

# HIV/AIDS

## e o Controle Social



© 2016 Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

O CEAP foi fundado em 1985 por lideranças sociais empenhadas na construção de uma sociedade democrática, justa e solidária. Desde o início dos anos 90, o CEAP vem atuando de forma mais enfática no tema da participação e controle social das políticas públicas, especialmente de saúde, contribuindo para fortalecer e qualificar a participação da comunidade na proposição e no controle das políticas públicas com o objetivo de efetivar o direito humano à saúde.

#### Contatos

www.ceap-rs.org.br  
ceap@ceap-rs.org.br  
(54) 3313-6325

Rua Anibal Bilhar, 865  
Passo Fundo/ RS

Pesquisa e elaboração de texto: Valdevir Both; Kenia Censi; Alessandra Schneider;  
Jorge A. Gimenez Peralta  
Revisão de Texto: Deborah Matte  
Ilustrações e capa: Leandro Bierhals

Edição: Editora IFIBE  
Projeto gráfico: Diego Ecker  
Diagramação: Wanduir R. Sausen

CIP – Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

---

C397p Centro de Educação e Assessoramento Popular, CEAP  
Políticas públicas de HIV/Aids e o controle social / Centro  
de Educação e Assessoramento Popular (CEAP); pesquisa e  
elaboração de texto de Valdevir Both ... [et al.]; revisão de  
Deborah Matte; ilustrações de Leandro Bierhals. – Passo  
Fundo : Ifibe, 2016.  
44 p.; 21 x 21 cm.

ISBN: 978-85-69343-10-3

1. Aids. 2. HIV. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Sistema  
Único de Saúde, SUS. I. Título.

---

CDU: 614:616.97

Catalogação: Biblioteca Marina Miranda Fagundes - CRB 10/2173

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>1. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....                                  | <b>5</b>  |
| 1.1. CONSTITUINTE DE 1988 E O SISTEMA DE SAÚDE .....                                   | 7         |
| <b>2. A RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DA AIDS E O SUS</b> .....                       | <b>10</b> |
| 2.1. O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NO<br>ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA ..... | 11        |
| 2.2. DESAFIOS ATUAIS DA RESPOSTA À EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL .....                    | 13        |
| <b>3. MUDANÇAS NA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA AIDS</b> .....                        | <b>15</b> |
| 3.1. A ESTRATÉGIA 90-90-90 .....   | 15        |
| 3.2. A INCORPORAÇÃO DO TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA .....                              | 16        |
| 3.3. PREVENÇÃO COMBINADA .....   | 18        |
| <b>4. CONTROLE SOCIAL E A AIDS</b> .....   | <b>20</b> |
| 4.1. CONSELHOS DE SAÚDE E A POLÍTICA DA AIDS .....                                     | 21        |
| 4.2. COMISSÃO DST/AIDS .....   | 25        |
| 4.3. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E A POLÍTICA DA AIDS .....                                  | 27        |
| 4.4. O ORÇAMENTO DA SAÚDE E A AIDS .....   | 29        |
| 4.5. FÓRUNS POPULARES E A AIDS .....   | 30        |
| 4.6. EDUCAÇÃO POPULAR, CONTROLE SOCIAL E AIDS .....                                    | 31        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>34</b> |

# APRESENTAÇÃO

Esta cartilha é parte do projeto “DST/AIDS e Controle Social” executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP com apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Através do projeto, foram realizados um curso de formação de duas etapas, em duas regiões do Estado, e um seminário. Este material educativo reflete e sistematiza o processo formativo realizado com mais de 60 participantes e especialmente é fruto da multiplicação que todos e todas realizaram como parte final da formação, e que foram apresentados no Seminário.

O nosso objetivo, ao publicar esta cartilha, é qualificar e fortalecer a atuação das lideranças e organizações que atuam no tema do HIV/AIDS, assim como também contribuir com o fortalecimento do controle social no SUS.

Contemplando as temáticas refletidas no projeto, vamos abordar nas páginas que seguem a política pública de Saúde no Brasil, a política

brasileira de enfrentamento da epidemia da Aids, as principais conquistas dessa política e as últimas mudanças mais importantes. Por fim, vamos abordar alguns desafios colocados às lideranças e organizações que têm o HIV/AIDS como pauta de luta social. Destaca-se como principal desafio o fortalecimento da incidência política nos espaços do controle social e nos diferentes processos de articulação em torno do SUS e de outras políticas públicas. Desta forma, ratifica-se uma das principais conclusões apontadas no seminário final, a dizer: “é preciso ocupar os espaços, apostar na articulação e na incidência qualificada, a fim de colocar o tema da Aids na agenda da saúde pública, seja nos municípios, nos estados e na União”.

Esperamos que o material sirva de subsídio para qualificar a atuação social das lideranças e organizações que atuam no tema do HIV/AIDS. Desejamos a todos e todas uma boa leitura.

# 1. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Alguém já deve ter dito a você que uma vez as pessoas precisavam portar uma carteirinha para ter acesso aos estabelecimentos de saúde. Sem essa carteirinha as pessoas não podiam consultar, fazer exames ou internar, a não ser que pagassem pelos serviços. Até hoje algumas pessoas ainda guardam essa carteirinha, mesmo que ela não seja mais necessária para acessar os serviços. Pergunte para alguém com mais idade e certamente você vai ouvir histórias sobre essa carteirinha. Mas por que as pessoas precisavam desse documento?

Antes de 1988, o Brasil não tinha o que hoje chamamos de Sistema Único de Saúde – SUS. Isso não significa que naquela época não existiam hospitais, exames e cirurgias. Existiam sim, mas nem todos tinham acesso ao atendimento porque nem todos tinham esse direito reconhecido pela Constituição do Brasil. Você deve estar se perguntando: como assim? O acesso era limitado a algumas pessoas? Isso mesmo! Só tinha acesso aos serviços públicos de saúde quem possuía contrato formal de trabalho. Fora dessa condição, era necessário pagar pelos serviços. Isso fazia com que a Saúde só fosse acessível para aqueles que estavam trabalhando regularmente ou para aqueles que tinham condições econômicas boas.

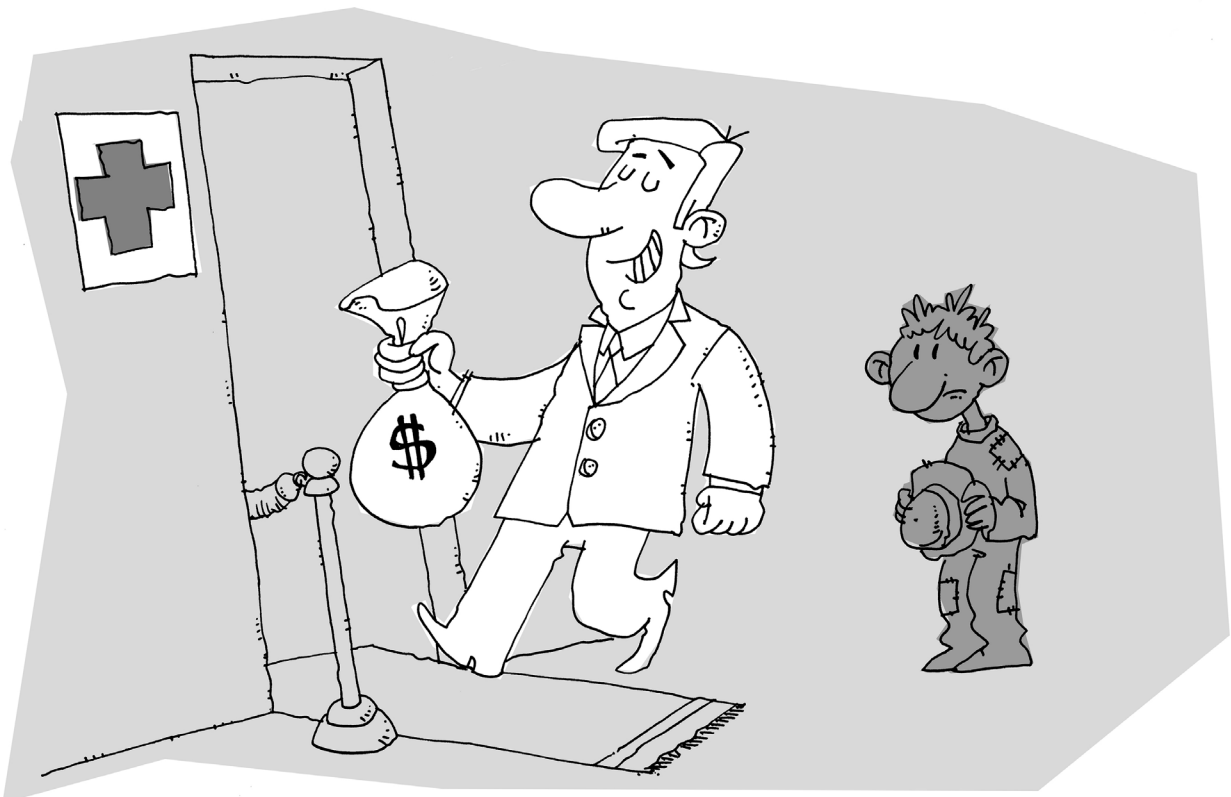


**A saúde só era acessível para aqueles que estavam trabalhando regularmente ou para aqueles que tinham condições econômicas boas.**

O trabalhador que trabalhava na informalidade não tinha esse direito. O vendedor de frutas do mercado, o vendedor de lanche da esquina, o cortador de grama, o agricultor, o pintor de paredes e tantos outros trabalhadores sem contrato formal simplesmente não tinham acesso aos serviços da saúde. Você também já deve ter ouvido falar das Santas Casas de Misericórdia. Aliás, em muitas cidades os hospitais ainda têm esse nome. De onde vem essa denominação? As pessoas que não tinham a carteirinha, e por isso não tinham o direito de

acesso aos serviços de saúde, simplesmente eram abandonadas. Diante desse descaso, as igrejas, especialmente a católica, criaram várias casas de misericórdia para atender aqueles que não tinham condições de pagar pelos serviços de saúde e também não possuíam a carteirinha. Através da caridade, os pobres eram atendidos nessas Casas de Misericórdia.

Citamos esses fatos para dizer que antes de 1988 a saúde não era um direito reconhecido para todas as pessoas. Por isso, elas eram divididas entre as que podiam pagar, as que tinham



contrato formal de trabalho e as que não tinham nem um nem outro e dependiam totalmente da caridade. Com isso, se pode dizer que havia uma espécie de graus de cidadania, em que muitas pessoas não tinham reconhecida a sua condição de ter direitos.

## 1.1. CONSTITUINTE DE 1988 E O SISTEMA DE SAÚDE

Essa “diferenciação” no acesso aos serviços de saúde extingue-se na Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã. E por que ela é chamada assim? Porque ela é uma das conquistas mais importantes do povo brasileiro. Na saúde, por exemplo, tivemos um dos maiores avanços, expresso no Artigo 196 da Constituição Federal.

**“Art. 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.”**

Desde 1988, todos os trabalhadores, com e sem contrato formal de trabalho, vendedores ambulantes, jardineiros, agricultores, ricos e pobres, pretos e brancos, têm reconhecidos seu direito à saúde. Isso significa dizer que - diferentemente da época em que apenas alguns tinham direito aos serviços de saúde - o Estado hoje deve garantir atendimento a todos os brasileiros, por isso, universal. Ele deve organizar os serviços de saúde a partir da especificidade de cada indivíduo e população, por isso **equitativo**. O Estado também não pode cobrar diretamente dos cidadãos pelos serviços de saúde, por isso **gratuito**.



Para cumprir o que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS integra um conjunto de ações, articuladas entre si, que têm o objetivo de garantir o direito à saúde. Quando você vai a uma Unidade de Saúde para consultar, ou vai a um hospital público ou prestador de serviço do SUS para uma cirurgia, isso só é possível graças ao funcionamento do sistema.

É o SUS que possibilita que você seja atendido por um profissional, tenha à disposição os equipamentos para fazer uma cirurgia, bem como, as agentes de saúde para visitas nas casas. O SUS também é o responsável pelas campanhas de vacinação contra determinados tipos de doenças, pelos inúmeros programas de prevenção, pelas medidas adotadas contra possíveis epidemias como dengue e gripes além de cuidar da qualidade sanitária dos alimentos. Portanto, quando falamos do SUS, nos referimos a um amplo e complexo sistema que garante o direito à saúde.

Você já deve ter se dado conta que há uma enorme diferença entre o que estava em vigor antes da Constituição de 1988 e depois. É importante saber que essa conquista não foi algo “dado” por alguém. Essa conquista é fruto de muitos anos de luta de muitos sujeitos sociais que conseguiram incluir na Constituinte de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa compreensão é a que norteia o sistema público de saúde brasileiro até hoje. Ou seja, a noção de que todos e todas têm o direito à saúde e a de que a efetivação desse direito não se dá como um favor de alguém ou através da compra dos serviços, mas através do Estado.

## **É do Estado a obrigação de fazer com que o meu direito, o seu direito e o direito de todos e de todas sejam garantidos.**

Talvez você esteja se perguntando: se tudo isso está previsto na Constituição, que é a Carta Magna de um país, porque na prática a coisa não funciona exatamente assim? Afinal, há pessoas que estão há anos nas chamadas filas do SUS para fazer exames e cirurgias ou faltam certos medicamentos.

Assim como antes de 1988, milhares de passeatas, mobilizações, greves e pressões sociais foram realizadas para que pudéssemos ter um sistema público e universal de saúde, hoje precisamos continuar lutando para que o SUS seja ampliado e qualificado.

É fundamental termos a consciência de que o SUS nasceu da crise da saúde no Brasil, transformando-se em agenda de luta política de diversos sujeitos sociais. Da mesma forma, a qualificação do SUS só vai se efetivar se continuarmos mobilizados e vigilantes. O risco atual, diante das dificuldades que todos conhecemos, é desistirmos da luta pelo direito universal no Brasil e, portanto, do SUS, deixando que voltem aquelas propostas anteriores à Constituição de 1988, que só atendiam parcela da população. A volta dessas propostas que quebram a universalidade está sendo observadas cada vez com mais frequência em diversos países e são defendidas por instituições e agências em todo mundo. Elas retor-

nam especialmente em momentos de crise econômica como a atual, com o falso argumento de que as políticas sociais universais custam muito caro.

**Portanto, a defesa do SUS é fundamental no contexto atual. Os desafios atuais devem ser enfrentados dentro do SUS e não desistindo dele.**

Nas páginas seguintes vamos conversar sobre como na luta contra a Aids precisamos fortalecer o SUS, a partir da mobilização social e dos mecanismos de controle social.



## 2. A RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DA AIDS E O SUS



Tratamos até agora sobre dois modelos de atenção à saúde. O primeiro anterior a 1988, onde apenas alguns tinham direito garantido à saúde; e o segundo, pós 1988, em que todos passaram a tê-lo, através do Sistema Único de Saúde. Compreender a diferença entre os dois modelos é fundamental para tratarmos do tema “Aids e o Controle Social”.

O Brasil foi, por muito tempo, a principal referência no tratamento da Aids no mundo. Na década de 1980, quando a epidemia se espalhou pelo mundo, nenhum país estava preparado para lidar com a doença, até então desconhecida. As pesquisas sobre a doença e os primeiros tratamentos surgiram na mesma década.

O Brasil foi um dos pioneiros no tratamento. Para se ter uma ideia, ainda em 1985, o país criou o Programa Nacional de DST/AIDS. Onze anos depois, em 1996, o Brasil já garantia acesso universal ao tratamento a todos os portadores do HIV/AIDS pelo Sistema Único de Saúde. Isso ajudou a reduzir a disseminação da doença, a melhorar a qualidade de vida e dar sobrevida aos portadores do vírus.

Os dados ajudam a entender melhor esses avanços. Desde o início da epidemia, a chance de uma criança com o vírus HIV sobreviver passou de 24% para 86% (período de 1983 a 2007). Para os adultos maiores de 13 anos o tempo médio de sobrevida era de 5,1 meses (período de 1982 a 1989). Esse tempo aumentou para 16 meses com pacientes diagnosticados após 1995. Com a incorporação dos tratamentos antirretrovirais, os que descobriram a doença em 1996 tiveram uma sobrevida de 58 meses. Além disso, o país reduziu consideravelmente a transmissão vertical do HIV de mãe para filho.

É importante ressaltar que quando foi decretado o tratamento universal aos portadores do HIV, muitos países diziam que o Brasil não teria condições de realizar isso, especialmente pelo custo financeiro. Como já tratamos anteriormente, o argumento é sempre o mesmo: o Estado não terá dinheiro para efetivar esse direito. No entanto...

**...os dados positivos apresentados no enfrentamento à Aids só foram possíveis porque tomou-se a decisão política de tratar a todos.**



Como explicamos na primeira parte, a decisão de oferecer tratamento a todos só foi possível porque o país adotou um sistema de saúde público, universal, equitativo e gratuito na Constituinte de 1988. Com isso, o Brasil foi o primeiro e um dos poucos países subdesenvolvidos a optar pela universalidade do tratamento, tornando-se uma referência mundial no enfrentamento da Aids. Por isso, Caso o país decida acabar com o princípio universalista do sistema público de saúde, como ocorreu em outros lugares do mundo, será também o fim de uma proposta universalista de enfrentamento da Aids. A conclusão é dramática: sem o SUS não haverá combate adequado à epidemia da doença. Diante disso, você precisa defender o SUS e a melhoria da política DST/Aids.

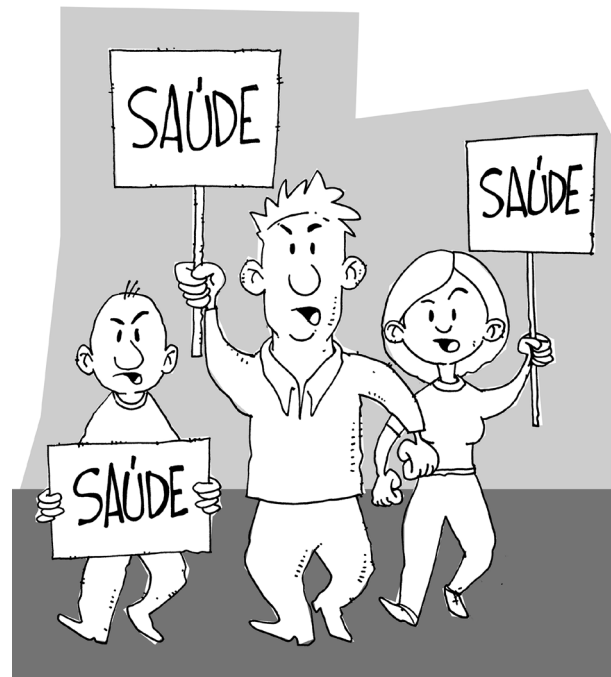
**Sem o SUS é impossível pensar tratamento universal à Aids.**

## **2.1. O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA**

Você já deve conhecer alguma organização que trabalha com HIV/AIDS. Às vezes essas organizações aparecem fazendo campanhas de prevenção nas ruas da cidade, em outras aparecem na imprensa organizando atividades, por vezes dão entrevistas nos meios de

comunicação ou denunciando algumas falhas no SUS, etc. São organizações da Sociedade Civil como ONGs, Movimentos Sociais, Fóruns de articulação que têm como objetivo de luta o tema do HIV/AIDS. Elas surgiram logo que começou a epidemia no país. Essas organizações foram fundamentais para o fortalecimento da política de HIV/AIDS no Brasil. Ajudaram a consolidar a ideia de que para enfrentar a epidemia era necessária uma resposta dentro do marco conceitual do Sistema Único de Saúde. Ou seja, a resposta à epidemia não poderia ser através de ações pontuais atendendo públicos específicos, e sim sistemáticos e de forma universal.

Dizíamos na página anterior que o Brasil optou pelo acesso universal ao tratamento e que as organizações tiveram um papel importante nisso. Em 1985, por exemplo, surgia uma das primeiras organizações que trabalham esse tema: o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids – GAPA em São Paulo. O GAPA espalhou-se depois por vários estados e ajudou a construir uma rede de organizações que atuam nessa área. Até hoje, elas são fundamentais na formulação das políticas de HIV/AIDS e na fiscalização das ações e serviços relativos à doença. Se o SUS não foi um presente caído do céu, porque foi fruto de muitas mobilizações sociais e do envolvimento de milhares de pessoas, a política universalista da Aids também não veio de graça. Ela é fruto das centenas de organizações e lideranças que pressionaram o poder público para que fosse oferecido tratamento universal a todos e todas que contraíam a doença no Brasil.



Por isso, é importante que você participe de alguma dessas organizações e ajude a fortalecer seu trabalho para melhorar o enfrentamento da Aids.

**Veja se na sua cidade não tem alguma organização que atue nesse tema. Se houver, junte-se a ela.**

## 2.2. DESAFIOS ATUAIS DA RESPOSTA À EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL

Nas páginas anteriores dizíamos que o Brasil se tornou uma referência mundial no combate à epidemia da Aids, especialmente pela universalização do tratamento e do conjunto de políticas públicas que foram criadas para dar conta dos desafios da epidemia.

Quase 30 anos depois dos primeiros casos de Aids e da formulação da política de enfrentamento à epidemia, os desafios mudaram, a realidade da doença é outra e novos entendimentos são construídos em torno da maneira de enfrentar a doença. Foi assim que nos últimos anos o Ministério da Saúde passou a introduzir algumas mudanças importantes. Sobre essas mudanças vamos conversar mais adiante.

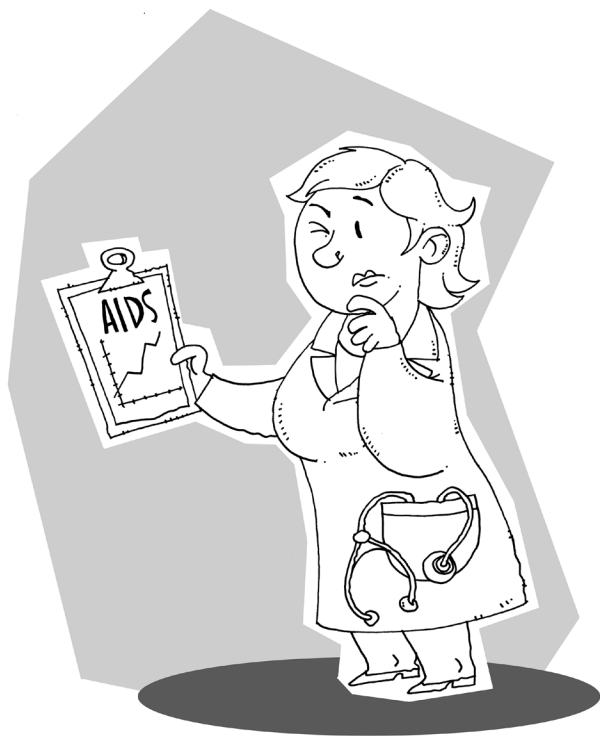
Será que mesmo o Brasil tendo se tornado referência no enfrentamento, tudo estava funcionando bem? Não, nem tudo. É verdade que o Brasil se destacou no cenário mundial. Disponibilizou tratamento a todos e, ano após ano, vinha reduzindo o número de novos casos, aumentando a sobrevivência dos que viviam com a doença entre vários outros indicadores positivos. No entanto, nos últimos anos, segundo avaliações do governo brasileiro, os dados indicavam que era necessário introduzir algumas mudanças diante do quadro diferenciado da epidemia no país. Além disso, a Organização Mundial da Saúde, através do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre

HIV/AIDS (UNAIDS) vem sugerindo inúmeras mudanças no enfrentamento da doença. Uma delas é a chamada “zero nova infecção por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à Aids”, tendo como meta acabar com a epidemia até 2030. Esta estratégia faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que a ONU construiu com os países membros e inclui, além do tema da Aids, outras metas como o fim da pobreza e da fome.

No que se refere aos dados, um dos indicadores apontados era de que apesar dos avanços, o número de novos casos continuava sendo muito alto, havendo inclusive aumento em determinadas regiões do país. Isso indicava a necessidade de encontrar novos mecanismos para enfrentar a situação. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2015, que publica dados referentes ao ano anterior, a cada cem mil habitantes, 19,7 novos casos são detectados no país. Isso representa 39.951 novos casos detectados só em 2014.

Outro dado preocupante é o número de novos casos entre os jovens. Sempre segundo os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, brasileiros de 15 a 24 anos foram os que mais contraíram a doença entre 2009 a 2013. Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a cada hora, 10 pessoas são infectadas pelo HIV na América Latina, quase metade desses casos são registrados no Brasil.

Outro indicador grave é a taxa de mortalidade por Aids. No caso Estado do Rio Grande do Sul, são em torno de 10 óbitos para cada cem mil habitantes ao ano, o dobro da média nacional. Este indicador aponta para diagnós-



mais sobreviver por pouco tempo. Isso levou a que hoje muitos dos que foram diagnosticados com a doença há 10, 20 ou até mesmo 30 anos vivam com a doença e são tratados pelo SUS. Essa convivência com a doença implicaria na necessidade de descentralizar o tratamento. O atendimento não se daria apenas nos centros especializados como até então vinha sendo feito. É importante ressaltar, porém, que embora a nova estratégia de enfrentamento da Aids implique na descentralização dos serviços, os centros especializados continuam sendo necessários.

Sobre este ponto vamos voltar a conversar mais adiante.

Quais foram as mudanças adotadas? É delas que vamos conversar na sequência.

tico tardio da doença, dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou falha na adesão ao tratamento.

Agregado aos dados apresentados pelo Ministério da Saúde, outro indicador da necessidade de mudança é a sobrevivência das pessoas que vivem com a doença. Se no início da epidemia a Aids era uma sentença de morte em poucos meses ou anos, com a universalização do tratamento e a incorporação de novos e mais sofisticados medicamentos, as pessoas passaram a conviver com a Aids e não

# 3. MUDANÇAS NA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA AIDS



Como dissemos na página anterior, desde quando surgiram os primeiros casos de Aids no Brasil, o país respondeu de forma inovadora à epidemia, tornando-se referência mundial no tema. Também já tratamos sobre os problemas atuais da epidemia no Brasil. Isso tudo fez com que o Estado brasileiro repensasse aspectos da Política Nacional de HIV/AIDS.

Sobre três dessas mudanças vamos tratar na sequência.

## 3.1. A ESTRATÉGIA 90-90-90

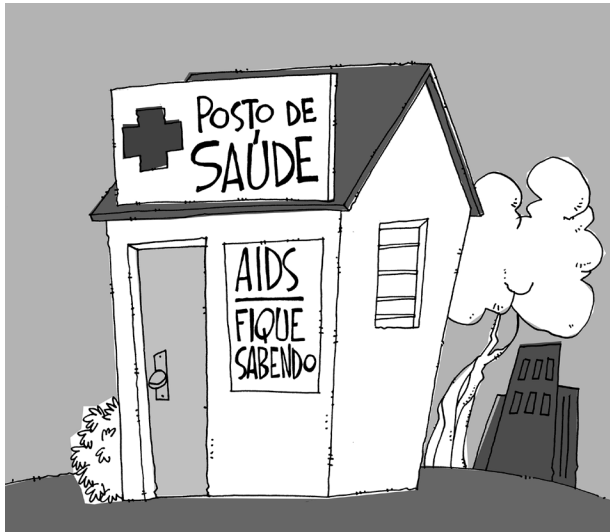
Talvez você já tenha ouvido falar sobre estes números. A 90-90-90 é uma estratégia de enfrentamento da epidemia da Aids proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e foi assumido por vários países, entre eles o Brasil.

O primeiro dos três 90 é o percentual da população a ser testada. Ou seja, o objetivo é testar 90% da população brasileira a fim de que as pessoas saibam a sua condição sorológica (se são soropositivas ou não). Por que isso? Porque hoje calcula-se que em torno de 20% das pessoas não sabem que tem HIV/AIDS. Ao desconhecerem que têm a doença, são os potenciais disseminadores de novos casos. Nas páginas anteriores você leu que apesar de todo o esforço e da referência do Programa Brasileiro de enfrentamento à epidemia, milhares de novos casos são descobertos por ano, inclusive com aumento considerável em algumas faixas etárias. Calcula-se que com a ampliação do acesso à testagem, seja possível controlar o número de novos casos.

Certamente você já viu em alguma Unidade de Saúde da sua cidade um banner com a frase: **FIQUE SABENDO**, ou **TESTAGEM RÁPIDA**

DE HIV. Essa é uma das ações que integra a proposta de testar o maior número de pessoas, o que significa que hoje você pode fazer um teste HIV na unidade de saúde mais perto da sua casa. Não é mais necessário procurar um serviço especializado ou um hospital.

O segundo 90 refere-se ao tratamento. Dos que foram diagnosticados como HIV positivo, o objetivo é ter a adesão de 90% deles ao tratamento antirretroviral. Isso porque muitos dos que são diagnosticados com a doença não seguem o tratamento disponibilizado pelo SUS. As razões da não adesão ao tratamento são várias, desde a opção individual do cidadão de não aderir por causa dos efeitos colaterais até a ineficiência do poder público para viabilizar um tratamento adequado ou ainda a situação de vulnerabilidade psicossocial em que a pessoa pode se encontrar.



O terceiro 90 refere-se a 90% dos que aderiram ao tratamento terem sua carga viral indetectável. Um dos indicadores de evolução da doença é a chamada carga viral, ou seja, a quantidade de vírus presente no sangue. Um tratamento adequado e iniciado logo após ter contraído a doença, em geral implica numa baixa carga viral e, sendo assim, a pessoa, mesmo tendo o vírus, não irá transmitir a outros numa eventual exposição.

Veja no quadro o resumo da estratégia:

- 90% da população testada
- 90% dos soropositivos tratados com antirretroviral
- 90% dos soropositivos com carga viral indetectável

### 3.2. A INCORPORAÇÃO DO TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

A outra coisa que também já vem acontecendo e que talvez você ainda não saiba é o tratamento dos que vivem com a doença nas Unidades de Saúde, também chamada de compartilhamento do cuidado. Esta talvez seja a principal mudança que vem acontecendo, por isso uma das mais polêmicas e está relacionada à estratégia 90, 90, 90. Para alcançar este objetivo, o Ministério da Saúde publicou em 2013 o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. Uma das diretrizes deste protocolo era justamente adequar as estratégias estabelecidas

pela UNAIDS no que se refere à proposta de **zero novas infecções de HIV**. Uma das maneiras de alcançar isso, como já indicamos quando tratamos do 90, 90, 90, era fazer com que os 90% que estão sendo tratados tenham a carga viral indetectável. O protocolo publicado em 2013 trata justamente da orientação de que todos os diagnosticados com a doença sejam imediatamente tratados com antirretrovirais, independentemente da sua carga viral.

Essa orientação implica num aumento considerável do número de pessoas vinculadas ao tratamento. Por isso, calcula-se que as Unidades de Saúde responderiam de forma mais adequada ao aumento do número de pessoas em tratamento. Além disso, não haveria necessidade de centros especializados para quem está na fase inicial da doença nem para aqueles que já vivem há um bom tempo com a Aids. Soma-se a isso a ampliação do acesso à testagem nas Unidades de Saúde, coisa que anteriormente era feito apenas nos Centros Especializados.

É bom lembrar que antes os testes e todo o processo de tratamento da pessoa que vive com a doença eram feitos num único lugar (centralizado) chamado de Serviço de Assistência Especializada – SAE. Com as recentes mudanças, embora os SAEs continuem como rede secundária, a rede principal é a atenção básica ou atenção primária. Esclarecendo: com as mudanças, a rede básica de saúde passou a ser a principal referência seja para os testes ou para o tratamento daqueles que vivem com HIV/AIDS, dependendo da realidade de cada município.

É importante ressaltar que todas essas mudanças já estão em andamento. Mesmo ainda recentes, elas são objeto de muitas críticas, especialmente por parte dos movimentos e organizações que trabalham com HIV/AIDS. Entre as principais críticas, a principal é que “não basta testar 90% da população se o sistema de saúde não tem capacidade de atender sequer a demanda atual de pessoas em tratamento e em monitoramento clínico”. Sobre a descentralização, a crítica também gira em torno da insuficiência do sistema público brasileiro, especialmente na atenção básica. Para os críticos, ao repassar mais um serviço para a atenção básica, sem a estruturação e qualificação necessária, a resposta tende a não ser favorável, além de violar o direito ao sigilo dos pacientes ou propiciar a não adesão ao tratamento por não terem seu sigilo garantido.

Por outro lado, os defensores da proposta dizem que a melhor maneira de alcançar os objetivos previstos e reduzir o número de novos casos, assim como dar qualidade de vida aos que vivem com a doença, é incorporando esse atendimento na atenção básica, possibilitando também a redução do preconceito e do estigma. Sem essa descentralização, a tendência é que continuemos com elevado número de novos casos. Ou seja, a estratégia antiga, implementada pelo Estado brasileiro até bem pouco tempo, não seria a mais adequada às demandas atuais da epidemia.

### 3.3. PREVENÇÃO COMBINADA

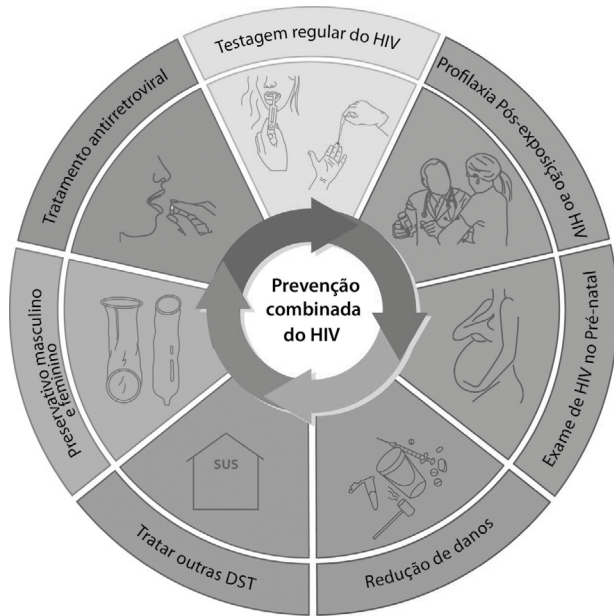
Outra iniciativa, igualmente inovadora e que vem sendo incorporada no conjunto de mudanças na política de enfrentamento do HIV/AIDS é a chamada Prevenção Combinada. Como o próprio nome indica, a proposta combina várias iniciativas de prevenção com o intuito de reduzir a probabilidade de infecção pelo vírus.

Embora a proposta seja mais ampla, incluindo várias iniciativas, vamos tratar na sequência de três delas consideradas principais.

A primeira iniciativa é o Tratamento como Prevenção. Sobre este já conversamos nos parágrafos anteriores mas é importante voltar a abordar dentro da estratégia de prevenção combinada. A estratégia consiste em alcançar um dos objetivos da 90, 90, 90 que é tornar a carga viral indetectável. Ou seja, ao tratar adequada e precocemente o portador do vírus, a possibilidade de ter sua carga viral indetectável aumenta consideravelmente, o que também reduz muito a probabilidade de contágio numa eventual exposição com um sorodiscordante (pessoa não portadora do vírus). Alguns estudos inclusive demonstram que não houve, durante os testes científicos, nenhum contágio de HIV de portadores com carga viral indetectável a parceiros sorodiscordantes. Embora sejam ainda parciais, os resultados são promissores. Daí a relevância da proposta de considerar o tratamento como prevenção (e não apenas como tratamento em si em virtude da sorologia).

Outra iniciativa que compõe a prevenção combinada é a Profilaxia Pós-exposição conhecida como PEP. Consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais após qualquer situação de risco de contato com HIV. A utilização do medicamento reduz consideravelmente a possibilidade de contágio e pode ser utilizado até 72 horas após a exposição, sendo mais eficaz se utilizado em até duas horas após a exposição.

A terceira estratégia que integra a prevenção combinada é a Profilaxia Pré-exposição, conhecida como PrEP. Este consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais por indivíduos que não estão infectados pelo HIV e que se encontram em situação de alto risco de contágio. A utilização dos medicamentos impede que o vírus consiga se estabelecer no organismo. Estudos comprovaram que a PrEP pode reduzir em mais de 90% a transmissão do vírus, comprovando-se assim uma estratégia eficaz de prevenção para reduzir o número de novos casos de HIV.



Como mostra o gráfico, além das três estratégias citadas é importante ressaltar que a Prevenção Combinada também inclui a distribuição e utilização de preservativos, a testagem regular de HIV, redução de danos e tratamento de outras DSTs-Doenças Sexualmente Transmissíveis. O conjunto dessas iniciativas deve ser visto como novas estratégias de enfrentamento da Aids no Brasil e no mundo.

## 4. CONTROLE SOCIAL E A AIDS



Até agora tratamos da política pública de saúde, da política de enfrentamento à epidemia da Aids e das principais mudanças que vêm acontecendo no Brasil sobre esse tema. Na sequência, vamos conversar sobre os desafios que essas mudanças trazem para o exercício do controle social.

### 4.1. CONSELHOS DE SAÚDE E A POLÍTICA DA AIDS

Já falamos sobre a política de Saúde no Brasil antes e depois da Constituinte de 1988. Também explicamos a diferença no acesso aos serviços de saúde quando a Constituição Cidadã de 1988 reconheceu que Saúde é direito de todos e que o Estado tinha a obrigação da sua garantia. Isso fez com que hoje todos sejam tratados de forma igual quando precisam de atenção à saúde.

Além do acesso universal e gratuito a todas as pessoas, houve a conquista da participação dos cidadãos na formulação e fiscalização da política pública de saúde no Brasil. Foram criados dois espaços institucionais para garantir a participação da população na formulação e controle da política de saúde: os Conselhos e as Conferências de Saúde definidos pela Lei Nº 8.142/90.

LEI 8.142/90

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

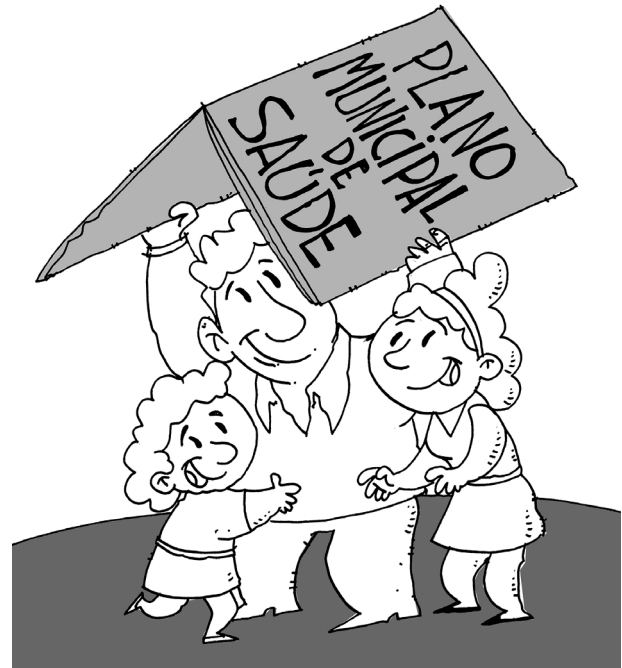
## O Conselho de Saúde

Certamente você já ouviu falar dele e talvez conheça pessoas que participam do Conselho de Saúde. Os conselhos de saúde existem nas três esferas de governo: municipal, estadual e nacional. Em geral se reúnem uma vez por mês. Em casos extraordinários podem acontecer reuniões mais frequentes. Os conselhos têm como objetivo principal propor a política de saúde na sua esfera de atuação e controlar as ações e serviços de saúde realizados pelo Poder Executivo da esfera a que pertence. Por exemplo, se é um conselho municipal de saúde, vai atuar na formulação da política de saúde daquele município e fiscalizar o poder público municipal nas ações e serviços de saúde.

Vamos continuar usando o exemplo do conselho municipal de saúde para explicar como funciona o poder de formulação e de fiscalização do Conselho.

Os municípios são obrigados a elaborar o Plano Municipal de Saúde, em cada legislatura. No início do mandato, os gestores do município (prefeito e secretário municipal da Saúde) devem apresentar o Plano ao Conse-

lho Municipal de Saúde. O Conselho tem o papel de analisar, propor os ajustes necessários e aprovar o Plano que será o instrumento orientador da política de saúde do Município nos quatro anos seguintes. Nele estão previstas as ações que o gestor se propõe a fazer durante seu mandato.



Na discussão para a elaboração do Plano, o Conselho tem o importante papel de analisar, debater e propor as políticas de saúde, exigindo que o gestor municipal contemple as diferentes demandas populares nesta área. O Plano Municipal de Saúde deve prever, por exemplo, a ampliação da Unidade de Saúde, a política de me-

dicamentos e a sua distribuição; a organização do sistema local de saúde; as ações previstas para a vigilância e todos os serviços previstos para o DST/AIDS, entre outros.

Além do Plano Municipal, que é apresentado a cada quatro anos, o gestor deve apresentar ao Conselho o Plano Anual de Saúde – PAS. Através dele o gestor expõe as ações que vai realizar naquele ano. Esse também deve passar pela análise dos conselheiros que o comparam com o Plano válido para os quatro anos e antes de aprovarem, se for o caso, exigem do gestor as adequações necessárias. Se o Plano Municipal prevê o fortalecimento das ações do DST/AIDS, por exemplo, o PAS deve dizer o que será feito especificamente naquele ano para alcançar o objetivo previsto para os quatro anos. O mesmo acontece para as demais ações. Portanto, o PAS é um instrumento de gestão que ao mesmo tempo facilita para o gestor a execução das ações e ajuda o controle social a acompanhar, fiscalizar e incidir na execução das ações e serviços de saúde. Por isso, o Plano de Saúde e o PAS são os dois instrumentos mais importantes da política de saúde.

**Plano Municipal de Saúde:**  
elaborado no primeiro ano de gestão, válido para os quatro anos seguintes e deve ser aprovado pelo Conselho.

**Plano Anual de Saúde:**  
elaborado anualmente, deve contemplar as ações previstas no Plano de Saúde e deve passar, necessariamente, pela aprovação do Conselho.

Agora vejamos como funciona o outro papel do Conselho, de fiscalizador.

O gestor tem a obrigação de prestar contas ao Conselho de Saúde. Os principais instrumentos de prestação de contas são o Relatório Quadrimestral e o Relatório Anual. No primeiro, a cada quatro meses, o gestor presta contas ao Conselho de todas as ações e serviços de saúde realizados no período e os valores gastos para a execução dos mesmos. O Conselho analisa e aprova ou desaprova. Ocorre o mesmo com o Relatório Anual.

**Relatório Quadrimestral:**  
apresentado a cada quatro meses, o conselho analisa e aprova ou desaprova.

**Relatório Anual:**  
apresentado anualmente, o conselho analisa e aprova ou desaprova.

Outra coisa importante para o exercício do Controle Social é saber onde estão previstos estes instrumentos. Isso é fundamental, pois com base nisso é possível exigir que o que está previsto na lei seja cumprida. A lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 é quem regulamenta especificamente as prestações de contas, fala sobre o que deve conter os relatórios, estipula os prazos a serem observados e refere-se aos valores a serem investidos em ações e serviços públicos de saúde da União, Estados e Municípios. Veja o quadro resumido da lei:

## Lei complementar 141/2012

Art. 30. § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

- I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
- II - Relatório de Gestão do SUS;
- III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

**Parágrafo único.** A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante **incentivo à participação popular** e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de **Relatório de Gestão** ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conse-

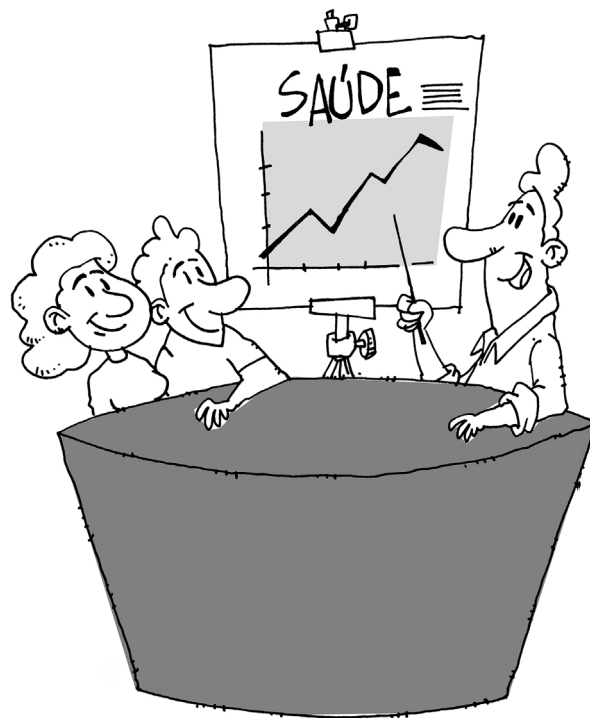
Iho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a **programação anual do Plano de Saúde** ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 5º **O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.**

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Você percebeu que toda a política de saúde do município passa pelo Conselho? Desde a formulação até a prestação de Contas. O gestor público é eleito para governar a cidade, o Estado ou a União, mas deve fazê-lo em diálogo com a sociedade. Isso é um elemento fundamental do estado democrático de direito, que está previsto na Constituição. Há diferentes formas de promover a participação das pessoas e todas têm legitimidade. Os conselhos são uma destas formas e estão previstos na própria Constituição Federal e em leis posteriores, de modo a constituírem como espaço privilegiado de formulação e fiscalização da política pública.



## 4.2. COMISSÃO DST/AIDS

Para entender melhor como pode se dar a nossa participação, é importante detalhar melhor o funcionamento do Conselho de Saúde. Segundo a lei 8.142/90, o conselho de saúde deve ser paritário entre dois grupos: a) usuários, b) gestores, profissionais e prestadores de serviços. Isto significa que no Conselho de Saúde os usuários representam 50% da sua composição e os outros 50% são divididos em três segmentos: gestores, profissionais da saúde e prestadores de serviços.

| Conselho de Saúde   |   |   |
|---|---|---|
| 50% usuários:<br>Associações de moradores, sindicatos, movimentos sociais, ONG's, etc | 25% profissionais:<br>Enfermeiros, médicos, sindicatos e conselhos da categoria, conselhos profissionais, etc | 25% governo e prestadores de serviço: secretário de saúde, hospitais, ambulatórios, farmácias, etc. |

Geralmente dentro dos conselhos criam-se comissões para tratar de determinados temas. Em quase todos os conselhos é de praxe ter duas comissões, uma de Fiscalização e outra chamada de Comissão Técnica. A primeira, em geral, tem como função fiscalizar as ações no lugar onde estão acontecendo: a construção do posto da Vila, o atendimento na unidade de saúde, dar andamento a determinadas denúncias apresentadas ao Conselho, verificar o cumprimento de horário dos profissionais, entre

outros. Esse papel é muito importante, porque ajuda o Conselho a olhar a execução política da saúde na “ponta do sistema”, que é junto às pessoas. Não adianta só olharmos planilhas contábeis ou notas fiscais nos Conselhos. O fato delas estarem de acordo com a legislação é uma obrigação de cada gestor e não significa uma boa aplicação dos recursos ou o bom funcionamento da política pública da saúde.

Já a Comissão Técnica em geral funciona para dar o parecer sobre as prestações de contas. Ela analisa os documentos enviados ao Conselho pelo gestor, especialmente dos relatórios quadrimestrais e anuais de que falávamos anteriormente, ou os documentos de outros órgãos que precisam prestar contas, como um Hospital que recebeu um recurso e tem a obrigação de ter as contas aprovadas no Conselho.

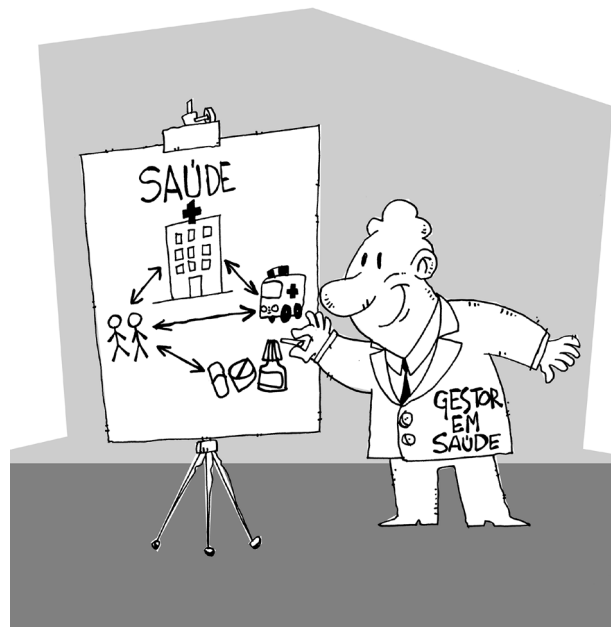
Além dessas duas comissões, os conselhos podem criar outras comissões para tratar de temas que considerem necessário. Pode, por exemplo, criar uma comissão que vai discutir a saúde da mulher, ou a saúde do trabalhador, a saúde mental e assim por diante.

Pode criar uma Comissão HIV/AIDS? Sim, e não só pode como deveria criá-la! E é a sua criação, importância e funcionamento que queremos abordar na sequência.

As mudanças que vêm acontecendo na política de enfrentamento à Aids exigem que elas sejam discutidas nos espaços do Controle Social. Com o processo de descentralização da política de enfrentamento à Aids, será necessário colocar este tema nos conselhos de saúde contribuindo, por exemplo, no debate

sobre a rede de serviços disponíveis no município, o acesso a tais serviços, os problemas que as pessoas em tratamento eventualmente possam enfrentar, os testes que estão sendo feitos nas unidades, a adesão ao tratamento, os programas de prevenção, os problemas de acesso aos serviços de média e alta complexidade para os que vivem com a doença, entre outros. Portanto, a estratégia das lideranças e organizações que têm como bandeira de luta o tema do HIV/AIDS, precisa incorporar a participação nos conselhos de saúde e atuar para que o tema seja incluído de forma permanente e sistemática na atuação do mesmo.

Isso significa exigir, via espaços como os conselhos, que o Plano Municipal de Saúde tenha ações concretas de como o município deve lidar e enfrentar a Aids no seu território. Significa fiscalizar, através das prestações de contas trimestrais e anuais, os recursos gastos no programa, as ações realizadas e os resultados alcançados. O Conselho de Saúde precisa se tornar um grande aliado no enfrentamento à epidemia. Participar desse espaço e utilizar essa importante ferramenta é um desafio de todos nós.



**E se você colocasse como desafio para este ano, caso você e sua entidade ainda não o façam, participar do Conselho de Saúde? Pense nisso! Vá lá, participe das reuniões, veja como o tema do HIV/AIDS está sendo tratado e veja como o Conselho funciona. Peça ao Conselho uma cópia do Plano Municipal de Saúde e do Plano Anual de Saúde. Peça, também uma cópia do último relatório trimestral.**

**No Conselho, proponha a criação da uma Comissão de HIV/AIDS, caso ela ainda não exista. Se essa Comissão já existe, informe-se sobre o seu funcionamento e, na medida do possível, se envolva para qualificar sua atuação.**

### **4.3 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E A POLÍTICA DA AIDS**

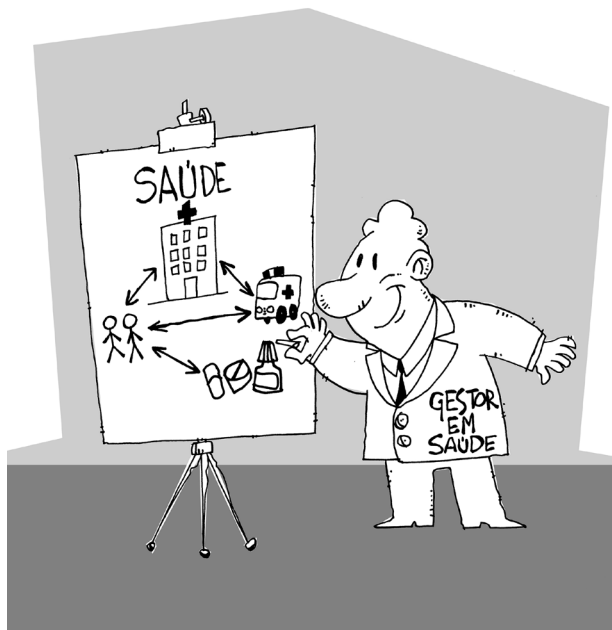
Provavelmente você já ouviu falar das Conferências de Saúde ou até participou de algumas. Mesmo assim, é importante que o tema seja tratado aqui, especialmente para ampliarmos e qualificarmos a sua realização.

Referimos anteriormente que a lei 8.042, no Art. 1º, estabelece dois espaços de participação social: Conselhos e Conferências. As conferências de saúde são realizadas a cada dois ou quatro anos. A cada quatro anos porque antes de elaborar o Plano de Saúde (lembra que falamos sobre o Plano na página anterior?), o gestor precisa realizar a Conferência de Saúde. Por que isso? Porque a Conferência é o lugar de debate da sociedade sobre a política pública e dos rumos adotados pela gestão, para que os cidadãos, além de fazerem

uma avaliação crítica da saúde, indiquem as diretrizes da política pública.

Essas diretrizes deverão orientar, posteriormente, a elaboração do Plano de Saúde. É importante lembrar que após a conferência deve-se elaborar o relatório da mesma. Ele deve ser um documento para o planejamento da saúde e a fiscalização permanente e sistemática do Conselho de Saúde, das organizações, da Câmara de Vereadores, imprensa, etc. Afinal, lá estão expostos os anseios do povo, que é o fundamento do exercício de qualquer poder, como propõe a nossa Constituição: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

**Traduzindo: no primeiro ano de mandato, o gestor realiza a Conferência de Saúde. Com base no relatório da Conferência, elabora o Plano Municipal de Saúde. O Conselho aprova o Plano que serve de diretriz para os próximos quatro anos. Depois, anualmente, elabora o Plano Anual de Saúde que também deve ser aprovado pelo Conselho onde consta tudo o que o gestor vai fazer naquele ano específico. Aprovados esses instrumentos, o Conselho fiscaliza a sua implementação e participa ativamente das mudanças necessárias, tomando providências para que o direito à saúde seja garantido e efetivado.**



O que a Conferência tem a ver com a Aids? Tudo! Ações referentes ao HIV/AIDS só farão parte do Plano se também forem assunto de debate e discussão na Conferência, já que é ela que norteia o Plano. Por isso, precisamos também participar das Conferências, juntar elementos para avaliar a saúde e o contexto específico da Aids no município, propor ações e interferir na elaboração do relatório final para que o diagnóstico da situação da Aids no município seja também parte do relatório e as diretrizes para o Plano também contemplem ações na área do HIV/AIDS.

Em 2017, após as eleições municipais de 2016, devemos ter Conferências Municipais de Saúde. O desafio inicial é que elas sejam realizadas já no primeiro semestre, para que

tenhamos tempo suficiente para elaborar o Plano Municipal de Saúde, PPA, LDO e LOA. Que tal já começarmos a pensar sobre a realização da Conferência? Alguns municípios fazem pré-conferências de saúde ou conferências temáticas. Que tal você propor a realização de uma pré-conferência temática para tratar da Aids? Ou ainda, que tal você ir ao Conselho e pedir uma cópia do relatório da última Conferência de Saúde? Veja lá o que foi tratado sobre HIV/AIDS.

## Participe das Conferências Municipais do ano que vem.

Aliás, antes disso, é importante que você acompanhe e se envolva no processo eleitoral. As eleições municipais são parte do sistema democrático do país e devem permitir um amplo debate sobre o que foi feito pelos governantes e os rumos futuros dos nossos municípios. Quanto mais ausentes estivermos e não gostarmos de política, mais seremos governados pelos outros, e muitos deles, não tem o “bem comum” como princípio de gestão. Aliás, quem nos quer fazer crer que a política é coisa ruim, feia e corrupta, são os que mais estão nela, ou se utilizam dela para seus interesses privados.

## 4.4. O ORÇAMENTO DA SAÚDE E A AIDS

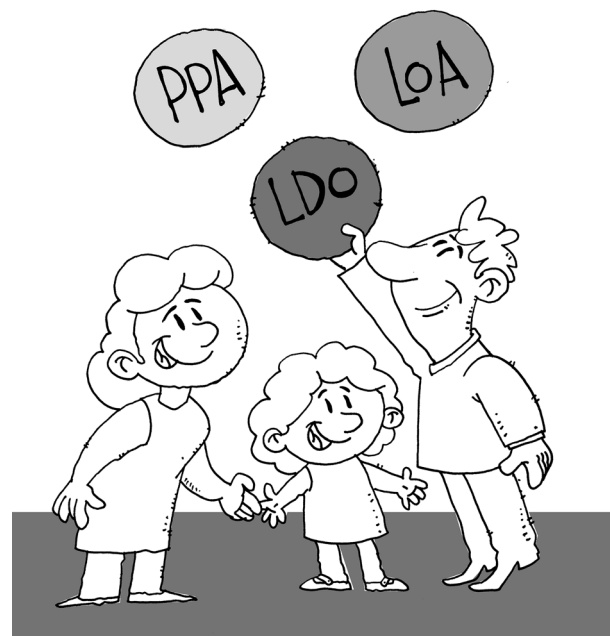
O orçamento nada mais é do que o mecanismo através do qual se faz a previsão do que será arrecadado e o que será gasto. Isso serve tanto para a gestão pública quanto para as empresas, famílias, ONG's e outros. O trabalhador, por exemplo, sabendo o que vai receber no final do mês, programa os seus gastos de modo que estes não sejam maiores que o seu salário.

A gestão pública basicamente faz a mesma coisa. O gestor utiliza vários instrumentos para cumprir as exigências legais e cuidar bem do dinheiro público. Os principais instrumentos são: Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Assim como o Plano de Saúde, que o gestor elabora no seu primeiro ano de mandato e vale para os próximos quatro anos, o PPA também é muito parecido. A diferença é que esse Plano é mais amplo, serve para todas as ações que a gestão se propõe a fazer nos próximos quatro anos, entre elas a saúde. E mais, o gestor só pode fazer o que está previsto no PPA e aprovado pela Câmara de Vereadores.

A LDO é parecida com o Plano Anual de Saúde, que tratamos anteriormente. Da mesma forma, o gestor municipal elabora a LDO para dizer o que ele vai fazer naquele ano. A diferença é que na LDO estão previstas todas as ações, não apenas da saúde.

Por último a LOA, que autoriza o gestor a fazer o que prevê a LDO. A lei é aprovada na Câmara de Vereadores



**PPA: Plano Plurianual**

**LDO: Lei de Diretrizes  
Orçamentárias**

**LOA: Lei Orçamentária Anual**

**E porque o PPA, a LDO e a LOA são instrumentos tão importantes no debate sobre**

**a saúde pública e no tema da Aids? Porque é nesses instrumentos que estarão previstos ou não as ações e recursos para as nossas demandas. Conselheiros e lideranças da saúde precisam cada vez mais estar atentos, pois muitas vezes candidatos ou gestores fazem grandes promessas, mas não preveem essas ações nesses instrumentos. Isso significa que não vão fazer. Ou ainda, muitas vezes os gestores não fazem o processo de forma participativa ampla, deixando de chamar a população e os conselhos. No entanto, deve ser compromisso do gestor, até porque está na Lei: fazer o processo de forma ampla, a partir de diversas audiências públicas. É importantíssima a participação da sociedade, das organizações e dos conselheiros nas audiências, influenciando para inserirem o tema Aids nas ações previstas. Fique atento às audiências públicas realizadas no seu município na fase de elaboração do PPA e da LOA. Participe!**

precisamos fortalecer com a nossa agenda. Em muitos lugares existem os chamados fóruns populares, fóruns de conselhos, coletivos de saúde, de políticas públicas, etc, em que várias organizações se articulam em torno de temas diversos ou da saúde. Estes são espaços de articulação e de mobilização em torno do SUS ou da política pública de saúde não previstos na legislação, e são importantes para que os direitos sejam garantidos e efetivados. Por serem autônomos, eles reúnem diferentes organizações e militantes. O desafio maior é trazer para esses espaços o debate sobre Aids e construir ou fortalecer articulações em torno dessas agendas.

## **4.5. FÓRUNS POPULARES E A AIDS**

Além da chamada institucionalidade, ou seja, dos espaços de participação vinculados ao poder público, como é o caso dos Conselhos, Conferências, Audiências Públicas, etc, existem também espaços de participação que

**Procure saber se na sua cidade existe algum fórum de saúde. Se existir, veja como participar. Pergunte como o tema da Aids está sendo debatido no grupo. Contribua para trazer esse tema nas discussões. Se não existir, discuta na sua organização e com seus parceiros a possibilidade e importância da sua criação.**

## **4.6. EDUCAÇÃO POPULAR, CONTROLE SOCIAL E AIDS**

Na apresentação desta Cartilha afirmamos que ela é fruto de um processo de formação que foi realizado pelo CEAP em 2015, com mais de 60 lideranças que trabalham com o tema da Aids no Rio Grande do Sul. Os que participaram do curso realizaram um trabalho de multiplicação junto as suas organizações e participaram, posteriormente, de um Seminário Final, onde cada participante socializou a experiência da multiplicação. Na sequência, vamos refletir sobre algumas dessas experiências e ver como elas podem nos ajudar a fortalecer a luta contra a epidemia da Aids.

Um grupo de lideranças ligadas a uma ONG de hepatites virais fez uma oficina com seus membros para falar sobre o Plano Municipal de Saúde. Uma das tarefas foi olhar o que estava previsto no Plano Municipal da Saúde sobre a Aids e hepatites.

A experiência foi muito rica, ainda mais porque o grupo nunca havia feito o exercício de olhar o Plano de Saúde sob essa ótica. Uma das constatações foi de que as ações previstas eram insuficientes e embora a ONG exista há vários anos no município, as pessoas e a entidade sequer ficavam sabendo da elaboração e discussão do Plano de Saúde. Isso nos mostra que sem a presença das organizações que lidam com esse tema, sem a incidência política e sem a luta necessária, a Aids vai continuar ausente dos planos, dos orçamentos, das audiências públicas, dos fóruns.

Nessa perspectiva, esses espaços precisam contar com a participação das organizações e lideranças. Se não apostarmos nesses espaços, continuaremos vendo situações em que se nega a existência do problema e, conseqüentemente, não será realizada nenhuma política mais efetiva para o tratamento ou para a prevenção da Aids. Esta experiência demonstra que quando não estamos nos conselhos de saúde, quando não participamos das conferências e das audiências públicas e quando não ocupamos os espaços, sejam institucionalizados ou não, o tema da Aids continuará estando ausente dos instrumentos de gestão. Daí a relevância de olhar os instrumentos, participar desses espaços, articular parcerias, criar comissões dentro dos conselhos entre outras ações.



A outra aprendizagem que essa experiência trouxe é que não há participação política qualificada sem a construção de conhecimentos. Se atuarmos nos espaços sem conhecer a política da Aids, sem informações, sem dados, sem compreensão da política pública, nossa participação pode ser muito desqualificada. É preciso conhecer os planos, saber os dados, estudá-los, fazer uma reflexão sobre eles, compreender os processos políticos para atuar de forma qualificada.

Em outra experiência, participantes do curso tiveram uma audiência com o gestor municipal e realizaram um Seminário em parceria com uma Universidade local. Da audiência saiu o compromisso de fazer uma grande campanha de conscientização. Do Seminário com a Universidade, saiu uma proposta de parceria para pesquisas de estudos sobre incidência pública, envolvendo as ONG's e alunos universitários.

Este exemplo ilustra muito bem o tema tratado anteriormente da incidência pública e foi uma grande aprendizagem para o grupo. Embora o Estado, compreendido nas suas três esferas de governo, seja o principal responsável pelo direito à saúde, o papel das organizações sociais é muito importante. Elas devem influenciar o Estado permanentemente com sua agenda. Isso se faz com iniciativas como as que essas lideranças tiveram. Articularam-se, marcaram uma audiência com o gestor municipal e apresentaram as suas demandas.

Também tratamos acima sobre a necessidade de colocar o tema da Aids em diferentes espaços. Veja que ideia interessante a parceria com a universidade. Estas têm muito a contribuir e aprender, mas a sociedade precisa desafiá-las. Precisamos conversar com os professores e alunos, propor a eles iniciativas como esta, para poder refletir e construir saberes de forma conjunta. A Universidade e outros centros de ensino podem ser excelentes parceiros para construir os saberes, para ajudar a levantar dados, refletir sobre eles e nos empoderar para podermos atuar de forma mais qualificada nos diferentes espaços.

Em outra experiência, os participantes do curso foram em diferentes espaços discutir e refletir sobre o tema da Aids. Participaram do encontro das Pastorais Sociais, visitaram escolas para conversar com os alunos e ocuparam os 15 minutos da Tribuna Popular da Câmara de Vereadores para falar sobre o tema.

Existem inúmeros espaços para conversar, discutir e refletir sobre a Aids. Por que fazer

isso? Porque precisamos colocar esse tema na roda. Sabemos que ainda existem muitos preconceitos e tabus sobre a Aids. Mesmo que tenhamos avançado muito desde a descoberta da doença, em geral as pessoas não gostam de conversar sobre ela, preferindo muitas vezes ignorá-la até mesmo nos espaços do Controle Social. Também a gestão pública às vezes prefere ignorar a epidemia. Lembra a primeira experiência que citamos aqui, em que os participantes olharam o plano de saúde e não acharam quase nada sobre Aids? Pois é, aquele Município tem vários casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, mas prefere ignorá-las, já que ninguém exige, ninguém fala sobre o assunto, ninguém leva isso nas reuniões. Daí a importância de ocupar os espaços e colocar o tema na roda.

Por último, no início da Cartilha dizíamos que as conquistas do Brasil no enfrentamento à Aids só foram possíveis porque construímos no Brasil um sistema público de saúde universal, integral, gratuito e equitativo. À medida que fortalecermos a luta pelo SUS de modo geral, estamos também fortalecendo a luta contra a Aids. Estamos melhorando a qualidade do tratamento de quem vive com HIV/AIDS, os programas de prevenção, a disponibilidade de medicamentos nas Unidades de Saúde. Por isso, vamos discutir a atenção básica do município, vamos exigir mais agentes de saúde, mais medicamentos, mais profissionais de saúde, mais recursos e melhor gestão para o SUS, fortalecendo e qualificando o Controle Social. É uma luta de todos e todas!!



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil já foi referência mundial no tratamento da Aids, especialmente por ter universalizado o acesso aos medicamentos, criando uma inovadora política de enfrentamento da epidemia. Entre outras conquistas, isso aumentou consideravelmente o tempo de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Como resultado dessa política, hoje muitos dos que contraíram a doença há 15, 20 ou até mesmo 30 anos atrás, vivem e convivem com a Aids, tendo cada vez mais acesso aos medicamentos. Essa referência só foi possível porque o país assumiu, a partir da Constituinte de 1988, a universalidade na política de saúde ao reconhecer que este era direito de todos e um dever do Estado.

Apesar desse avanço, a Aids continua sendo um grave problema da saúde pública brasileira, especialmente porque nos últimos anos houve um preocupante aumento dos novos casos em faixas etárias de jovens e em determinadas regiões do país, como o Sul. Diante desse cenário e conciliando uma nova estratégia mundial de enfrentamento da doença, muito embora seja passível de críticas, as autoridades brasileiras vêm implementando um conjunto de mudanças, algumas delas, abordadas nesta Cartilha transformam substancialmente a maneira como até então a doença era enfrentada. Algumas dessas mudanças são: a descentralização

dos serviços, os testes rápidos, o tratamento antirretroviral de todos os detectados com a doença e as mudanças no financiamento.

Diante desse quadro de mudanças, trabalhamos nesta cartilha a necessidade de qualificar a participação política das lideranças e organizações da sociedade civil que trabalham com este tema, como conselhos e conferências, e em outros espaços não institucionalizados. Além disso, enfatizamos a necessidade de estar em todos os espaços de discussão da política pública de saúde como as audiências públicas, fóruns populares de políticas públicas ou de saúde, tribunas populares entre outros. Ressaltamos a necessidade de colocar o tema da Aids em diferentes espaços para ser considerado como problema de saúde pública e assim começarem a pensar ou qualificar ações de enfrentamento à doença.

Por fim, esperamos que a leitura desta cartilha tenha contribuído para fortalecermos o Controle Social no SUS e assim fortalecer também a defesa da saúde como Direito Humano Fundamental. Esse esforço é mais importante ainda em momentos como o que estamos vivendo no Brasil e no mundo, em que o discurso da inviabilidade dos sistemas universais de saúde vem se expandindo e propostas mercadológicas como solução para a política de saúde vem ganhando força.



Centro de Educação e  
Assessoramento Popular

GOVERNO DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL

**TO****DO****S**  
**PELO RIO GRANDE**

---

SECRETARIA DA SAÚDE