universal, de direito social e de obrigação do Estado. Portanto, entende-se que se deve garantir o direito à saúde do cidadão sem qualquer tipo de distinção. No entanto, mesmo assim, a saúde pública no Brasil — que possui um sistema universal como o SUS — sofre duras críticas, tanto por parte dos usuários quanto por parte dos seus servidores (LEITÃO *et alli*, 2015).

O descrédito relatado ocorre porque os meios de comunicação dão destaque constante a casos de mau atendimento, de hospitais superlotados e de médicos insatisfeitos, apontando as fragilidades do sistema, e não o atendimento como um todo que é abarcado pelo SUS. Aqui, ressalta-se a extrema importância do SUS, que engloba diversos aspectos da saúde pública e se propõe a fazer, especialmente, o atendimento às pessoas vulneráveis (MEDEIROS; SOUZA, 2017).

Diante do quadro da saúde no Brasil, o grupo específico que trata HIV/Aids, quase em sua totalidade, depende de repasses do governo federal para o tratamento. Segundo o médico Dráuzio Varella, a HIV/Aids é uma enfermidade grave, associada a infecções por germes oportunistas e ao aumento da incidência de tumores malignos. Essa epidemia mundial fez (e ainda faz) com que cientistas do mundo inteiro se empenhem na busca pela cura (VARELLA, 2019). No entanto, até que isso eventualmente ocorra, deve-se orientar a população sobre a doença, sobre como se prevenir e sobre a forma correta de tratamento.

A Aids surgiu como uma doença grave completamente desconhecida pela medicina. Por causar deficiência progressiva da imunidade, ela recebeu o nome de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VARELLA, 2019). Nesse contexto, Varella (2009) afirma que:

Os estudos revelaram também que vírus muito semelhante ao HIV infectavam chimpanzés havia muitos anos. Na caça, manipulação e ingestão da carne desses animais, os homens teriam adquirido esse vírus, que no interior do corpo humano sofreriam mutações transformando-se no HIV. (VARELLA, 2009, p. 11).

Confrontando a ideia da transmissão do vírus, Bastos (2006) relata as ideias bizarras — e até mesmo racistas — que ainda geram um estigma ligado à doença. Algumas dessas ideias preconceituosas relatavam a possível relação sexual entre homens e macacos ligando essas ideias às tribos africanas (BASTOS, 2006). No Brasil, logo no início da década de 1980, a Aids se mostrou como algo desafiador para a saúde pública. Sabia-se pouco, mas, mesmo assim, ela chegou rotulada como a “peste gay”.

Em 1982, o estado de São Paulo foi o pioneiro a criar uma entidade governamental dedicada ao estudo da Aids. Em um segundo momento, o Brasil buscou intercambiar conhecimentos técnicos e apoio financeiro com outros países, firmando parcerias que marcaram as políticas públicas de saúde para lidar com a nova doença que havia surgido no cenário mundial (VILLARINHO, 2013).

Assim sendo, com o passar do tempo, e após um início tão preconceituoso, a sociedade lutou para garantir os direitos ao tratamento e o sigilo de sua intimidade. Salienta-se que a luta não apenas buscava o direito à vida privada e à intimidade, mas também objetivava uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a Constituição de 1988:

[...] estendeu a dignidade da pessoa humana a todos os direitos fundamentais, que contenham as características inerentes à historicidade, universalidade, limitação, concorrência e irrenunciabilidade, integrando, ou não, à parte que lhes é reservada no texto constitucional. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002, p. 62–63).

Por isso é tão importante garantir às pessoas que vivem com o HIV a aplicabilidade de seus direitos constitucionais para que elas não sofram abusos, bem como tenham um tratamento digno, respeitoso e garantido pelo Estado. É justamente isso que está sendo fortemente ameaçado pela EC 95/16.

Diante do exposto até o momento, deve-se dizer que a presente dissertação está dividida em três capítulos, além de uma seção de introdução e outra de considerações finais. No primeiro capítulo, será realizada uma revisão bibliográfica das políticas públicas brasileiras e das iniciativas governamentais e populares para tratativa e controle da pandemia da Aids. Nesse capítulo, ainda serão analisadas ações que contribuíram para o movimento sanitário — desde o final da década dos anos de 1970 até a Constituição de 1988 —, o qual culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, será apontada a importância das conferências nacionais de saúde e a integração do SUS na atual Constituição, instituindo à população brasileira o direito de ter a saúde de forma universal e gratuita. Por fim, o primeiro capítulo discorrerá sobre o momento em que a Aids surgiu no Brasil, bem como sobre a diferença entre



HIV e Aids, a estigmatização da doença e dos doentes e as políticas públicas direcionadas para o tratamento da doença.

No segundo capítulo, abordaremos a execução das políticas públicas para o enfrentamento da Aids em Minas Gerais. Primeiramente, será feita uma abordagem acerca da evolução da pandemia no Brasil, da omissão governamental na sua tratativa e da articulação de diversos grupos da população que se uniram para exigirem e elaborarem uma resposta para a doença. Além disso, serão informados quais foram os primeiros medicamentos utilizados para o tratamento da doença e quais foram os projetos que o Brasil fez parte no enfrentamento da pandemia. Ademais, apontaremos o período em que a Secretaria de Saúde de Minas Gerais passou a realizar a testagem na população pela rede pública, direcionando as pessoas para o início do tratamento em casos de confirmação positiva da doença. Ainda no segundo capítulo, será apresentado o Programa Estadual de DST e Aids em Minas Gerais, assim como estatísticas com índice de contaminação, detecção, acompanhamento por ano, índice por sexo e idade, além dos diagnósticos da Aids no estado. Por fim, discutiremos sobre as políticas públicas implantadas em Belo Horizonte e a disponibilização do diagnóstico no posto de saúde. Aqui, destacaremos a importância do Hospital Eduardo de Menezes (HEM) para o acompanhamento e o tratamento das pessoas com HIV/Aids no estado de Minas Gerais.

Para aprofundar os dados específicos de Minas Gerais, no terceiro capítulo, trabalharemos o impacto da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, na saúde, com ênfase para as pessoas que tratam HIV/Aids em Minas Gerais. Informaremos que a emenda trata da implantação de um novo regime fiscal para o país, como forma de evitar a elevação dos gastos públicos federais. Ainda, apresentaremos as críticas à EC 95/16, apontando os pontos nos quais ela é negativa para a saúde. Para tanto, apresentaremos números confirmando o impacto negativo para os repasses para a saúde, se considerado o ano de 2016 no congelamento das despesas para os próximos 20 anos. Também no terceiro capítulo, relataremos a tentativa de desmonte do SUS, principalmente após a eleição do presidente Jair Bolsonaro e a implantação de duras medidas neoliberais. Informaremos os programas que deixaram de existir após a EC 95/16, os quais impactaram as pessoas que vivem com HIV/Aids, especialmente após a chegada da pandemia da covid-19, que comprovou a falta de investimentos na área da saúde no Brasil.

Em termos metodológicos, esta pesquisa tratou-se de uma abordagem de análise documental qualitativa. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do surgimento da Aids no Brasil, dados quantitativos de orçamentos, dados populacionais e de atendimento ao HIV, da construção das propostas de emendas constitucionais e do impacto da emenda

constitucional após sua promulgação. Dessa maneira, foram utilizadas tanto fontes primárias quanto secundárias, aplicadas às controvérsias jurídicas existentes e as que surgiram após a implementação da EC 95/16. Também foram pesquisados dados do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de MG e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Por fim, concluímos que ocorreu um forte impacto na saúde brasileira com a promulgação da EC 95/16. Com relação ao impacto para as pessoas que precisam do governo no tratamento de HIV/Aids, o impacto se deu com a descontinuidade de programas municipais e, diretamente, com as demissões nas comissões para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e na suspensão de contratos laboratoriais. Enfim, uma verdadeira afronta à saúde e à dignidade da pessoa humana.

## 1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE

Será apresentada neste capítulo parte da história do HIV/Aids no Brasil. Para tanto, abordaremos: as iniciativas governamentais para controle e tratativa da pandemia; a atuação e a participação da sociedade civil e dos setores não-governamentais; as conquistas no campo da prevenção e tratamento; e, por fim, os programas direcionados para o público em questão. Caberá ressaltar a importância de movimentos anteriores, iniciados no início dos anos 70, como o movimento sanitário, que foi o marco para democratização do atendimento relacionado à saúde pública no Brasil.

### 1.1 A CRIAÇÃO DO SUS

A saúde pública brasileira conheceu sua maior conquista na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é mantido por políticas públicas que estão diretamente ligadas às funções desempenhadas pelo Estado, sendo este o principal agente na criação, na implantação e na fiscalização dos programas sociais decorrentes de tais políticas. Nesse contexto, importa destacar que o Estado tem como premissa maior promover o bem-estar da sociedade, sem qualquer distinção, conforme preconiza o Artigo 5º da Constituição de 1988: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988).

No entanto, para que isso ocorra conforme o descrito, a atuação do Estado precisa alcançar diferentes áreas da sociedade, como saúde, bem-estar, educação, segurança pública, meio ambiente, etc. Ademais, para que se possa atuar nessas diferentes áreas, são necessárias políticas públicas voltadas para as respectivas finalidades.

Nessa esteira, vislumbra-se a definição das políticas públicas no Brasil como ações do Estado voltadas para solução de problemas da sociedade. É na atuação dessas soluções que se faz presente um dos exercícios da democracia, conforme o demonstrado no Artigo 5º da Constituição: entre os cidadãos, não deve haver distinção de qualquer natureza. Ressalta-se que o referido direito é válido a todos os brasileiros e estrangeiros aqui residentes.

Faz-se muito importante saber que o Estado — a saber, União, estados e municípios — é obrigado a realizar tudo o que for prescrito em lei, a fim de garantir a supremacia do interesse público sobre o privado. Por conseguinte, na constante busca pela garantia dos direitos sociais, pode-se focalizar o direito à saúde.

A partir desse contexto, e considerando a evolução no conceito de que a saúde já não estava ligada apenas à cura de uma doença ou à ausência dela, tem-se que a saúde implicaria, também, a garantia de saneamento básico, de moradia, de prevenção de doenças e de alimentação de qualidade. Em outras palavras, dever-se-ia reorganizar a saúde de maneira a contemplar toda a sociedade, e não apenas aqueles que contribuíam junto à Previdência Social para o seu uso (SCLIAR, 2007).

A saúde da população é consequência de políticas sociais e econômicas de forma determinante e condicionante para garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. A saúde deve ser universal, um direito para todas as pessoas. Além disso, ela deve ser promovida e protegida com ações específicas de recuperação e de reabilitação dos indivíduos.

Nessa linha de pensamento, a partir dos anos de 1980, o cenário sindical brasileiro começou a ganhar força, consolidando-se e reivindicando políticas trabalhistas em razão das condições insustentáveis vividas naquele período pelo excesso de trabalho e pelo adoecimento da sociedade. Em 1983, o movimento voltado para as eleições presidenciais, conhecido como “Diretas Já”, iniciou-se. Tal movimento recebeu grande adesão da classe trabalhadora, a qual reivindicava, principalmente, o acesso à saúde.

O cenário político do final da ditadura militar contribuiu para adesão social à luta pelas políticas públicas também no âmbito da saúde. Assim, a relação entre saúde e democracia ganhou visibilidade e passou a ser apresentada constantemente nas pautas dos movimentos sociais e em suas manifestações nas ruas. Desse modo, os movimentos se articularam e reivindicaram a luta por saneamento básico, água, luz e postos de saúde. Enfim, começou-se a ver a luta pelo fortalecimento do setor público e pela promoção da saúde.

Ainda nesse período, iniciou-se o que conhecemos atualmente como a Nova República (1985–1988), considerada um período de transição democrática no Brasil. Os anos da Nova República foram marcados pela alta da inflação e pela eleição indireta de Tancredo Neves para presidente da República. No entanto, Tancredo faleceu antes de sua posse, e o governo teve de ser assumido pelo vice-presidente José Sarney. Já no poder, o então presidente Sarney convocou a Assembleia Constituinte e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (FERREIRA, 2018).

A transição democrática foi um marco para a história da saúde brasileira, pois foi na 8ª CNS, com intensa participação popular, que se redigiu a proposta de criação do SUS, cuja concretização se deu na Constituição Federal de 1988. O movimento pela Reforma Sanitária foi de suma importância para criação do SUS e para a inserção do texto constitucional referente

à saúde; por sua vez, as CNS foram de suma importância para a evolução da saúde, podendo ser definidas como:

[...] espaços de encontro (gestores, governos, população, trabalhadores, especialistas, usuários, sociedade) que permitem essas reflexões e que possibilitam a construção de consensos, de forma a gerar contribuições e as respectivas construções conceituais que as sustentam. Esses conhecimentos são sistematizados em relatórios que podem (ou devem) servir de referência e orientação para a implementação de projetos, programas e ações de saúde e que ajudam na operacionalização do próprio SUS. (STEDILE *et alli*, 2015, p. 2958).

Das conferências, cabe destacar a 8ª CNS, ocorrida em 1986, pois foi a primeira Conferência Nacional com participação popular. Por isso, ela assume um caráter particular de importância política e social. Realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, a 8ª CNS reuniu mais de 4.000 participantes em 135 grupos de trabalho. Pela primeira vez, toda a sociedade se fez presente com representação do Brasil inteiro no evento.

Na referida Conferência, a luta prioritária foi por um sistema de saúde universal e não excludente. Ressalta-se, ainda, que existiam representantes de todos os setores da sociedade, tais como: gestores de empresas, governos estaduais e municipais, trabalhadores, especialistas em gestão pública, políticos, representação da saúde privada, representantes da sociedade civil, organizações não governamentais, dentre outros.

Portanto, pode-se dizer que a 8ª CNS foi considerada o marco ideológico da Reforma Sanitária; a Assembleia Nacional Constituinte foi o marco legal. Conforme abaixo demonstrado, o evento promoveu o aprofundamento da análise de diversos documentos e de diversas categorias relacionadas à saúde pública no Brasil:

A análise foi realizada a partir do seguinte percurso: 1) leitura prévia dos documentos selecionados, seguida da identificação de trechos que continham conteúdo relevante à temática da universalidade; 2) identificação de eixos temáticos que atravessavam o objeto de estudo e que se apresentavam em relação com a temática da universalidade: Direito à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Responsabilidade do Estado; Unificação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); Estatização do SNS; Setor Privado como Concessão; 3) organização do material em tabelas divididas por documentos e subdivididas pelos eixos temáticos identificados; e 4) análise dos sentidos existentes no contexto de fala e condições de possibilidade, reconhecendo núcleos argumentativos. (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020, p. 19).

Em resumo, tratou-se de uma organização em um contexto político forte resultante do movimento sanitarista. Ademais, ela aconteceu em um momento de transição democrática, que ansiava por resultados concretos e tinha como fulcro a participação popular. Assim, podemos considerá-la como o ápice, o qual trouxe à discussão temáticas importantes para a reformulação

do sistema nacional de saúde. Segundo Chagas e Torres (2008, p. 13), “Foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’”.

Diante dessa reformulação do Sistema Nacional de Saúde, uma das propostas do movimento sanitário foi a de conduzir o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para dentro do Ministério da Saúde. Dessa forma, a assistência à saúde — que até então era restrita aos previdenciários, ou seja, àquelas classes de trabalhadores que contribuíram para o Instituto — seria aberta a todos os brasileiros. Nascia, então, o conceito do SUS:

O relatório final apontava o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. O financiamento se daria por impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Também foram aprovadas na 8ª conferência as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. “Nós tínhamos que passar a responsabilidade das ações de saúde para os municípios”, explica Arlindo. O relatório aponta ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema. (CHAGAS; TORRES, 2008, p. 03).

Em seguimento às conquistas populares relacionadas à saúde, foi criada na mesma CNS a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. Tal comissão tinha por objetivo elaborar um documento técnico para ser encaminhado para a Assembleia Nacional Constituinte. É importante destacar que, nesse documento, o conceito de “saúde” passou a englobar condições, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso à posse de terra e a serviços de saúde.

A partir dessa mudança, confirmava-se que “saúde” não era apenas “ausência de doença”, mas sim o mais completo estado de bem-estar físico, social e mental. Tal reformulação, para o tipo de governo em questão, era um grande avanço. Salienta-se que, na referida CNS, também se discutiu a participação do setor privado na saúde, o qual se adequaria às normas do SUS caso fossem utilizados os seus serviços em caráter de assistência complementar às demandas não ofertadas diretamente pelo sistema.

O período seguinte, chamado de Pós-Constituinte, iniciou-se logo após a promulgação da Constituição de 1988, ocorrida em 05 de outubro. A referida Constituição foi um marco profundo na história dos cidadãos brasileiros por ser uma legislação, historicamente,

democrática e cidadã, marcada por uma sessão de muita emoção, uma vez que o Brasil havia virado a página de um período marcado pela ditadura militar. Os então constituintes, após a promulgação da Constituição, passaram a ser chamados de “congressistas”. Estes, assim como o presidente José Sarney, juraram manter, defender e cumprir tudo o que estava esculpido na nova Constituição da República (FERREIRA, 2018).

Ratificando a importância desse momento, a Constituição trouxe uma tratativa exclusiva para a saúde, conforme preconiza o Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desse momento em diante, a saúde passou a ser vista como um direito fundamental para os cidadãos brasileiros, consequência da aplicação de políticas públicas, econômicas e sociais. Ademais, tanto na coletividade quanto na individualidade, a dignidade da pessoa humana se tornou o alicerce constitucional passando a ter caráter universal, tendo parte dos direitos humanos e sociais se vinculando, também, ao Ministério da Saúde.

Nesse liame, o SUS passou a fazer parte da Constituição e, desde então, instituiu à população brasileira o direito a ter saúde de forma universal e gratuita, afinal, o próprio documento oficial garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Sendo assim, deverá o Estado garantir tal direito, desenvolvendo políticas sociais e econômicas com o intuito de reduzir riscos de doenças de forma universal e igualitária (BRASIL, 1988).

Cabe salientar que, segundo demonstra Santos (2013), o SUS foi criado em um cenário neoliberal que divergia da sua proposta universal:

[...] o SUS foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta-se diretamente com os princípios da reforma sanitária, que é completamente questionada por esse projeto privatista articulado ao mercado. O projeto privatista da saúde pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis. (SANTOS, 2013, p. 237).

A partir da dualidade entre os princípios universais trazidos pela Reforma Sanitária e o individualismo da isenção da participação popular apresentado pelo projeto privatista, verifica-se um caráter de competitividade entre os representantes da área da saúde. Formou-se, assim, uma “queda de braço” entre o Projeto Privatista (com uma política de ajuste e contenção de gastos) e o projeto da Reforma Sanitária (que originou o SUS).

Além disso, surgiram diversos questionamentos diante da universalidade e da implantação das políticas públicas em face da política macroeconômica vivenciada no Brasil naquele momento. O projeto privatista focava no lucro financeiro trazido pela exploração da doença, o qual era orientado pelas regras do mercado e por um Estado mínimo. Foi uma tentativa de mutilar os princípios democráticos do SUS, que se balizava na equidade, na integralidade e na universalização.

Mesmo após a criação legal do SUS, foram necessárias outras medidas para que o Sistema pudesse exercer sua função de forma plena, eficaz e pautada na legalidade. Para isso, a Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou a sua atividade em todo o território nacional. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, assegurou os recursos mínimos necessários para o financiamento das ações do SUS e dos demais serviços da saúde. Já em 2012, a Lei Complementar nº 141 foi promulgada com o objetivo de estabilizar o financiamento do setor da saúde, direcionando recursos para todas as três esferas governamentais.

O SUS é uma autarquia federal administrada de forma tripartite, com recursos advindos da União, dos estados (ou Distrito Federal) e dos municípios. Em seus anos de existência, ele conquistou uma série de avanços para a saúde do povo brasileiro. Um dos exemplos de sua atuação a ser citado é o Programa Nacional de Imunização (PNI), reconhecido internacionalmente e responsável por 98% do mercado de vacinas do país.

O Brasil garante à população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), disponibilizando 17 tipos de vacinas para combater mais de 20 doenças na rede pública de todo o país. Há ainda outras 10 vacinas especiais para grupos em condições clínicas específicas, como as pessoas que vivem com o HIV, disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) (CÉSAR, 2015). Por isso, os princípios fundamentais basilares do SUS — como universalidade, integralidade e equidade — são de suma importância, afinal, apenas assim, o sistema atenderá gratuitamente a todos, independentemente da condição social.

Decorrente dos princípios de universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas, o SUS passou a se movimentar para a produção da saúde em um campo que se organiza com subprincípios operacionais. Para isso, ele foca em três aspectos: *descentralização*, considerando que a gestão será entre União, estados e municípios; *territorialização*, com unidades de saúde distribuídas ao longo do território brasileiro; e *participação*, com uma população inclusiva e atuante nas plenárias, nas reuniões e nos programas.



Todavia, o SUS não abrange apenas atendimentos ligados a doenças. O processo de redemocratização vivido no Brasil levou a um conceito mais amplo de saúde, o qual também preza por boa alimentação, moradia adequada, saneamento básico, escola, ações preventivas, fiscalizações sanitárias, lazer etc. Nesse aspecto, surgiu uma das maiores dificuldades para a implantação do sistema: “a heterogeneidade das necessidades na unidade do direito cidadão” (PASSOS; CARVALHO, 2015, p. 94).

Dessa forma, considerando a extensão do território brasileiro e a dificuldade de comunicação com algumas comunidades, percebia-se a dificuldade de garantir unidades do SUS em todo o país. A respeito da extensão, deve-se considerar que existem locais de difícil acesso, como alguns pontos da Amazônia e do interior do nordeste. Já no tocante à comunicabilidade, tem-se o fato de a comunicação poder ser dificultada no contato com comunidades desconhecidas, como tribos indígenas e comunidades isoladas do sertão brasileiro. Em suma, é como se existissem vários “Brasis” dentro do Brasil. Outro fator relevante a ser considerado é a aceitação de atuação do profissional da saúde em locais distantes dos grandes centros, o que dificulta a concretização plena dos objetivos principais do SUS.

No ano de 2005, foi realizado o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em que se formulou as propostas para o sistema, considerando os princípios da universalidade e da integralidade. No ano seguinte, em 2006, aconteceu o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, como uma forma de fortalecer o projeto da Reforma Sanitária e reafirmar o debate acerca da reconstrução de um novo campo político de estratégias e de ações que articulassem as diversas lutas na saúde (SANTOS, 2013).

Cabe destacar que a 13ª CNS marcou a rejeição da criação das Fundações Estatais do Direito Privado (FEDP). Uma das marcas dessa Conferência foi o enraizamento de políticas universalistas e o respeito à autonomia dos conselhos de saúde em relação ao governo. Ainda assim, as FEDP insistiam na questão da privatização da saúde, apresentando um projeto da Fundação Estatal de Direito Privado, no programa do governo, o qual é conhecido como “Mais Saúde”, criado em dezembro de 2007.

O objetivo do programa era a privatização da Previdência Social e da saúde. O projeto do grande capital aponta a saúde como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado, e não como direito universal. Esse novo modelo de gestão tornaria o SUS mercadoria a qual seria usada como fonte de renda. Tal projeto foi discutido na 14ª CNS, principalmente pela Frente Nacional Contra a Privatização do SUS, na defesa da saúde pública estatal e de qualidade (SANTOS, 2013).

Para a União, para os estados e para os municípios, o SUS representa apenas despesas, afinal o seu financiamento depende de investimento financeiro dos municípios, Distrito Federal, estados e União. Na legislação, foram definidos os percentuais mínimos que cada ente federado deve investir anualmente, sendo:

A Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015 definiu que a partir de 2016 a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% [...]

Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos a que se referem o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o §3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

o caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são não só típicos das receitas estaduais, mas também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos estados ou dos municípios e, no mínimo, 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. (CONASS, 2016, on-line).

O Brasil seguiu, em relação à saúde, com o referido percentual de participação tripartite de investimento financeiro até o ano de 2016. Após o golpe que destituiu a presidenta Dilma Rousseff da presidência, em 2016, assumiu o seu vice Michel Temer. No discurso de posse do presidente Michel Temer, a crise financeira se tornou a meta a ser combatida para a equipe político-administrativa. Por conseguinte, o papel do presidente era retirar o país da crise financeira. Para isso, o seu governo apostava na implantação do novo regime fiscal, ou seja, em novas regras do sistema de tributação. Um dos pontos discutidos para tal finalidade foi o congelamento das despesas primárias da União por 20 anos.

A base do governo Temer defendia as propostas do novo regime fiscal acreditando que a medida garantiria o (re)equilíbrio das contas do país, a redução da taxa de juros e o crescimento econômico. Já os opositoristas acreditavam que a medida agravaria a recessão no Brasil, aumentaria a pobreza no país e afetaria profundamente as áreas da saúde e da educação.

Mesmo diante de inúmeros protestos, principalmente considerando o pouco tempo de discussão do tema, a Proposta de Emendas Constitucional (PEC) que tratavam sobre o novo regime fiscal tramitou com dois números diferentes: 241, enquanto estava na Câmara dos Deputados; e 55, enquanto tramitou no Senado. Ela foi batizada como “PEC da Morte”, e sua tramitação ocorreu nas duas casas legislativas de forma célere.

Assim, no dia 15 de dezembro de 2016, a PEC nº 241/2016 foi votada, promulgando a EC no 95/16, a qual instituiu o novo regime fiscal no Brasil e congelou as despesas primárias por 20 anos, comprometendo, assim, os investimentos da União na saúde, na educação e na assistência social. A promulgação trouxe preocupação para vários setores, principalmente na educação e na saúde. Com relação à saúde, veio à tona a preocupação com as políticas públicas existentes, principalmente, àquelas direcionadas às pessoas com HIV/Aids. Afinal, com o congelamento dos investimentos, o “piso” (limite mínimo de investimento) seria transformado em teto (máximo de investimento permitido) comprometendo o atendimento do SUS.

Quando se fala em políticas sociais, tem-se o Estado — isto é, a União — como eixo principal para execução, o qual é a peça fundamental para a sustentação e o desenvolvimento das medidas propostas. É importante destacar que, dessa forma, o Estado atua diretamente no desenvolvimento do país, ampliando a justiça social e favorecendo pessoas de baixa renda a desfrutarem de condições básicas de sobrevivência.

Ressalta-se que a seguridade social tem um importante papel nas políticas públicas para a saúde, visto que sua finalidade é a proteção e a promoção social. Quando o Estado realiza essa promoção, ele gera igualdade de resultados tanto para os indivíduos quanto para os grupos sociais. Por isso, as políticas públicas — principalmente as inclusivas — permitem a ampliação de oportunidades e trazem para a população resultados satisfatórios, como prevenção de doenças e recuperação da saúde.

À vista disso, no combate de pandemias, por exemplo, o SUS é um aliado fundamental. O melhor exemplo que se pode dar é o da atuação primordial que ele teve há 40 anos, quando da explosão de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Por isso, é importante direcionar políticas públicas para a saúde e estarmos atentos para os supervenientes.

## 1.2 A AIDS NO BRASIL

No momento em que a Aids surgiu no Brasil, ainda não existia uma política para o tratamento de pandemias. Foi um aprendizado que custou caro tanto para a população — uma vez que muitos perderam a vida em decorrência da doença — quanto para o país, que não detinha uma estratégia urgente de atuação. Falar em Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no Brasil era (e ainda é) sinônimo de discriminação, principalmente pela falta de conhecimento.

A Aids é uma doença causada por um vírus que se tornou conhecido nos anos 1980 e foi apresentada oficialmente à comunidade médica pelos médicos pneumologistas norte-americanos Gottlieb e Mansur. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de

2017, 940 mil pessoas morreram em decorrência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e 1,8 milhões de pessoas foram infectadas (FAGUNDES JÚNIOR, 2002).

Importante também é saber a diferença entre Aids e HIV, afinal eles não são sinônimos. HIV é a sigla em inglês para “*Human Immunodeficiency Virus*” (em português, “Vírus da Imunodeficiência Humana”). Esse vírus é o causador da Aids e ataca o sistema imunológico, responsável por proteger o organismo de doenças e infecções. As células mais atacadas pelo HIV são os linfócitos CD4+, que têm o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) corrompido para que o vírus invasor faça cópias de si mesmo e se espalhe. Já a Aids ocorre quando uma doença se beneficia de um sistema imunológico comprometido pelo HIV para se desenvolver. Doenças tais como hepatites virais e tuberculose são as mais comuns. Cabe ressaltar que nem todo indivíduo infectado com o vírus do HIV desenvolve Aids ao longo de sua vida, isso porque a Aids é um estágio avançado da infecção por HIV (FAGUNDES JÚNIOR, 2002).

A Aids foi apresentada em um congresso médico em Nova Iorque, em 1981, como um tipo raro de pneumonia que acometia pessoas que já estavam bem debilitadas. Foram citados exemplos de pessoas com câncer, quimioterápicos, idosos fragilizados, dentre outros. Todavia, ao contrário desses exemplos, os pacientes que estavam surgindo naquele momento eram jovens do sexo masculino e sem as doenças citadas. Varella (2009) disserta que, nos intervalos do congresso, os médicos chegaram à mesma conclusão: os pacientes homens que viviam com o HIV eram, em sua grande maioria, homossexuais.

Nesse mesmo período, na cidade de São Francisco, nos EUA, foram identificados pacientes com uma forma rara de câncer; era o sarcoma de Kaposi, caracterizado pelo aparecimento de lesões avermelhadas pelo corpo. O sarcoma de Kaposi clássico é um tumor de crescimento lento que acomete as pernas de pessoas idosas — geralmente oriundas de países mediterrâneos — e os portadores de deficiências imunológicas (VARELLA, 2009).

Ao contrário do descrito, os novos acometidos eram jovens homossexuais masculinos, sem diagnósticos de outras doenças, cujas lesões se espalhavam rapidamente pelo corpo e atingiam os órgãos internos. Foi decorrente dessas observações que os médicos de Nova Iorque e São Francisco suspeitaram de algum micro-organismo estranho, o qual estava sendo transmitido sexualmente. Atentaram-se, então, para o fato de os relatos direcionarem a doença para pessoas com relacionamentos homossexuais.

Nesse período inicial, a história dos que foram infectados com a Aids está cheia de relatos degradantes, de estigmatização da doença e de marginalização das pessoas acometidas feita de forma completamente equivocada e preconceituosa. O que se temia era o risco de

contrair e/ou transmitir a infecção e, especialmente, de ter pessoas vivendo com a infecção pelo HIV e/ou com a Aids (BASTOS, 2006).

Inicialmente, como a doença se disseminou entre os homens homossexuais e as comunidades gays, ela ficou conhecida pela população com o rótulo de “peste gay” ou “câncer gay”. Tais nomes inadequados foram maléficos para a sociedade, pois pessoas que não se incluíam no grupo homossexual se consideravam imunes à doença. Posteriormente, um novo grupo de pacientes foi identificado: os hemofílicos. A partir de então, começou-se a se observar a doença em pessoas que passaram por transfusão de sangue, em usuários de drogas injetáveis de ambos os sexos e em mulheres com vários parceiros sexuais. Novos casos surgiram na Europa, em países asiáticos e em muitos países da África (VARELLA, 2009).

Depois de certo tempo de manifestação da nova doença no mundo, foi descoberto que a transmissão se dava por via sexual, por compartilhamento de agulhas infectadas, por transfusão de sangue e por derivados — mãe para filho no útero, no momento do parto e na amamentação, por exemplo. Como as características de transmissão se aproximavam muito com as das hepatites B e C, os estudiosos se concentraram em estudar os vírus.

Segundo Bastos (2006), o HIV é um retrovírus, ou seja, um vírus que trafega ao contrário (retro = de frente para trás). Ele é composto por proteínas e por uma unidade de informação denominada “RNA viral”, a qual necessita de recipiente e/ou líquidos para que seja transportada. O referido transporte é feito pelas células humanas, já os líquidos são trocados no momento da interação entre os seres humanos, como sangue, líquido seminal e vaginal.

No Brasil, o Ministério da Saúde é o responsável pelo tratamento das pessoas com Aids/HIV, o qual deve ser notificado no momento da descoberta da doença. O importante é a descoberta logo no início para que seja feito o tratamento adequado e para que, conseqüentemente, o paciente tenha uma maior expectativa de vida. Por isso, sempre que ocorrer relação sexual de forma desprotegida ou compartilhamento de agulhas e seringas deve-se fazer o teste de HIV. Ressalta-se que o diagnóstico da doença é obtido por meio da coleta de sangue ou de saliva. No Brasil, o teste fica pronto em trinta minutos, o exame é sigiloso e é realizado gratuitamente pelo SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, o HIV pode ser detectado dentro da janela imunológica, ou seja, em até 30 dias do contágio, o que facilita o diagnóstico e as chances de uma resposta positiva do organismo. “Janela imunológica” é o intervalo de tempo decorrido entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema de defesa do organismo. Na maioria dos casos, a duração da janela imunológica é de 30 dias, porém esse

período pode variar a depender da reação do organismo do indivíduo frente à infecção e do tipo do método de testagem utilizado.

O sistema imunológico do corpo humano, que reage a todo e qualquer possível ataque, é o que nos mantém longe das doenças. Uma das células de defesa existentes é o linfócito CD4. Essa célula se torna alvo fácil para o HIV e para o seu primo-irmão, o Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV) — o qual é causador de outra doença sexualmente transmissível (DST). Durante um ataque ao CD4, os glóbulos brancos saem em sua defesa: “produzidos na glândula timo, eles aprendem a memorizar, reconhecer e destruir os microrganismos estranhos que entram no corpo humano” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2020, on-line).

Quando o HIV penetra no linfócito, ele se liga à sua membrana, o que causa uma perda da capacidade de defesa do corpo e facilita o acometimento de outras doenças, além da reprodução em massa do HIV. Segundo o médico oncologista Dráuzio Varella, o HIV utiliza o linfócito de CD4 infectado para duplicar os seus genes. A partir dessas duplicações o código pirata do HIV induz um defeito na reprodução do linfócito. Por fim, os genes copiados formam uma proteção em sua volta, abandonando o linfócito CD4 onde se reproduziu e destruindo-o totalmente. Assim, eles vão se reproduzindo e destruindo os CD4, fazendo com que o organismo perca sua capacidade de se defender dos inimigos (VARELLA, 2009).

Como o organismo fica vulnerável, germes comuns, considerados banais, podem causar um estrago enorme e provocar doenças graves. Dessa forma, nesse primeiro momento, é importante a pessoa iniciar o tratamento com Terapia Antirretroviral (TARV), a fim de recuperar o sistema imunológico.

No período do contágio até o desenvolvimento da Aids, existem algumas fases marcantes de sua evolução. Em um primeiro momento, quando o sistema imunológico começa a ser agredido pelo HIV, tem-se a fase da incubação. Esse período tem a durabilidade de três a seis semanas e leva o organismo a iniciar a produção de anti-HIV. Os primeiros sintomas que começam a aparecer se assemelham a uma gripe — como febre e mal-estar —, levando o paciente a imaginar que se trata de um simples resfriado.

Em um segundo momento, ocorre a mutação celular entre o vírus do HIV e as células humanas. Não se considera que seja um enfraquecimento do “organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2020, on-line).

Posteriormente, o organismo se mantém ativo em defesa dos constantes ataques do vírus HIV. Mas, em razão do enfraquecimento, o organismo fica cada vez mais debilitado e

vulnerável, permitindo o surgimento de infecções; essa é a chamada fase sintomática. Dessa forma, com ataques constantes ao organismo, surgem as doenças oportunistas, atingindo um estágio mais avançado da doença. Normalmente, a pessoa não sabe que tem toxoplasmose, hepatite ou algum tipo de câncer, por exemplo. Todas são doenças consideradas oportunistas e comuns no HIV.

Entre os anos de 1983 e 1984, com vírus da HIV já detectado, os cientistas se empenhavam na busca de drogas para o combate da doença, bem como no esclarecimento de aspectos ainda não compreendidos. Em 1986, o HIV foi classificado em dois tipos, o HIV-1 e o HIV-2, concentrando suas “diferenças na estrutura de seus genomas e de antigenicidade, e dentro de cada tipo, diferentes subtipos” (FAGUNDES JÚNIOR, 2002, p. 39):

O mais prevalente e mais estudado é o HIV-1, que comporta três grupos: M (“Major”), O (“Outlier”) e N (“New”). Dentro do grupo M distinguem-se 10 subtipos, designados de A à J, podendo-se conhecer a distribuição mundial dos tipos, grupos e subtipos, valendo destacar que, no Brasil, subtipos B, C e F já foram identificados, tentando-se, atualmente, correlacionar essas diferentes cepas com mecanismos de transmissão e evolução clínica, notadamente no curso da infecção inicial – que uma vez ocorrida não há como abortá-la – até à morte, que pode variar, entre os indivíduos infectados, em mais de 10 a 15 anos. No grupo “O” identificou-se apenas um único subtipo. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002, p. 39–40).

As possíveis variantes do vírus HIV sempre foram motivo de estudos, como um promovido em 1990 pela OMS em uma oficina de trabalho para isolamento e caracterização do HIV. No referido estudo, com o objetivo de se desenvolver vacinas, coletaram-se amostras de diversos países de todo o mundo e monitoraram-se variações genéticas e antigênicas.

Recentemente, têm sido descritas, ainda, variantes genômicas do HIV-2, descritas em cinco subtipos: A, B, C, D e E. Embora ainda não conhecida, especula-se a possibilidade de variantes virais possuírem diferentes índices de transmissibilidade e/ou patogenicidade. Tem sido cada vez mais evidente, cepas de HIV, geneticamente distintas, apresentam propriedades biológicas também distintas. Como exemplo, podemos citar que o HIV-2 apresenta menores índices de transmissão, progressão mais lenta para a doença e índices de replicação mais baixos que o HIV-1. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002, p. 40).

Ainda sobre essa questão, Fagundes Júnior (2002) ressalta que:

Finalmente, é de bom alvitre destacar que o HIV é bastante lábil, no meio externo, sendo neutralizado por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver, no meio externo, por até, no máximo, um dia, enquanto partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias, à temperatura ambiente, ou até 11 dias, a 37°. (FAGUNDES JÚNIOR, 2002, p. 41).

A identificação do HIV no corpo humano é realizada pelos exames *Elisa* (do inglês, *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) e *Western Blot*. Esses são testes indiretos que detectam a presença de anticorpos produzidos contra o HIV, pois, uma vez produzido anticorpo, fica claro que o indivíduo se encontra infectado. O método *Elisa* é muito sensível, podendo, inclusive, gerar resultados falso-positivos. Por isso, caso se obtenha um resultado positivo, realiza-se outro exame. Se confirmado positivo, é realizado o *Western Blot*, o qual, por sua vez, é um exame mais complexo para a detecção dos anticorpos contra o HIV. Quando se tem dois testes *Elisa* positivos acrescidos de um teste *Western Blot* positivo, significa que a pessoa está infectada pelo HIV. Quando se tem um ou dois testes *Elisa* positivos e um teste *Western Blot* negativo está afastada a possibilidade de infecção (VARELLA, 2009).

Outras possibilidades de diagnósticos são os testes rápidos. Eles podem ser realizados por via oral, por soro, por plasma ou por sangue e podem ser realizados fora dos laboratórios por pessoas treinadas. São exames que ficam prontos entre 20 e 30 minutos e, que da mesma forma do *Elisa*, precisam ser confirmados pelo *Western Blot* (VARELLA, 2009).

A detecção de que um indivíduo está infectado pelo HIV se dá pela elevada carga viral. Por isso, é importante que a próxima etapa seja o exame de quantificação da carga viral, o qual determinará a concentração do HIV no organismo. O teste da carga viral é o exame de acompanhamento dos pacientes com HIV/Aids, seja na fase assintomática, seja após a instalação da Aids. Essa medição é importante para aferir se o organismo iniciou ou não a fabricação dos anticorpos.

É importante enfatizar as formas de transmissão do vírus HIV. Dentre outras maneiras, a contaminação pode se dar pela transfusão de sangue e derivados. Essa forma de contaminação ocorreu, principalmente, entre os hemofílicos nos anos de 1985. Foi a partir de então que o método *Elisa* se tornou obrigatório em todas as doações de sangue. O HIV também pode ser transmitido no compartilhamento de drogas injetáveis, como a cocaína, a heroína, as anfetaminas, dentre outras. Ademais, a transmissão também ocorre em vítimas de violência sexual, ou na prática de sexo sem preservativos.

Além disso, observaram-se casos de transmissão acidental por instrumentos que furam ou cortam. Esses fatos normalmente acontecem em acidentes de trabalho entre enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Nesses casos, o acidentado realiza todos os exames de sangue necessários e recebe o tratamento antirretroviral de forma preventiva. A transmissão por aparelhos de barbear, alicates de unha, piercing e outros praticamente inexitem em razão da ascensão e da obrigatoriedade do uso de materiais descartáveis para tais atividades (VARELLA, 2009).



Um motivo de especial preocupação era a identificação do HIV nas crianças menores de 18 meses que contraíram a infecção da mãe durante o parto ou a amamentação. É o que se chama de infecção vertical:

A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico sorológico da infecção vertical. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade. Portanto, métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses de idade, sendo necessária a realização de testes moleculares, como a quantificação do RNA viral (Carga Viral), disponibilizada pela DDAHV do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 50).

De acordo com o Ministério da Saúde, é de suma importância o tratamento dado para a transmissão vertical. Trata-se de bebês infectados no momento da gestação, no parto ou durante a amamentação. Para isso, o fato precisa ser enfrentado com políticas públicas direcionadas.

A esse respeito, foi implantado o programa “Projeto Nascer Maternidades” em todas as maternidades do Brasil no ano de 2007. O programa propôs que as gestantes com resultados positivos para HIV, Aids ou sífilis teriam um acompanhamento diferenciado desde o pré-natal, com a aplicação do protocolo de prevenção vertical. Dessa forma, reduziria a transmissão vertical no momento do parto, assim como na amamentação dos bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os TARV — primeiros remédios para combate a Aids — surgiram nos anos 1980. Conhecidos como “coquetéis”, o objetivo desses medicamentos era inibir a multiplicação do HIV no organismo:

O desenvolvimento e a evolução dos antirretrovirais para tratar o HIV transformaram o que antes era uma infecção quase sempre fatal em uma condição crônica controlável, apesar de ainda não haver cura. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a Aids. A boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) traz grandes benefícios individuais, como aumento da disposição, da energia e do apetite, ampliação da expectativa de vida e o não desenvolvimento de doenças oportunistas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021a, on-line).

Contudo, apenas em 1996, por meio do SUS, o Brasil passou a distribuir essa medicação. Quase duas décadas depois, em 2013, o SUS garantiu o “tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente da carga viral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021a, on-line). Atualmente, existem 21 medicamentos, em 37 apresentações farmacêuticas, conforme a relação a seguir:

**Quadro 1** – Lista de medicamentos e apresentações farmacêuticas

ITEM	MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL (ARV)	UNIDADE
1	Abacavir (ABC) 300mg	Comprimido revestido
2	Abacavir (ABC) solução oral 20mg/mL	Frasco
3	Atazanavir (ATV) 300mg	Cápsula gelatinosa dura
4	Darunavir (DRV) 75mg	Comprimido revestido
5	Darunavir (DRV) 150mg	Comprimido revestido
6	Darunavir (DRV) 600mg	Comprimido revestido
7	Darunavir (DRV) 800mg	Comprimido revestido
8	Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido revestido
9	Efavirenz (EFZ) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
10	Efavirenz (EFZ) 600mg	Comprimido revestido
11	Efavirenz (EFZ) solução oral 30mg/mL	Frasco
12	Enfuvirtida (T-20) pó liofilizado injetável 90mg/mL	Conjunto Frasco-Ampola
13	Etravirina (ETR) 100mg	Comprimido revestido
14	Etravirina (ETR) 200mg	Comprimido revestido
15	Lamivudina (3TC) 150mg	Comprimido revestido
16	Lamivudina (3TC) solução oral 10mg/mL	Frasco
17	Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) 100mg + 25mg	Comprimido revestido
18	Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) 80mg/ml + 20mg/mL	Frasco
19	Maraviroque (MVQ) 150mg	Comprimido revestido
20	Nevirapina (NVP) 200mg	Comprimido simples
21	Nevirapina (NVP) suspensão oral 50mg/5mL – Frasco com 100mL	Frasco
22	Raltegravir (RAL) 100mg	Comprimido mastigável
23	Raltegravir (RAL) granulado 100mg	Sachê
24	Raltegravir (RAL) 400mg	Comprimido revestido
25	Ritonavir (RTV) 100mg	Comprimido revestido
26	Ritonavir (RTV) 100mg pó suspensão oral	Conjunto
27	Tenofovir (TDF) 300mg	Comprimido revestido
28	Tenofovir (TDF) 300MG + Entricitabina (FTC) 200mg	Comprimido revestido
29	Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg (DFC - 2 em 1)	Comprimido revestido
30	Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Efavirenz (EFZ) 600mg (DFC – 3 em 1)	Comprimido revestido
31	Zidovudina (AZT) 100mg	Cápsula gelatinosa dura
32	Zidovudina (AZT) solução injetável 10mg/mL	Frasco-ampola
33	Zidovudina (AZT) Solução oral 10mg/ml – Frasco com 100mL	Frasco
34	Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg (AZT+3TC)	Comprimido revestido

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (c2021a).

Assim, o fornecimento gratuito de tratamentos e a ampliação do leque de medicamentos promovidos pelo SUS ocasionaram um aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com o vírus, além da possibilidade de uma vida mais estável, longa e saudável para todos os pacientes que tratavam HIV/Aids no Brasil.

Em 1989, profissionais da saúde e diversos membros da sociedade civil criaram a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. O documento — que teve o apoio do Ministério da Saúde e foi aprovado durante o primeiro Encontro Nacional de ONG, Redes e Movimentos de Luta Contra a Aids (Enong), ocorrido em Porto Alegre —

considerava que o paciente tinha: o direito à informação de forma clara; o direito ao tratamento com qualidade, sem sofrer discriminação e isolamento; o direito à liberdade, sem distinção; o direito ao emprego, bem como à participação coletiva, principalmente no âmbito militar; o direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV; o direito à privacidade; o direito de comunicar a uma pessoa de sua escolha o seu diagnóstico; o direito à continuação de sua vida civil, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021b).

Já a Lei nº 9.313/1996 traz em seu bojo a garantia de tratamento gratuito pelo SUS, conforme o exposto a seguir:

Art. 1º Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2º As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Art.3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

(BRASIL, 1996, arts. 1º-4º).

Em 2014, a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, passou a criminalizar a discriminação às pessoas vivendo com o HIV e aos doentes de Aids. Cabe ressaltar que ela possui apenas dois artigos, os quais estão dispostos a seguir:

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de Aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de Aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

(BRASIL, 2014, arts. 1º e 2º).

Em ato contínuo, demais proteções foram acrescidas para as pessoas com HIV/Aids, como a Instrução Normativa (INSS/PRES) nº 45, de 6 de agosto de 2010. Esse ato concede o benefício do auxílio-doença para o estado grave da doença desde que a pessoa contribua com o INSS. Seguindo os mesmos critérios anteriores, a aposentadoria por invalidez também pode ser pleiteada, passando por perícia médica do SUS de dois em dois anos, após o diagnóstico da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021b).

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) também pode ser solicitado por essa parcela da população, em conformidade com a Lei nº 8.742/1993 (BRASIL, 1993) e o Decreto nº 3.048/1999 (BRASIL, 1999). Trata-se de uma assistência social de caráter não contributivo que provê o mínimo social, de forma a garantir as necessidades básicas. Dessa maneira, a população não fica desassistida de suas necessidades básicas.

Em suma, observou-se neste capítulo a importância do investimento em políticas públicas para a saúde no Brasil. Com atuação determinante da sociedade civil e de entidades não-governamentais, o SUS é a garantia constitucional aliada dos brasileiros e está alicerçado no princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, o direito à saúde deixou de ser uma frase solta e tornou-se uma constante na busca por saúde pública e por justiça social.

Ressalta-se que a nova interpretação no conceito de saúde pela OMS — que deixou de ser apenas um estágio de ausência de doenças ou enfermidades e passou a ser um estado de bem-estar físico, mental e social — corroborou para a erupção dos ideais de buscas pela saúde como um todo no território brasileiro. Com isso, novas conquistas foram abarcadas nesse conceito, tais como: renda, educação, água potável, domicílio, atividade física, segurança, apoio social e psíquico, riscos de gênero, dentre outros (SCLIAR, 2007).

A população conquistou, de forma ativa e participativa, legislações e portarias específicas para que o SUS fornecesse medicação gratuita, proteção para o trabalhador, privacidade e confidencialidade das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, além de tratamento para a população carcerária e de rua, para as crianças, para os bebês e para os nascituros. Ademais, houve a garantia de um acompanhamento desde o início da doença, assim como a distribuição dos medicamentos profiláticos. Com isso, não apenas aumentou a expectativa de vida das pessoas com HIV/Aids como a aumentou o entendimento de como lidar tanto com o vírus quanto com a doença.

## 2 A EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV E DA AIDS

Neste capítulo, estudaremos políticas públicas brasileiras direcionadas para o tratamento de pessoas soropositivas, ou seja, com diagnóstico afirmativo de HIV/Aids. As políticas públicas implicam em ações que estão diretamente ligadas a funções desempenhadas pelo Estado brasileiro, de forma tripartite — União, estados e municípios. Neste momento, caberá aprofundar-nos nas políticas públicas realizadas no Brasil, com ênfase especial no estado de Minas Gerais.

### 2.1 AS FASES DO HIV/AIDS NO BRASIL

Atualmente, ser diagnosticado com HIV/Aids não é mais considerada uma sentença de morte como ocorria no início dos anos 1980. Isso se tornou possível graças às políticas públicas de enfrentamento à doença hoje existentes. Tais políticas ganharam força no Brasil a partir dos anos 1990 após um esforço nacional da sociedade civil e de ONGs, as quais já apresentavam propostas e ações de conscientização e prevenção antes mesmo da implementação de políticas públicas sobre o tema.

A evolução da pandemia da Aids no Brasil pode ser descrita em quatro fases. A primeira fase iniciou nos anos 1980 e foi marcada pela negação da doença. Em razão dessa postura negacionista, a resposta à doença dada pelo Estado brasileiro, em âmbito federal, principalmente no que se refere às políticas públicas, foi praticamente inexistente. Em decorrência da omissão estatal, diversos grupos sociais, a saber comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT), ONGs e instituições religiosas — como a própria igreja católica — articularam-se na elaboração de respostas para a pandemia.

No entanto, apenas em setembro de 1983, organizou-se o primeiro Programa de Controle e Prevenção da Aids, ocorrido no estado de São Paulo, tendo à frente do programa o Dr. Paulo Roberto Teixeira, coordenador da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (CN-DST/Aids). Ressalta-se que a CN-DST/Aids era constituída por mais de quarenta países da América Latina e tinha como objetivo estabelecer políticas públicas e programáticas em relação à Aids, com apoio técnico e financeiro, no qual o Brasil estava inserido.

A segunda fase da evolução da pandemia da Aids no Brasil ocorreu entre os anos de 1986 e 1990. Nesse momento, o governo federal atendeu à pressão social, a qual ansiava por

políticas públicas mais agressivas e direcionadas para o tratamento de HIV/Aids. Outro fator que também contribuiu foi o empenho dos estados e das prefeituras, os quais investiram em programas voltados para essa minoria (grande parte homossexuais) e, principalmente, com o apoio do movimento sanitarista, o qual passou a articular uma agenda que abarcasse as pessoas acometidas pelo vírus entre o Estado e a sociedade civil.

A participação da sociedade civil foi de suma importância para as conquistas e o reconhecimento de direitos da PVHIV. Foi o ativismo político dessas comunidades que contribuiu para a busca de planos de atenção à saúde e prevenção e combate à Aids. Com o surgimento dos primeiros casos de Aids no Brasil, grupos que lutavam pela afirmação sexual no país passaram a assumir um importante papel em torno da luta contra a doença. Cabe destacar grupos como o Grupo Gay da Bahia (GGB), que desempenhou um papel importante na luta pela afirmação da identidade homossexual, e o Grupo Outra Coisa — Ação Homossexualista, que tomou a iniciativa de editar uma apostila com informações sobre a Aids, pregando a solidariedade incondicional aos doentes.

Além deles, deve-se citar o Grupo de Apoio e de Prevenção à Aids (GAPA), que foi a primeira ONG de Aids brasileira. Aqui, cabe salientar que:

O GAPA foi a primeira ONG de aids a atuar no Brasil. Fundado em 1985, o GAPA era composto em sua maioria por homossexuais, profissionais de saúde, doentes de aids e seus familiares. A partir dessa data, começaram a surgir, em diversos estados, grupos sociais com o objetivo de desenvolver atividades de intervenção na comunidade, produzir conhecimentos, defender direitos de grupos mais atingidos pela epidemia e realizar o controle social das políticas de saúde. (GRANGEIRO *et alli*, 2009, p. 90).

No Rio de Janeiro, além da criação do GAPA-Rio, criou-se também a Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA):

Formada por representantes do mundo médico, intelectual, político e artístico, a ABIA teve grande destaque entre as ONG-aids por suas contribuições no plano político e de produção do conhecimento, entre as quais se destacam o ativismo para uma nova regulamentação do uso do sangue, a organização de instituições não governamentais em rede e a elaboração de propostas preventivas inovadoras. (GRANGEIRO *et alli*, 2009, p. 90).

Cabe ressaltar o movimento dos hemofílicos que atuou de forma “decisiva na proibição da comercialização do sangue no Brasil e na instituição de uma política pública de segurança hemoterápica”. De suma importância também, foi a criação, no “Instituto de Estudos da Religião (ISER), do Programa de Prostituição e Cidadania. Esse programa foi o precursor da Rede Brasileira dos Profissionais do Sexo” (GRANGEIRO *et alli*, 2009, p. 90).

Dessa forma, observa-se como foi importante a participação da sociedade civil no contexto da Aids no Brasil. Porém, foi apenas na terceira fase da evolução da pandemia que o Estado brasileiro implantou políticas públicas mais robustas para o tema. Nesse momento, reorganizou-se o Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) no Ministério da Saúde. Já o Ministério da Saúde atuava adotando políticas de informações sobre a Aids e veiculando campanhas preventivas com alertas acerca da importância do uso de preservativos e do não compartilhamento de seringas e agulhas (VILLARINHO *et alli*, 2013).

Em 22 de dezembro de 1986, com a publicação da Portaria nº 542, a Aids passou a ser considerada uma doença de notificação compulsória. Ademais, a infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas, bem como em crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021c).

Em 1988, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Esse programa decorreu do processo de redemocratização brasileira e da criação do SUS, os quais contribuíram para estabelecer um novo paradigma de acesso à saúde, principalmente no enfrentamento da pandemia da Aids. No início de sua execução, devido à organização centralizadora, o enfrentamento à pandemia ainda era de difícil acessibilidade, devido à distância das cidades interioranas dos grandes centros e, principalmente, se considerado o preconceito, o estigma e a discriminação que os acometidos da doença tinham de enfrentar (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Concomitante com a implantação de políticas públicas direcionadas ao tratamento da Aids no Brasil, o SUS — com a máxima dos princípios da universalidade e da integralidade — passou a distribuir gratuitamente a medicação para tratamento da doença, tais como os medicamentos que compõem o Zidovudina (AZT) e outros utilizados na quimioprofilaxia de pacientes cadastrados em serviços de referência, como a Farmácia de Minas, em Belo Horizonte. A partir de 1995, também foram incorporados de forma gratuita a didanosina (ddI) e a zalcitabina (ddC) no tratamento.

Ainda em 1993, o governo brasileiro por meio de um empréstimo do Banco Mundial, implantou o “Projeto Aids I”, que teve duração de 1994 a 1998. Esse projeto visava à implantação e a estruturação de serviços essenciais para o tratamento das pessoas com Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Seguindo a mesma linha de enfrentamento, o governo federal lançou o “Projeto Aids II”, que durou de 1998 a 2003 e objetivava a redução de novos casos da doença, assim como ampliar o atendimento e melhorar a qualidade dos diagnósticos. Já o “Projeto Aids III” aconteceu de 2003 a 2006 e pode ser entendido da seguinte maneira:

Este tinha como objetivos o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à pandemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/AIDS oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País. (VILLARINHO *et alli*, 2013, p. 274).

Nesse projeto, o governo federal, a partir de mecanismos do SUS, passou a investir diretamente e a repassar verba aos municípios para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do HIV/Aids. Para tanto, o governo adotou os Planos Operativos Anuais (POAs), que eram projetos conveniados (nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal) que corroboravam o controle e a prevenção da Aids:

Ainda em relação aos projetos AIDS, os conveniados eram denominados “executores das ações” e elaboravam Planos Operativos Anuais (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial. O POA foi regulamentado pela Portaria Nº 347 de 25 de março de 1993, mantendo-se em vigor do início do convênio com o Banco Mundial até o ano de 2001, sendo que a partir de 2002 foi instituído o Plano de Ações e Metas (PAM). (VILLARINHO *et alli*, 2013, p. 274).

O Plano de Ações e Metas (PAM) surgiu com a função de monitorar e avaliar as ações dos projetos implementados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, as quais recebiam os recursos federais. Dessa forma, a população obteve mais quantidade na oferta de serviços conveniados e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade dos serviços oferecidos.

Na busca pela melhora dos atendimentos e dos serviços prestados, em 23 de novembro de 1996, com a promulgação da Lei nº 9.313, o Brasil passou a fornecer, por intermédio do SUS, uma terapia de alta potência — a saber, os antirretrovirais —, o que aumentou a perspectiva de vida dos soropositivos. O governo brasileiro precisou efetuar o licenciamento compulsório do antirretroviral para a garantia do tratamento da população:

Em 2005, devido à falta de acordo com laboratórios fabricantes decorrente ao alto custo do medicamento, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando desta forma a quebra de patentes. Tal medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à pandemia da AIDS, permitindo assim que muitos pacientes HIV positivos fossem beneficiados por essa política (19). Hoje são distribuídos 16 antirretrovirais diferentes pelo Ministério da Saúde, com uma diminuição drástica das infecções oportunistas. (VILLARINHO *et alli*, 2013, p. 274).

Nesse período, ressalta-se a importância dos Projetos Aids I, II e III, que permitiram a implantação de uma rede de atendimento qualificado em diversos pontos do país, dentre eles:



serviços ambulatoriais, hospitalares específicos e terapêutica domiciliar. Ademais, portarias, como a Portaria nº 271/92, incluíram a assistência à Aids em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), garantindo que todos os pacientes pudessem ser internados nos hospitais credenciados. Dessa forma, todos os que buscavam atendimento nas unidades de tratamento ambulatorial eram atendidos pelo PNDST/Aids. À vista disso, VILLARINHO *et alli* (2013) aponta que:

No que diz respeito à rede ambulatorial de assistência aos portadores do HIV/AIDS, houve um crescimento progressivo em resposta à demanda assistencial crescente. Desta forma, o Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implantação da ADT ficou sob a responsabilidade do Programa Nacional DST/AIDS, enquanto a implantação do SAE e do HD foi delegada às coordenações estaduais ou municipais. (VILLARINHO *et alli*, 2013, p. 275).

Em março de 2003, existiam 33 Serviços Ambulatoriais Especializados (SAEs) em pleno funcionamento no país. Em 2009, já existiam 644 implantados no Brasil, os quais forneciam os seguintes cuidados: enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimento em infectologia, ginecologia, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; e atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção/controle das DSTs e da Aids (VILLARINHO *et alli*, 2013).

## 2.2 O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM MINAS GERAIS

Com a evolução do enfrentamento do HIV/Aids no Brasil, a partir dos anos 2000, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais direcionou o seu foco para a testagem em massa da população, com a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde. Para tanto, foram criadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDMs), que direcionam um atendimento, tanto individual quanto coletivo, com todas as informações e acompanhamento necessários.

Contudo, para que a testagem em massa pudesse ser realizada, a Secretaria contou com uma grande ajuda: os laboratórios. Assim, em 1986, implantou-se uma rede nacional de laboratórios, o que garantiu exames para contagem dos linfócitos T (CD4+/CD8+) e da carga viral do HIV. Ressalta-se que tais exames são essenciais para medicação do paciente em tratamento. A rede de laboratórios criada foi centralizada no PNDST/Aids, assim como o seu

financiamento. Essa centralização dificulta os repasses em tempo hábil, o que pode causar atrasos no atendimento de coleta (VILLARINHO *et alli*, 2013).

Diante da implantação das políticas públicas direcionadas para as pessoas com HIV/Aids, tornou-se possível identificar a quantidade de casos existentes no Brasil. Considerando que, oficialmente, a pandemia da Aids se iniciou no Brasil em 1980, até junho de 2005, foram 371.827 casos notificados junto ao Ministério da Saúde. Dos casos notificados, 251.959 eram homens — 68% do total — e 118.520 eram mulheres, 32% (OLIVEIRA; PINTO, 2006).

Em posse de dados comprovados de pessoas com HIV/Aids, em 2006, o estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, deu seguimento ao programa de governo denominado “Saúde em Casa”, que estabeleceu como estratégia a implantação de uma rede de atenção à saúde. Para tanto, dividiu o estado em 75 microrregiões e passou a atuar em cada uma delas como forma de garantir o mínimo de assistência à saúde para a população.

Ademais, determinaram-se algumas linhas de atenção especial como, por exemplo: as gestantes e as parturientes; a saúde do neonatal, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso; e os casos de doenças como hanseníase, hepatites e HIV/Aids. Seguindo os princípios do SUS, a Política Nacional de Incentivos para ações direcionadas ao tratamento de HIV/Aids criou ações focadas para prevenção da doença. Os objetivos do departamento eram, principalmente, “a redução de novas infecções, a melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA) e minimizar situações de preconceito e estigma” (MOURA, 2014, p. 20).

Nessa esteira, o estado de Minas Gerais, por meio de sua secretaria de saúde, com a participação de 54 municípios e suas respectivas secretarias, também credenciados, responsabilizaram-se pela aplicabilidade direta dessa política pública. De forma descentralizada, cada município buscou desenvolver, capacitar e modernizar sua gestão, visando o tratamento e/ou acompanhamento, não somente de pessoas com HIV/Aids, mas também de DST de modo geral (MOURA, 2014).

Com a descentralização das ações focadas para prevenção e para tratamento da Aids, a secretaria de Estado de Saúde, em 2012, contava com 55 municípios participantes do PAM, que é responsável por todo planejamento e gestão. Dessa forma, eles passaram a receber diretamente em suas secretarias os incentivos do fundo do Ministério da Saúde, assim como:

Serviços de Atendimento Especializado (SAE), 41 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 55 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) e 89 maternidades/instituições capacitadas para a assistência à parturiente portadora do HIV e seu recém-nascido constituem a rede de atendimento. (MINAS GERAIS, 2012).

Minas Gerais, por meio do Programa Estadual de DST e Aids, posicionou-se de forma progressiva na busca pela promoção de ações na saúde, como prevenção e acesso a testes e a diagnósticos do HIV.

No ano de 2005, a população estimada de Minas Gerais era de 19.237.450 habitantes, sendo 21.663 notificações de casos de Aids. Dentre esse número, 69% era do sexo masculino e 31% do sexo feminino, distribuídos em 602 municípios, sendo que apenas 5% das cidades ofereciam tratamento para os pacientes. A interiorização da pandemia justificou a demanda de profissionais e a prestação de serviços de forma descentralizada (MINAS GERAIS, 2006).

Um dos fatores que contribuiu para descentralização do PAM foi a dimensão geográfica do estado e o processo de interiorização da doença. A maioria dos pacientes de cidades menores tinham de se deslocar para os grandes centros para tratamento específico (REIS *et alli*, 2008). Pensando nisso, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) dividiu o estado em macrorregiões e microrregiões para abarcar os municípios e suas demandas de saúde:

Em Minas Gerais, a organização dos serviços de saúde é estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) 13. A região da Zona da Mata abrange duas macrorregiões de saúde, que somam juntas 11 microrregiões e 146 municípios. Desses, aproximadamente 57% possuem população inferior a 5 mil habitantes. (REIS *et alli*, 2008, p. 1220).

Um dos exemplos do PDR localiza-se na cidade de Juiz de Fora, considerada polo macrorregional. Existem outros polos, como Leopoldina, Ponte Nova e Muriaé, considerados microrregionais. Nesses polos existem cinco unidades hospitalares cadastradas para o atendimento especializado e referenciado no estado (REIS *et alli*, 2008).

Nesse seguimento, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais comprovou um agravante em relação ao contágio de HIV/Aids no estado. Trata-se da elevação da infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens com idades entre 13 e 19 anos. Dentre essa faixa etária, a maior incidência de contágio é pelo sexo feminino. A Secretaria relata que o fato se deu pelo envolvimento precoce de atividade sexual de adolescentes e de mulheres com homens mais velhos, expondo-se, assim, aos riscos de maior da contaminação (MINAS GERAIS, 2006). Um dos fatores que contribuiu com esse aumento de casos dentre os mais jovens foi a banalização da doença. Os jovens acreditam que não irá acontecer com eles e, dessa forma, não se enxergam em situação vulnerável.

Segundo reportagem da CNN Brasil, nos últimos anos, foram vivenciadas transformações tecnológicas com avanços significativos para diagnósticos e tratamento da doença. Nesse sentido, a Aids passou a ser considerada uma doença crônica, tal qual a diabetes

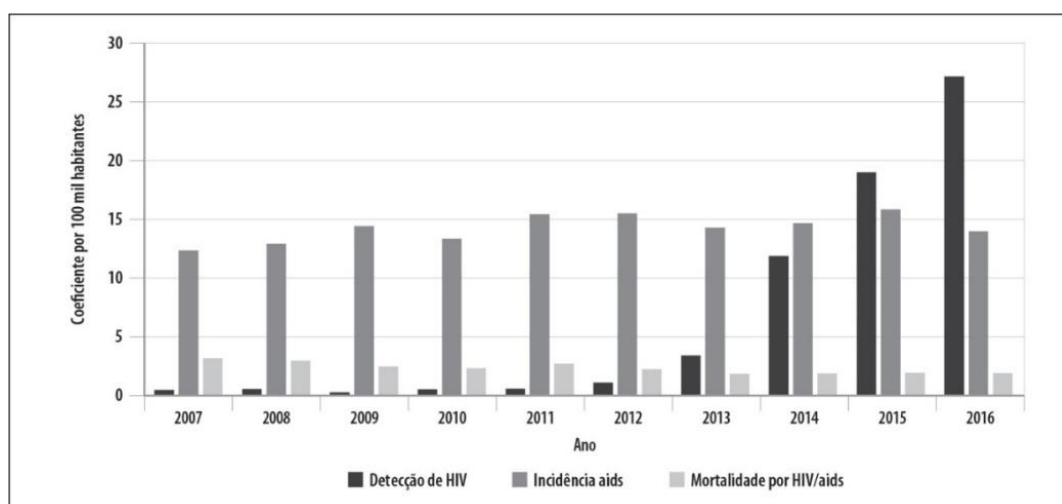
e a hipertensão. Houve maior adesão ao tratamento, o que contribuiu para agravar o aumento de casos (ROCHADA, 2021). Conseqüentemente, em razão desse agravante, casos entre gestantes com HIV também aumentaram, tornando difícil a identificação dessas mulheres, uma vez que elas não realizavam o pré-natal. Essa problemática dificultou a prevenção da transmissão vertical, que é a contaminação do bebê na gestação, no parto ou na amamentação.

No intuito de evitar tal transmissão, 90 maternidades e hospitais do estado foram cadastrados para realizarem o teste anti-HIV nas gestantes que não o fizeram durante o pré-natal. Com isso, de janeiro a outubro de 2005, foram realizados nos hospitais cadastrados 15.108 testes em parturientes, o que corresponde a 25% de todos os partos realizados nesse período. Nesse percentual de exames realizados, 0,53% teve resultados positivos para HIV (OLIVEIRA; PINTO, 2002).

Seguindo os estudos relacionados à contaminação, uma pesquisa realizada pelo estado de Minas Gerais, entre os anos de 2007 e 2016, pôde detectar que 81,7% dos 35.349 casos notificados ocorreram por transmissão sexual: em 50,3%, a transmissão foi entre casais heterossexuais; e em 22,8% entre casais homossexuais. A partir de então a Secretaria de Estado de Saúde observou que o percentual de notificações pelo critério HIV aumentou de 3,8%, em 2007, para 65,1%, em 2016 (CASTRO *et alli*, 2020).

No Gráfico 1, pode-se ver a evolução temporal dos coeficientes de incidência de Aids, e de detecção de HIV+, bem como da mortalidade por HIV/Aids em Minas Gerais no período entre 2007 e 2016.

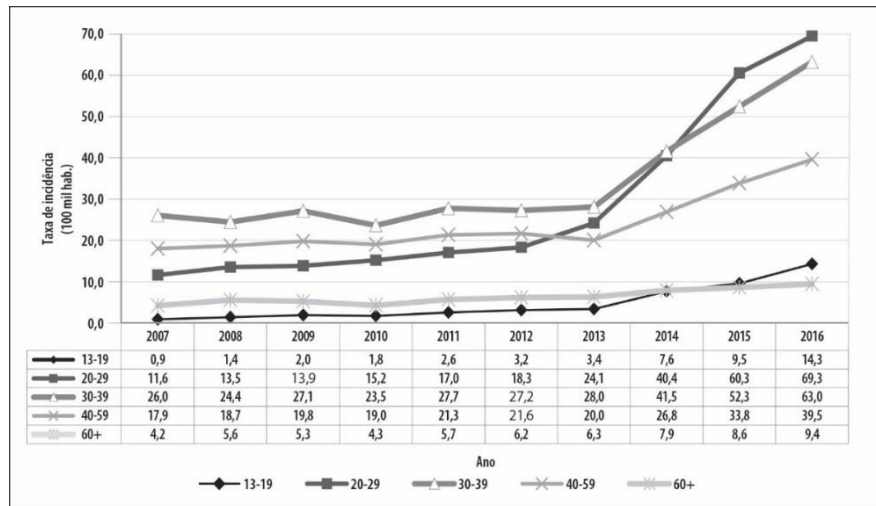
**Gráfico 1** – Evolução temporal dos coeficientes de incidência de Aids, detecção de HIV+ e mortalidade por HIV/Aids, Minas Gerais (2007 a 2016)



Fonte: CASTRO *et alli* (2020, p. 3).

Nessa evolução, pôde-se observar, nos anos iniciais (2007–2008), a baixa detecção dos casos de HIV. Ademais, verifica-se que, apenas a partir do ano de 2013, a detecção do HIV iniciou seu aumento, chegando a ultrapassar a taxa de incidência de HIV em 2016, como demonstrado no Gráfico 2:

**Gráfico 2** – Distribuição dos coeficientes de incidência/detecção de HIV/Aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária, Minas Gerais (2007 a 2016)



Fonte: CASTRO *et alli* (2020, p. 4).

Segundo a distribuição dos coeficientes, os números da faixa entre 30 e 39 anos, no início de 2007, eram alarmantes. Ademais, observa-se que, entre 2013 e 2016, os coeficientes foram atingindo pessoas cada vez mais jovens. Porém, nota-se uma elevação de modo geral em todas as idades, o que é preocupante para as autoridades de saúde, que estudam uma forma mais eficaz na busca pela redução das contaminações. Por fim, na faixa etária entre 13 e 19 anos, percebeu-se um aumento consideravelmente alto entre os HSH (CASTRO *et alli*, 2020):

**Tabela 1**– Distribuição proporcional dos casos de HIV/Aids segundo critério de definição de caso por ano, Minas Gerais (2007 a 2016)

Ano	CDC Adaptado <sup>a</sup>		HIV+ <sup>b</sup>		Rio de Janeiro/Caracas <sup>c</sup>		Critério óbito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	1.702	81,9	78	3,7	196	9,4	103	5,0
2008	1.848	83,7	89	4,0	167	7,6	103	4,7
2009	2.133	89,0	47	2,0	151	6,3	65	2,7
2010	2.017	87,3	89	3,8	128	5,5	76	3,3
2011	2.349	86,9	99	3,7	164	6,1	91	3,4
2012	2.365	84,1	183	6,5	192	6,8	72	2,6
2013	2.231	74,1	571	19,0	157	5,2	53	1,8
2014	2.269	49,9	2.010	44,2	211	4,6	60	1,3
2015	2.407	39,7	3.252	53,6	305	5,0	100	1,6
2016	2.110	29,2	4.698	65,1	308	4,3	100	1,4
<b>Total</b>	<b>21.431</b>	<b>60,6</b>	<b>11.116</b>	<b>31,5</b>	<b>1.979</b>	<b>5,6</b>	<b>823</b>	<b>2,3</b>

a) CDC Adaptado: critério de definição de caso de Aids adaptado do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) para notificação.

b) HIV+: critério de definição de caso para notificação estar infectado pelo vírus HIV.

c) Rio de Janeiro/Caracas: definição de caso para notificação segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas.

Fonte: CASTRO *et alli* (2020, p. 5).

Em relação à tabela anterior, cabe informar que CDC Adaptado é critério do Centers for Disease Control and Prevention adaptado para as notificações no Brasil (CDC Adaptado). A partir de 2014 foi substituído pelo critério de notificação ser HIV+ conforme expõe:

maioria das notificações tinha como critério de definição de notificação para HIV/aids o critério do Centers for Disease Control and Prevention adaptado para o Brasil (CDC Adaptado), com 60,6% dos casos, porém com diminuição gradativa após o ano de 2014, sendo substituído pelo critério de notificação ser HIV+. Por seu turno, as notificações pelo critério HIV+ totalizaram 31,4% dos casos e aumentaram no período, passando de 3,8%, em 2007, para 65,1% em 2016. Verificou-se redução de 54,7% de casos notificados pelo critério Rio de Janeiro/Caracas. O critério de notificação de óbito relacionado à aids totalizou 827 casos (2,3%), significando ter a declaração de óbito relacionada à aids ou HIV+ e causa da morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação. Quanto à evolução, estavam vivos no momento da notificação 30.369 casos (85,9%). Apenas 1,5% dos casos eram gestantes.

Importante destacar que, entre os anos de 2007 e 2016, ocorreu a redução do número de óbitos pela doença no estado. Ademais, a expectativa de vida subiu consideravelmente, tendo o seu êxito ligado diretamente ao fato de o SUS passar a fornecer, nesse período, os ARV, prolongando a estimativa de vida dos pacientes em tratamento. A esse respeito, cabe ressaltar que:

A média de idade dos casos de HIV/AIDS foi de 37,3 anos (DP 11,9 anos), com mediana de 35,6 anos e intervalo interquartil de [28,1; 45,0]. Nas faixas etárias de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e de 40 a 59 anos, houve maior concentração dos casos, sendo em média 30,8% em cada uma delas. A maioria dos indivíduos era do sexo masculino (n=23.982; 67,8%), de cor da pele/raça branca (n=13.921; 39,4%) ou parda (n=11.094; 31,4%), possuíam ensino fundamental (n=11.244; 31,8%) e eram moradores da zona urbana (n=32.800; 92,8%). (CASTRO *et alli*, 2020, p. 2).

Conforme exposto, entre 2007 e 2016, os casos por transmissão sexual ocorreram em 81,7% das vezes, seguidos de 3,4% dos casos por transmissão sanguínea — que acontecem, por exemplo, pelo uso de drogas injetáveis. Além disso, pôde-se observar que o maior índice de infecção ocorreu entre os heterossexuais (50,3%), como demonstra a Tabela 2. Nesse período, foram identificados, por teste de triagem, 89,5% dos casos, sendo 84,1% reagentes/positivos no teste confirmatório. Salienta-se que o exame não foi realizado em 7,2% dos casos (CASTRO, *et alli*, 2020).

**Tabela 2** – Distribuição dos casos de HIV/Aids segundo critérios de definição de caso, evolução, gestação e categoria de exposição, Minas Gerais, 2007 a 2016 (N= 35.349)

<b>Critério de definição do caso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CDC* Adaptado	21.431	60,6
HIV+ <sup>b</sup>	11.116	31,4
Rio de Janeiro/Caracas	1.979	5,6
Óbito por HIV/aids	823	2,4
<b>Evolução</b>		
Vivo	30.369	85,9
Óbito por aids	3.836	10,9
Ignorado	788	2,2
Óbito por outras causas	356	1,0
<b>Gestante</b>		
Sim	541	1,5
Não	7.820	22,1
Não se aplica	25.767	72,9
Ignorado	1.221	3,5
<b>Categoria de exposição (não excludente)</b>		
Heterossexual	17.784	50,3
Homossexual	8.051	22,8
Ignorado	6.102	17,3
Bissexual	1.918	5,4
Drogas	1.463	4,1
Perinatal	255	0,7
Outros	41	0,1
Acidente com material biológico e soroconversão	6	0,0

a) CDC: critério de definição de caso de aids adaptado do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) para notificação.

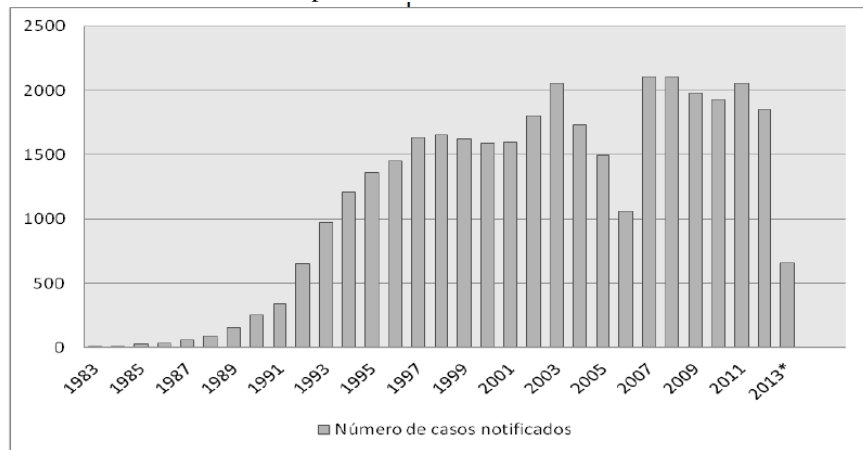
b) HIV+: critério de definição de caso para notificação estar infectado pelo vírus HIV.

c) HIV: vírus da imunodeficiência humana (sigla em inglês para *human immunodeficiency virus*).

Fonte: CASTRO *et alli* (2020, p. 5).

Segundo Moura (2014), considerando o perfil epidemiológico da Aids em Minas Gerais entre os anos de 2007 e 2016, dos 853 municípios pertencentes ao estado, 728 já apresentavam, pelo menos, um caso de Aids confirmado. No ano de 2013, havia 35.574 casos de Aids notificados. Esse montante equivale a 85,35% da presença da Aids nas cidades mineiras. A seguir, está disposto um gráfico demonstrativo do número total de casos de Aids diagnosticados no estado de Minas Gerais no período de 1983 a 2013.

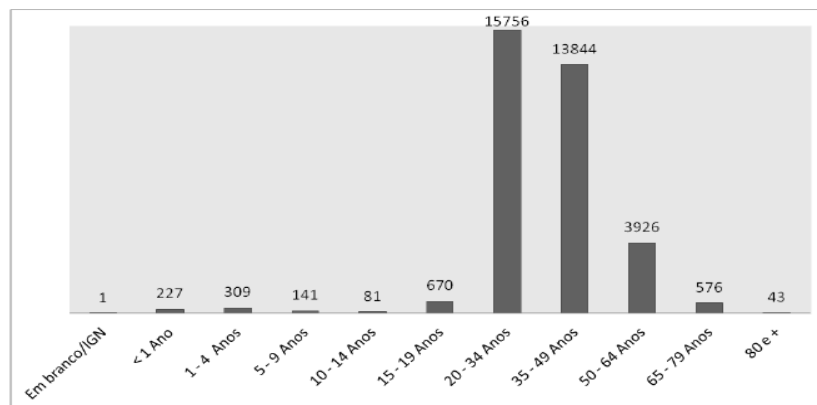
**Gráfico 3** – Demonstrativo do número total de casos de Aids diagnosticados no estado de Minas Gerais no período de 1983 a 2013<sup>1</sup>



Fonte: MOURA (2014, p. 31).

Além disso, como se pode ver no Gráfico 4, observa-se que, no período entre os anos de 1983 e 2013, 83,21% dos casos notificados se encontravam na faixa etária de 20 a 49 anos. Também é válido destacar que, nesse mesmo período, o número de mulheres infectadas crescia gradativamente: em 2013, a proporção do crescimento de infecção feminina em relação aos homens era de uma mulher para cada dois homens. Ao total, foram 24.079 homens notificados e 11.494 mulheres (MOURA, 2014). No gráfico a seguir, está disposto o demonstrativo do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais, segundo a faixa etária, no período de 1983 a 2013:

**Gráfico 4** – Gráfico demonstrativo do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais, segundo a faixa etária, no período de 1983 a 2013<sup>2</sup>



Fonte: MOURA (2014, p. 32).

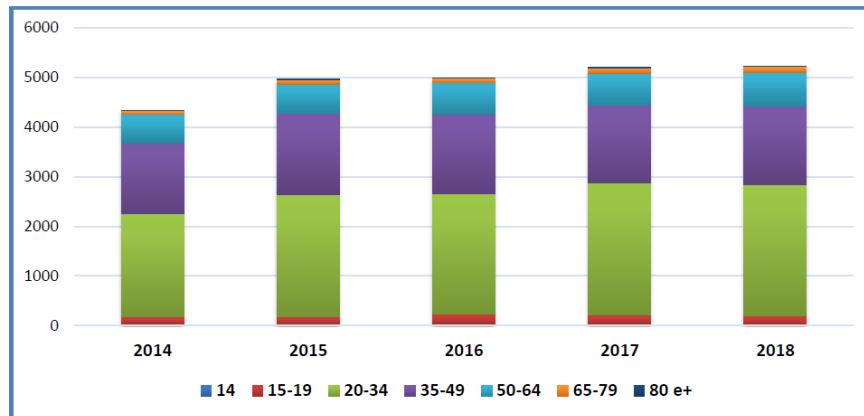
<sup>1</sup> Os dados de 2013 constam apenas os casos notificados até o dia 09 de setembro de 2013. Portanto, apresentam dados parciais para o ano em questão.

<sup>2</sup> Os dados de 2013 constam apenas os casos notificados até o dia 09 de setembro de 2013. Portanto, apresentam dados parciais para o ano em questão.



Já entre os anos de 2014 e 2018, observa-se que a faixa etária entre os 20 e 34 anos é a que possui um percentual mais elevado de contaminação, atingindo 49,63 %. No Gráfico 5, pode-se ver que o perfil acentuado de contaminação continua o mesmo do período anterior.

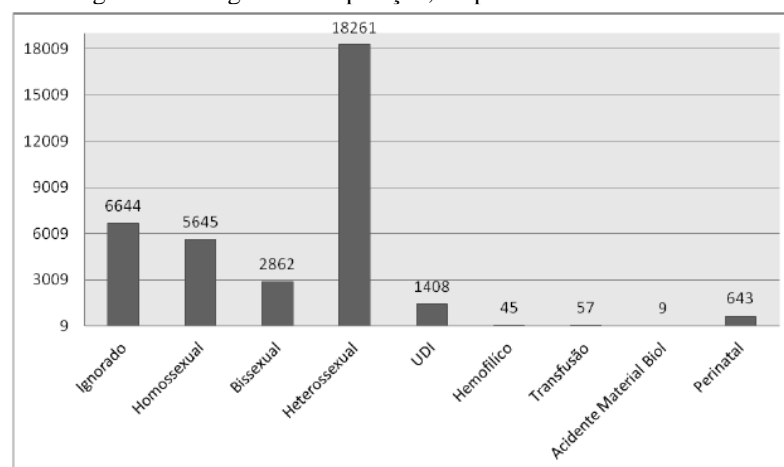
**Gráfico 5** – Número de casos de infecção pelo HIV/Aids, em maiores de 13 anos (2014–2018)<sup>3</sup>



Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 32).

Já no tocante ao gênero, observa-se que, logo no início da pandemia, 60% dos casos de infecção eram de heterossexuais. Os outros 40% se dividiam entre bissexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e homossexuais, bem como entre situações de transfusão, de acidente com material biológico ou de qualquer outra espécie de exposição (MOURA, 2014). O Gráfico 6 demonstra os números totais de casos notificados para cada uma dessas categorias.

**Gráfico 6** – Demonstrativo do número total de casos de *Aids* notificados no estado de Minas Gerais, segundo a categoria de exposição, no período de 1983 a 2013<sup>4</sup>



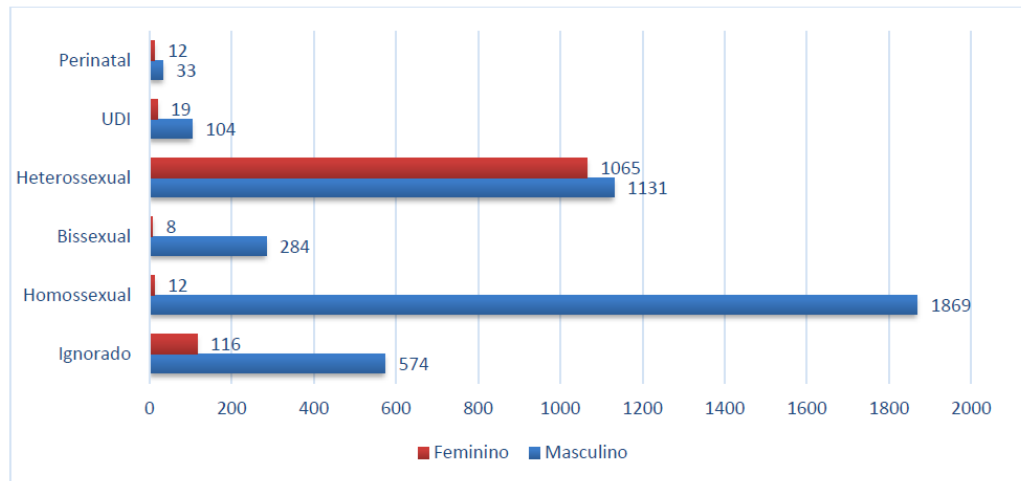
Fonte: MOURA (2014, p. 33).

<sup>3</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

<sup>4</sup> Os dados de 2013 constam apenas os casos notificados até o dia 09 de setembro de 2013. Portanto, apresentam dados parciais para o ano em questão.

Após o ano de 2018, verifica-se que a exposição sexual precoce levou a uma maior contaminação, principalmente entre os homossexuais. Observa-se que esse grupo possui o maior percentual de contágio do gráfico, atingindo 65%. Porém, se compararmos com a categoria de heterossexuais, as mulheres predominaram no caráter exposição:

**Gráfico 7** – Percentual de casos notificados de HIV/Aids em maiores de 13 anos, segundo categoria de exposição por sexo, em Minas Gerais, 2018 (n=5.227)<sup>5</sup>



Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 31).

No Gráfico 7, pôde-se observar a mudança na categoria exposição. Por sua vez, na Tabela 3, é possível identificar que a categoria mais exposta se concentrava entre os homossexuais, os quais contabilizavam, aproximadamente, 60% dos casos. Atualmente, essa concentração encontra-se na categoria heterossexual, com um percentual aproximado de 48,67% (MOURA, 2014).

<sup>5</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

**Tabela 3** – Distribuição do número total de casos de Aids notificados no estado de Minas Gerais por ano diagnóstico segundo a categoria de exposição no período de 1983 a 2013<sup>6,7</sup>

Ano do Diagnóstico	Categoria										Total
	IG	HO	BI	HE	UDI	HEM	TR	AMB	PE		
1983	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
1984	1	4	2	0	1	0	1	0	0	0	9
1985	3	12	6	0	0	4	0	0	0	0	25
1986	8	15	7	1	1	0	0	0	0	0	32
1987	9	31	15	2	2	2	0	0	0	0	61
1988	11	33	22	14	6	3	2	0	1	0	92
1989	28	46	27	27	18	2	2	0	1	0	151
1990	39	88	48	58	23	1	0	0	0	0	257
1991	33	94	63	117	32	2	0	0	3	0	344
1992	143	144	87	216	43	6	4	0	7	0	650
1993	202	200	122	358	76	2	6	0	9	0	975
1994	236	272	145	448	70	4	3	0	32	0	1210
1995	277	292	152	549	60	6	4	0	24	0	1364
1996	267	269	131	642	97	5	5	0	35	0	1451
1997	271	240	151	819	101	1	2	1	50	0	1636
1998	217	216	187	890	76	2	1	3	61	0	1653
1999	273	178	148	926	48	0	1	0	51	0	1625
2000	247	180	121	946	55	2	0	1	40	0	1592
2001	373	156	107	880	41	1	2	1	35	0	1596
2002	365	222	149	993	40	0	2	0	31	0	1802
2003	402	226	160	1168	48	0	3	0	52	0	2059
2004	330	210	139	973	45	0	9	0	31	0	1737
2005	272	180	98	879	38	0	1	1	26	0	1495
2006	215	107	86	592	38	0	1	1	20	0	1060
2007	470	282	86	1155	86	0	1	0	25	0	2105
2008	428	298	119	1157	72	1	1	0	31	0	2107
2009	326	324	110	1133	70	0	1	0	19	0	1983
2010	372	344	102	1024	69	1	2	0	14	0	1928
2011	379	403	133	1044	70	0	3	1	26	0	2059
2012	324	416	99	941	56	0	0	0	16	0	1852
2013	122	162	40	308	26	0	0	0	3	0	661
<b>Total</b>	<b>6644</b>	<b>5645</b>	<b>2862</b>	<b>18261</b>	<b>1408</b>	<b>45</b>	<b>57</b>	<b>9</b>	<b>643</b>	<b>35574</b>	

Fonte: MOURA (2014, p. 35).

Segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012), o Programa Estadual DST/Aids é constituído de vários subprogramas com ações específicas, tais como:

<sup>6</sup> Os dados de 2013 constam apenas os casos notificados até o dia 09 de setembro de 2013. Portanto, apresentam dados parciais para o ano em questão.

<sup>7</sup> Legenda: IG = Ignorado; HO= Homossexual; BI = Bissexual; HE = Heterossexual; UDI = Usuário de droga injetável; HEM = Hemofílico; TR = Transfusão; AMB = Acidente com material biológico; PE = Perinatal.

- Campanhas anuais no período do carnaval (principalmente lembrando o uso da camisinha);
- Preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA). Trata-se de preenchimento facial com polimetilmetacrilato, o qual é uma opção de tratamento para pacientes com lipodistrofia (trata-se de uma distribuição anormal de gordura que pode acontecer junto com alterações do metabolismo em razão do uso dos ARV);
- Atendimento aos acidentes com material biológico, oferecendo os primeiros cuidados, com uso de antirretrovirais, aos profissionais que acidentalmente tiveram contato com o vírus HIV;
- Boletins da DST/Aids com informações sobre a doença acerca do número de infectados por faixa etária, cor e sexo com a finalidade de informar e prevenir;
- Dispensação de ARV. Trata-se do fornecimento dos medicamentos antirretrovirais. O controle e o fornecimento dos medicamentos são realizados pela Farmácia de Minas e por algumas unidades dispensadoras, como o Hospital Eduardo de Menezes, que é referência no estado para tratamento da doença;
- Interface com ONGs;
- Monitoramento dos municípios;
- Prevenção da transmissão vertical;
- Prevenção das DST/Aids entre as vítimas de violência sexual;
- Programa Afetivo Sexual;
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para tratamento da doença;
- Redes de laboratórios para realização dos exames;
- Encontros de Referência DST/Aids.

Atualmente, de acordo com o Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) de 2019, em Minas Gerais, com a adesão aos tratamentos oferecidos pelos SUS, observou-se uma redução considerável da mortalidade em pessoas com Aids, assim como do número de internações e de infecções oportunistas, como tuberculose, hepatites e pneumonia. Aqui, é válido pontuar que a Secretaria Estadual de Saúde se baseia em dados epidemiológicos fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); já os registros de óbitos são informados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

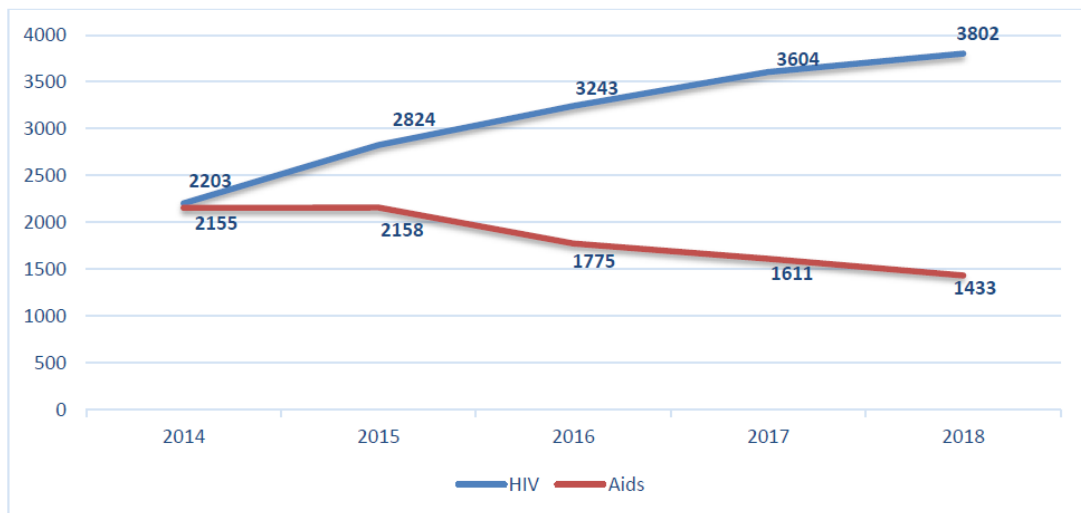
Além disso, o controle referente aos exames necessários, como carga viral e CD4+ CD8, são realizados pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Por fim, os medicamentos que atualmente são ofertados gratuitamente pelo SUS são controlados pelo

Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e pelo Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC) (MINAS GERAIS, 2019).

A distribuição de macrorregiões e microrregiões contribuiu para que as pessoas pudessem ter a esperança de uma vida longa e com qualidade. Esse é um fator importante, pois o indivíduo pode se dirigir a qualquer unidade do SUS e realizar os exames HIV 1 e 2, recebendo o resultado em menos de uma hora. Uma vez tendo o resultado positivo, já é iniciada a coleta de novos exames para ratificação do diagnóstico. Durante o processo, o paciente é cadastrado com o número do SUS, e seu diagnóstico pode ser acessado em qualquer unidade de saúde no país. Já os médicos têm acesso aos exames realizados via SISCEL, mesmo se o paciente não estiver em mãos com os exames, basta apenas que eles tenham sido realizados pelo SUS.

Sendo assim, considerando as notificações de novos casos fornecidos pelo SINAN, nos anos de 2014 a 2018, foram notificados 24.808. Tais números fizeram com que se alcançasse “uma incidência de HIV/Aids de 25,09 por 100.000 habitantes” (MINAS GERAIS, 2019, p. 23), conforme demonstrado no gráfico a seguir:

**Gráfico 8** – Tendência dos casos de HIV e Aids, por ano do diagnóstico (2014 a 2018)<sup>8</sup>



Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 23).

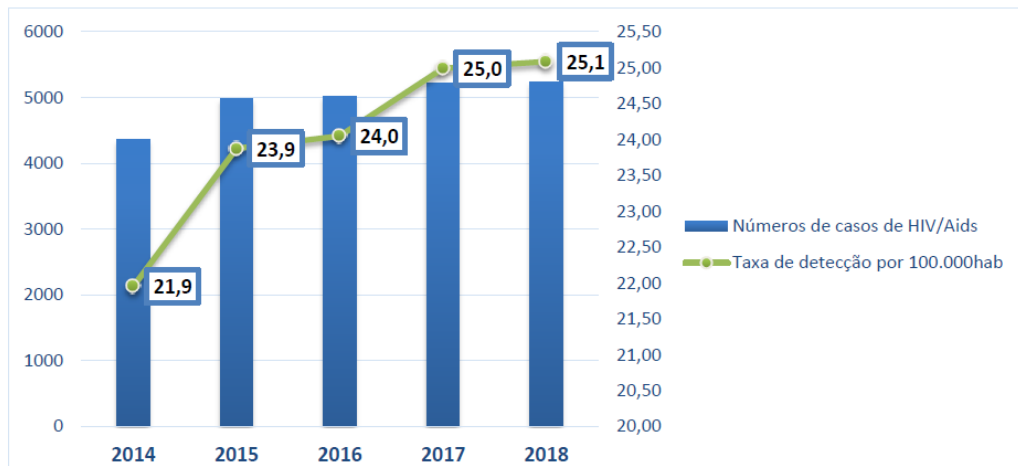
Diante do exposto, pode-se observar uma queda em relação às pessoas vivendo com Aids e o respectivo aumento de pessoas diagnosticadas com HIV. Tal dado reitera a importância

<sup>8</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

de um diagnóstico precoce da doença, o que, por consequência, possibilita um tratamento adequado e imediato, assim como uma maior expectativa de vida.

No aspecto incidência, o Gráfico 9 ratifica a combinação já mencionada de que o diagnóstico precoce reduz a transmissão da doença, pois, tão logo a pessoa é informada, já pode-se iniciar o tratamento e os cuidados em relação ao parceiro. Comprova-se, também, a redução da transmissão vertical, uma vez que a gestante ciente da presença do vírus tem acompanhamento diferenciado ao longo da gestação, com todos os mecanismos de prevenção à doença em relação ao bebê.

**Gráfico 9** – Número de casos de HIV/Aids e incidência por ano diagnóstico, em Minas Gerais (2014 a 2018)<sup>9</sup>



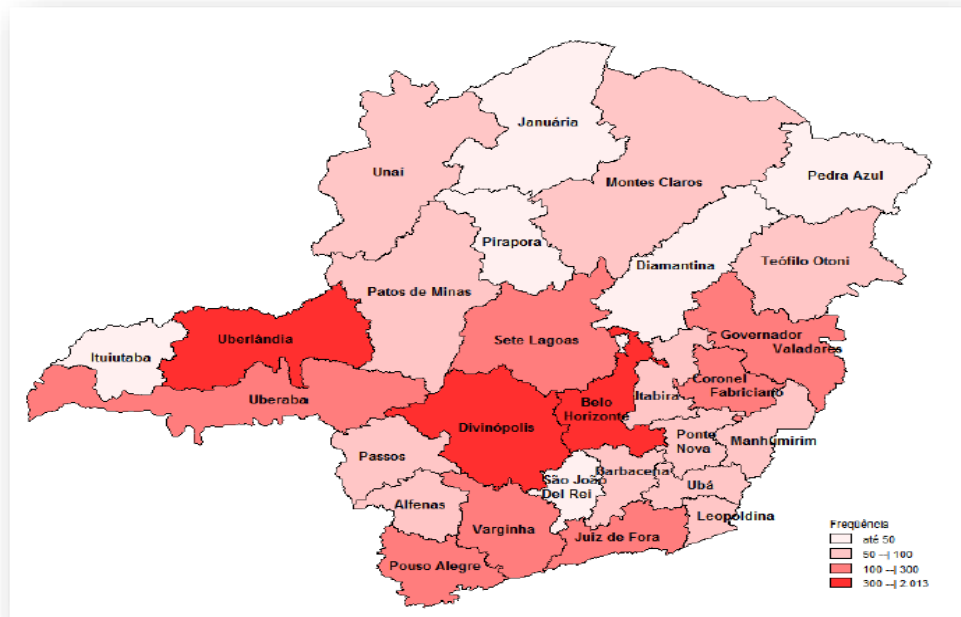
Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 24).

Corroborando a estabilidade na transmissão do HIV, um dos pontos trazidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais é o processo de urbanização das cidades do interior. Esse fator leva a novas estradas, bairros, moradias, mas também a uma maior incidência de HIV/Aids.

Conforme demonstrado na Figura 1, as imagens em vermelho intenso representam um maior número de pessoas infectadas com a doença. As cidades de Uberlândia, Divinópolis e Belo Horizonte lideram a estatística. Todavia, deve se considerar cidades bem desenvolvidas, como Sete Lagos, Governador Valadares, Uberaba, Pouso Alegre, Juiz de Fora, dentre outras, que apresentam um aumento expressivo nos casos de contaminação.

<sup>9</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

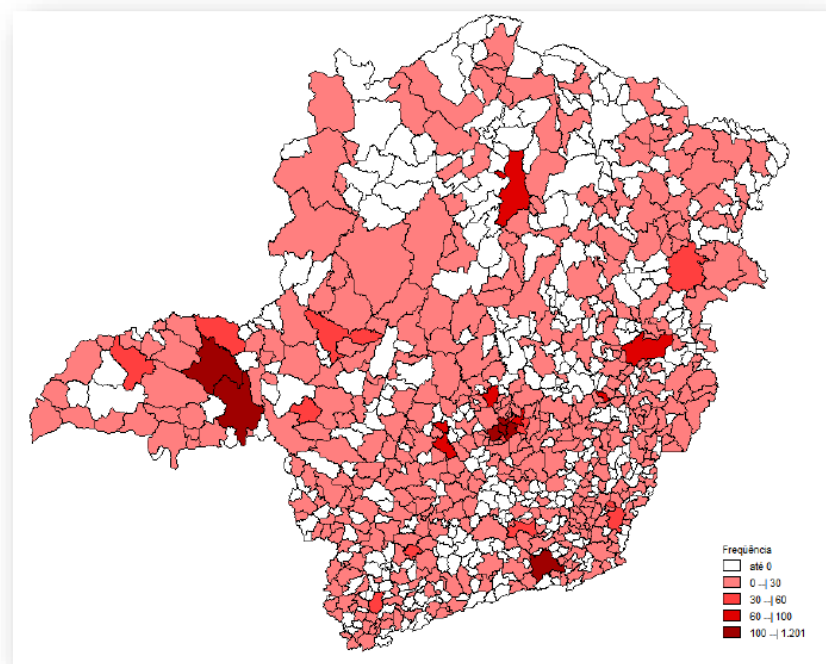
**Figura 1** – Mapa de casos notificados de HIV/Aids por regionais de saúde em Minas<sup>10</sup>



Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 27).

No mapa a seguir, pode-se observar como a incidência de contaminação está adentrando o estado, quando consideramos, principalmente, micro e macrorregiões.

**Figura 2** – Mapa de distribuição, frequência de casos notificados de HIV/Aids por municípios de residência em Minas Gerais, ano 2018<sup>11</sup>



Fonte: MINAS GERAIS (2019, p. 28).

<sup>10</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

<sup>11</sup> Dados apurados em 20 de novembro de 2019.

Considerando a incidência de contaminação do HIV, segundo o SINAN, pode-se observar que: em Belo Horizonte, há um índice de contaminação de 22,9%; em Uberlândia, um índice de 8,4%; em Juiz de Fora, de 4,9%; e, em Contagem, de 3,7%. Com essa comparação, confirma-se que a proximidade com a capital — ou o desenvolvimento das cidades consideradas como polos urbanos — não reduz a incidência da doença (MINAS GERAIS, 2019). Em dados epidemiológicos gerais para o estado, a Secretaria Estadual de Saúde apresentou números mais recentes do SINAN:

**Tabela 4 – Dados Epidemiológicos**

<b>NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS EM MINAS GERAIS (2015 A 2020)</b>							
<b>ANO DO DIAGNÓSTICO</b>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	<b>TOTAL</b>
<b>QUANTIDADE</b>	5.027	5.071	5.263	5.299	5.026	2.509	<b>28.195</b>

Fonte: MINAS GERAIS (2020).

Cabe destacar na tabela anterior a queda considerável no número de casos diagnosticados no ano de 2020. Segundo a Secretaria, a oferta de diagnóstico precoce e a oferta da prevenção combinada do HIV podem ter contribuído para a diminuição do número de casos da doença (MINAS GERAIS, 2020). Considerando os mesmos dados, mas por faixa etária, tem-se:

**Tabela 5 – Dados Epidemiológicos**

<b>NÚMERO DE CASOS DE HIV/AIDS EM MINAS GERAIS (2015 A 2020)</b>							
<b>FAIXA ETÁRIA SINAN</b>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	<b>TOTAL</b>
<1 ANO	9	4	3	6	2	1	<b>25</b>
01-04	6	12	6	1	3	2	<b>30</b>
05-09	1	6	4	1	3	3	<b>18</b>
10-14	9	3	8	7	4	3	<b>34</b>
15-19	178	228	203	187	192	90	<b>1.078</b>
20-34	2.490	2.461	2.684	2.704	2.559	1.269	<b>14.167</b>
35-49	1.646	1.613	1.599	1.591	1.486	746	<b>8.681</b>
50-64	588	637	641	668	655	321	<b>3.510</b>
65-79	96	99	105	127	115	68	<b>610</b>
80 e +	4	8	10	7	7	6	<b>42</b>
<b>TOTAL</b>	5.027	5.071	5.263	5.299	5.026	2.509	<b>28.195</b>

Fonte: MINAS GERAIS (2020).



Analisando os dados epidemiológicos de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2020, houve uma satisfatória redução da contaminação no estado. Porém, pinçando por faixa etária, é preocupante comprovar que a faixa entre 20–34 anos possui o maior índice de contaminação. Para que isso não ocorra, é necessário investimento em políticas públicas, atentando-se, principalmente, para o fato de esse ser o ápice das experiências sexuais.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO HIV/AIDS EM BELO HORIZONTE

Destacando a prefeitura de Belo Horizonte, é importante apontar que ela implantou políticas públicas voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. O programa “BH de Mãos Dadas Contra a Aids” foi criado nos anos 2000 com o objetivo de informar a sociedade como um todo, sendo que um dos pontos interessantes que ele possui é a sua condução.

O referido programa é realizado por semelhantes no intuito de desmistificar preconceitos. Dessa forma, mulheres trabalham com mulheres, homens trabalham com homens, profissionais do sexo trabalham com profissionais do sexo, HSH trabalham com HSH, adolescentes trabalham com adolescentes, e assim sucessivamente — ou seja, aos pares. Com relação aos adolescentes, existe um programa realizado nas escolas chamado “Saúde e Educação de Mãos Dadas contra a Aids” (BELO HORIZONTE, 2021).

A partir da interação entre a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), os centros de saúde e os voluntários, é possível atingir o objetivo esperado, a saber: levar informação qualificada para a prevenção precoce das IST/Aids em toda a rede municipal de ensino, bem como promover debates e trazendo à baila a discussão sobre a sexualidade.

A “Prevenção Combinada” é outro programa do Ministério da Saúde utilizado na capital. Trata-se de uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, parceria/relacionamento, comunitário, social) para responder às necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV.

Assim, conforme o apresentado em Belo Horizonte (2021), dentre os trabalhos de prevenção, ressalta-se:

- As intervenções biomédicas, que são ações voltadas à redução do risco de exposição mediante à intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Fazem

parte dessa estratégia: a distribuição de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante; o tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV; a Profilaxia Pós-Exposição HIV (PEP); e a Profilaxia Pré-Exposição HIV (PrEP);

- As intervenções comportamentais, que são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV e, conseqüentemente, da redução, mediante incentivo às mudanças de comportamento das pessoas e da comunidade ou dos grupos sociais;
- As intervenções estruturais, que são ações voltadas aos fatores e às condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou de grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.

Importante destacar que o teste rápido para HIV está disponível em todos os centros de saúde, abarcando outras doenças como sífilis e hepatites virais. Ademais, visando o trabalho profilático, a prefeitura possui atendimento 24 horas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) para acidentes PEP e para acidentes com material biológico. Para isso, foi desenvolvida uma cartilha com as devidas orientações quando da exposição do HIV e de outras doenças, como as hepatites (BELO HORIZONTE, 2017).

O PEP está disponível para todos que foram expostos, sejam profissionais da saúde ou não, seja por acidente de trabalho ou não. O atendimento deverá ser realizado em até 72 horas após a exposição. Nesse primeiro atendimento, a pessoa exposta passa por avaliação dos riscos, por prescrição, por dispensação de medicamentos e, por fim, por realização de exames complementares e por preenchimento do cadastro de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Outra medida profilática do Ministério da Saúde adotada nos postos de Belo Horizonte é conhecida como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV. Trata-se da combinação de dois medicamentos: Tenofovir e Entricitabina, os quais devem ser tomados todos os dias, de forma a impedir que o vírus infecte o organismo. Dessa forma, em sete dias, o parceiro pode realizar relação sexual anal e, em 20 dias, relação vaginal, lembrando que tal medida não protege contra as demais infecções sexualmente transmissíveis. Essa medicação é fornecida de forma gratuita pela Secretaria de Saúde Municipal a cada três meses (BELO HORIZONTE, s.d.).

A denominação utilizada pela prefeitura para os programas citados é “Atenção Secundária”. Sua formação é constituída por unidades municipais e serviços contratados que

estão vinculadas à Gerência de Rede Complementar da Secretaria Municipal de Saúde. Nessa rede, são fornecidos exames, consultas e tratamentos para pacientes encaminhados pelos postos de saúde (BELO HORIZONTE, 2020).

De toda rede cadastrada para atendimento em Belo Horizonte, destaca-se um hospital do estado de Minas Gerais pertencente à rede Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig). O Hospital Eduardo de Menezes (HEM) foi construído no ano de 1954 e pertence à Secretaria Estadual de Saúde. Nessa época — período em que a tuberculose assolava o país —, o seu nome era “Sanatório do Estado de Minas Gerais”. Posteriormente, nos anos 80, o Sanatório recebeu o nome de “Hospital Eduardo de Menezes”, com atendimento em clínica médica e tisiopneumologia (doenças pulmonares).

No início da pandemia de Aids, na década de 1980, o HEM abriu leitos para pacientes vivendo com o vírus HIV moradores de Belo Horizonte e, posteriormente, para moradores de toda Minas Gerais. Dessa forma, ele tornou-se referência para o tratamento da Aids e de outras doenças infectocontagiosas. O seu ambulatório é de suma importância, sendo parte do Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIV/Aids do Ministério da Saúde, assim como o Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Cabe destacar que o HEM possui uma peculiaridade de atendimento, que é o Hospital Dia (HD). Essa nomenclatura se dá para pacientes que receberam alta da internação hospitalar, mas permanecem com uma atenção diferenciada. Para tanto, o Hospital Dia os mantém em internação domiciliar terapêutica, com as abordagens para adesão e retorno ao tratamento (FHEMIG, 2020).

É salutar ressaltar a importância do HEM, principalmente por ser o único hospital do estado de Minas Gerais a possuir o Ambulatório de PrEP e a garantir cuidados essenciais e acesso à saúde integral para seus usuários. O PrEP atende em torno de 300 consultas mensais, totalizando 700 atendimentos por ano. Por isso, cabe salientar que:

A partir da PrEP, além do seu papel histórico de tratar pacientes que vivem com o HIV/AIDS, dentre outras doenças infectocontagiosas, o HEM ampliou sua abrangência e atua como agente efetivo para a redução de novas infecções pelo HIV, uma vez que evidências científicas demonstram que indivíduos que aderem à PrEP têm entre 86% e 96% de chances de não se infectarem. (MARQUES, 2019, on-line).

Na expectativa de que não seja apenas uma medida isolada de prevenção, a médica infectologista Tatiani Fereguetti, diretora assistencial do HEM, reitera que, em tese, não se trata apenas de pessoas doentes, mas vulneráveis à infecção: na verdade, é uma estratégia eficaz na

prevenção combinada com as estratégias de prevenção atualmente disponíveis. Nessa esteira, a infectologista complementa que ela é:

Uma unidade assistencial ter um ambulatório de prevenção representa uma mudança de paradigma e reforça uma das nuances da missão do hospital em relação às questões que ficam à margem, como a promoção da saúde de populações que não têm acesso à saúde como um todo. Faz parte do nosso papel pôr em evidência questões que são negligenciadas como essa. A grande virada é abrir espaço para a discussão da prevenção com os usuários e profissionais do hospital. (FEREQUETTI, 2019 *apud* MARQUES, 2019, on-line).

Na mesma direção do programa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, uma das estratégias utilizadas é a PrEP. Composta por um médico infectologista e dois enfermeiros, trata-se de uma estratégia direcionada para um grupo específico. Normalmente, esse grupo se destaca por serem:

[...] gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais e travestis, profissionais do sexo e casais sorodiferentes, ou seja, quando um dos parceiros é soropositivo e o outro não (sejam casais de homens e mulheres heterossexuais ou de gays e outros homens que fazem sexo com homens). (MARQUES, 2019, on-line).

Seguindo essa estratégia, na primeira consulta, o médico já direciona o paciente para o PrEP. Ao participarem do programa, essas pessoas tomam diariamente dois medicamentos (Tenofovir e Entricitabina) de forma a impedir a infecção do organismo pelo HIV. Depois disso, combinado com exames regulares e com consultas ambulatoriais, o paciente retorna de três em três meses para acompanhamento.

Ao longo desses poucos anos do programa, a enfermeira Ângela Rocha enfatiza o tratamento humanizado para essas pessoas. Assim, ela ressalta o balanço positivo, como, por exemplo, a realização de sonhos:

A auxiliar administrativa Renata, de 42 anos, é uma dessas mulheres. Grávida há cinco meses, ela está casada há 13 anos com Antônio que é soropositivo e apresenta carga viral indetectável. Desde o início do relacionamento, Renata sabia da condição do marido, que se trata no ambulatório de infectologia do HEM há vários anos. Renata iniciou a PrEP em janeiro deste ano, pois desejava engravidar. Com a confirmação da gravidez em junho, ela recebeu alta um mês após. “É muito seguro para quem deseja ter filho”. Esse é o segundo filho da auxiliar administrativa. O primeiro, de seis anos, foi fruto de fertilização, pois, segundo Renata, na época em que ela decidiu engravidar, não existia a PrEP e essa era a forma mais segura, no caso de casais sorodiferentes. (ROCHA, 2019 *apud* MARQUES, 2019, on-line).

Dessa maneira, pode-se concluir que o investimento em políticas públicas trouxe nova perspectiva para a formação familiar. Nessa perspectiva, os casais sorodiferentes puderam planejar a vinda e a vida de seus filhos de forma segura.

O HEM sofreu um forte impacto em seu atendimento direcionado a pessoas com HIV/Aids com o surgimento da pandemia de covid-19. A partir do dia 20 de março de 2020, todos os exames foram suspensos, assim como as consultas ambulatoriais, isso porque o HEM passou a ser uma unidade exclusiva para tratamento da covid-19. Para acompanhar essa nova demanda, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou chamamento público com a finalidade de suprir a nova necessidade que a covid-19 impôs por meio da contratação de técnicos, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas (ZAMBELLI; VIEIRA; FEREGUETTI, 2020).

Por conseguinte, a partir de março de 2020, os pacientes com HIV/Aids do HEM passaram a ser supridos apenas dos medicamentos necessários para o tratamento. Os exames semestrais, anuais ou trimestrais ficaram suspensos, pois o espaço onde se fazia coleta de sangue foi transformando em uma UTI (ZAMBELLI; VIEIRA; FEREGUETTI, 2020).

Os problemas relacionados a uma nova demanda, como a pandemia da covid-19, trouxeram à baila a fragilidade do sistema público de saúde, principalmente com a falta de investimentos em hospitais de ponta para tratamentos específicos, como no caso do HIV e da Aids. O controle da carga viral desses pacientes, a depender de cada caso, possui controle bimensal, trimestral ou semestral. Infelizmente, nesse período, alguns pacientes ficaram mais de um ano sem realizar o exame, o qual é fundamental para a continuidade do tratamento com os medicamentos.

Em outubro de 2020, com o objetivo de mitigar a falta de atendimento aos pacientes do HEM e de outras unidades Fhemig — como o Hospital Júlia Kubitschek (HJK) —, o recém-formado Hospital Galba Velloso (HGV) passou a receber pacientes de baixa complexidade em sua unidade. Trata-se de casos não-covid-19, encaminhados pela Central de Internação de Belo Horizonte (CINT-BH) e pela própria Fhemig. Segundo Fábio Baccheretti Vitor, da diretoria assistencial da Fhemig, a necessidade, frente à covid-19, exigiu a expansão dos leitos para atendimento específicos da Fhemig:

O Galba Velloso foi preparado para receber leitos clínicos em um momento crítico, quando o cenário pandêmico exigia respostas rápidas e a rede teve que se reorganizar para não desassistir seus pacientes. As instalações estão modernas, adequadas para esse novo perfil assistencial.

Essa expansão de leitos alternativos é fundamental para garantir o cuidado aos pacientes historicamente atendidos na Fhemig, em especial os portadores de HIV e de

outras doenças infectocontagiosas, referenciadas no Hospital Eduardo de Menezes, assim como os pacientes de outras doenças respiratórias (Pneumologia) referenciados no Hospital Júlia Kubitschek. (GUIRLANDA, 2020, on-line).

Com a necessidade da exclusividade de atendimento em relação ao HEM e a retaguarda oferecida pelo HJK para os casos supervenientes da covid-19, exigiu-se do Fhemig a transferência dos 22 pacientes internados no HGV para outra unidade da rede, o Hospital Raul Soares (HRS), com os mesmos cuidados oferecidos (GUIRLANDA, 2020). Corroborando tal situação, para agravar a problemática, alguns programas foram suspensos, sendo que, um deles, foi o premiado programa “BH de mãos dadas contra a Aids”, pioneiro na prevenção à doença. A notícia veiculada pelo jornal *Estado de Minas* trouxe tristeza profunda, principalmente para as pessoas mais vulneráveis, que eram o foco do programa (BROTTEL, 2019).

Segundo Brottel (2019), os dois anos anteriores foram de total sucesso para o programa. As abordagens saltaram de 2.599, em 2017, para 4.226, em 2018; no início de 2019, esse número caiu a zero: “[...] o BH de mãos dadas venceu o Prêmio ODM Brasil, do governo federal, com destaque para projetos que contribuem para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização das Nações Unidas” (BROTTEL, 2019, on-line).

Na figura a seguir, Brottel (2019) informa dados da prefeitura que comprovam o considerável público abordado com o programa.

**Figura 3 – Programa BH de Mãos Dadas Contra a Aids**



Fonte: BROTTEL (2019).

Procurada pelo jornal *Estado de Minas*, a Secretaria Municipal de Saúde informou que manterá todos os métodos de prevenção à doença que já existem na rede pública. Ademais, a Secretaria afirmou que os centros de saúde manterão a testagem e o acolhimento das pessoas que necessitarem, assim como os agentes comunitários poderão orientar a população e distribuir preservativos. Já a prefeitura disse não haver prazo para retorno do programa. Em outro momento afirmou que o programa retornaria em abril de 2019, e que buscavam convênio e parcerias para contribuir e fortalecer as ações (BROTTEL, 2019).

É relevante considerar que a população vulnerável não vai até os centros de testagens e acolhimentos ou centros de saúde apenas para receber informações sobre HIV/Aids ou sobre formas de contaminação e de profilaxia. Preocupante, também, é a prefeitura limitar-se a distribuir apenas preservativos, deixando essa parcela da população — a qual é marcada pela violência, pela desinformação, pelo preconceito e pelo descaso — sem o único programa a ela destinado.

Em síntese, neste capítulo, pôde-se verificar que os programas de saúde pública possuem, de maneira geral, um saldo positivo. Em consonância, a exemplo do Hospital Eduardo de Menezes, comprovou-se que os pacientes, com tratamento adequado, ganham uma nova oportunidade, os quais podem desfrutar de uma vida longa. Assim, com o fornecimento dos medicamentos antirretrovirais, bem como com a realização constante de exames laboratoriais para monitoramento, aumentou-se a perspectiva de vida dos pacientes e diminuiu-se a infecção por doenças oportunistas. Tudo isso impactou sobremaneira para a redução do número de óbitos decorrentes da doença. Por fim, comprovou-se que o precoce e adequado tratamento de HIV produz efeitos positivos na perspectiva de qualidade de vida.

### 3 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016

Neste capítulo, será apresentado um breve relato sobre as emendas constitucionais no Brasil, de um modo geral, e sobre a Emenda Constitucional nº 95/16, mais especificamente, visto que ela é nosso objeto de estudo. Ademais, discutir-se-á os impactos da respectiva emenda na saúde, considerando as pessoas que tratam HIV/Aids no estado de Minas Gerais.

#### 3.1 AS EMENDAS CONSTITUCIONAIS NO BRASIL

As emendas constitucionais são formas legislativas previstas para se promover alterações no texto da Constituição brasileira. A Constituição de 1988 é considerada rígida, conforme aduz Silva (2014, p. 934): “Rígida é a Constituição somente alterável mediante processos, solenidades e exigências formais especiais, diferentes e mais difíceis que os de formação das leis ordinárias ou complementares”.

Em outras palavras, a estabilidade das normas constitucionais garante uma maior segurança jurídica normativa, dificultando seu processo de mudança e garantindo sua supremacia. Nesse sentido, a Constituição é clara quando traz no Artigo 60 um rol de cláusulas pétreas assim disciplinadas:

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta:  
 § 4º - Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:  
 I - a forma federativa de Estado;  
 II - o voto direto, secreto, universal e periódico;  
 III - a separação dos Poderes;  
 IV - os direitos e garantias individuais.

(BRASIL, 1988, Art. 60).

Dessa forma, buscou-se um sistema de controle da constitucionalidade das leis e dos atos normativos, de forma a garantir a eficácia de superioridade em relação às demais legislações infraconstitucionais. No entanto, a legislação precisa acompanhar a evolução da sociedade à medida em que acontecem situações sociais diferentes no convívio entre os cidadãos. Para isso, a Constituição precisa permitir mudanças de forma a não ficar engessada ou imutável.

Segundo o Artigo 60 da Constituição, alterações na referida legislação poderão ocorrer, desde que observados alguns requisitos. Uma forma de mudança na Constituição é a emenda constitucional. Ela pode ser proposta por, no mínimo, 1/3 dos membros da Câmara Federal dos Deputados ou do Senado. Além disso, uma emenda também pode ser proposta pelo presidente



da república ou por mais da metade das assembleias legislativas das unidades da Federação, manifestando-se, cada uma delas, pela maioria relativa de seus membros (BRASIL, 1988).

Uma emenda constitucional que mudou a vida dos brasileiros foi a EC 95/16. Ela tramitou na Câmara dos Deputados como PEC 241 e no Senado Federal como PEC 55, seguindo, conforme preconizam os parágrafos 2º e 3º, do Artigo 60, da Constituição de 1988, todo o trâmite legal:

§ 2º A proposta será discutida e votada em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, considerando-se aprovada se obtiver, em ambos, três quintos dos votos dos respectivos membros.

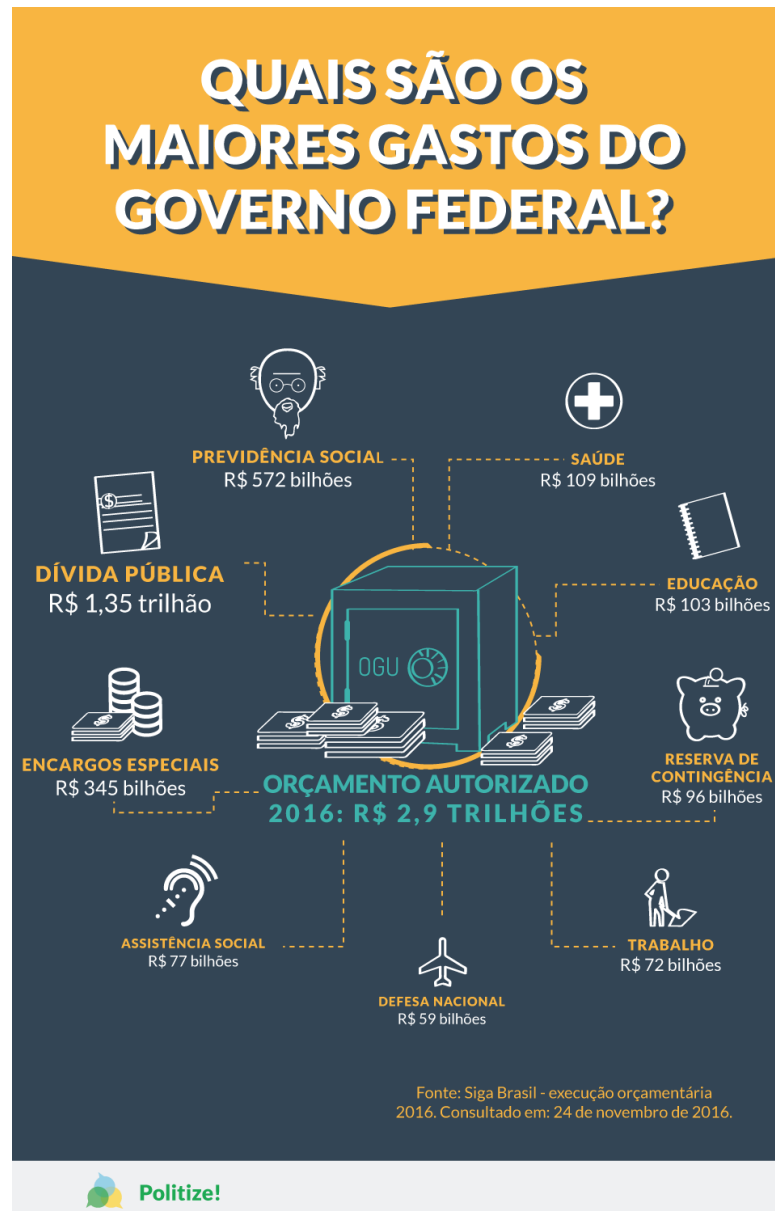
§ 3º A emenda à Constituição será promulgada pelas Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, com o respectivo número de ordem.

(BRASIL, 1988, Art. 60).

Ressalta-se que, entre os críticos desse novo regime fiscal, a PEC ficou conhecida como “PEC da Morte” ou “PEC do Teto dos Gastos”. Segundo a base do governo de Michel Temer, tal proposta de emenda constitucional objetivava a limitação ao crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, uma vez que, no ano de 2016, as despesas atingiram um alto patamar. Era a proposta de um novo regime fiscal no país. A medida seria imposta aos três poderes, além do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União, de forma a limitar as despesas anuais.

A dívida pública é considerada a grande vilã na composição dos gastos públicos da União. Vale destacar que, se considerarmos apenas os juros, a amortização e o refinanciamento, o valor da dívida corresponde a R\$ 1,35 trilhão, podendo chegar a R\$ 1,7 trilhão, conforme projeto de lei orçamentária de 2017 (BLUME, 2016). A figura a seguir dispõe os gastos do governo:

**Figura 4 – Os maiores gastos do governo federal**



Fonte: BLUME (2016).

O refinanciamento da dívida pública eleva ano a ano o seu saldo devedor, pois, dessa forma, o governo “emite nova dívida para pagar dívidas antigas. Esse processo também é chamado de rolagem da dívida” (BLUME, 2016, on-line). Deve-se salientar que a Previdência Social já entra com uma parcela de R\$ 572 bilhões no somatório da composição, tornando-se a maior despesa primária da União — tal despesa aumenta à medida em que os trabalhadores vão se aposentando. Além disso, os encargos especiais somam R\$ 345 bilhões associados a “um bem ou serviço gerado no processo produtivo corrente. Isso inclui o serviço da dívida, indenizações e ressarcimentos” (*Ibidem*).

Nessa composição, a área da saúde participa com R\$ 109 bilhões, devendo ser considerada a área prioritária do governo e, mais ainda, da população. Por isso:

O artigo 198, parágrafo segundo inciso I da Constituição determina que 13,2% da receita corrente líquida do governo federal (percentual que deve chegar a 15% em 2020) seja destinada aos serviços de saúde pública. Segundo o jornal Estado de São Paulo, os 109 bilhões de 2016 valor estão cerca de R\$ 6 bilhões acima do mínimo determinado pela Constituição. (BLUME, 2016, on-line).

A educação, em 2016, compunha a despesa pública com R\$ 103 bilhões. Nessa esfera, o governo destina 18% das receitas em impostos para a referida pasta. Conforme o autor aponta, a educação também pode ser afetada com o novo regime fiscal, considerando que a “proposta limita o crescimento dos gastos na área apenas o equivalente à inflação, se não houver cortes em outras despesas” (BLUME, 2016, on-line). A reserva de contingência, utilizada apenas em casos emergenciais, apresenta-se com R\$ 96 bilhões na composição da dívida pública. Já a assistência social compõe a despesa com R\$ 77 bilhões. Esse valor é direcionado para as necessidades básicas da população. Nesse liame, cabe ressaltar que:

A assistência social é direito do cidadão e dever do Estado. São recursos utilizados para atender às necessidades básicas da população. Um exemplo de política pública de assistência é o benefício de prestação continuada (BPC). Os beneficiários do BPC são idosos e pessoas com deficiência que comprovem que não possuem meios de se sustentar. O benefício é de um salário-mínimo.

Um dos programas sociais mais conhecidos é o programa Bolsa Família, que há mais de uma década beneficia milhões de famílias carentes. Finalmente, cabe mencionar o programa Brasil sem Miséria, que atua nas frentes de garantia de renda, acesso a serviços e acesso à educação. (BLUME, 2016, on-line).

Ademais, o autor ainda destaca que a área trabalhista compõe a dívida com R\$ 72 bilhões, os quais são direcionados para a geração de renda e de empregos, para o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), para o abono salarial e para o seguro-desemprego. Por sua vez, a defesa social apresenta sua despesa em R\$ 59 bilhões, os quais são destinados para as forças armadas e são direcionados, principalmente, para situações como “missões de paz da Organização das Nações Unidas (ONU), segurança das fronteiras e até na segurança pública, em casos emergenciais” (BLUME, 2016, on-line).

Ainda há outros gastos que compõem a dívida pública, como a agricultura, o transporte, a segurança pública e a gestão ambiental. Nesse sentido, cabe ressaltar que parte desse valor é utilizado na manutenção dos “poderes Judiciário e Legislativo, a administração da União e fazer transferências para estados e municípios” (BLUME, 2016, on-line).

Dessa forma, na posse de Michel Temer, em agosto de 2016, a base do governo votou pelo congelamento dos gastos por 20 anos. Uma vez promulgado, o novo regime fiscal poderia ser reanalisado e alterado após os dez primeiros anos de sua vigência, via lei complementar.

Segundo afirmação do ministro da fazenda do governo de Michel Temer, Henrique Meirelles, não havia possibilidade de se prosseguir economicamente no Brasil gastando muito mais do que a sociedade poderia pagar. Não se tratava de um plano meramente fiscal; aquela seria uma das medidas para recuperar a confiança do mercado e, assim, garantir e ampliar empregos e renda, além de conter o aumento dos gastos públicos anualmente (ALESSI, 2016).

Durante a tramitação das PEC, diversos setores se manifestaram contra o novo regime fiscal. O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren/SP), por exemplo, afirmou: “O governo comete grave erro ao penalizar áreas sociais como a saúde e a educação, com cortes por 20 anos. Atinge direitos elementares dos cidadãos sem uma argumentação razoável, já que a redução de despesas poderia vir de outras rubricas” (RUPRECHT, 2016, on-line).

Nesse liame, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), referência em pesquisa científica no país, também se manifestou:

Tudo se passa como se o gasto realizado no setor de saúde tivesse um efeito negativo na economia, elidindo para além de seu papel essencial de bem-estar da população e sua importância como complexo produtivo na formação do PIB. O efeito multiplicador do gasto em saúde é conhecido. Para cada 1 real gasto em saúde, verifica-se um incremento de 1,70 no PIB. Ou seja, cortar gastos em saúde seria sinônimo de, no fim das contas, frear a economia nacional. É uma verdadeira afronta às necessidades da comunidade. (RUPRECHT, 2016, on-line).

Nesse sentido, as entidades não concordavam com a forma como a saúde foi incluída nesse pacote, afinal o SUS já sofria com a carência de recursos ao longo dos anos.

Conforme já citado, a PEC do Teto dos Gastos sofreu duras críticas por várias entidades brasileiras. A esse respeito, os estudantes secundaristas ocuparam escolas em todo o país como forma de se manifestarem contra a PEC 241. O movimento aconteceu em, pelo menos, sete estados e se tornou conhecido como “Primavera Secundarista”.

Segundo Rossi (2016), a ocupação foi uma resposta dos jovens de todo país contra a aprovação da PEC 241: no estado do Paraná, foram ocupadas 850 escolas estaduais e 14 universidades; em Minas Gerais, foram 38 escolas ocupadas; no Espírito Santo, foram 5. Já em Curitiba, um adolescente matou o outro em uma briga dentro de uma escola localizada no bairro Felicidade. O relato é de que a briga se iniciou em razão do uso de drogas. Por se tratarem de jovens de 16 anos, a escola foi desocupada. As ocupações nas escolas aconteceram em período de eleições municipais, o que resultou em mudança de zonas de votação em várias cidades.

Todavia, independentemente das manifestações ocorridas em todo o país, a EC 95/16 foi promulgada no dia 15 de dezembro de 2016, determinando que, a partir de 2018, as despesas federais só poderiam aumentar de acordo com a inflação acumulada, apresentada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

A EC 95/16 acrescentou nove artigos ao Ato das Disposições Contrárias Transitórias (ADCT), o qual estabelece regras de caráter transitório na Constituição. Suas definições são assim dispostas:

Para 2017, primeiro ano de vigência da PEC, o teto será definido com base na despesa primária paga em 2016 (incluídos os restos a pagar), com a correção de 7,2%, a inflação prevista para este ano.

O regime valerá para os orçamentos fiscal e da seguridade social e para todos os órgãos e Poderes. Dentro de um mesmo Poder, haverá limites por órgão. Existirão, por exemplo, limites individualizados para tribunais, Conselho Nacional de Justiça, Câmara, Senado, Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público da União, Conselho Nacional do Ministério Público e Defensoria Pública da União. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016, on-line).

O novo regime fiscal se aplica apenas à União. Dentro da União se aplica as despesas primárias do orçamento fiscal, mais o orçamento da seguridade social. Assim, ele não abarca estados e municípios. O foco são os poderes e os órgãos autônomos: Executivo; Judiciário; Legislativo; Ministério Público da União (MPU) e Defensoria Pública da União (DPU); e Distrito Federal e territórios. A validade dessa emenda constitucional é de 20 anos, seguindo as regras expostas a seguir:

- No ano I, foram considerados as despesas empenhadas e pagas em 2016, os restos a pagar e as despesas pagas em 2016 de despesas primárias — ou seja, não se consideram as despesas financeiras. Ao final, foi gerado um valor X, que foi multiplicado por 1,072 (correção de 7,2%), valor para 2017 do limite individual para cada poder (BRASIL, 2016, Art. 107);
- No ano II, considerou-se o valor X e multiplicou-se pelo IPCA de 2017, que foi o ano anterior e teria como referência de limite para o ano seguinte. A preocupação governamental foi exclusivamente com o dinheiro em caixa. A partir do ano de 2018, esse cálculo não poderia ser alterado pelos próximos anos. No décimo ano desse regime, o presidente da república poderá rever a metodologia por meio de lei complementar (BRASIL, 2016, Art. 107).

Vale ressaltar as despesas primárias que são excluídas da base de cálculo: transferências constitucionais (repasso para estados e municípios); créditos extraordinários (catástrofes, estado

de calamidade); despesas não recorrentes da justiça eleitoral (em ano de eleição se gasta um valor maior); e despesas com o aumento da participação acionária de empresas estatais independentes (BRASIL, 2016).

Em relação às restrições da emenda, foram apresentadas quatro questões:

- a) *Restrição geral*: a revisão geral anual do Art. 37, inciso X, que trata da concessão de revisão para todos os servidores da administração pública federal, pode ser inviabilizada caso um dos poderes descumpra o teto da emenda;
- b) *Restrição específica para o Executivo*: as vedações específicas do Executivo são as limitações de financiamento e de renúncia de receitas;
- c) *Restrição contagiante do órgão para os poderes Legislativo e Judiciário, bem como para o Ministério Público, pois são os poderes que possuem órgãos autônomos*: vale destacar as restrições contagiantes no âmbito do Judiciário. Por exemplo, caso a justiça militar ultrapasse o teto e precise requerer um aumento para seus servidores, o aumento não poderá ser concedido. Em outras palavras, o reajuste será vedado se o limite individual estiver ultrapassado. Apenas será permitido um reajuste por determinação judicial, por determinação legal anterior à emenda constitucional, por alteração de estrutura com impacto orçamentário ou por concessão de benefícios/auxílios.

Ademais, existem casos especiais, que são os relacionados às despesas com a saúde. No caso da saúde, o percentual era de 15% da receita corrente líquida arrecadada da LOA de 2017, a qual era multiplicada pelo IPCA e, posteriormente, aplicada em 2018. A emenda respeitou, no ano I, o que está na Constituição, ou seja, para o ano de 2017, permaneceu conforme o realizado em 2016; já no ano II, em 2018, a correção se fez pelo IPCA de 2017, harmonizando conforme a EC 95.

Com relação aos reflexos sobre os demais dispositivos de metas, a emenda constitucional não revogou outros dispositivos constitucionais ou legais que tratem de metas fiscais. Segundo Pinto e Ximenes (2018), existem diversas controvérsias na relação entre a Emenda Constitucional nº 95/2016 e a Constituição Federal de 1988. Um dos pontos conflitantes se refere ao Artigo 110, inserido no ADCT da Constituição:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do §

1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (BRASIL, 1988, Art. 110).

Conforme supracitado, esse artigo afasta por 20 anos “a relação de proporcionalidade, até então existente, entre arrecadação e destinação obrigatória aos direitos sociais à educação e à saúde” (PINTO; XIMENES, 2018, p. 991). Nesse contexto, até o ano de 2036, todas “as garantias constitucionais de financiamento mínimo da União à Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE) e às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)” foram simplesmente anuladas (*Ibidem*, p. 992).

Para melhor compreensão, a saúde pública no Brasil sempre foi vinculada a receitas de contribuições sociais. Como existiam instabilidades financeiras e até perda de recursos, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, foi promulgada com a finalidade de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, surgiu com a obrigação de executar programação orçamentária específica, com um valor mínimo a ser aplicado por todos os entes federados em relação a sua receita.

Considerando apenas a Constituição, confirma-se, no Artigo 198, que a União deve aplicar o montante de 15% de sua receita líquida como recurso mínimo. Em uma análise realizada por Moutinho e Dallari (2019, p. 77), foi identificado que, em 2017, a União repassou para os serviços públicos de saúde o montante de R\$ 114,7 bilhões, o que correspondia a 15,77% de sua receita líquida; portanto, superior ao mínimo constitucional exigido.

Nesse mesmo ano, os estados investiram R\$ 65,6 bilhões com recursos próprios, o que correspondia a 13,4% de sua receita líquida; também bem próximo ao mínimo exigido. Já os municípios, empenharam R\$ 141,8 bilhões, sendo R\$ 82,5 bilhões em recursos próprios, o que correspondia a 24,2% de suas receitas. Verifica-se a participação dos municípios bem superior ao piso, comprovando o esforço desses entes nos serviços públicos de saúde.

Com essa finalidade e conforme o Artigo 106 da emenda em questão, a União tem suas despesas mínimas obrigatórias, relacionadas também à saúde, alteradas. Dessa forma, em vez de aplicar 15% da receita líquida do ano corrente, são aplicados 15% da receita líquida do ano anterior, aplicando o reajuste conforme Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Assim, ao considerarmos que no ano de 2017 a receita líquida da União foi de R\$ 727,3 bilhões, o valor investido pela União na saúde deveria ser de R\$ 109,1 bilhões. Lembrando que a correção do IPCA anual deve ser aplicada em cima desse valor até o ano de 2036. Por conseguinte, se o valor real absoluto permanecer o mesmo, aplicando-se somente a correção do IPCA, o valor

investido na saúde e o percentual do mínimo constitucional a ser executado na saúde irão diminuir anualmente.

Por esse motivo, a sociedade civil pugna pela inconstitucionalidade do Artigo 110 do ADCT:

[...] é importante verificar os efeitos do NRF na evolução dos gastos federais em relação à riqueza produzida no país. Em 2017, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, calculado conforme o artigo 198, parágrafo 2º, inciso I, da CF/1988, equivaleu a 1,66% do PIB. Em razão do disposto no artigo 110 do ADCT, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde cairá anualmente, até chegar a 1,31% e 1,05% do PIB em 2026 e 2036, respectivamente (considerando que, para o ano de 2018, utilizou-se a estimativa de mercado de 2,7% para o PIB. Para os anos entre 2019 e 2036, utilizaram-se as estimativas de crescimento anual de longo prazo previstas no projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o ano de 2019, cuja média de variação estimada é de 2,41% ao ano. (MOUTINHO; DALLARI, 2019, p. 83).

Nesse sentido, os autores prosseguem dizendo que:

Em relação à RCL – considerando, por simplificação, a manutenção da relação entre a RCL e o PIB e utilizando as estimativas de crescimento indicadas no parágrafo anterior –, por conta do artigo 110 do ADCT, o valor mínimo obrigatório de despesas da União em ações e serviços públicos de saúde vai cair de 15%, em 2017 – quando ainda valeu a fórmula do artigo 198, parágrafo 2º, inciso I, da CF/1988 –, para 11,78% e 9,51% em 2026 e 2036, respectivamente. Isso permitiria, em relação à regra prevista no texto permanente da Constituição, uma perda máxima acumulada pelo sistema de saúde de R\$ 144,4 bilhões até 2026 e de R\$ 627,8 bilhões até 2036, em valores correntes de 2017. (MOUTINHO; DALLARI, 2019, p. 84).

Comprova-se, assim, a redução do investimento na saúde por parte da União, restando para a pasta apenas o que poderá ter de sobra dos demais poderes.

Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública são obrigados a cumprirem os limites exigidos pela EC 95/16. Por isso, eles não podem extrapolar suas despesas, sob pena de proibição de reajustes, de adequação de remuneração de servidores e de inserção de novos cargos. Enfim, qualquer ação que possa acarretar o aumento das despesas, conforme preceitua o Artigo 109 do ADCT. Porém, caso ocorra sobra de recursos do Executivo, pode acontecer uma redistribuição para a área da saúde, por exemplo. Tal fato pode levar a uma “[...] disputa fratricida entre diversas áreas de políticas públicas, tendente a prejudicar todas elas” (PINTO; XIMENES, 2018, p. 995).

No atual contexto, a EC 95/16 ceifa um dos direitos constitucionais de extrema necessidade coletiva, caracterizando-se como um forte abalo ao Estado Democrático de Direito. Pinto e Biasoto Júnior (2016 *apud* PINTO; XIMENES, 2018, p. 995) afirmam que a emenda se



apresenta como uma “espécie de estado de sítio fiscal”, cuja prerrogativa é de suspender garantias constitucionais, afetando diretamente o piso do financiamento público. Assim,

Diferentemente do estado de sítio, aplicável segundo condições constitucionais estritas como graves comoções nacionais, ataques estrangeiros e declaração de guerra, o “estado de sítio fiscal” é a imposição de uma política econômica inconstitucional em detrimento de medidas tributárias, fiscais e orçamentárias que seriam compatíveis à CF 88. (PINTO; XIMENES, 2018, p. 995).

Existem alternativas menos gravosas que poderiam ser aplicadas no Brasil, de forma a constranger minimamente direitos constitucionais, principalmente quando se trata de saúde. Observa-se que, com a presença de um governo que possui um discurso de austeridade e com a desconstrução das garantias constitucionais — como os constantes ataques à saúde, à educação, à assistência social e ao trabalhador —, aos poucos, a população se posicionou contra essa forma de governo ainda mais neoliberal ao objetivar um governo com garantias de um Estado mínimo.

Por isso, como forma de sacrificar menos a saúde dos brasileiros, diversas entidades e juristas pugnaram pela inconstitucionalidade da EC 95/16 ou, pelo menos, pela inconstitucionalidade do Artigo 110 do ADCT, uma vez que existem outros meios para se chegar a um ajuste fiscal. Nessa esteira, Pinto e Ximenes (2018) apresentam medidas constitucionalmente adequadas para aplicação dos recursos públicos:

- a proibição de despesas com publicidade institucional e shows artísticos nos casos em que o ente político não tem quitada a folha de salários em dia e/ou está inadimplente com os pisos constitucionais em saúde e educação (Lei nº 9.504/1997, arts. 73, VI, e 75);
- a execução da dívida ativa dos diferentes entes governamentais, evitando-se a prescrição delas, por todos os meios lícitos, inclusive o protesto extrajudicial (Lei nº 8.429/1992, art. 10, X; Lei nº 9.492/1997, art. 1º);
- o controle sobre as renúncias de receitas sem lastro na correspondente e indispensável medida compensatória, sobretudo as que são concedidas por prazo indeterminado, diante do seu impacto desarrazoado (LRF, art. 14, caput e §2º; Lei nº 8.666/1993, art. 57, §3º) e que acaba por perpetuar ilegal e inconstitucionalmente privilégio fiscal no orçamento público. (PINTO; XIMENES, 2018, p. 997).

Dentre as alternativas supracitadas, existem duas medidas que urgem há anos na sociedade brasileira: a taxaço das grandes fortunas e a reforma tributária, “única capaz de enfrentar a injusta regressividade e a irracionalidade federativa do nosso modelo arrecadatório” (PINTO; XIMENES, 2018).

Comprimindo o gasto primário, não se reduz o endividamento público federal, conforme visto a seguir:

As despesas primárias referidas na PEC 241/55 e que deverão ser congeladas nos valores de 2016 são todas aquelas despesas realizadas pela União, excluindo-se as relacionadas ao pagamento de juros, encargos e amortização das dívidas internas e externas (JEAD). Ou seja, são aquelas despesas associadas ao pagamento de pessoal e encargos sociais, outras despesas correntes (água, luz, telefone, limpeza, vigilância, terceirizados, material de consumo etc.), investimentos (equipamentos, material permanente, construções etc.) e inversões financeiras (aquisição de imóveis etc.). (AMARAL, 2016, p. 2).

A necessidade da instalação de um novo regime fiscal não condiz com a autonomia e a impessoalidade esculpida na Constituição. Se a arrecadação é tão importante, como justificar, em face da EC 95/16, as renúncias fiscais e federais que, no ano de 2017, somaram R\$ 354,7 bilhões? Cabe ressaltar que, no ano de 2017, as despesas da União em saúde, educação e assistência social totalizaram R\$ 305,8 bilhões (PINTO; XIMENES 2018). Observa-se que as renúncias fiscais abarcariam com sobra o que o governo direcionou à saúde e à educação.

Quando o assunto é a saúde, logo emerge o elo direto com o SUS, que, ao longo de sua história e trajetória, sempre foi alvo de constantes ataques do neoliberalismo. Esses ataques sempre criaram obstáculos para o pleno desenvolvimento do sistema de saúde:

O subfinanciamento por parte do governo federal; os desvios dos recursos federais para outras prioridades orçamentárias; a lei de responsabilidade fiscal que limita o gasto público dos municípios com os recursos humanos; subsídios financeiros para planos e seguros de saúde privados; a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde privado; o aumento da atuação do setor privado no SUS por meio de convênios para prestação de serviços; vínculos trabalhistas precários e por fim o congelamento dos gastos públicos federais na saúde por 20 anos, aprovada em 2016. (SANTOS, 2019, p. 237).

Tais medidas de austeridade demonstram a relação conflituosa entre o público e o privado, considerando a pressão do mercado em relação aos investimentos básicos, como saúde e educação. Segundo Rocha e Marra (2019):

A austeridade fiscal, nessa perspectiva, seria, portanto, um sintoma dessa disputa de poder entre o povo do estado e povo do mercado, na qual o mercado vence. Na tentativa de manter a confiança do mercado de que haverá orçamento suficiente para o pagamento da dívida pública, o Estado promove um arrocho orçamentário por meio de corte de despesas primárias, reformas na seguridade social, ao mesmo tempo em que não há a elaboração de vias para aumento na arrecadação. A via escolhida para bancar os serviços da dívida é sempre pela redução de serviços sociais destinados ao povo. (ROCHA; MARRA, 2019, p. 05).

A perspectiva atual do governo Bolsonaro vê a saúde como um bem de consumo, conferindo-lhe um caráter privatista, ou seja, algo que deve ser explorado para obtenção de lucro na esfera privada. Essa perspectiva uniu-se à visão da intervenção mínima estatal na

saúde, favorecendo, inicialmente, grupos privados em áreas públicas. O descrédito de parte da população em relação ao Estado se reflete na inadvertência em relação às perdas de direitos tão comuns nos tempos atuais. A EC 95/16 foi seguida da Reforma Trabalhista, dando a sensação de descompromisso do contrato constitucional com os cidadãos.

O Estado não é responsivo aos anseios por segurança, saúde, educação, oportunidade de trabalho e seguridade garantidas ao cidadão, que restringiu sua liberdade, respeitando as leis e pagando tributos. É certo afirmar, com efeito, que sistemas políticos que “não funcionam bem – que são ineficazes no combate à pobreza e desigualdade, que são corruptos e ineficazes na redução do crime e dos quais o cidadão comum não se sente representado – engendram cidadãos que apresentam baixos níveis de apoio ao regime político. (FERNANDES NETO; CUNHA, 2019, p. 192).

O Brasil, desde a EC 95/16, vivencia um estado de crise devido à implantação de duras medidas neoliberais, ceifando direitos, como a reforma trabalhista e previdenciária, sob o pressuposto de reativação da economia, principalmente para ganhar a confiança do capital estrangeiro para investimentos no Brasil. Nesse liame, assiste-se o desmonte do Estado Democrático de Direito com retrocessos nas políticas sociais, o que, conseqüentemente, atinge diretamente os mais pobres.

À vista disso, Menezes, Moretti e Reis (2019, p. 60) discorrem que “o neoliberalismo não consistiria meramente de uma radicalização do capital entregue a si mesmo, marcada pela retirada do Estado da economia, mas de um ativismo político-jurídico voltado a construir uma sociedade regida pela concorrência”. Logo, não existirá troca transpondo para o ideal de igualdade e equivalência, mas existirá concorrência e desigualdade. Essa ideia “pressupõe um intervencionismo jurídico-político que possa produzir as circunstâncias para a competição entre os agentes, inclusive em domínios não econômicos” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 61).

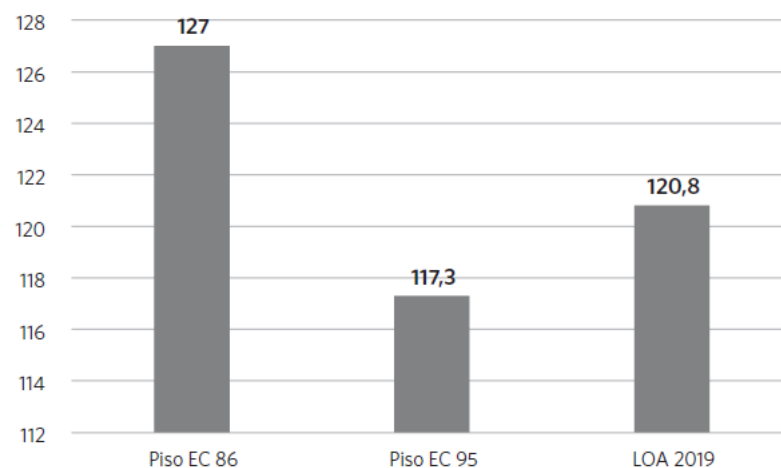
Seguindo esse pensamento, a EC 95/16 simplesmente impede que o Estado cumpra normas constitucionalmente garantidas. O orçamento limitado passa a ser um objeto de controle para as políticas sociais existentes. A EC 95/16 não considerou o impacto do crescimento da população ano a ano, a densidade demográfica brasileira, as pandemias, as doenças sazonais nem mesmo a interiorização dos tratamentos de doenças não transmissíveis que exigem um diferente perfil profissional. São situações que podem interferir diretamente na economia. Pessoas podem deixar de serem atendidas. Tratamentos e remédios específicos e de alto custo podem faltar no SUS. Em suma, ao impedir que ganhos reais da economia sejam transferidos para as despesas primárias, a emenda afeta o investimento em saúde.

### 3.2 O IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/16 NA SAÚDE

Anualmente, estados e municípios assistem ao aumento dos gastos com a área da saúde quando se considera o número de nascimentos e o envelhecimento da população, isso porque a população economicamente ativa está trabalhando na informalidade. Para isso, analisando que o investimento na saúde pelo governo federal equivaleria a “15% da sua receita corrente líquida (RCL) de 2017”, acrescidos da inflação, chega-se à estimativa de “cerca de 10% da RCL em 2036, último ano de vigência da EC 95”, deixando a pasta mais fragilizada ainda (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 64). A esse respeito, os autores continuam dizendo que: “A expectativa, elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RCL de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 64).

Segundo os autores, estima-se que, ao longo de 20 anos, serão retirados recursos destinados ao SUS cujos efeitos poderão ser sentidos a curto prazo. Basta considerar a diferença do piso anterior e posterior à EC 95/16, que é de quase R\$ 10 bilhões, conforme o disposto no Gráfico 10 a seguir.

**Gráfico 10** – Comparação entre regras de aplicação em ASPS (R\$ bilhões)



Fonte: MENEZES, MORETTI e REIS (2019, p. 66).

Conforme o gráfico, a perda referente ao ano de 2019 foi de R\$ 8,2 bilhões. Se considerarmos desde quando a EC 95/2016 entrou em vigor, em 2019, o valor destinado à saúde seria de R\$ 118,8 bilhões, “dotação da LOA, subtraindo-se os valores contingenciados na data de consulta ao Siop” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 66). Em 2020, o governo federal apresentou o valor de R\$ 122,1 bilhões para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS),

número bem próximo ao piso da emenda, cujo valor é de R\$ 121,2 bilhões (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Com o congelamento do piso de aplicação em saúde, o setor já perde R\$ 8,2 bilhões em 2019, isto é, caso vigorasse o piso anterior — 15% da RCL de cada ano —, o orçamento da saúde seria, pelo menos, R\$ 8,2 bilhões maior do que o disponível. A perda estimada é resultado da diferença entre R\$ 127 bilhões, ou seja, 15% da RCL prevista para 2019 (mínimo obrigatório caso não vigorasse a EC 95), e o valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,8 bilhões (dotação da LOA, subtraindo-se os valores contingenciados na data de consulta ao Siop).

Vale ressaltar que o orçamento disponível da saúde está praticamente no piso rebaixado da EC 95. Para 2020, a primeira proposta orçamentária encaminhada pelo governo Bolsonaro aprofunda o quadro aqui descrito. A dotação prevista de ASPS, de R\$ 122,1 bilhões, está quase no piso congelado da EC 95 (R\$ 121,2 bilhões). Se vigorasse o piso anterior, o orçamento de ASPS estaria mais de R\$ 10 bilhões acima do valor proposto, indicando uma perda total para o SUS, em apenas dois anos, de quase R\$ 20 bilhões. Isto é, o piso já se tornou teto, materializando a submissão do orçamento de saúde ao princípio da austeridade.

O quadro pode se agravar com a proposta do governo de desindexar e desvincular despesas, o que afetaria o orçamento de ASPS de todos os entes federados. Um exercício simples pode ajudar a mostrar os efeitos perversos dessa proposta de desvinculação. Se, entre 2000 e 2017, o valor aplicado por todos os entes em saúde tivesse sido corrigido apenas pela inflação, sem o efeito da vinculação instituído pela EC 29/00, o valor total gasto em saúde, em 2017, teria sido de R\$ 104,6 bilhões, equivalente a apenas 39% do gasto atual, que é da ordem de R\$ 265,5 bilhões, correspondendo a um gasto público total de 1,6% do PIB. O gasto de saúde nesse período (2000–2017) seria R\$ 1,2 trilhão menor do que o observado. Comparando-se os dois cenários (com e sem a PEC da desvinculação), Menezes, Moretti e Reis (2019) estimam que, entre 2020 e 2036 (tomado como referência por ser o último exercício da EC 95), haveria uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS.

As austeridades com a saúde puderam ser sentidas no primeiro ano do governo Bolsonaro com cortes de verbas e com a extinção do programa Mais Médicos, por exemplo:

[...] a perda de 8,5 mil médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que atendiam a cerca de 30 milhões de brasileiros, em 2,9 mil municípios e em aldeias indígenas, e a desistência de mais de mil médicos brasileiros que chegaram a ocupar essas vagas (cerca de 15% do total de vagas), deixando a população desassistida. Além disso, o Ministro da Saúde anunciou a intenção de municipalização das ações de atenção básica à saúde e de saneamento básico em aldeias indígenas. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 67).

Com a finalização desse programa, estados e municípios foram obrigados a investir para além de seus limites na saúde, o que não os eximiu dos impactos negativos da falta de atendimentos. Em uma sequência de retrocessos do Ministério da Saúde, políticas em desuso ganharam nova roupagem, como: a retomada de leitos em hospitais psiquiátricos; a transferência da Política Nacional de Álcool de Drogas do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania (priorizando internações); a redução da taxaço dos cigarros; a flexibilização do porte de armas; e a liberação irrestrita dos agrotóxicos. Tais medidas afetam diretamente o sistema de saúde e a população.

Observa-se que o desfinanciamento do SUS segue na contramão dos seus princípios básicos. Conforme elencado pela própria Constituição de 1988, a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Mas, atualmente, tal princípio se vê desconfigurado e ameaçado pelo próprio Estado, o qual coloca em xeque a seguridade social:

A situação poderá se agravar ainda mais se efetivada a intenção do governo, por meio do Ministério da Economia, de encaminhar ao Congresso Nacional PEC para desvincular recursos da União, estados e municípios, em nome de um ‘novo pacto federativo’. As áreas de educação e saúde seriam fortemente impactadas pela medida. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 68).

As medidas atuais confirmam o caminho do retrocesso vivenciado no Brasil antes de 1988, quando a saúde convivia com a dicotomia e a exclusão. Assim, caminha-se para um sistema de seguridade social voltado para um regime de capitalização, cujos efeitos já são sentidos, principalmente com a onda de desemprego crescente.

Tendo em vista que novas fontes de receitas poderiam ser direcionadas para o financiamento do SUS, especialmente quando o governo se nega a fazer a Reforma Tributária, pode-se considerar:

[...] tributar as grandes fortunas, as heranças (rever o atual Imposto Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD, de competência estadual), as grandes transações financeiras, os dividendos, bem como criar alíquotas mais elevadas no Imposto de Renda tanto para os altos rendimentos, como para produtos como tabaco, álcool, bebidas açucaradas etc. Trata-se de um debate em que emerge conflito de interesses existente na sociedade, o que requer tempo para a construção de consenso político para viabilizar a aprovação dessa reforma tributária. (FUNCIA, 2019, p. 4413).

Um fato a ser considerado em relação à EC 95/16 é o congelamento das despesas públicas. No entanto, a medida não é aplicada sobre os gastos da dívida pública, que, no orçamento federal executado em 2018, representou 40,66% da pasta (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2019). Interessante que o governo sequer levou a debate a questão sobre a dívida

pública, sobre quem são os seus credores ou sobre quais são as cláusulas que poderiam ser trabalhadas. O interesse girou apenas em torno do superávit primário.

O Brasil é o único país do mundo que possui um sistema único de saúde com tamanha amplitude, universalidade e gratuidade. A aprovação da referida emenda congela os investimentos da saúde até o ano de 2036. O que a maioria desconhece é que, com essa estagnação, o limite mínimo a ser investido na saúde passará a ser um teto, ou seja: o limite máximo de investimento. É a morte lenta do serviço universal de saúde.

Segundo Moretti (2018):

A Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, institui Novo Regime Fiscal, determinando que, em 2017, as despesas primárias teriam como limite a despesa executada em 2016, corrigida em 7,2%. A partir de 2018, vigoraria o limite do exercício anterior, atualizado pela inflação de doze meses. Na prática, a EC 95 congela as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por duas décadas. (MORETTI, 2018, on-line).

O presidente Michel Temer e a sua base parlamentar afirmavam que a emenda não impactaria na saúde. Eles garantiam que, pelo fato de o limite do teto ser aplicado apenas ao conjunto das despesas primárias, essas áreas teriam um piso, e não um teto; logo, esse não seria um valor máximo investido. Contudo, o Brasil está vivenciando exatamente um teto.

Uma solução encontrada pelo Executivo para redução das despesas primárias foi apresentar uma agenda de reformas, como a da Previdência. Mas, segundo o economista e um dos criadores da PEC do Teto dos Gastos, Marcos Mendes, “as reformas estruturantes não são o bastante para frear o rombo da dívida pública. É um passo importante, mas está longe de ser o necessário” (CARVALHO, 2019, on-line).

Uma das críticas à emenda constitucional é que, via de regra, ela não considera as atipicidades que a economia brasileira pode passar durante um período. Se por um lado ela é um freio importante adequado a um período de baixa arrecadação, por outro, um eventual aumento de arrecadação não significa aumento de investimentos a não ser que seja acompanhado por aumento da inflação. (CARVALHO, 2019, on-line).

O ministro da saúde, Ricardo Barros, ratificava que a EC 95/16 em nada comprometeria a saúde. Ricardo Barros afirmava, inclusive, que os poderes Legislativo e Executivo poderiam alocar seus recursos para além do piso, desde que respeitado o teto global de despesas primárias. No caso da saúde, o piso equivale a 15% da Receita Corrente Líquida de 2017. A vantagem seria que, em cada ano, o valor mínimo seria atualizado pela inflação de doze meses (MORETTI, 2018).

A análise sobre os impactos da emenda na saúde não se limita apenas ao piso. Em 2019, o mínimo a ser aplicado foi definido pelo limite de 2018, corrigido pelo IPCA de 4,39%. O resultado é o de R\$ 117,3 bilhões aplicados, o que significou praticamente o piso, ou seja, o mínimo investido (MORETTI, 2018).

Seguindo adiante, há de se considerar o PLOA de 2019:

Mas os impactos não se esgotam na comparação entre o piso e as dotações orçamentárias. É preciso cotejar o PLOA 2019 com o recurso mínimo em saúde, caso não estivesse em vigor a EC 95. É aí que se pode verificar com mais exatidão os recursos que a medida retira do SUS. Caso vigorasse o piso de 15% da RCL de 2019, a saúde contaria, pelo menos, com R\$ 127 bilhões. Portanto, a EC 95 produz diretamente uma perda de R\$ 9,5 bilhões para o SUS em 2019, tendo em vista as dotações constantes do PLOA. (MORETTI, 2018, on-line).

Apenas no ano de 2019, um total de 9,5 bilhões deixaram de ser investidos no SUS. Alguns setores sentiram de imediato o impacto, como, por exemplo, a distribuição de medicamentos e o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que, até o ano de 2036, se nenhuma lei complementar modificar a situação atual, a queda no investimento pode atingir R\$ 900 bilhões, refletindo negativamente nos índices de mortalidade e de desnutrição infantil. Ademais, despesas de baixa complexidade também podem ser sentidas (FIGUEIREDO, 2018):

Reflexo já da medida federal, o Brasil deixou R\$ 14 bilhões em restos a pagar para o orçamento de 2018. Despesas empenhadas em 2017, mas que não foram pagas. “No final do ano vai faltar recursos de despesas comprometidas em 2018, que somente serão pagas em 2019. Isso aqui é uma bola de neve por 20 anos”. (FIGUEIREDO, 2018, on-line).

Francisco Funcia — economista da Fundação Getúlio Vargas — apresenta um quadro ainda pior, demonstrando que o Brasil aplica 3,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em ações ligadas à saúde, somando despesas do governo federal, estadual e municipal. Se considerarmos o modelo de saúde inglês, que foi a inspiração do SUS, observa-se que, no Reino Unido, aplica-se 7,9% do PIB, levando em consideração dados de 2015 (FUNCIA, 2019).

Com a Emenda Constitucional nº 95, tem-se a piora do quadro brasileiro na saúde. Caso o país cresça em torno de 2% ao ano, confirma-se uma perda estimada em R\$ 400 bilhões para a área. Sabe-se que 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são transferências para estados e municípios, logo, na ponta, o estado e, principalmente, o município receberão menos recurso para a saúde (FIGUEIREDO, 2018). Aqui, cabe ressaltar mais um ponto negativo:



Outro ponto negativo é: parte desse orçamento é executado anualmente, mas não é pago. O que vai acontecer? À medida que o governo Federal, com a Emenda 95, estabeleceu uma limitação financeira, que eles chamam de teto de despesas, baseado no que foi pago em 2016 e congelou até 2036, o que vai acontecer é que a Saúde pode se comprometer com várias despesas, medicamentos, vacina, Farmácia Popular etc, mas vai ter menos recursos para se comprometer e para pagar.

Não tendo o recurso financeiro para pagar fica uma despesa comprometida num ano, mas que só será efetivada no ano seguinte. No caso da Saúde, tivemos um crescimento recorde, em 2017, de 81,5% dos restos a pagar. Quando costumava ficar pra pagar alguma coisa perto de R\$ 8 bilhões, agora ficou algo em torno de R\$ 14 bilhões. (FIGUEIREDO, 2018, on-line).

Ademais, o que se verifica é que há uma tendência real de deterioração dos indicadores de saúde, e não somente dos indicadores sociais em geral:

A despesa per capita da área social vai cair nos próximos 20 anos, porque eu mantenho as despesas no nível de 2016, no caso da saúde e educação, no nível de 2017, e só atualizo pela inflação. A população vai crescer nos próximos 20 anos entre 0,8% e 1% ao ano, segundo dados do IBGE. Se a população vai crescer e a receita para financiar as políticas sociais não crescerá, haverá menos despesa alocada por habitante. O dado consolidado, União, estados e municípios, custa R\$ 3,50 per capita por dia. (FIGUEIREDO, 2018, on-line).

Outro fator a ser considerado, refere-se aos empenhos não pagos. Em 2017, a soma dos empenhos, acrescida aos reinscritos (referentes aos empenhos de 2003 a 2016 não pagos) em restos a pagar do Ministério da Saúde para execução financeira em 2018, totalizou R\$ 21.879 bilhões. O somatório representa um crescimento de 51,4% em comparação ao verificado na abertura do ano de 2016.

Com isso, o valor representou 19% das despesas em Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS) empenhadas em 2017. Se fosse mantida a limitação financeira em 2018, segundo a EC 95/16, o próximo governo herdaria, no início de 2019, restos a pagar inscritos e reinscritos superiores a R\$ 36 bilhões. Dessa forma, o caixa da saúde tem como consequência a deterioração das condições de saúde da população, pois com a redução desses repasses pelo governo federal para o SUS, há um efeito cascata, o qual prejudica o financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (FUNCIA, 2018).

Segundo o Supremo Tribunal Federal (STF), foram recebidas diversas Ações Direitas de Inconstitucionalidades (ADI), a saber as ADIs: 5633, 5643, 5715, 5734 e 5658. Salienta-se que as referidas ações foram propostas pelo Partido dos Trabalhadores (PT), pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), pela Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB), pela Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra), pela Associação dos Juizes Federais do Brasil (Ajufe), pela Federação Nacional

dos Servidores e Empregados Públicos Estaduais e do Distrito Federal (Fenasepe), pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) e pelo Partido Socialismo e Solidariedade (PSOL).

As ADI foram propostas desde a tramitação das PEC nas respectivas casas, alegando a inconstitucionalidade formal, ou seja, o não seguimento do trâmite conforme preceituava a Constituição, especialmente por ferir cláusula pétreas, como o direito fundamento da garantia à saúde. No entanto, nenhuma dessas ADI prosperou no STF (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017).

Em uma pesquisa realizada sobre os efeitos da Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016, sem contexto político ou manutenção da emenda, visando o aspecto contábil sobre quem se beneficiou com ela, pôde-se constatar que a “aplicação da metodologia de correção das despesas primárias pelo IPCA resultaria, em cinco anos, na redução de 20% dos gastos primários do governo” (VAIRÃO JÚNIOR; ALVES, 2017, p. 19). Em contrapartida, também se observou que:

[...] as funções de Previdência Social, Encargos Especiais, Saúde, Educação, Assistência Social, Trabalho, Defesa Nacional, Judiciária, Agricultura e Administração seriam as mais afetadas na adoção de tais medidas. Percebe-se que a parcela da população que mais necessita de tais ações de governo – geralmente a mais pobre – seria também a mais prejudicada. (VAIRÃO JÚNIOR; ALVES, 2017, p. 19).

Cabe ressaltar que a análise realizada pelos autores citados considerou os anos de 2010 a 2015, aplicando todos os artigos da EC 95/16. Em outras palavras, se respeitar os 20 anos da emenda, os efeitos serão maiores.

Assim, entende-se que a melhora no longo prazo da economia e retomada do crescimento é justificativa para uma supressão de uma possível expansão nas despesas das diversas áreas de atuação do governo. Constata-se, também, que na própria exposição de motivos interministerial é reconhecido que o sucesso da limitação de gastos é discutível pelo fato de ser dependente das ações e decisões do gestor público. (VAIRÃO JÚNIOR; ALVES, 2017, p. 19).

Com a análise contábil, também se observou que a emenda por si só não bastaria para o objetivo do governo. Aliás, o que prospera são os resultados negativos trazidos pela redução dos repasses à saúde. Nesse interim, Pires (2016 *apud* VAIRÃO JÚNIOR; ALVES, 2017, p. 61) explica que a limitação dos gastos públicos em relação ao impedimento de crescimento das despesas primárias da União, concomitante com a aceleração e com o crescimento da economia, não implica em repasses para a saúde, por exemplo. A maior receita é convertida em resultado fiscal, considerando a gestão em um nível macroeconômico. Ao contrário disso, com o não crescimento da economia, “ocorre o papel anticíclico da política fiscal, dado que a redução de

receita não demandará redução de gastos” (VAIRÃO JÚNIOR; ALVES, 2017, p. 61). Em contrapartida, reduzir-se-á a verba direcionada para a área da saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, é direcionada para a importância dos condicionantes e dos determinantes sociais da saúde, sendo focada na busca pela melhoria na qualidade de vida e no processo saúde-doença.<sup>12</sup> Ademais, ela tem como “pressupostos a intersetorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida”, ou seja, produzir saúde no âmbito individual e coletivo (MALTA *et alli*, 2018a, p. 1799).

Ao longo de sua existência, a PNPS teve diversos projetos de promoção à saúde financiados pelo governo, tais como: “Vida no Trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, da violência, além da capacitação de recursos humanos e mobilização social, entre outros” (MALTA *et alli*, 2018a, p. 1806).

O caráter de sustentabilidade da PNPS é considerado de suma importância, pois, em diversos municípios, mudou a qualidade de vida dos cidadãos e o conceito de saúde. Porém, com a EC 95/16, o seu futuro está marcado de incertezas:

A diminuição de recursos federais afetará municípios e estados e resultará em retração significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo-se os previstos na PNPS e que dependem de esforços intersetoriais, indicando enormes dificuldades para a sustentabilidade da PNPS e do próprio SUS. (MALTA *et alli*, 2018a, p. 1806).

O quadro futuro de imprecisão que se desenha demonstra o descaso federal com visão estreita de um suposto Estado mínimo, o qual implica cortes orçamentários que comprometem projetos destinados à promoção da saúde da população.

Outro impacto negativo da referida emenda está no enfraquecimento do papel regulatório do governo, que se atém a pautas conservadoras, no sentido de deslegitimar importantes papéis de órgãos como o da “ANVISA, na tentativa de aprovação de leis”, na judicialização do SUS, “buscando incorporar procedimentos sem comprovação de custo

---

<sup>12</sup>“O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos fatores. Diferentemente da teoria da unicausalidade, muito aceita no início do século XX, que considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico - vírus, bactérias, protozoários -, o conceito de saúde-doença estuda os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, com eles, pretende obter possíveis motivações para o surgimento de alguma enfermidade.” (WIKIPÉDIA, 2020).

efetividade”, o que culmina em prejuízos tanto ao SUS quanto à população (MALTA *et alli*, 2018a, p. 1807). Ademais,

Dados do SIM de 2016 já apontam o aumento da mortalidade infantil, interrompendo um ciclo de mais de vinte anos de declínio contínuo. O mesmo ocorre com a mortalidade materna. Destacam-se ainda o aumento de casos de doenças imunopreveníveis, como sarampo e febre amarela, e queda nas coberturas vacinais que refletem a piora dos serviços de saúde. A queda dos indicadores reflete a crise de austeridade, a redução no investimento dos programas sociais e o aumento da pobreza e da vulnerabilidade. (MALTA *et alli*, 2018b, p. 3117).

A instituição de medidas regulatórias pelo Estado para controle e prevenção das doenças aponta uma efetividade. Isso ocorre, porque ela evita gastos desnecessários quando o Estado contrata o tratamento avançado de doenças, como a Aids. Como um exemplo a ser dado, tem-se o caso do cigarro, visto que medidas como proibição de propaganda, venda a menores, aumento na taxação, preço mínimo de comércio e ambientes livres de cigarro corroboram para saúde da população. A própria Lei Seca corrobora para diminuição do número de acidentes, no tocante à ingestão de bebidas alcoólicas. Tudo o que já foi realizado, da atual Constituição até o presente momento, corre o risco de enfraquecer caso não haja investimento para continuidade dos programas criados.

Um dos programas mais importantes do Brasil na aplicação de políticas públicas é a Estratégia da Saúde da Família, que funcionou um bom tempo em conjunto com o programa Mais Médicos. A atenção primária sempre foi de suma importância por se tratar de um programa preventivo dos profissionais de saúde junto à população. Em cada território, em torno de quatro mil pessoas foram atendidas pelo programa “Mais Médicos”. Tratava-se de profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e especialistas de saúde bucal. Além dessa diversidade de atendimento, o programa também atuava em áreas com escassez ou até mesmo ausência desses profissionais. Outro campo de atuação era a construção de unidades básicas de saúde, reformas de unidades de saúde, vagas para residência médica, além de qualificação profissional (ALVIM, 2019).

No governo de Jair Bolsonaro, o programa Mais Médicos foi descontinuado. Em 18 de dezembro de 2019, foi instituído o programa Médicos Pelo Brasil, o qual substituiu o Mais Médicos, objetivando dar continuidade no reforço à atenção primária no SUS.

O governo Bolsonaro jamais especificou tecnicamente em quais aspectos desejavam reformar o Mais Médicos, para além da criação de uma pessoa jurídica de direito privado que funcionaria como intermediário entre o Estado e os profissionais – a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). (GIOVANAZ, 2021, on-line).

Segundo a Lei de Acesso à Informação (LAI), o programa Médicos Pelo Brasil “ainda está em processo de implementação e, assim, até o momento, não houve edital de chamamento vinculado a este projeto” (GIOVANAZ, 2021, on-line). O que se sabe é que, com o corte de investimento na saúde, esse programa foi praticamente paralisado, deixando os locais mais vulneráveis e distantes nos grandes centros das capitais descobertos de atendimento à saúde primária:

A redução da cobertura da atenção básica nesses lugares tem efeitos maiores porque eles têm causas de mortalidade mais ligadas à pobreza, explica por telefone à BBC News Brasil Davide Rasella, pesquisador italiano que liderou o estudo. "São doenças e deficiências básicas que o sistema de atenção primária é mais capaz de resolver forma efetiva. (ALVIM, 2019, on-line).

Nesse sentido, o governo de Jair Bolsonaro prosseguiu assolando as políticas públicas para as PVHIV. Por meio do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, o Presidente extinguiu instâncias importantes do Conselho de Política Nacional de Participação Social (PNPS) e do Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), criados no governo de Dilma Rousseff. Dentre os conselhos pode-se citar:

[...] o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT), o Conselho Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (Conaeti), o dos Direitos do Idoso (CNDI), o de Transparência Pública e Combate à Corrupção (CTPCC), o Conselho Nacional de Segurança Pública (Conasp), o de Relações do Trabalho, o de Agroecologia e Produção Orgânica (CNAPO), a Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI), a da Biodiversidade (Conabio), o Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI). (MOTTA, 2019, on-line).

Ademais, a regressão em relação às políticas referentes à Aids no Brasil permaneceu:

Foram demitidos foram demitidos importantes servidores do programa Aids, suspendeu contratos com laboratórios públicos para a produção de genéricos, extinguiu instâncias da Política Nacional de Participação Social, como o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBTs, e cancelou a Política de Redução de Danos ao HIV, que instituía troca gratuita de seringas para usuários de drogas injetáveis, uma das formas de transmissão do HIV. (RODRIGUES, 2021, on-line).

Em pesquisa qualitativa sobre o impacto da EC 95/16 em relação à covid-19, Costa Júnior (2021) apresenta a falta de investimento federal em despesas discricionárias, ou seja, aquelas despesas que não são obrigatórias para o governo. Tais cortes evidenciam a aplicação da emenda em um cenário de total desfinanciamento público, gerando um aumento da pobreza e de desigualdade. Em consonância, Costa Júnior (2021) afirma que:

O entendimento do CNS é o de que a retirada de R\$ 22,5 bilhões desde 2018 de um sistema já subfinanciado e insatisfatório às demandas da população implica em perdas concretas de serviços e de vidas. Nessa crise pandêmica adicionada ao desfinanciamento provocado pela EC 95/2016, que poderá durar mais 17 anos, não será possível recuperar os recursos que não foram alocados para a saúde pública, mas será possível estancar a retirada de recursos com a declaração de inconstitucionalidade dos dispositivos que tratam do teto das despesas primárias e da regra de cálculo do piso federal do SUS. (COSTA JÚNIOR, 2021, p. 20).

Se os cortes dos investimentos do governo federal perdurarem os dezesseis anos que ainda restam, dificultará a recuperação da saúde no Brasil. Por conseguinte, essa problemática poderá atingir um patamar nunca visto, principalmente se considerarmos a pandemia de covid-19:

[...] não será possível incrementá-lo com os recursos necessários agora pela pandemia e para as despesas com saúde após a pandemia, em face tanto da necessária reestruturação administrativa e física do sistema quanto para dar conta de ações e serviços de saúde que foram postergados, como, por exemplo, as cirurgias eletivas e a remarcação de consultas, além de outras ações que demandarão proximamente recursos, como o combate à dengue e à gripe H1N1. Passada essa pandemia, a situação agravar-se-á a tal ponto de que não será factível recuperar o que vai ficar represado pela suspensão dos atendimentos somados ao cotidiano que já requer recursos a mais. (COSTA JÚNIOR, 2021, p. 20).

A renda *per capita* da saúde era de R\$ 595,00 em 2014; em 2020, ela reduziu para R\$ 555,00. Ou seja, está ocorrendo uma perda de renda da população. O que se percebe é que a execução do regime fiscal imposto pela Emenda Constitucional nº 95 não está considerando o envelhecimento da população nem mesmo o seu crescimento para a demanda da saúde. As ações da vigilância sanitária também sofreram cortes, o que fez com que seu atendimento fosse reduzido. Observa-se um decréscimo de 9% entre 2014 e 2020 (COSTA JÚNIOR, 2021).

Aqui, deve-se ressaltar que as ações da vigilância sanitária são de suma importância para o controle de serviços que oferecem riscos à saúde da população. Questões essenciais na prevenção de doenças — tais como o controle de validade de produtos e de remédios e a fiscalização em hospitais e em comércios — também estão sendo afetadas. Dessa forma, nem o básico constitucional está sendo respeitado:

A emenda, como se demonstrou até agora, impede que a Constituição seja cumprida no seu núcleo inclusivo e lhe impõe uma lógica de aceleração que submete os comprometimentos públicos de longa duração à volatilidade do mercado e aos imperativos de crescimento escalar. Com a chegada da pandemia, a crise econômica e sanitária agrava-se e pode chegar em níveis insuportáveis em um futuro próximo: desemprego, expansão da pobreza, aumento da desigualdade social, racial e de gênero, fechamento de empresas, especialmente as pequenas e médias — que precisam arcar, diferentemente das grandes empresas, com o risco real do seu empreendimento. (COSTA JÚNIOR, 2021, p. 27).

Em uma matéria veiculada no *Estado de S. Paulo*, Castro (2018) afirma que as políticas austeras adotadas no Brasil, em razão da crise econômica, poderão levar o país a um aumento de 8,6% da taxa de mortalidade infantil até o ano de 2030. Castro (2018) explicita que:

Para fazer a estimativa, os pesquisadores se basearam em simulações do Banco Mundial, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e em dados do Ministério do Desenvolvimento Social e do Ministério da Saúde. A partir dessas informações, eles desenvolveram um modelo estatístico de simulação detalhada dos efeitos das mudanças nas taxas de pobreza e nos programas sociais, entre 2017 e 2030, em cada um dos 5.507 municípios brasileiros. (ESTADÃO CONTEÚDO, 2018, on-line).

Essa é a consequência dos cortes já elencados, os quais atingem a maioria das pessoas pobres e aumenta as desigualdades ao gerar desempregos e afetar negativamente a saúde dessas pessoas.

Em relação à pandemia do coronavírus, 43 entidades brasileiras, segundo o Conselho Federal de Saúde (CFS), enviaram um comunicado à OMS, em abril de 2020, requerendo a revogação da EC 95/16. Com tal fim, as entidades enviaram relatórios aos relatores especiais do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) e aos comissionados da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), da Organização dos Estados Americanos (OEA), informando como o Teto dos Gastos interfere no investimento nas áreas sociais de todo o país. “Conforme estudo do CNS, a previsão de prejuízo até 2036, quando terminará a vigência da mudança constitucional, chega a R\$ 400 bilhões” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Dois especialistas da ONU, Juan Pablo Bohoslavsky e Philip Alston (relator especial sobre pobreza extrema), manifestaram-se no sentido de que a pandemia “ampliou os impactos adversos de uma emenda constitucional de 2016 que limitou os gastos públicos no Brasil por 20 anos”. Nesse sentido, destaca que os “efeitos são agora dramaticamente visíveis na crise atual”, reforçada pela covid-19. Essa preocupação se dá ao observar que o Estado Brasileiro está priorizando a economia em detrimento das vidas (ANDES, 2020, on-line).

Nesse contexto, observa-se que a pandemia da covid-19 chegou ao Brasil, encontrando-o fragilizado, sem investimentos na saúde e, para piorar, com cortes na saúde. Os cortes já elencados resultaram no aumento da vulnerabilidade social, especialmente, em relação aos mais pobres, os quais dependem de uma rápida resposta do Estado. Essa resposta não aconteceu com a chegada da nova pandemia, aumentando ainda mais a situação de miserabilidade da população como um todo e tendo como resultado um elevado número de mortos por covid-19.

Comparando a pandemia da HIV/Aids com a da covid-19 no Brasil, observam-se pontos em comuns. Com relação à pandemia da HIV/Aids, ocorreu um período de negacionismo na esfera governamental do país, evidenciando o preconceito em relação à doença, conforme o relato abaixo:

“A Aids chegou ao país como uma doença que estava matando gays e vinha como um castigo contra sexualidades tachadas como devassas, desviadas, desviantes. Esses preconceitos chegaram antes mesmo dos casos. Quando os casos surgiram, já estava instalado esse pânico moral em relação à epidemia”, relata Terto, vice-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia). (RODRIGUES, 2020, on-line).

Por isso, no caso da pandemia de HIV/Aids, inicialmente, a doença não teve bandeira de conhecimento, prevenção e tratamento levantada pela população, sequer pelos governantes. Apenas quando a doença deixou o estereótipo da “doença gay” e infectou hemofílicos, casais héteros e crianças que sociedade passou a se atentar para medidas contra a proliferação da doença, mas de maneira ainda tímida e sigilosa.

Com relação à pandemia da covid-19, observa-se que o problema no Brasil não foi a atuação do SUS, pelo contrário. O Brasil tem um efetivo sistema de saúde coordenado e estruturado de forma regional com longo alcance no interior dos Estados. Mas o que aconteceu em relação à covid-19?

“No caso da Covid, tem mobilizações comunitárias, mas não exatamente uma bandeira de luta contra a Covid. [Essas mobilizações] são para atender uma emergência, [distribuir] cesta básica, álcool gel, mitigar uma situação grave, mas não geram um discurso mais político, de mais participação no sentido de criar associações [ou] dentro dos movimentos sociais, [de] fazer um ativismo mais voltado para criar políticas públicas e denunciar a situação”, avalia o psicólogo e doutor em Saúde Coletiva. (RODRIGUES, 2020, on-line).

Na verdade, o agravante foi o negacionismo do presidente Jair Bolsonaro, que influenciou pessoas a desacreditarem na ciência. A consequência foi que as pessoas negavam a doença ou a minimizavam, inclusive boicotando as medidas preventivas, como a vacina. Ocorreram subnotificações de dados epidemiológicos, omissão de estratégias nacionais de saúde, incentivo a tratamentos terapêuticos sem validação científica e tentativa de desacreditar a vacina, enaltecendo o uso de medicamentos como a cloroquina e a hidroxicloroquina. Foi uma busca do governo federal pela deslegitimação da ciência (RATHSAM, 2021).

Na esteira de comparações de pandemias, verifica-se uma resposta diferenciada da sociedade:



É um momento de desarticulação, de empobrecimento da população, em várias dimensões. A maneira com que a sociedade respondeu à Aids e responde à Covid-19 é bem diferenciada, apesar de serem epidemias que têm pontos em comum, como, por exemplo, serem muito impulsionadas pela desigualdade social e atingirem mais as pessoas estigmatizadas ou aquelas sem condições de acender ao serviço de saúde. São doenças que acabam justificando ações de discriminação contra grupos sociais. O nosso presidente fala a toda hora sobre o vírus chinês. [Donald] Trump também. [Há] uma tentativa de se estigmatizar a China e os chineses da mesma forma que se falava que a Aids era uma doença africana ou de gays. São doenças que trazem uma epidemia de metáforas, de significações. Fora essa questão de desigualdade, a Aids e a Covid-19 são doenças caras, que precisam de insumos e de mudanças comportamentais permanentes ou, pelo menos, de longo prazo. (RODRIGUES, 2020, on-line).

A resposta à pandemia da covid-19, logo no início de sua descoberta, foi direcionar os infectados para hospitais de referência em infectologia de todo Brasil. No estado de Minas Gerais, o Hospital Eduardo de Menezes — referência em HIV/Aids — tornou-se exclusivo para o atendimento a pacientes com covid-19. Por esse motivo, todas as atividades ambulatoriais e laboratoriais foram suspensas por um período de oito meses. Em 2021, esses atendimentos foram direcionados para o Hospital Galba Veloso e Alberto Cavalcanti, também da rede Fhemig (SILVA, 2020).

Um hospital de campanha foi inaugurado no parque de exposições no bairro Gameleira, em Belo Horizonte. O Governo de Zema recebeu fortes críticas em relação ao tamanho da estrutura. O investimento custou o valor total de R\$ 2 milhões aos cofres públicos e foi desmontado sem utilização para o atendimento à pandemia da covid-19. Estima-se que o valor utilizado no hospital de campanha poderia ser direcionado para custear 800 diárias de UTI. Segundo o secretário geral do estado, Mateus Simões, a parte da estrutura referente à área hospitalar será absorvida pela rede de hospitais da Fhemig, as demais estruturas irão para os hospitais públicos do Estado (FIÚZA, 2020).

Uma notícia veiculada pela CNN Brasil retrata a realidade dos impactos da pandemia e da EC 95/16 no tratamento das pessoas com HIV/Aids. Segundo a matéria, o número de testes de HIV foi reduzido, assim como alguns tratamentos da doença, por causa da pandemia do novo coronavírus. Conforme relatado na matéria, em 2020, o Ministério da Saúde informou que houve uma redução de 17% no número de pessoas que iniciaram o tratamento com antirretrovirais em relação ao mesmo período no ano de 2019. Na mesma matéria, Luciana Jesus da Costa, professora virologista da Universidade Federal do Rio de Janeiro, explica que “Todos os recursos do ministério e das secretarias de Saúde foram voltados para o combate à pandemia. Inclusive na disponibilização de profissionais” (COSTA, 2020 *apud* SATIE, 2020, on-line).

O que certamente se pode afirmar é que esse grupo específico pode ser considerado um grupo de risco. Todavia, muitas pessoas, até mesmo por medo em relação à pandemia, podem ter abandonado o tratamento. Na mesma reportagem, a professora Luciana Jesus da Costa afirma que:

Se para indivíduos saudáveis, a pandemia já é assustadora, imagina para uma pessoa que sabe que tem um vírus que afeta a resposta imune. Causa uma ansiedade enorme e muitos dependem do sistema público para acompanhamento tanto da infecção quanto o acompanhamento psicológico. (COSTA, 2020 *apud* SATIE, 2020, on-line).

Por fim, o Ministério da Saúde afirma que estabeleceu o sistema de telemedicina para garantir que pacientes com HIV/Aids mantivessem o seu tratamento e que houvesse a permanente oferta de antirretrovirais (SATIE, 2020).

Sobre o tema, Fernanda Grassi, pesquisadora da Fiocruz do estado da Bahia, relata a preocupação das pessoas com HIV/Aids na manutenção do tratamento suspenso em razão a covid-19. Ela esclarece a população que:

O risco para o paciente com HIV que possui comorbidades será o mesmo de pessoas que não são portadoras de HIV, mas que tenham doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade ou idade avançada, por exemplo. O HIV controlado não leva a maior morbidade da Covid-19”, salienta. O HIV requer o uso de antivirais que sejam utilizados de forma contínua. Segundo a pesquisadora, a interrupção do tratamento pode fazer com que ocorra resistência do vírus, então é imprescindível a continuação. (GRASSI, 2020 *apud* FIOCRUZ BAHIA, 2020, on-line).

Dados levantados pela Agência de Notícias da Aids demonstram a preocupação na relação HIV/Aids *versus* pandemia da covid-19. Segundo a Agência, médicos alertam que a pandemia do novo coronavírus não pode ser motivo para a suspensão do tratamento de HIV/Aids. Se considerarmos a proporção na redução do início do tratamento para as pessoas recém-diagnosticadas com HIV no período da pandemia da covid-19, os dados são alarmantes:

Em 2019, 28.912 pessoas vivendo com HIV, elegíveis para a terapia antirretroviral (TARV), iniciaram tratamento em até um mês após a realização do primeiro CD4 (células que mostram o nível de comprometimento da imunidade por causa do HIV). Em 2020, esse número baixou para 11.381.

Já para as pessoas vivendo com HIV elegíveis para TARV, por ano de primeiro CD4 realizado, o número foi de 50.838, em 2019; e 18.866 em 2020. Esse levantamento, realizado até 30 de junho de 2020, faz parte dos indicadores e dados básicos de monitoramento clínico de HIV do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (VIVA BEM, 2021, on-line).

A preocupação está no fato de que, por causa da pandemia da covid-19, a medicação de uso contínuo desses pacientes foi dispensada em maior quantidade para evitar exposição e risco de contaminação ao vírus da covid-19. Em consequência, os encontros entre médico e paciente foram diminuídos consideravelmente. Com isso, perde-se parte do acompanhamento até então realizado.

Para o infectologista José Valdez Ramalho Madruga, o primeiro ano da pandemia da covid-19 foi difícil no Brasil. Um fato a ser considerado é o das pessoas com HIV/Aids que também tiveram covid-19:

Atualmente, estamos observando grande número de casos de covid nos portadores de infecção HIV, inclusive com formas mais graves e que necessitam de internação hospitalar. Chegamos a acreditar que os medicamentos antirretrovirais usados no tratamento do HIV pudessem ter efeito protetor para evitar infecção pela covid, mas o tempo e os estudos mostraram que este efeito protetor não existe. As pessoas que vivem com HIV são mais propensas a apresentar diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e estas comorbidades estão relacionadas com maior risco do coronavírus, inclusive com maior gravidade da doença. (VIVA BEM, 2021, on-line).

Nesse sentido, o uso de outros medicamentos pode surtir efeitos indesejados para pacientes em uso de antirretrovirais. Por isso, a preocupação entre os infectologistas está no abandono dos tratamentos e no uso de medicação ineficaz, como o “kit cloroquina”.

Um dos aliados do presidente Bolsonaro no combate à covid-19 foi o “kit cloroquina” — composto por cloroquina (ou hidroxicloroquina) e ivermectina. A indicação dos medicamentos chegou a ser publicada no site do Ministério da Saúde com instruções para o tratamento precoce da covid-19. A publicação indicou o tratamento precoce para diversos públicos, inclusive para gestantes em qualquer idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Em razão das recomendações do kit, despertou-se os cuidados dos infectologistas quanto às informações para que as pessoas não deixassem o tratamento com os antirretrovirais, além de não usar o kit cloroquina para evitar complicações.

A supressão viral entre pessoas com HIV foi de 437.713 em 2019; e 243.466, em 2020, de acordo com os indicadores e monitoramento clínico de HIV do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. “Houve uma grande redução no número de indivíduos com supressão virológica em 2020. Não temos certeza se realmente aconteceu uma diminuição tão grande ou se isso é reflexo dos pacientes não terem feitos exames de controle”, analisa o consultor da Sociedade Brasileira de Infectologia. (VIVA BEM, 2021, on-line).

No período de pandemia da covid-19, o Ministério da Saúde elaborou um painel de monitoramento de dados de HIV. O intuito do painel foi corroborar com estados e municípios em relação aos cuidados com as pessoas que possuíam HIV/Aids. O painel é composto pelas seguintes funcionalidades:

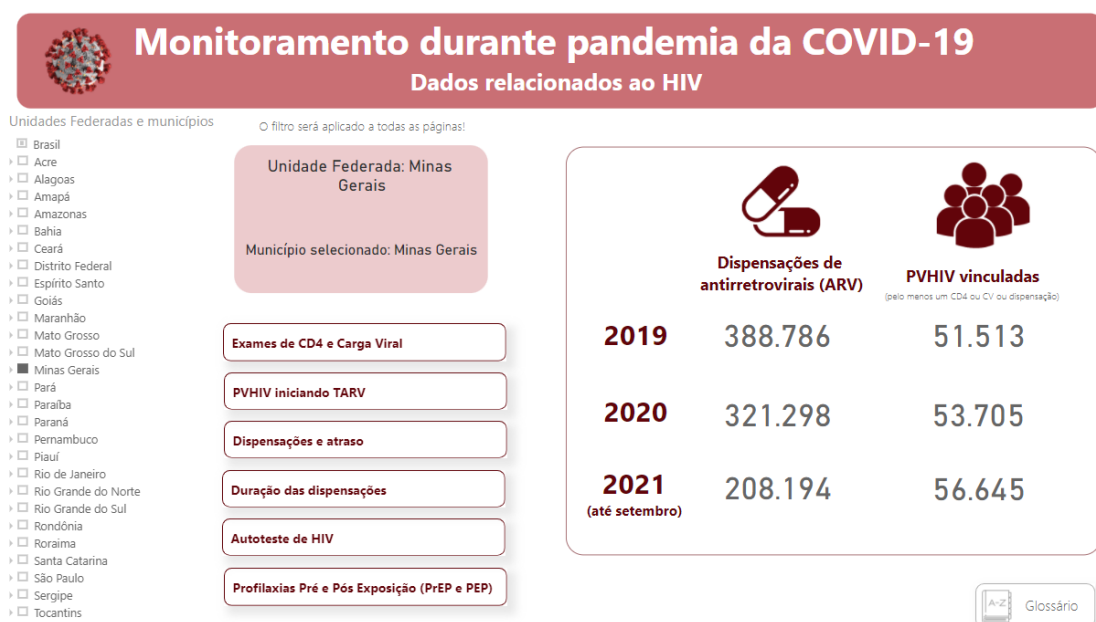
- Ofício com recomendações para que os estados e os municípios ampliassem a dispensação da terapia de antirretrovirais para três meses, bem como ampliassem para quatro meses a Profilaxia Pré-Exposição;
- Monitoramento dos cuidados das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Dessa forma, ele auxiliou os estados e os municípios a partir de:

- Exames de CD4 e de carga viral realizados no SUS;
- Autotestes distribuídos;
- Dispensações de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); e
- Dispensações de Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

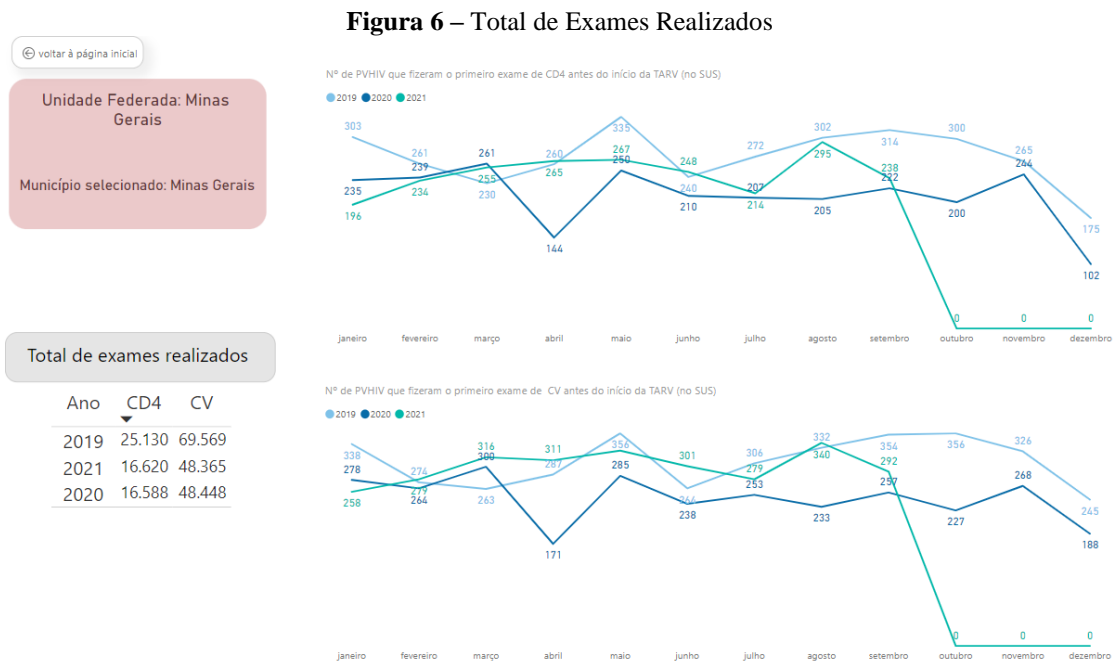
Além disso, foram acrescentados indicadores relacionados ao início e à manutenção da terapia antirretroviral (TARV), destacando-se a proporção de PVHIV que receberam antirretrovirais (ARV) para período superior a 60 dias e que se atrasaram para retirar seus medicamentos ARV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, c2021d). Nesse sentido, cabe destacar o monitoramento em questão até setembro de 2021 em Minas Gerais:

**Figura 5 – Dispensação de antirretrovirais (ARV) e PVHIV vinculados**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (c2021d).

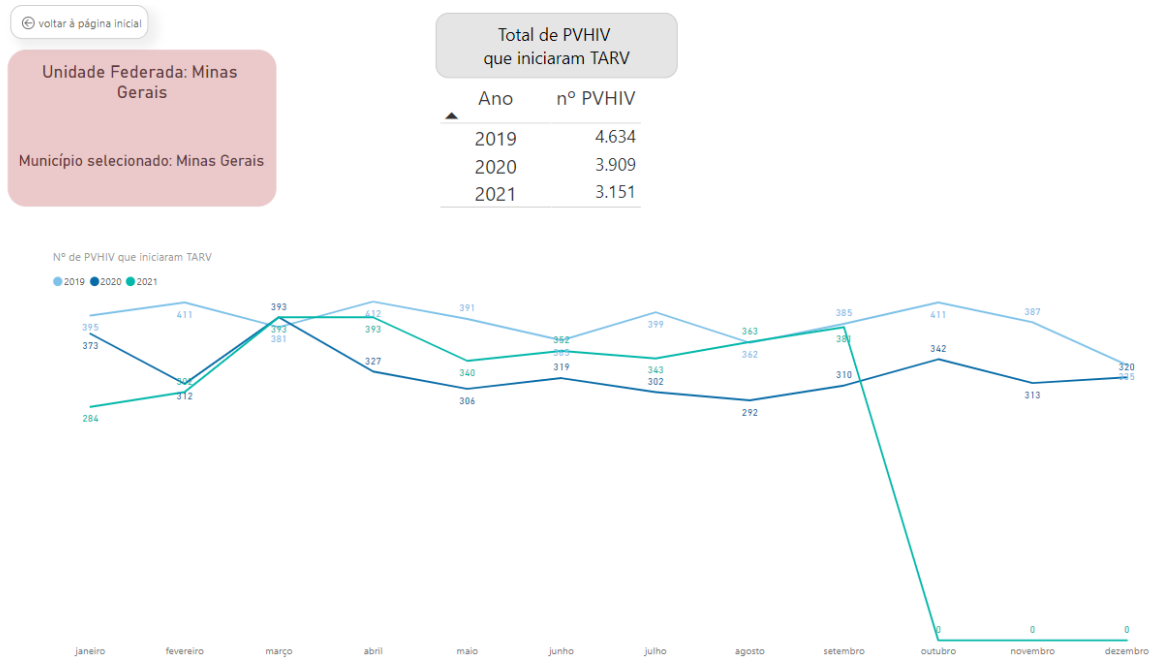
No quadro-resumo (2019 e 2020) foi apresentada a quantidade de ARV dispensado, a proporção da duração dos ARV dispensados e o número de PVHIV vinculadas aos serviços de saúde do SUS. Pelos números apresentados, observa-se a redução da dispensação da medicação no período da pandemia da covid-19, acentuando-se entre os anos de 2020 e 2021, considerado o ápice da doença no país. A figura a seguir representa o total de exames realizados no período entre 2019 e 2021.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (c2021d).

A figura anterior apresentou o total de exames de CD4 e carga viral realizados pelo SUS no período de 2019 e 2021. Ademais, ela apresentou o número de PVHIV que fizeram o primeiro exame de CV antes do início da TARV (no SUS). Observa-se que no ápice da pandemia da covid-19, entre os anos de 2020 e 2021, houve uma queda relevante na realização dos exames de CD4 e CV, chegando a uma redução considerável no ano de 2020. Confirma-se, assim, que quase dez mil pessoas deixaram de tomar os ARV no período da pandemia da covid-19. A seguir, pode-se ver o total de pessoas vivendo com HIV que iniciaram o tratamento com antirretrovirais.

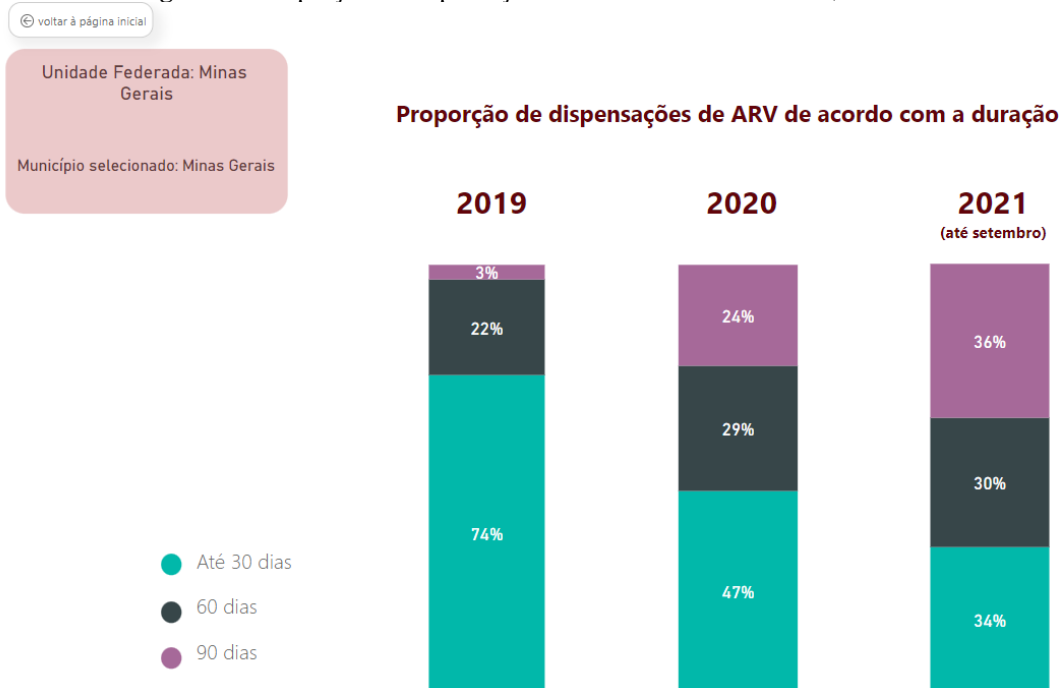
**Figura 7 – Total de pessoas vivendo com HIV que iniciaram o tratamento com antirretrovirais**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (c2021d).

Novamente, o exposto acima demonstra a redução de atendimentos para o público PVHIV no período da covid-19 no Brasil. Já na Figura 8, a seguir, pode-se verificar a proporção de dispensação de ARV em intervalos de até 90 dias.

**Figura 8 – Proporção de dispensação de ARV no intervalo de 36, 60 e 90 dias**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (c2021d).

Com relação à dispensação de medicamentos para PVHIV, observa-se que, durante a pandemia da covid-19, o número de pessoas que atrasaram ou deixaram de pegar os seus medicamentos aumentou. Novamente, comprova-se que as PVHIV deixaram de utilizar o medicamento no período da pandemia da covid-19.

Conforme demonstrado, a pandemia da covid-19 influenciou no tratamento das PVHIV, tanto na dispensação de medicamentos quanto no início do tratamento. Um fato importante demonstrado foi a suspensão do atendimento de alguns hospitais de infectologia, os quais passaram atender exclusivamente casos do novo coronavírus, como no caso do Hospital do Estado de Minas Gerais (HEM).

Uma notícia informada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que deixou as pessoas com HIV/Aids esperançosas se refere à sua participação em um conjunto de centros de pesquisas, realizadas por vários países, para testar a eficácia de uma vacina que atue contra o vírus HIV (UFMG, 2021):

No Brasil, a pesquisa vai recrutar participantes em cinco capitais. Além de Belo Horizonte, por meio da Faculdade de Medicina da UFMG, o ensaio clínico será realizado em São Paulo (Hospital das Clínicas da USP), no Rio de Janeiro (Fiocruz e Hospital Geral de Nova Iguaçu), em Manaus (Fundação Medicina Tropical) e Curitiba (Centro Médico São Francisco).

O estudo é parte de iniciativa desenvolvida pela HIV Vaccine Trials Network (HVTN) – financiada pela farmacêutica Janssen – e pelo National Institutes of Health (NIH), dos Estados Unidos. Serão recrutados homens gays ou bissexuais e pessoas transgênero entre 18 e 60 anos, HIV negativo, não usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) e que não apresentem comorbidades que contraindiquem o uso da substância a ser testada. (UFMG, 2021, on-line).

A pesquisa Mosaico<sup>13</sup> está cada vez mais próxima de um resultado satisfatório. Segundo Jorge Andrade Pinto, professor Titular da Faculdade de Medicina da UFMG e coordenador da pesquisa na Universidade, o estudo é realizado no âmbito da Rede de Ensaio Clínicos de Vacinas anti-HIV (HVTN). A pesquisa é financiada pela Johnson & Johnson e atua com a parceria da Faculdade de Medicina da UFMG, além de instituições de oito países. O professor ressalta que “Essa vacina consegue estimular uma resposta abrangente para os diversos subtipos do vírus. Por isso, estamos bastante otimistas” (PINTO, 2021 *apud* AQUINO, 2021). Salienta-se que, neste momento, a pesquisa está sendo testada em humanos e possui expectativa de uso para 2030.

---

<sup>13</sup> A pesquisa Mosaico é um ensaio de vacinas contra o HIV de Fase III. A pesquisa iniciou há quinze anos com o objetivo de criar uma vacina que atuasse contra diversas variações do vírus HIV (HIGHLEYMAN, 2019).

Neste capítulo, comprovou-se o impacto da Emenda Constitucional nº 95 na saúde, a qual retirou da população mais vulnerável o investimento nas suas necessidades sociais e assistenciais. Os defensores da EC 95/16 acreditavam que a referida emenda atrairia olhares positivos para a economia brasileira, com a redução do gasto público e o aumento da participação privada, redirecionando a rota de crescimento. No entanto, prestes a completar cinco anos de vigência, a EC 95/16 respira sob intenso questionamento. Portanto, urge a necessidade de revisão no atual regime fiscal.

Conforme bem trazido por Pinto e Ximenes (2018), a EC 95/16 se equipara a um Estado de Sítio Fiscal, transferindo um contingenciamento prévio de despesas primárias de forma a suprimir, entre os anos de 2018 e 2036, as garantias constitucionais de financiamento mínimo da União à Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE) e às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Tal impacto pôde ser sentido pelas PVHIV em Minas Gerais, especialmente no período do isolamento social e em decorrência da suspensão dos atendimentos específicos e exames laboratoriais suspensos.

Por isso observa-se que a pandemia da covid-19 dominou todo o cenário da saúde brasileira, de tal forma que interferiu nos levantamentos referentes aos impactos da EC 95/2016 no tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids em Minas Gerais. Tudo isso dificultou uma análise melhor quantificada e qualificada, considerando, principalmente, que tudo foi paralisado no período entre 2019 e 2021. Em suma, a EC 95/2016 pode ser resumida em constitucionalização da austeridade no Brasil e em forma de política econômica de longo prazo, afrontando democraticamente o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, em relação à pasta da Saúde, foi possível verificar que a vontade e a soberania popular não foram representadas pela classe política da Câmara dos Deputados Estaduais e do Senador Federal, uma vez que os políticos das duas casas legislativas votaram e aprovaram a referida emenda.

Considerando que o tratamento de HIV/Aids no Brasil é custeado quase na sua totalidade pelo Estado e atentando para o direito à saúde — conforme preceitua a Constituição de 1988, assim como as legislações infraconstitucionais —, aferiu-se que o desmonte do SUS é algo planejado paulatinamente. A ideia privatista está se materializando aos poucos, principalmente após a promulgação da EC 95/16.

A partir das análises do período em que o vírus HIV foi identificado no Brasil, a sociedade se deparou com o negacionismo na esfera dos governos federais, estaduais e municipais, bem como com o preconceito que lhe foi inicialmente reputado. O retardo para as primeiras tratativas da doença e a falta de conscientização da população transformaram o HIV/Aids em uma doença moral, quase que como forma de castigo pela opção sexual do indivíduo. Além disso, observou-se que não houve empenho dos governadores e dos prefeitos, ou mesmo do presidente da República, pela busca do tratamento adequado. Apenas após forte pressão popular, o governo federal destinou recursos para a compra da medicação que manteria o bem-estar e a vida das pessoas que já conviviam como vírus ou com a doença no Brasil.

A partir da análise do congelamento das despesas primárias, estudou-se o impacto da EC 95/16 na saúde, atentando-se, especialmente, para as pessoas que utilizam o sistema no tratamento de HIV/Aids. Nessa esteira, comprovou-se a unicidade de pensamentos, doutrinas e críticas que consideraram a incompatibilidade da EC 95/16 com o Estado Democrático de Direito, uma vez que a emenda ceifou direitos, enfraqueceu investimentos sociais e levou o Estado ao retrocesso. A EC 95/16, na realidade, tornou-se um atentado contra a Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como uma cláusula pétrea e aduz que tais cláusulas não poderão sofrer alterações a fim de aboli-las.

O objetivo do desmonte do SUS nasceu no momento da própria criação do SUS. Tal fato foi comprovado após a 8ª Conferência Nacional da Saúde, quando também foi apresentado o projeto privatista da saúde, o qual estava direcionado para uma política de ajuste, de contenção dos gastos públicos e de total ausência da participação popular no processo de uma política mais democrática e humanizada. O projeto privatista focava no lucro financeiro trazido pela exploração da doença e estava orientado pelas regras do mercado e de um Estado mínimo.

Comprovou-se que o governo federal se utilizou de uma ferramenta constitucional para alterar a Constituição. Tudo isso foi feito para alcançar um superávit primário por meio do limite de gastos públicos e da justificativa de que tal medida não traria impactos/perdas na saúde após a promulgação de emenda.

Moretti (2018) trouxe à baila todo o processo de congelamento das despesas primárias e de sua redução em relação ao PIB, sem considerar, ainda, as atipicidades da economia brasileira, como o caso da covid-19, que demonstrou a fragilidade da saúde no país. Ao congelar os investimentos na área da saúde, o governo acabou por inviabilizar políticas públicas essenciais para os mais pobres. Comprovou-se, também, em estudo realizado pelo Ipea que — caso nenhuma lei complementar modifique a situação atual — o investimento na saúde sofrerá uma queda de R\$ 900 bilhões até 2036.

Em consonância com todo o estudo, constatou-se que a chegada da pandemia da covid-19 serviu para instalar uma crise sanitária no Brasil, o que obrigou o governo federal a realizar gastos extras para combatê-la. A pandemia da covid-19 corroborou ainda mais para os pedidos de extinção do Teto dos Gastos. Antes mesmo da crise instalada por causa da covid-19, as perdas na saúde já eram sentidas, principalmente as relacionadas com a atenção primária. Essas perdas foram de grande impacto por serem políticas públicas importantes que alcançavam o interior brasileiro, a exemplo de programas como o Estratégia da Saúde da Família e o Mais Médicos. A ausência dessas políticas públicas elevará a mortalidade no Brasil — principalmente a infantil —, se considerarmos a vulnerabilidade dos mais pobres.

Por fim, conclui-se que há um evidente impacto negativo da EC 95/16 na saúde, agravado pelo cenário de pandemia da covid-19, que ainda existe em âmbito mundial. Nesse cenário, a área da saúde no Brasil sobrevive com um piso mínimo de repasses do governo federal, e não com um teto de investimento na pasta, conforme exposto no momento da promulgação da EC 95/16. Com relação às pessoas que necessitam do SUS para tratamento do HIV/Aids, comprovou-se que diversos programas de governo foram descontinuados, pois dependiam de repasses para sua eficácia.

## REFERÊNCIAS

- ALESSI, G. Entenda o que é a PEC 241(55) e como ela pode afetar a sua vida. **El País**. São Paulo, dez. 2016. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574\\_221053.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html). Acesso em: 20 ago. 2020.
- ALVIM, M. Estudo estima 27 mil mortes até 2030 com impacto do teto de gastos na Saúde. **BBC News Brasil**. São Paulo, maio 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48129148>. Acesso em: 02 fev. 2021.
- AMARAL, N. C. PEC 241/55: a “morte” do PNE (2014–2024) e o poder de diminuição dos recursos educacionais. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Goiás, v. 3, n. 32, p. 653–673, 2016.
- AQUINO, M. B. Resultados promissores de estudo aumentam esperança de vacina contra HIV. **Faculdade de Medicina UFMG**. Belo Horizonte, maio 2021. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/resultados-promissores-de-estudo-aumenta-esperanca-por-vacina-contr-hiv/>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- ANDES. Especialista da ONU emitem nota pela revogação da EC-95. **Andes/UFRGS**. Rio Grande do Sul, maio 2020. Disponível em: <http://andesufrgs.org.br/2020/05/11/especialistas-da-onu-emitem-nota-pela-revogacao-da-ec-95/>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BASTOS, F. I. **AIDS na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Orientação para o atendimento e o acompanhamento pós-exposição não sexual aos materiais biológicos de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/ST/cartilha\\_orientacoes\\_paciente\\_acidente\\_material\\_biologico\\_risco.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/ST/cartilha_orientacoes_paciente_acidente_material_biologico_risco.pdf). Acesso em: 26 dez. 2020.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Atenção Secundária**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-secundaria>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. BH de Mãos Dadas Contra AIDS. **Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/vigilancia-epidemiologica/doencas-transmissiveis/bh-maos-dadas-contr-Aids>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. PrEP HIV: profilaxia pré-exposição na rede SUS-BH. **Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais**, Belo Horizonte, s.d. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/prep-folheto.pdf>> Acesso em: 09 dez. 2020.
- BLUME, B. A. Para onde vai o seu dinheiro? Entenda os principais gastos do governo. **Politize**. [S. l.], nov. 2016. Disponível em: <https://www.politize.com.br/gastos-do-governo-federal/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BOTTREL, F. BH suspende programa pioneiro e premiado para prevenção de Aids. **Estado de Minas**. Belo Horizonte, mar. 2019. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2019/03/29/interna\\_gerais,1042130/bh-suspende-programa-pioneiro-e-premiado-para-prevencao-de-aids.shtml#:~:text=Esse%20era%20precisamente%20um%20dos,2017%20para%204.226%20em%202018](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2019/03/29/interna_gerais,1042130/bh-suspende-programa-pioneiro-e-premiado-para-prevencao-de-aids.shtml#:~:text=Esse%20era%20precisamente%20um%20dos,2017%20para%204.226%20em%202018). Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Lei Orgânica nº 8.808, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, dez. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm). Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, nov. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm). Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, maio 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm). Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, jan. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, jun. 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm). Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, março, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm). Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, dez. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, abr. 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9759-11-abril-2019-787966-norma-pe.html>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Promulgada Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos**. Brasília, dez. 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/505250-promulgada-emenda-constitucional-do-teto-dos-gastos-publicos>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CARVALHO, A. L. Teto de gastos: o que é a emenda constitucional e quais suas implicações. **Terra**. [S. l.], nov, 2019. Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/teto-de-gastos-o-que-e-a-emenda-constitucional-e-quais-suas-implicacoes,93684560ba990d690754d6d9a69201555p0iyf7c.html>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CASTRO, S. D. S. *et alli*. Tendência temporal dos casos de HIV/Aids no estado de Minas Gerais, 2007 a 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/z79VTQzbVkny4fNHDdQ6BTb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CÉSAR, M. SUS é referência mundial em atendimento público à saúde. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Minas Gerais, jul. 2015. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7181-sus-e-referencia-mundial-em-atendimento-publico-a-saude>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CHAGAS, J.; TORRES, R. Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS Ganha Forma. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, set. 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7622>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CONAAS — CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Aplicações de recursos em ações e serviços da saúde**. [S. l.], maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-aco-es-e-servicos-de-saude/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

COSTA JÚNIOR, E. S. A Pandemia Frente à Constituição Fragilizada: Impactos da Emenda nº 95. **RDP**, Brasília, v. 17, n. 96, p. 9–36, nov./dez. 2020. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/212060542-Ernane-salles-da-costa-junior.html>. Acesso em: 13 fev. 2021.

ESTADÃO CONTEÚDO. Política de austeridade elevará mortalidade infantil em 8,6% até 2030, diz estudo. **Isto é**. [S. l.], maio 2018.

Disponível em:

<https://istoe.com.br/politica-de-austeridade-elevara-mortalidade-infantil-em-86-ate-2030-diz-estudo/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FAGUNDES JÚNIOR, J. C. P. **Direito à vida e à intimidade do portador do HIV**: aspectos constitucionais. 2002. Dissertação (Mestrado em Direito) — Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/7369>. Acesso em: 19 nov. 2021.

FERNANDES NETO, R. A.; CUNHA, J. P. A nova cláusula de barreira e a sobrevivência das minorias. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 189–219, abr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-56392019000100189&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392019000100189&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mar. 2021.

FERREIRA, M. História da República no Brasil: Nova República começa com o fim da ditadura militar. **Rádio Senado**. Brasília, set. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2018/09/25/periodo-conhecido-como-nova-republica-comeca-com-o-fim-da-ditadura-militar-no-brasil/periodo-conhecido-como-nova-republica-comeca-com-o-fim-da-ditadura-militar-no-brasil>. Acesso em: 21 fev. 2021.

FHEMIG — FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Hospital Eduardo de Menezes**. Minas Gerais, c2020. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-de-hospitais-de-referencia/hospital-eduardo-de-menezes#:~:text=O%20Hospital%20Eduardo%20de%20Menezes,%C3%A0%20Secretaria%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 29 set. 2020.

FIGUEIREDO, C. Cortes do governo golpista vão deixar a área de saúde sem dinheiro. **Brasil de Fato**. [S. l.], jun. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/06/07/cortes-do-governo-golpista-vao-deixar-a-area-de-saude-sem-dinheiro/>. Acesso em: 30 ago. 2020.

FIOCRUZ BAHIA. Covid-19 impacta tratamento de pacientes com HIV e HTLV. **Fiocruz**. Salvador, ago. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-impacta-tratamento-de-pacientes-com-hiv-e-htlv>. Acesso em: 24 nov. 2021.

FIÚZA, P. Hospital de campanha do governo de MG consumiu R\$ 2 milhões e agora vai ser desmontado sem nunca ter funcionado. **G1 Minas**. Belo Horizonte, set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/09/10/hospital-de-campanha-do-governo-de-mg-consumiu-r-2-milhoes-e-agora-vai-ser-desmontado-sem-nunca-ter-funcionado.ghtml>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Caetano do Sul, v. 24, n. 12, p. 4405–4414, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfFMj/?lang=pt>. Acesso em: 02 set. 2020.

GIOVANAZ, D. Lançado há 2 anos, programa de Bolsonaro para substituir Mais Médicos nunca abriu edital. **Brasil de Fato**. São Paulo, out. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/25/lancado-ha-2-anos-programa-de-bolsonaro-para-substituir-mais-medicos-nunca-abriu-edital>. Acesso em: 22 nov. 2021.

GRANGEIRO, A. *et alli*. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev. Panam Salud Publica**. [S. l.], v. 26, n. 1, p. 87–94, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0409/pdfs/IS29\(4\)115.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)115.pdf). Acesso em: 17 jan. 2022.

GUIRLANDA, M. T. Presidente da Fhemig visita novas instalações do Galba Velloso. **Fhemig**. Minas Gerais, out. 2020. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/noticias/1958-presidente-da-fhemig-visita-novas-instalacoes-do-hospital-galba-velloso>. Acesso em: 02 nov. 2021.

HIGHLEYMAN, L. Anunciado novo ensaio de eficácia para vacina preventiva. A vacina pretende proteger contra todas as variedades de HIV-1 do mundo. **Boletim Vacinas e novas tecnologias de prevenção**. [S. l.], jul. 2019. Disponível em: <http://giv.org.br/boletimvacinas/33/anunciado-novo-ensaio-de-eficacia-para-vacina-preventiva.php>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LEITÃO, I. M. T. A. *et alli*. Introdução. In: SILVA, R. M. *et alli* (orgs). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2015, p. 19–26. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 647–659, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

MALTA, D. C. *et alli*. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, jun. 2018a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mar. 2021.

MALTA, D. C. *et alli*. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3115–3122, oct. 2018b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001003115&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003115&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar 2021.

MARQUES, A. Pioneiro na saúde estadual, ambulatório de PrEp amplia papel do Hospital Eduardo de Menezes. **Fhemig**. Belo Horizonte, dez 2019. Disponível em:

<http://fhemig.mg.gov.br/noticias/1814-pioneiro-na-saude-estadual-ambulatorio-de-prep-amplia-papel-do-hospital-eduardo-de-menezes>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MEDEIROS, A. G. P.; SOUZA, E. C. F. O Sistema Único de Saúde e a mídia televisiva: análise de um telejornal local em emissora nacional. **Revista Ciência Plural**. Rio Grande do Norte, v. 3, p. 111–127, 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:z85Dy2UbAtIJ:https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/13417/9356/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 08 dez. 2021.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 58–70, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019001000058&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000058&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mar. 2021.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de. **Atenção à saúde do adulto: HIV/AIDS**. 1. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de. **Programa Estadual de DST/Aids**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/426-programa-estadual-de-dst-Aids-sesmg>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de. **Boletim Epidemiológico Mineiro: Análise Epidemiológica do HIV/AIDS, Panorama do ano de 2018**. Belo Horizonte, ano 5, v. 5, 2019. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2019/set\\_out\\_nov\\_deze/Sexo\\_Seguro/BOLETIM%20HIV-Aids%202019%20PDF.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/set_out_nov_deze/Sexo_Seguro/BOLETIM%20HIV-Aids%202019%20PDF.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de. **HIV? Fazer o teste é a melhor escolha**. Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cidadao/campanhas/Aids>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do HIV/Aids: a Experiência Brasileira 1994–1998**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv\\_aids\\_exp\\_bras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv_aids_exp_bras.pdf). Acesso em: 5 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_verticalhivsisifilis\\_manualbolso.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsisifilis_manualbolso.pdf). Acesso em: 06 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, dez. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf). Acesso em: 01 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é Sistema Imunológico. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, c2020. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/o-que-e-sistema-imunologico>. Acesso em: 15 out. 2020.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Combate à pandemia: entidades pedem à ONU ação contra EC 95, que vem sufocando o SUS.** Brasília, abr. 2020a. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1125-combate-a-pandemia-entidades-pedem-a-onu-acao-contra-ec-95-que-vem-sufocando-sus>. Acesso em: 06 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde amplia orientação para o uso da cloroquina.** Brasília, jun. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-amplia-orientacoes-para-uso-da-cloroquina-2>. Acesso em: 06 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, c2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/tratar-todas-pessoas-vivendo-com-hiv aids>. Acesso em: 17 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos das PVHIV. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, c2021b. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em: 17 de out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, c2021c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 19 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, c2021d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Ideia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, [s. l.], v. 9, n. 17, p. 25–45, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

MORETTI, B. Efeitos da EC 95: Uma Perda Bilionária Para o SUS em 2019. **Brasil Debate**. [S. l.], set. 2018. Disponível: <https://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MOTTA, C. Decreto de Bolsonaro extingue canais de participação social em políticas públicas. **RBA**. [S. l.], abr. 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/politica/2019/04/decreto-de-bolsonaro-extingue-orgaos-de-participacao-popular/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

MOURA, L. N. **Promoção, Prevenção e Proteção em Saúde: avaliação das ações programáticas em DST/HIV/AIDS no Estado de Minas Gerais nos anos de 2011 e 2012.** 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9ZCP9T/2/disserta\\_\\_o\\_lilian\\_nobre\\_de\\_moura.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9ZCP9T/2/disserta__o_lilian_nobre_de_moura.pdf). Acesso em: 17 fev. 2021.

MOUTINHO, D. V.; DALLARI, S. G. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do Artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 68–90, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158499>. Acesso em: 19 mar. 2021.

OLIVEIRA, M. T. D. C.; PINTO, V. H. Saúde em Casa. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 1, 2006.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A Formação Para o SUS Abrindo Caminhos para a Produção Comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92–101, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

PINTO, E. G.; XIMENES, S. B. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação & Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980–1003, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/vz4B7TFqDXFYNxHxRgqzDBd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2020.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, maio 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mar. 2021.

RATHSAM, L. Negacionismo na pandemia: a virulência da ignorância. **Unicamp**. Campinas, abr. 2021. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2021/04/14/negacionismo-na-pandemia-virulencia-da-ignorancia>. Acesso em: 22 nov. 2021.

REIS, C. T. *et alli*. A interiorização da pandemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1219–1228, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n6/1219-1228/pt>. Acesso em: 04 mar. 2021.

REINHOLZ, F. Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social. **Brasil de Fato**. Porto Alegre, out. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/10/03/emenda-95-o-enfraquecimento-do-pacto-social>. Acesso em: 20 mar. 2020.

ROCHA, T. A.; MARRA, K. C. N. O impacto da austeridade fiscal no declínio da democracia. **5º Simpósio da Faculdade de Ciências Sociais da UFG**, Goiânia, p. 1–6, 2019. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/106/o/Thainara\\_completo.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/106/o/Thainara_completo.pdf). Acesso em: 03 fev. 2020.

ROCHADA, L. Por que jovens de 20 a 34 anos representam mais da metade dos casos de HIV. **CNN Brasil**. São Paulo, dez. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/por-que-jovens-de-20-a-34-anos-representam-mais-de-metade-dos-casos-de-hiv/>. Acesso em: 17 jan. 2022.

RODRIGUES, K. "Lições do combate à Aids deveriam ser usadas para enfrentar a Covid", afirma vice-presidente da Abia. **Fiocruz**, dez. 2020. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1896-licoes-do-combate-a-aids->

deveriam-ser-usadas-para-enfrentar-a-covid.html?tpl=component&print=1&page=. Acesso em: 22 nov. 2021.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F. B.; MATTA, G. C. Sentidos da Universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44n124/0103-1104-sdeb-44-124-0017.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ROSSI, M. PEC 241: Com quase 1.000 escolas ocupadas no país, ato de estudantes chega a SP. **El País**. São Paulo, out. 2016. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/24/politica/1477327658\\_698523.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/24/politica/1477327658_698523.html). Acesso em: 08 ago. 2021.

RUPRECHT, T. O que instituições de saúde acham da PEC 241. **Veja Saúde**. [S. l.], out. 2016. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-instituicoes-de-saude-acham-da-pec-241/>. Acesso em: 19 fev. 2020.

SALTO, F. S.; BARROS, G. L. B. A importância da Emenda Constitucional nº 95/2016. **Instituição Fiscal Independente**, [s. l.], ago. 2018. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/546293/NT21\\_2018.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/546293/NT21_2018.pdf). Acesso em: 21 ago. 2020.

SANTOS, M. A. Lutas Sociais Pela Saúde Pública no Brasil Frente aos Desafios Contemporâneos. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233–240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2021.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

SILVA, C. Hospital Eduardo de Menezes agora é exclusivo para paciente com coronavírus. **Estado de Minas**. Belo Horizonte, mar. 2020. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/03/26/interna\\_gerais,1132723/hospital-eduardo-de-menezes-agora-e-exclusivo-para-pacientes-com-coron.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/03/26/interna_gerais,1132723/hospital-eduardo-de-menezes-agora-e-exclusivo-para-pacientes-com-coron.shtml). Acesso em: 19 ago. 2021.

STEDILE, N. L. R.; GUIMARÃES, M. C. S. G.; FERLA, A. A.; FREIRE, R. C. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. 2957–2971, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2957.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Novas ações questionam emenda constitucional que limita gastos públicos**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/476970719/novas-aco-es-questionam-emenda-constitucional-que-limita-gastos-publicos>. Acesso em: 24 nov. 2021.

TEMER, M. 31-08-2016-Discurso do senhor Presidente da República, Michel Temer, durante abertura da Reunião Ministerial - Brasília/DF. **Biblioteca da Presidência da República**. Palácio do Planalto, ago. 2016. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/michel-temer/discursos-do-presidente-da-republica/discurso-do-presidente-da-republica-michel-temer-durante-abertura-da-reuniao-ministerial-brasilia-df>. Acesso em: 21 mar. 2020.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **UFMG integra ensaio clínico que avalia eficácia de vacina contra o HIV**. Belo Horizonte, fev. 2021. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/ufmg-integra-ensaio-clinico-que-avalia-eficacia-de-vacina-contra-hiv>. Acesso em: 27 abr. 2021.

VAIRÃO JÚNIOR, N. S.; ALVES, F. J. S. A Emenda Constitucional 95 e seus efeitos. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 54–75, maio/ago., 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rcmccuerj/article/view/32365/pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

VARELLA, D. **Guia prático de saúde e bem-estar**: Aids. Barueri: Gold, 2009.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Ipea**, Brasília, n. 28, set. 2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT\\_n28\\_Disoc.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

VILLARINHO, M. V. *et alli*. Políticas públicas de saúde face à pandemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271–277, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

VIVA BEM. Médicos alertam: pandemia não pode ser o motivo de parar o tratamento de HIV. **Agência de notícias da Aids**. São Paulo, abr. 2021. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/medicos-alertam-pandemia-nao-pode-ser-motivo-de-parar-o-tratamento-de-hiv/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

WIKIPÉDIA. **Processo saúde-doença**. [S. l.], mar. 2020. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Processo\\_sa%C3%BAde-doen%C3%A7a](https://pt.wikipedia.org/wiki/Processo_sa%C3%BAde-doen%C3%A7a). Acesso em: 21 nov. 2021.

ZAMBELLI, V. A. A.; VIEIRA, F. D. C.; FEREGUETTI, T. Mensagem enviada pelo e-mail do Laboratório HEM [hem.laboratorio@fhemig.mg.gov.br] à autora. **Laboratório HEM**. Belo Horizonte, 2020.