

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – REGIONAL CIDADE DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS CURSO DE
DIREITO

**A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE GOIÁS DE 2017 A 2019**

GOIÁS/GO

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): IAGO RIBEIRO CARDOSO DE MORAIS

Título do trabalho: A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE GOIÁS DE 2017 A 2019

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **IAGO RIBEIRO CARDOSO DE MORAIS, Discente**, em 11/08/2021, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Marcia Santana Soares, Professora do Magistério Superior**,



em 11/08/2021, às 17:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2273291** e o código CRC **B2AB5D5D**.

Referência: Processo nº 23070.056799/2020-12

SEI nº 2273291

IAGO RIBEIRO CARDOSO DE MORAIS

**A EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE GOIÁS DE 2017 A 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso, como requisito parcial para a obtenção do grau e Bacharel em Direito do curso correspondente ofertado pela Universidade Federal de Goiás, Regional Goiás.

Orientadora: Prof^a. Ma. Márcia Santana Soares.

CIDADE DE GOIÁS/GO

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Morais, Iago Ribeiro Cardoso de
A efetivação de políticas públicas às pessoas que vivem com HIV/Aids no município de Goiás de 2017 a 2019 [manuscrito] / Iago Ribeiro Cardoso de Moraes. - 2020.
66 f.

Orientador: Profa. Márcia Santana Soares.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, Direito, Cidade de Goiás, 2020.
Bibliografia. Anexos.

1. Direito à Saúde. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Política Pública. I. Soares, Márcia Santana, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos onze dias do mês de dezembro do ano de 2020 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “A efetivação de políticas públicas às pessoas que vivem com HIV/Aids no município de Goiás de 2017 a 2019”, de autoria de Iago Ribeiro Cardoso de Moraes, do curso de Direito, da Unidade acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas da UFG. Os trabalhos foram instalados pela orientadora Márcia Santana Soares - Unidade acadêmica de Ciências Sociais Aplicadas/UFG com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Fernanda Sousa Oliveira e Silvana Beline Tavares. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final 10 (dez) , tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Santana Soares, Professora do Magistério Superior**, em 24/12/2020, às 18:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Beline Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 24/12/2020, às 18:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Sousa Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 24/12/2020, às 22:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1776166** e o código CRC **85C67C75**.

RESUMO

Esta pesquisa discute os direitos à saúde, adentrando ao acesso à serviços de saúde e medicamentos dos indivíduos que vivem com o vírus HIV, focando nas políticas públicas de saúde nacionais e regionais, sobretudo as da Cidade de Goiás. O estudo versa também sobre o estigma que atingiu os soropositivos no início da pandemia de AIDS, assim como o histórico de políticas de enfrentamento do vírus e do conceito de direito à saúde. Para verificar a contribuição do direito para a vida dos soropositivos na atualidade, este trabalho analisa os conceitos de doença e saúde elaborados por estudiosos da área; as políticas públicas nacionais e regionais de saúde, resgatando o processo histórico da saúde pública desde o início da epidemia; a judicialização da saúde; e a contribuição dos movimentos sociais para a desconstrução de estereótipos e na elaboração de leis que asseguram o direito à saúde e à privacidade dos portadores do vírus HIV; a realidade municipal das políticas públicas de saúde da Cidade de Goiás no âmbito do vírus HIV/Aids de 2017 a 2019. O desenvolvimento da pesquisa utiliza a pesquisa bibliográfica, qualitativa e quantitativa, a partir do método histórico, dedutivo. A metodologia empregada é composta de legislação, jurisprudências, requisição de dados públicos e artigos publicados em revistas especializadas.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde; HIV; AIDS; Política Pública;

ABSTRACT

This research discusses the health rights, emerging into health access services and medicines for individuals living with the HIV virus, focusing on national and regional public health policies, especially those in the City of Goiás in Brazil. The study also deals with stigma that HIV positive people at the beginning of the AIDS pandemic, as well as the history of policies to fight the virus and the concept of the right to health. In order to verify the contribution of the law to the life of individuals living with HIV nowadays, this work analyzes the concepts of illness and health developed by scholars in the area; national and regional public health policies, rescuing the historic process of public health since the beginning of the epidemic; the judicialization of health; and the contribution of social movements to the deconstruction of stereotypes and the drafting of laws that ensure the right to health and privacy for people with the HIV virus; the municipal reality of public health policies in the City of Goiás within the scope of the HIV / AIDS virus since 2017 to 2019. The research is based on bibliographical, qualitative and quantitative research using the historical, deductive method. The methodology uses legislation, jurisprudence, requisition of public data and articles published in specialized magazines.

KEYWORDS: Health Rights; HIV; AIDS; Public policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. MICROSSISTEMA JURÍDICO DE SAÚDE FACE À CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	5
1.1 Da municipalização da saúde.....	8
1.2 Da Legislação: HIV, privacidade e direito à tratamento.....	9
1.3 Dos Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica da Cidade de Goiás.....	13
2. DO DIREITO À SAÚDE.....	18
2.1 Conceito histórico de saúde.....	20
2.2 Garantia da saúde através da Lei nº 9.313/96 e seus instrumentos.....	21
2.3 Das peculiaridades do vírus HIV/AIDS.....	24
<i>2.3.1 Boletins Epidemiológicos: Da Notificação Compulsória e Vigilância Epidemiológica.....</i>	<i>26</i>
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	33
3.1 Da Construção da Saúde na Constituição Federal e Movimento Sanitário.....	36
3.2 Breve panorama da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil.....	38
3.3 Importância dos Programas assistenciais e os CTA's.....	39
3.4 Conselhos Municipais de Saúde e construção de Políticas Públicas.....	44
3.5 Judicialização da saúde e colisão com Políticas Públicas.....	47
3.6 Direito Previdenciário às pessoas que vivem com HIV/Aids.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXO I.....	62
ANEXO II.....	66

INTRODUÇÃO

A presente monografia realizada na Cidade de Goiás/GO delimitou-se em coletar informações sobre avanços históricos e legislativos em relação ao direito à saúde de pessoas que vivem com HIV, além de procedimentos de efetivação do direito à saúde face à conquista do direito constitucional das pessoas que vivem com HIV, a partir da Lei nº 9.313/96, no ano de 2017 a 2019. Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se a pesquisa bibliográfica, qualitativa e quantitativa, a partir do método histórico, dedutivo destacando-se os seguintes autores Sueli Dallari, Luiz Alberto David Araujo e Vidal Serrano Nunes, Maria Sylvia Zanella Di Pietro e Júlio César de Sá da Rocha, além de legislação, jurisprudências, requisição de dados públicos e periódicos e artigos publicados em revistas especializadas, direcionando a pesquisa para as áreas de direito administrativo, civil e constitucional. Cabe ressaltar que a coleta das informações realizada através da requisição de dados na Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica limitou-se a perguntas e solicitações de dados feitos presencialmente antes da pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), através da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/11), sendo as respostas colhidas apenas virtualmente e disponibilizadas por e-mail, portanto, impossibilitando maiores aprofundamentos e tratamento dos dados colhidos.

Os problemas de pesquisa levantados incluem: como ocorre a efetivação da política pública de saúde e acesso a medicamentos disponíveis para às pessoas que vivem com HIV/Aids na Cidade de Goiás desde o início da atuação das vigentes implementações pela vigilância epidemiológica, a partir de 2017 a 2019, ressaltando o caráter municipal e descentralizador do Sistema Único de Saúde. Ademais, a judicialização de acesso a medicamentos e as respectivas conquistas históricas e legislativas das pessoas soropositivas.

O direito à saúde é constitucionalmente disposto ao longo de toda Carta Magna e representa um direito social e coletivo de segunda geração, sendo que para sua efetivação foram instrumentalizadas várias ações para a concretização desses novos direitos difusos. Ressalta-se a atual pandemia que o vírus HIV representa, no qual possui diversos tipos e subtipos de vírus, devido à alta mutabilidade e a nova descoberta de um novo subtipo do vírus após 20 anos. Embora o coquetel, fornecido prioritariamente pelo Estado, abarque todos essas mutações do vírus, é necessário

reforçar a indisponibilidade desses remédios essenciais para efetivação do direito à saúde para que pessoas que vivem com HIV/AIDS tenham seu direito integralmente atendido.

Nesse contexto, diante do preconceito que perpassam os indivíduos desde aos exames até a necessidade do tratamento e a adaptação nas outras áreas da vida no tocante ao direito constitucional à intimidade. Além de apresentar a judicialização do direito à saúde e políticas públicas que atendam integralmente os pacientes e a sociedade com fim de melhorar a qualidade de vida. É necessário que a sociedade como um todo tenha consciência de seus direitos e quais são seus limites face a outros, visto que o princípio da dignidade humana deve ser respeitado e que haja a integral promoção, proteção e recuperação da saúde por meio dos essenciais serviços e ações públicas de saúde. Conforme Dallari (1995), a conceituação de saúde ao longo da história humana se divide em duas correntes, entre ausência de doenças (a doença como defeito ou erro) e a outra que afirma que o ambiente externo influencia os indivíduos. A partir de 1944, a ONU em conjunto com os Direitos Universais de Direitos Humanos criou órgãos especiais dedicados a garantir direitos essenciais à população. Em 1946, a OMS em seu preâmbulo versa que: “Saúde é completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos.” Em 1977, há a descoberta do primeiro caso de AIDS. Apenas em 1996, a Comissão de Direitos Humanos, inclui o status de saúde e do HIV/AIDS aos direitos humanos e proibindo a discriminação de soropositivos, seja real ou presumida.

Alguns desses direitos garantidos representam o foco nesse trabalho, como o de direito à saúde e acesso aos medicamentos. Conforme os estudos da UNAIDS e Inter-Parliamentary (2000), a propagação do vírus HIV/AIDS decorre de fatores socioeconômicos, como pobreza, analfabetismo, desigualdade entre os sexos, industrialização, discriminação, falta de direitos políticos e civis ou direitos econômicos, sociais e culturais. Desta forma, não sendo um problema apenas de saúde, mas que abarca necessidade de respostas interdisciplinares.

Segundo Scheffer (2012), no ano de 1995, há a criação do coquetel de remédios que combatem HIV, inibidores de protease, controlando o vírus e a AIDS se torna uma doença crônica. Comenta o autor que a epidemia no Brasil coincide com a época em que o SUS havia sido criado e que a doença afetou no início uma população já estigmatizada. A partir de 1996, cria-se a lei federal nº 9.313/96 que dispõe sobre o

dever do Estado e, por consequência, do SUS de fornecer medicamentos, que são considerados excepcionais, conforme Nóbrega (2008) exemplifica que são remédios para doenças específicas, como AIDS, diabetes, doenças renais crônicas, entre outros, ou seja, de uso contínuo e excepcional. Portanto, a partir de princípios e de conceitos do direito à saúde, assim como o dever do Estado de promover direitos sociais coletivos e difusos, dispõe a Lei nº 9.313/96, *in verbis*:

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.

A partir dessa lei, extraem-se os princípios constitucionais que se encontram na CF/88 que amparam e reforçam o direito à saúde como garantia, pois até a referida Carta Constitucional, a saúde não era reconhecido como direito fundamental. Nesse contexto, emana-se o conceito de Saúde nas Constituições Estaduais, em particular a do Estado de Goiás, onde cada Estado delimita, conceitua ou omite o que é saúde, como se fará e os limites do direito a saúde, conforme Dallari (1995). Dessa forma, há a formalização do direito a saúde que é responsabilidade de todos os entes federativos, obedecendo aos princípios da descentralização e municipalização da saúde, visto que proteção, defesa e cuidado é mais efetivado localmente, sendo de competência Municipal, respeitado o princípio de predominância de interesses, essa efetivação territorial da saúde, além da participação popular/comunidade, visto que é de interesse geral em matéria de saúde pública. Assim como versa, *in verbis*, J.C. Rocha que:

(...) Os municípios possuem a tarefa de execução, defesa e proteção da saúde, principalmente pelo reconhecimento de que a esfera municipal constitui instância federativa mais próxima do cidadão e base do Sistema Único de Saúde, como pode ser verificado na análise da Lei n. 8.080/90. (ROCHA, 1999, p. 42)

Ressalta-se que para garantia e efetivação desses direitos, conta-se com instrumentos judiciais, como a ação civil pública, ação popular, mandado de segurança individual e coletivo, mandado de injunção e ações civis coletivas, conforme a devida

exigência social. Além disso, reforça-se o caráter legítimo do MP para ajuizar tais instrumentos, sendo a ação civil pública o mais usado para promover fornecimentos de medicamentos excepcionais, conforme elucida Nóbrega (2008). Portanto, o presente trabalho apresenta a situação do município de Goiás por meio da concretização das políticas públicas implementadas e comparação com a ideal apontada pelos autores e legislação. Além de analisar as propostas de ações da política pública para HIV/Aids bem como suas possíveis contribuições para o desenvolvimento dos direitos humanos no seara do direito à saúde.

1. MICROSSISTEMA JURÍDICO DE SAÚDE FACE À CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Conforme Dallari (1995), a Constituição é definida como “um documento político que transforma em lei os objetos da sociedade, inclusive organizando-os para alcançá-los”. (DALLARI, 1995, p. 26). A Constituição Brasileira de 1988 determina o conceito jurídico de saúde e o vincula com políticas sociais e econômicas com acesso e ações e serviços destinados à recuperação, promoção e proteção da saúde. Nesse contexto, em seu artigo 196, alia conceito de saúde com o de ausência de doenças ao bem-estar derivado das políticas públicas, garantia de acesso universal (tanto a brasileiros quanto a estrangeiros residentes no País) e igualitário às ações e serviços, sendo dever de todos os entes federativos. Antes da referida Carta Magna a saúde não tinha status de direito fundamental. Agora a saúde é direito social elencado no artigo 6º, tendo se tornado responsabilidade do Estado.

O Sistema Unificado de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Dessa forma, houve a criação de várias políticas públicas de saúde devido ao sistema descentralizado. Nesse contexto, Pietro (2018) explica o conceito de políticas públicas como sendo metas e instrumentos que o Estado preza para a consecução de interesses públicos que lhe interessam proteger, ou seja, escolhas feitas pelo poder público que são prioritárias.

Conforme Gragnolati (2013) contextualiza, antes do SUS havia o (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde que focavam em saúde pública e programas para doenças específicas, enquanto os estados e organizações filantrópicas atendiam ao resto da população. Nesse contexto, o sistema de seguridade prestava cobertura aos trabalhadores do setor formal e apenas no final de 1970 que trabalhadores rurais, autônomos e domésticos foram incluídos e o INAMPS já cobria emergencialmente toda população. Ressalta o autor que o SUS nasce devido ao alto gasto e crise no sistema de seguridade social, além de exigências de democratização e direitos sociais.

Nesse panorama, os princípios do atual sistema de saúde germinavam. Primeiramente, em 1980, cria-se Atividade Integrada de Saúde (AIS) que tinham por fim melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de governo. Em seguida, a descentralização ocorre em meados de 1980 com a criação do Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS), em conjunto com os princípios trazidos na 8ª Conferência de Saúde de 1986, como acesso universal aos serviços de saúde e obrigação do estado; equidade; integralidade e continuidade dos cuidados.

Nessa perspectiva, alguns princípios complementam o SUS, como: descentralização para os municípios e responsabilidade financeira conjunta; maior participação comunitária; autonomia do paciente e direito à informação; aumento da eficácia através de dados epidemiológicos a fim de definir prioridades e alocação de recursos. Finalmente, durante o período de 1988 a 1990, a transformação desses princípios para a realidade inicia-se com a criação legislativa aliado à transferência do INAMPS da seguridade social para o Ministério da Saúde, descentralização para nível estadual e criação de mecanismos de participação social. Além disso, de 1991 a 1995, explicita-se normas e regras de organização de financiamento e operação do sistema; a municipalização de serviços e mecanismos financeiros para a alocação de fundos federais; foca-se na atenção primária de saúde. Assim, em 2000, foca-se a eficácia e qualidade através da reforma do sistema de governo, mecanismos de contratação e pagamento e estabelecimento das redes regionalizadas de saúde. (GRAGNOLATI, 2013)

No Brasil, antes da Constituição Federal de 1988, era competência da União planejar sistemas nacionais de saúde, como mostram a CF/37, art. XXVII; CF/46, art. 5º, b; CF/67, art. 8º, XIV e XVII, c e CF/69 alocados nos mesmos artigos da CF/67. Dessa forma, antes de 1988 não havia o reconhecimento do direito social à saúde.

Conforme Júlio César de Sá da Rocha (1999), o Microsistema jurídico de saúde é baseado na CF, nas leis 8.080/90, 8.142/90 e 8.212/90. Os instrumentos processuais de proteção coletiva da saúde são: ação civil pública, mandado de segurança, mandado de injunção e ação popular.

A proteção constitucional da saúde está elencada nos art. 1º, 3º, 5º, 6º, 7º, 21º, 22º, 23º, 24º, 30º, 127º, 129º, 133º, 134º, 170º, 182º, 184º, 194, 196, 197, 198, 199, §2º e 200, 216º, 218º, 220º, 227º e 230º. O autor discorre da seguinte forma sobre a proteção constitucional: “A ideia de Estado de Bem- Estar ou Estado Social implica alcançar determinados objetivos de bem comum de garantia de direitos sociais, que seriam as manifestações concretas de seus postulados,(...)” (ROCHA, 1999, p. 33)

Júlio César de Sá da Rocha (1999) ressalta a diferença dessa realidade acima abordada para a do Estado Liberal, no qual o foco é garantir direitos individuais, como

propriedade e liberdade. Nesse contexto, há uma prestação negativa do Estado em relação a esses direitos. Salienta o autor que reduzir o aparato estatal em um Estado periférico pode eliminar possibilidade acesso da população a direitos básicos, principalmente à saúde. Portanto, para que haja uma universalização de direitos sociais é necessária a efetivação através do Poder Público.

A saúde nas Constituições Brasileiras, segundo pesquisas feitas pelo supracitado autor, aparece em 1934 com a característica de competência concorrente da União, Estados em cuidar da saúde (art. 10, II) e incumbe a União, Estados e Municípios de adotarem medidas legislativas e administrativas para restringir a mortalidade e morbidade infantil, higiene social (art. 138, f), higiene mental e incentivar a luta contra venenos sociais (art. 138, g), com destaque para higiene social, que tem a função de impedir doenças transmissíveis, aliada à assistência sanitária ao trabalhador (art.121, h) e venenos sociais.

Conforme Pietro (2018), a partir da Constituição de 1934 houve um aumento da atividade estatal no âmbito social e econômico, ou seja, diferindo da Constituição de 1891 por intervém na ordem social e não sendo mais mero guardião dessa ordem, Nesse contexto, atuando nos campos sociais, principalmente, como saúde e higiene.

A Constituição de 1937 já traz alterações, como a competência privativa à União de legislar normas fundamentais da defesa e proteção à saúde, em atenção às crianças, (conforme art. 6, XXVII e art. 18, c). Os Estados possuem algumas prerrogativas de autonomia na hora de legislar em caso de lei federal sobre a matéria para suprir deficiências ou adequar a realidade local.

Já em 1946, a competência da União passa a ser, conforme o art. 5º b, legislar sobre normas gerais de defesa e proteção à saúde.

Em seguida, no ano de 1967/1969, a competência da União muda novamente para a de estabelecer e executar planos nacionais de saúde (art. 8º XIV) e planos regionais de desenvolvimento (art. 8º, XIII), legislando através de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde (art. 8, XVII, c)

A Constituição Federal de 1988 segue o mesmo princípio de distribuição de competências no âmbito da saúde (art. 196). A União legisla através de normas gerais, como a Lei 8.080/90. Os Estados podem legislar quando é necessário ir além do previsto na norma geral ou detalhar segundo o interesse público. Os Municípios

possuem a prerrogativa do interesse local para legislar (art. 30, I) e também para suplementar legislação federal e estadual (art. 30, II) e outras (art. 30, III ao IX).

Conforme J.C. Rocha elucidada, *in verbis*:

A importância do município em matéria sanitária toma corpo com o processo de municipalização dos serviços de saúde. Os Municípios possuem a tarefa de execução, defesa e proteção da saúde, principalmente pelo reconhecimento de que a esfera municipal constitui instância federativa mais próxima do cidadão e base do SUS, ao verificar a Lei 8.080/90. (ROCHA, 1999, p. 42)

Segundo Rocha (1999, p. 43), a partir da “organização política internacional em meados do séc. XX e com a criação da OMS (1946) a saúde foi reconhecida como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, (...)”

Importante ressaltar que, apesar de haver duas teorias dicotômicas sobre o conceito de saúde, a OMS conceitua e afirma o direito fundamental de saúde a todos indivíduos sem discriminação de raça, religião, credo, crença, política, condição social ou econômica e, por fim, define saúde como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e outros agravos.

1.1 Da municipalização da saúde

A descentralização do Sistema de Saúde é estabelecida nas Constituições por meio de necessidade de regionalização. A organização municipalizada é um elemento essencial ao sistema sanitário do Estado, ficando, portanto, por conta do Estado a ajuda técnica e financeira para cumprir os objetivos sanitários. A municipalização dos sistemas de saúde é um formato de organização que descentraliza, concedendo poder político aos Municípios para que haja uma direção única em cada esfera do governo. Dallari (1995) considera que “é o sistema estadual de saúde que deve dispor, por meio de lei, sobre a regulamentação das ações e serviços de saúde”. (Dallari, 1995, p. 84)

A responsabilidade de proteção, defesa e cuidado é das três esferas do governo, embora tenha deixado a desejar no âmbito estadual em muitas constituições. Elucida Dallari que, *in verbis*:

No plano normativo a formalização do sistema destinado a garantir o direito à saúde para todos não trouxe novidade, quando se examinam as Constituições Estaduais. Com efeito, mais de dois terços de cartas dos estados copiaram literalmente os dispositivos da Lei Magna da República(...) (DALLARI, 1995, p.80)

Muitos desses dispositivos discorriam sobre competência, atribuições e o papel dos municípios. Nesse contexto, Dallari (1995) narra que raras exceções adaptaram as

disposições ao estado e a formalização da organização sanitária foi unânime ao criar um Sistema Estadual de Saúde. A referida autora exemplifica que o direito à saúde foi formalizado com mais criatividade no Ceará (CE, art.14, IX), Alagoas (C.E, art.2, IX), assim como em São Paulo, Roraima, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

A saúde ganhou espaço nas Constituições Estaduais após 1988. O preâmbulo da Constituição Estadual do Pará cita a saúde como direito elementar e natural, assim como o direito ao trabalho, à livre iniciativa, à educação, à alimentação, à segurança, à dignidade (CF PARÁ, PREÂMBULO).

Segundo Dallari (1995), as Constituições Estaduais adotaram diversos arcabouços e conceitos de saúde que resultaram em delimitações, conceituações e omissões diferentes, além de definirem os limites do direito à saúde. Nesse contexto, alguns Estados foram além do conceito formal de saúde, especificando o conceito do referido direito social. Por exemplo, na Constituição do Amazonas, art. 182 ao conceituar a saúde no final do artigo: “[...]entendendo-se como saúde o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, saneamento básico, trabalho, transporte, lazer, acesso e posse da terra e acesso aos serviços e informações de interesse para a saúde.”

Nesse contexto, a Constituição Estadual de Goiás versa sobre o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no art. 153. Uma de suas atribuições é a do controle epidemiológico, no inciso X, ao versar que compete ao referido sistema divulgar os dados de interesse epidemiológico. Acrescenta-se que a CE de Goiás, art. 167, §3º (incentivos fiscais para empresas que promovam pesquisas no campo da medicina) e art. 152, V (participação popular nas comunidades e nos sistemas estaduais de saúde).

1.2. Da Legislação: HIV, privacidade e direito à tratamento

Entre as doenças que necessitaram de uma ampla intervenção da saúde pública está a AIDS, causada pelo vírus HIV. Conforme Rachid (2004), os primeiros casos de AIDS foram nos Estados Unidos quando houve no CDC casos de pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis. No ano de 1983, foi identificado o agente etiológico, o vírus HIV, conhecido como Vírus da Imunodeficiência Humana. Conforme o Ministério da Saúde (2008), o vírus é transmitido durante relações sexuais, por meio de inoculação de sangue e

derivados (semên, fluidos vaginais, líquidos de serosas e amniótico e articular, liquor e leite materno), como no compartilhamento de seringas com sangue contaminado, além da mãe infectada para o concepto (gestação, parto ou aleitamento materno). Nesse contexto, pode ser por meio de transmissão percutânea, membranas mucosas, cutâneas pele não integra e mordedura com presença de sangue. Ressalta-se que suor, lágrima, fezes, urina, vômito, saliva e secreções nasais, além de que exposição cutânea em pele integra e mordedura sem a presença de sangue não possuem risco de transmissão de HIV. Nas relações sexuais é bidirecional, independente de ser relação homo ou hétero.

O risco aumenta com a prática do intercuro anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado da imunodeficiência do transmissor é avançado (RACHID, 2004, p. 4). A presença de doenças sexualmente transmissíveis, ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual também aumentam a possibilidade de transmissão do HIV. No início da epidemia, sangue e hemoderivados eram responsáveis por parcela significativa de transmissão do HIV; a partir de 1985, desenvolveram-se testes para a triagem em bancos de sangue e houve uma redução de casos de transmissão.

Os direitos sociais foram conquistados com luta e participação social ativa exigindo do Estado uma proteção, assim chamados de direitos de segunda geração (Lynn Hunt, 2009). Prioritariamente, neste presente trabalho o holofote recairá sobre uns dos mais importantes direitos do qual depende de um conjunto de efetivação de outros direitos e que influenciam para a manutenção da vida do ser humano: o direito à saúde das pessoas que vivem com HIV.

A Constituição Federal elencou em seu texto vários artigos resultantes de conquistas de lutas sociais, tais como os artigos 5º, 6º, 196, 197, 198, 199 e 200, assim como as leis esparsas, como as Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90, além de Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Entretanto, enquanto ainda não havia sido promulgada a Constituição Federal, o que só ocorreria em 1988, surgiu a epidemia da AIDS e o primeiro caso de HIV/AIDS em meados de 1980. Até então, a saúde não era garantida, não havia políticas públicas efetivas e houve a omissão do Estado e, diante disso houve uma mobilização e cobrança por parte dos movimentos sociais e da sociedade civil para uma resposta, visto que o medo e preconceito haviam se instaurado pela origem do vírus e forma de transmissão, o que, aliados à ignorância, criaram

estigmas que perpetuam até hoje, como a associação do vírus HIV a homossexuais, promiscuidade ou castigo divino (MIRANDA, 2008, p.16).

Retomando o contexto anterior ao surgimento do vírus, em meados da década de 70 até o início da década de 80 havia uma crise na saúde pública, visto que o modelo de saúde era médico assistencial privatista. Somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal e o surgimento do SUS, emergiu uma política pública de efetivação do direito à saúde, de caráter universal, o que foi conquistado a partir do Movimento da Reforma Sanitária, com a participação da sociedade civil, tais como profissionais da saúde, movimentos sociais, ONG's e sindicatos. A portaria nº 21/95 dispõe sobre a medicação para pacientes com AIDS e sua distribuição a nível federal apenas para os pacientes que apresentam sintomas e a fase avançada da AIDS. (KUJAWA; ANDRADE, 2007, p. 216)

Em seguida, conforme Villarinho (2013), a conquista legislativa através da Lei nº 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, é um marco no avanço das políticas públicas. Ao possibilitar a aplicação da HAART(High Active Antirretroviral Therapy) proporcionou um aumento na sobrevivência dos pacientes, impacto notável na redução das morbimortalidades, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança nos cuidados com o pacientes por parte dos profissionais da saúde e sociedade.

Em 2005, a falta de acordo com laboratório fabricante devido ao alto custo do medicamento fez com que o Ministério da Saúde adotasse o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais, ocorrendo, portanto, a quebra de patentes. Dessa forma, com os antirretrovirais há uma mudança de paradigmas, pois a AIDS se torna enfermidade prolongada e não mais doença potencialmente letal.

Finalmente, ressalta-se a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, aprovada em 1989 no Encontro Nacional de ONGs que Trabalham com AIDS (ENONG), em Porto Alegre, articulada por profissionais da saúde e membros da sociedade civil apoiados pelo Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. Nessa declaração, destaca-se o item III, VIII e IX, o qual trata sobre o direito à assistência e tratamento, privacidade no âmbito privado e no público nos serviços médicos assistenciais e a vedação de testes de HIV/aids compulsórios, respectivamente.

Nesse mesmo sentido, a Lei Federal nº 12.984/14 codifica o crime de discriminação dos portadores do vírus de HIV e doentes de AIDS, com reclusão de 1 a 4 anos e multa por atos discriminatórios como divulgar a condição da pessoa que vive com HIV no intuito de ofender a dignidade, ou recusar ou retardar atendimento de saúde. Tal lei veio ao encontro de uma lei estadual anterior que versava sobre o mesmo assunto: Lei do Estado de Goiás nº 12.595 publicada em 26 de janeiro de 1995, a qual dizia caber ao Ministério Público fiscalizar o cumprimento da lei, encaminhando as ações dela decorrentes.

Cabe salientar que, conforme UNAIDS e Inter-Parliamentary Union (2000), embora alguns direitos humanos individuais possam ser limitados pelo Estado face à saúde pública, os direitos humanos e a saúde pública são complementares, ao invés de conflitantes. Portanto, a ponderação entre direitos e garantias fundamentais como direito à saúde pública e no caso do HIV/AIDS por ser de notificação compulsória entra em colisão com o direito constitucional à privacidade, conforme explica Araujo e Nunes Júnior (2001, p. 78) que, *in verbis*, “Ocorrendo a chamada colisão de direitos constitucionais, um direito haverá de limitar o outro, dentro do princípio da cedência recíproca.”

A partir do art.5º, X, CF/88, em que versa sobre o direito fundamental à privacidade, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.665/2003 dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos, cita em seu art. 4º que é vedada a realização compulsória de sorologia para HIV e no art. 10º ressalta que o sigilo profissional pode ser quebrado nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Conforme Gonçalves (2017) elucida a diferença entre direito à privacidade e à intimidade, respectivamente:

O direito à vida privada, no qual se estabelecem os relacionamentos familiares, de lazer, negócios, amorosos etc. Já a intimidade seria um núcleo ainda menor, que perpassa e protege relações mais íntimas ou pessoais. Se no primeiro as relações pessoais devem ser ocultadas do público (preservadas), no segundo temos uma proteção até mesmo contra atos das pessoas mais próximas a nós. (GONÇALVES, 2017, p. 489)

A Portaria nº 993 de 2000 do Ministério da Saúde (MS) que dispõe a lista de doenças de notificação compulsória elenca apenas dois casos de possibilidade de

notificação compulsória nos casos de HIV: Em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); já portaria n° 204/16 amplia a lista para notificação compulsória de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ou seja, para todos os casos de soropositivos, em até 7 dias e conforme art. 6º, da referida portaria, a notificação compulsória seguirá os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei n° 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde.

Ressalta-se que é importante que haja esse controle, mas que seja resguardado o direito à privacidade, cautelosamente sem fazer distinções de indivíduos, pois pessoas com AIDS vivem com profundo impacto que a doença provoca, limitando sua atividade física e tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente. Contudo, as pessoas que vivem com HIV e fazem tratamento e são indetectáveis, vivem uma vida saudável normalmente, assim como seus exames os tornam indetectáveis, deveriam assim o ser no sistema de saúde, assim resguardando, seu direito à privacidade e à intimidade.

Nesse contexto, elucida muito bem Gonçalves (2017, p. 487) que o direito a privacidade, *in verbis*, “um direito que um indivíduo tem de se destacar (se separar) de um grupo, isolando-se da observação dele ou como, ainda, o direito ao controle das informações veiculadas sobre si mesmo.”, acrescenta o autor que embora os direitos fundamentais não sejam passíveis de renúncia plena, há possibilidades de autolimitação e a restrição da privacidade é a partir do consentimento do próprio indivíduo.

1.3 Dos Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica da Cidade de Goiás

Os dados solicitados (vide anexos I e II), mediante Lei de Acesso à Informação, à Secretaria Municipal de Saúde de Goiás foram requisitados pessoalmente, anteriormente à pandemia de Covid-19. Conforme o art. 5º da respectiva lei, o dever do Estado é garantir o direito de acesso à informação, sendo franqueada por meio de procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente. Nesse contexto, além do fato da pandemia ter gerado diversas óbices, a falta de comunicação e resposta foi devido a diversos problemas enfrentados, como resistência em fornecer os dados devido à

política local em relação aos Conselhos Municipais e a omissão entre órgãos ao transferir responsabilidade de disponibilizar as informações. Ressalta-se que conforme a Lei de Acesso à Informação, art. 7º, V, VII, alínea a, o acesso à informação compreende em informação: sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços, assim como à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos. Nesse contexto, conforme art. 10, §3º da supracitada lei, versa sobre a vedação de exigências relativas aos motivos determinantes da solicitação às informações.

Primeiramente, os dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica (vide anexo I) foram disponibilizados sob caráter de depoimento pessoal pela Diretora da Vigilância, Promoção e Educação em Saúde da Cidade de Goiás, representando a Vigilância Epidemiológica e a Secretaria de Saúde Municipal da Cidade de Goiás. A atuação com as pessoas que vivem com HIV iniciou-se na Cidade de Goiás no ano de 2017. É notório que anteriormente a esse período havia casos de HIV/Aids no município, conforme os Boletins Epidemiológicos do Estado de Goiás. Além de ser problemático o atraso da atuação da vigilância Epidemiológica em implementação de políticas públicas aos soropositivos, é possível inferir que a política pública da cidade de “facilitamento” [sic] de transporte para Goiânia para realização de exames, consultas e acessos a medicamentos é de um caráter emergencial, sendo desenhada de forma a transferir para outro município, no caso a capital, todo o aparato e amparo que o município não contém.

Nesse contexto, o princípio basilar do SUS de descentralização e municipalização dos serviços e ações de saúde é totalmente violado. Conforme a Lei 8.080/90, art.7º, IX, alíneas a e b, que versa sobre a ênfase da descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Competindo à direção estadual do Sistema Único de Saúde promover a descentralização para os Municípios desses serviços, conforme art.17, I da supracitada lei. Dessa forma, há uma inversão do princípio de descentralização, ou seja, ao invés de o Sistema Único de Saúde chegar ao paciente, o paciente é que tem que alcançá-lo. Nesse contexto, o impacto dessa política pública, infere-se que o “facilitamento” [sic] deve ocorrer para diversas outras ocasiões e necessidades, visto que o próprio município não parece ter o porte para lidar o fornecimento integral à saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o município ao não possuir todos os serviços de saúde deve-se pactuar (negociar e acertar) com as demais cidades da região e a forma de atendimento integral, além de a negociação passar pelo gestor estadual. Entretanto, conforme o Anexo I do presente trabalho, as Secretarias Municipais de Saúde de Goiás e Goiânia não atuam de maneira conjunta e os municípios pertencem a regionais distintas. O atendimento ao usuário ocorre na unidade básica de saúde do município ou no hospital municipal, no caso de Goiás o Hospital Filantrópico São Pedro de Alcântara, caso haja necessidade, um especialista solicita encaminhamento via Central Regional de Regulação conforme a pactuação estabelecida entre o município que não possui o atendimento para integralização do direito à saúde e o município que oferece atendimento. Assim, após a vaga solicitada identificar e sinalizar a central de onde partiu o pedido, o usuário é deslocado para unidade com disponibilidade previamente agendada.

A forma de deslocamento é diferente e menor quando o município já conta com os serviços de assistência especializada de maior complexidade, visto que o deslocamento comparado entre os municípios Goiás e Goiânia pode chegar a 130km de distância dependendo onde haverá vaga. Enquanto se o município tivesse o suporte necessário para certas atividades prioritárias, como assistências às pessoas que vivem com HIV/Aids haveria um gasto bem menor ou talvez nem houvesse, visto que o cidadão iria diretamente nos serviços especializado mais próximo dentro de seu próprio município e não dependeria desse tipo de solução estratégica de saúde.

A Política Nacional de DST/Aids, conforme Ministério da Saúde, versa que a “descentralização para os municípios será feita quando, na avaliação da Coordenação Nacional e Coordenações Estaduais de DST/Aids, estes oferecerem condições técnicas e estruturais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 54). Nesse contexto, otimizaria em tempo, gastos, melhora de qualidade de vida e saúde e melhor adesão a tratamento, visto a agilidade e integralidade do serviço de saúde, ou seja, não precisaria ir para Goiânia para fazer consultas ou simplesmente pegar os antirretrovirais que são dispensados apenas em Goiânia, no HDT. Além de desafogar a demanda nas unidades localizadas em Goiânia.

Conforme o site do Tribunal de Contas do Município de Goiás (TCMGO), o Fundo Municipal de Saúde (FMS) no ano de 2019 obteve a receita de R\$ 17. 292.575, 24. Ademais, na pesquisa de empenhos, referente ao FMS no ano de 2019, ao pesquisar

a palavra-chave “combustíveis” há 330 resultados de 2.662 registros. De todos os 330 resultados, todos possuem o mesmo credor: LBF – COMERCIO DE COMBUSTIVEIS LTDA sob fins de combustíveis e lubrificantes automotivos. Atende-se as despesas dos veículos da secretaria municipal de saúde, do SAMU, do Núcleo de Controle de Vetores, da atenção básica, centro especializado em reabilitação e vigilância sanitária. Inicia-se as despesas na data de 02/01/2019 e finaliza em 02/12/2019. No mês de janeiro, houve gasto de 24. 227, 92. Em fevereiro 22.225,35, em março 32.709,76, em abril 15.616,59, maio 31.018,60, junho: 27.360,61, julho: 23.968,37, agosto: 33.682,75, setembro: 35.256,97, outubro: 40. 518,61, novembro: 26. 216,84 e dezembro: 24.147,87. Totalizando uma despesa total de 336.950, 24 reais por ano apenas com combustíveis.

Conforme o site fomentado pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) no qual disponibiliza painel e indicadores sobre HIV/Aids por meio das notificações compulsórias de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Primeiramente, os Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV, a abrangência de dados do Estado de Goiás, não consta a cidade de Goiás. Apenas consta a cidade nos Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros. Nesse contexto, no Município de Goiás houve de 1980 a 2020 o total de 113 casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM. Sendo 75 homens, 38 mulheres, 5 menores de cinco anos e 12 entre 15 e 24 anos.

O óbito por causa básica AIDS no respectivo município desde 1980 a 2019 é de 23 no total, ressalta-se que nos anos 2008, 2012, 2014 e 2019 não houve óbitos relacionados. Em relação à categoria de exposição em indivíduos do sexo masculino com 13 anos ou mais, de 1980 a 2020, houve total de 17 homens que fazem sexo com homens, 43 heterossexuais, 3 usuários de drogas injetáveis, 2 transmissões verticais e 48 ignorados. Embora os números sejam relativamente baixos de pessoas que vivem com HIV/Aids no município de Goiás, não torna a política pública de assistência menos importante, devendo os gestores escolherem a melhor resolução na qual é sustentável para o município.

Tendo visto o Anexo I, os atendimentos não ocorrem no município, sendo assim, podem não demonstrar os números reais de casos, visto que os indivíduos pela dificuldade de estar sempre tendo que ir à Goiânia pode desestimular o diagnóstico e tratamento, além de que algumas pessoas podem ir de veículo próprio ou acabarem se mudando para Goiânia a fim de alcançar o verdadeiro facilitamento ao serviço de saúde e acesso a medicamentos. Ressalta-se que os outros temas dos anexos são devidamente explorados nos respectivos capítulos posteriores deste trabalho.

2. DO DIREITO À SAÚDE

Este trabalho corrobora a assertiva de Rocha (1991), a qual ressalta que o conceito de saúde é aliado à dignidade para a concretização de uma qualidade de vida saudável. Desse modo, todo o arcabouço da saúde deve passar pela afirmação da cidadania plena e pela efetividade dos direitos sociais postos na Constituição Federal. Nesse contexto, acrescenta-se que o preâmbulo da CF/88 cita o dever do estado de assegurar o “bem-estar”, complementando a estrutura de princípios adotados para a efetivação do Estado Democrático de Direito aliado a uma cidadania plena e dignidade da pessoa humana. A Carta Magna enfatiza em seus artigos a importância do ser humano e seu direito à vida e aos meios de sobrevivência. A saúde é um dos meios pelos quais se concretizam esses direitos e, conforme arts. 6º e 196, além disso, para atingir os meios de vida dos trabalhadores é necessária a redução de riscos por meio de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7º, XXII).

A Teoria de Geração de Direitos de Bobbio (1992) analisa as fases históricas para surgimento de direitos, referindo-se ao dever do Estado na criação de pressupostos materiais para exercício desses direitos, no qual a saúde é direito de segunda geração, ou também chamados de sociais e coletivos. Nesse contexto, a saúde é um direito de todos, ou seja, direito difuso, portanto, é um direito público subjetivo exigível contra o Estado, aliado ao art.81, I do CDC.

Dallari (1995, p. 33) ensina que “nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrantes do interesse social público fundante do pacto social até a promulgação da carta de 88”. Nesse contexto, versa Capistrano Filho (1995) a necessidade de o direito à saúde tornar-se direito da pessoa e do cidadão, além do interesse coletivo e como direito exigível face ao Estado, pois é dever do poder público.

Conforme Rocha (1999, p. 49) explica, direito sanitário é relativo à saúde e o direito da saúde é o objeto ou bem jurídico tutelado por esse ramo do direito. Nesse contexto, direito sanitário é definido, *in verbis*: “Conjunto de normas jurídicas reguladoras de atividade do Poder Público destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores deste direito”

Nesse contexto, o direito sanitário corresponde ao “novo Direito” e possui algumas características, como horizontalidade, pois transita por todos ramos do direito;

pluritutela normativa, ou seja, normas espalhadas; descentralização da saúde; participação popular através dos conselhos de saúde; direitos difusos e coletivos; princípio de garantia da relevância pública, sendo a saúde uma atividade prioritária, ou seja, ações e serviços de saúde como garantidor do benefício para o cidadão-usuário. O autor ressalta ainda que “a prestação dos serviços públicos de saúde devem ser adequados, eficientes, seguros e, por conta de sua essencialidade, contínuos.” (ROCHA, 1999, p.53)

O SUS possui algumas características e princípios, conforme analisa Rocha, como preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação das pessoas assistidas sobre saúde; igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza; universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência e entre outros. Rocha ressalta que, diante da essencialidade e do caráter dos serviços de saúde, cabe ao MP a tarefa de zelar pelo seu efetivo respeito, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, II, CF/88) (ROCHA, 1999, p.54).

No tocante à legislação da saúde, a LOS (Lei nº 8.080/90) regula, em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, institui o SUS, conforme versa o art. 200 da Constituição Federal de 1988. O autor destaca que a saúde é direito fundamental e o poder público deve ser responsável pela sua efetivação:

(...)Ao Estado cabe a tarefa de garantir a saúde mediante formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e através do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços (...). (ROCHA, 1999, p.64)

A LOS (Lei Orgânica da Saúde) adota em seu art. 3º o conceito normativo de saúde como completo bem-estar humano. Os direitos à saúde dos soropositivos surgem dos esforços dos movimentos sociais em conjunto com os três Poderes. Nesse contexto, o Legislativo edita leis, o Judiciário amplia e agrega novas interpretações e o Executivo cria e implementa as políticas públicas. Dessa forma, efetiva-se o direito à saúde, definido como “um direito pluritutelável, isto é, tutelado por diferentes ramos do direito, por diferentes microssistemas, o que reforça seu caráter de direito interdisciplinar” (ROCHA, 1999, p. 49 *apud* MIRANDA, p. 12, 2008). Nessa perspectiva Miranda ressalta que para a efetivação desse direito é necessário que haja uma consonância sobre o conceito de saúde, *in verbis*:

(...) conhecimento das experiências cotidianas dos cidadãos com a doença, com os serviços de saúde, com os profissionais da área e com o meio ambiente. As condições materiais de vida, as formas de viver, entender e estar no mundo, assim como as novas patologias que vão surgindo ao longo dos anos(...) (MIRANDA, 2008, p. 13)

Conforme as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Nacional de Saúde, 1987), o conceito de saúde não é abstrato e deve ser definido baseado no momento histórico e a partir de cada luta social travada no contexto local, ou seja, a partir de cada tempo, conjuntura econômica, social e cultural, o que significa para uma determinada população ter saúde, com reflexos no significado desse direito. Isto é, tem caráter de conquista social, associando a efetivação do direito à saúde a partir do trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, transporte, repouso, lazer e segurança. Dessa forma, a saúde é concretizada através do desenvolvimento socioeconômico e cultural, como saneamento básico, educação, condições adequadas de moradia e alimentação (MIRANDA, 2008)

2.1 Conceito histórico de saúde

Segundo Dallari (1995), a saúde apresenta variados conceitos históricos. Primeiramente Hipócrates considerava a saúde como produto da localidade e do tipo de vida dos indivíduos, de tal forma que se tratava doenças de certa cidade ao compreender sua realidade e a influência sobre seus habitantes, por exemplo. Em seguida, Celso (séc. XVI) entendia que para compreender o organismo humano era necessário estudar o mundo exterior, ou seja, leis físicas e fenômenos biológicos. Finalmente, Engels, no período da Revolução Industrial, compreendia que a saúde também era afetada e determinada pelas cidades, pelo estilo de vida dos habitantes e ambiente de trabalho. A corrente contrária defendia que a saúde representava ausência de doenças e tem sua origem em Descartes.

Nesse contexto, durante o séc. XIX, em pleno advento da sociedade industrial, o ser humano é visto como máquina, por isso o caráter mecanicista da doença. Dessa forma, a doença seria o defeito na linha de montagem necessitando de reparo. Portanto, a Revolução Industrial foi marcada pela dualidade do conceito de saúde e doença, analisando as variações do meio ambiente, alimentação e processo de produção, ao passo que a descoberta de germes e remédios contribuiriam para uma visão de mecânica de que a saúde é ausência de doenças.

A saúde é a busca contínua/processo pelo “(...) equilíbrio entre interferências ambientais, modos de vida e vários componentes” (CAPRA, 1997, p. 305). Já Canguilhem (2006) define a saúde como uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Ressalta o autor que se sentir em boa saúde é quando o ser humano se sente mais do que o normal e não apenas se adaptando ao meio e às exigências. Nesse contexto, o indivíduo é capaz de ser normativo, ou seja, é capaz de seguir novas normas de vida. Basicamente, o autor ressalta que estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar, chamando tal fenômeno de luxo biológico. Dessa forma, em contraste ao conceito construído de saúde, o presente autor define a doença como também uma norma de vida, *in verbis*:

(...)mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. (CANGUILHEM, 2006, p. 127)

Nesse contexto, frisa o autor, a doença é uma nova dimensão da vida e o doente é doente por apenas admitir a norma inserida. Portanto, conforme o autor, a doença é privação e reformulação, definindo a saúde como um seguro biológico:

Não é tanto da doença propriamente dita que se cuida, mas sobretudo das doenças que podem sobreviver à primeira, pois há uma precipitação de doenças, mais do que uma complicação da doença. Cada doença reduz o poder de enfrentar as outras, gasta o seguro biológico inicial sem o qual não haveria nem mesmo vida. (CANGUILHEM, 2006, p. 140)

Os direitos essenciais, especialmente de saúde, foram garantidos a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, e houve um incentivo para criação de órgãos especiais dedicados a garantir direitos essenciais aos indivíduos. A saúde aparece como direito humano na OMS, especificadamente no preâmbulo de sua Constituição (1946): “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, representando, portanto, um balanço harmônico entre o interno e meio ambiente. O direito à saúde atualmente é o resultado de aspirações individuais e a responsabilidade da saúde pelo Estado.

2.2 Garantia da saúde através da Lei nº 9.313/96 e seus instrumentos

A proteção jurídica à saúde como direito difuso e coletivo é feita por meio dos instrumentos: Ação civil pública (art. 129, III, CF e Lei nº 7.347); Ação Popular (art. 5º,

LXXIII, CF e Lei nº 4.717); Mandado de Segurança Coletivo (art. 5º, LXX, CF); Mandado de Injunção (art. 5º, LXXI, CF); Ações Cíveis Coletivas no CDC (Lei nº 8.078/90). Os novos instrumentos de atuação surgiram a partir de novas exigências sociais. O CDC (Código de Defesa do Consumidor), em conjunto com a Ação Civil Pública, são utilizados quando há ação coletiva. A Ação Popular é empregada na defesa dos interesses difusos e coletivos.

J. C Rocha (1999) afirma que a ação popular tem origem no Direito Romano e possui garantia constitucional a partir da Constituição de 1934: “Qualquer cidadão será parte legítima para pleitear a declaração de nulidade ou anulação dos atos lesivos ao patrimônio da União, Estados e Municípios.” (art. 118, CF 1934). A previsão desapareceu no Estado Novo e foi reformado em 1946 para prever também os legítimos, como entidade, autarquia e sociedade de economia mista. Já na Constituição de 1967/1969 foi adicionado que qualquer cidadão será parte legítima para propor ação popular a fim anular atos lesivos ao patrimônio de entidades públicas. (art. 150 e 153, CF 1967/1969)

Já o art. 5º, LXXIII da CF/88, diz que legítimos cidadãos eleitores em pleno gozo dos direitos políticos podem anular ato ilegal ou ilegítimo lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural.

A Ação Civil Pública tem o cunho de reprimir ou impedir danos aos interesses difusos e coletivos, sendo legítimos para propor: Ministério Público, União, Estados, Municípios, Autarquias, Empresas Públicas, Fundação, Sociedade de Economia Mista ou associação civil igualmente constituída há pelo menos um ano e que inclua entre suas finalidades institucionais a proteção aos interesses difusos e coletivos. O instrumento é uma proteção jurisdicional a todo e qualquer interesse ou direito difuso ou coletivo, podendo ter como pedido a condenação em obrigação de fazer ou não fazer, bem como em dinheiro, que nesse caso a indenização reverter-se-á ao Fundo de Defesa dos Direitos Difusos, conforme art. 13 da Lei nº 7.347.

O mandado de segurança coletivo é usado para proteção contra ameaça ou lesão de direito líquido e certo, não amparado por habeas corpus ou habeas data, por ato ilegal ou abuso de autoridade, os legitimados são os partidos políticos com representação no Congresso Nacional, Organização Sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano.

O mandado de injunção é um direito constitucionalmente previsto, cuja forma de exercício não se encontra regulamentado por norma infraconstitucional. A legitimidade passiva é o órgão que terá que editar a norma e ainda não a fez. Desse modo, busca-se suprir ausência de norma regulamentadora para que seja efetivo o exercício de qualquer direito e liberdade constitucional.

A atuação do Ministério Público (MP) em relação à saúde é constitucional. Conforme previsto na Constituição Federal de 1988, o MP tem o dever de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis. Conforme o artigo 196, CF, o MP defende os direitos difusos e coletivos, portanto inclui-se o direito à saúde, visto que as ações e serviços da saúde são de relevância pública, art. 197, CF. Nesse sentido, Rocha ressalta também que a Lei Orgânica do MP (Lei nº 8.625/93), art. 25, versa sobre responsabilidade de proteção, prevenção e a reparação de danos e outros interesses difusos coletivos e individuais indisponíveis homogêneos.

Segundo Luciano Moreira de Oliveira (2015) explica, o Ministério Público possui duas formas de atuação. Primeiramente, a forma demandista no qual o MP é agente processual por meio do poder judiciário, ou seja, dependente do judiciário. Em seguida, o MP resolutivo se fundamenta como uma instituição mediadora de conflitos sociais, de forma extrajudicial efetivando os direitos fundamentais diretamente, ou seja, sem a presença do judiciário. Ressalta-se que a partir da Lei nº 7.347/85, que dispõe sobre ação civil pública, o MP recebe instrumentos de atuação sem a necessidade de apreciação do judiciário, como inquérito civil. Nesse contexto, incorrendo em ampliação e promulgação de leis, como MP, como a Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional) e a Lei Complementar n. 75/1993 (lei orgânica do Ministério Público da União). Portanto, os novos instrumentos providos ao Ministério Público fornecem desburocratização e efetivação dos direitos fundamentais.

Conforme Batista e Calil (2016), o direito à saúde não é efetivamente garantido sem o acesso a medicamentos, visto que são fundamentais para os fins de prevenção e cura. Ressaltam ainda os autores a hierarquia superior do direito à saúde para conceder medicamentos que estão fora da lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) inscrito na Portaria MS nº 3.916/1998. Nesse contexto, a lista de medicamentos essenciais apenas apontariam os remédios mais comuns, não amparando totalmente as enfermidades mais graves, em alguns casos. Portanto, o direito à saúde é

efetivado ao assegurar o acesso aos medicamentos adequados, embora estejam fora do RENAME e os instrumentos para garantia à saúde por meio da judicialização são os supracitados neste capítulo.

2.3 Das peculiaridades do vírus HIV/AIDS

A epidemia do HIV se instaurou em momento de transição democrática do Brasil. O Movimento Gay foi protagonista nas articulações da sociedade civil no combate à AIDS, tendo em vista que foi o primeiro grupo afetado e o segmento mais atingido pelo preconceito e discriminação. Houve reivindicações em 1983 dos grupos de defesa dos Direitos dos Homossexuais para que recebessem as primeiras ações governamentais de enfrentamento à epidemia. As solicitações incluíam garantir direitos de pessoas soropositivas e soronegativas, ou seja, o reconhecimento e garantia do direito a uma vida digna e livre de preconceitos, discriminação e desigualdades e também ao direito ao acesso à informação e aos meios de prevenção da doença. Conforme a autora, o movimento de luta contra AIDS atua buscando “transformações éticas, pautadas por valores como dignidade, igualdade, respeito à diferença, tendo como principal estratégia o fortalecimento dos laços de solidariedade, resgate da alteridade, mobilização social e participação cívica.” (MIRANDA, 2008, p. 15)

Miranda ressalta (2008, p. 16) que a morte civil [*sic*] é causada por diversos fatores: sociais, culturais, econômicos e jurídicos. Nesse contexto, as pessoas que vivem com HIV/AIDS têm seus direitos violados e sua cidadania negada, resultando em morte civil [*sic*]. Ressalta-se que a morte civil não existe no ordenamento jurídico brasileiro, assim como a respectiva pena. Nesse contexto, a autora utilizou do termo em seu sentido amplo e ilustrativo, ou seja, a pessoa morre para a sociedade e é dada como morta e há negação de seus direitos na prática pela sociedade no geral, embora ainda tenha todos seus direitos como qualquer outra pessoa. Dessa forma, afilia-se ao raciocínio, de forma literal, dado no art. 1.816 do Código Civil de 2002: “(...) como se ele morto fosse (...)”. Portanto, resulta em exclusão social. A autora descreve que o HIV surge em um momento no qual, *in verbis*:

O HIV aparece no mundo justamente no momento em que se discute liberdade sexual e reivindica-se o sexo como expressão de liberdade e prazer. Defendia-se o sexo como sinônimo de vida, na perspectiva do viver a vida e não apenas da perpetuação da vida, e o HIV o transformou em instrumento de morte. (MIRANDA, 2008, p. 16)

Adriana Andrade Miranda (2008) ratifica que os setores conservadores de instituições religiosas foram os pioneiros a justificar o surgimento do vírus HIV associando a um castigo divino, ou seja, uma punição devido à liberdade sexual que se pleiteava. Nesse contexto, a autora afirma que: “(...) a aids ainda é considerada uma doença de homossexuais, relacionada à perversão, promiscuidade, prostituição e drogas, e todo esforço das organizações da sociedade civil continua sendo para desconstruir esse imaginário, através do reconhecimento de direitos” (MIRANDA, 2008, p.16). Dessa forma, saúde e dignidade possuem igual importância, ao se lutar por uma, luta-se também pela outra.

Adriana Andrade Miranda diz ainda que o preconceito e a discriminação para com pessoas que vivem com HIV/AIDS causam morte civil [*sic*]: “Quando o preconceito não excluía automaticamente as pessoas com HIV/aids da esfera pública de sociabilidade, condenava-as a uma situação de desvantagem ao rotulá-las de incapazes e improdutivas para a vida social.” (MIRANDA, 2008, p.18)

A Declaração dos direitos fundamentais das pessoas portadoras do vírus da AIDS (DECLARAÇÃO..., 1989) elenca violações constitucionais contra as pessoas que vivem com HIV, como: sigilo, privacidade e intimidade; liberdade; informação; assistência e tratamento; participação social (educação, trabalho e lazer); controle do sangue, hemoderivados e tecidos; proibição de testagem compulsória; direitos reprodutivos; direito à família. O documento, conforme Miranda, declara que as pessoas soropositivas também são cidadãs e indivíduos que gozam do art. 5º da Constituição Federal, portanto, não havendo necessidade de uma nova categoria de direitos para as pessoas que vivem com HIV. Dessa forma, o que se pede por meio da Declaração dos direitos fundamentais das pessoas portadoras do vírus da AIDS, *in verbis*:

(...) cumprimento dos ditames constitucionais e a afirmação de que as pessoas com aids não perdiam sua qualidade de cidadãs por portarem um vírus. O vírus era apenas um vírus que deveria ser combatido e ter os seus efeitos amenizados com tratamento e informação. (MIRANDA, 2008, p.18)

Miranda (2008) cita que para a efetivação desses direitos foram usados judicialização das demandas, *lobby* legislativo e ações educativas de conscientização de direitos. A judicialização de demandas iniciou-se pelas ONG's/AIDS, que buscaram respostas junto ao MP para atuação na defesa de direitos das pessoas que vivem com HIV. Nesse contexto, várias ações foram propostas em várias unidades da federação,

especialmente acesso aos medicamentos antirretrovirais e para doenças oportunistas. Desse modo, as ações usadas foram: Ação Civil Pública, Mandado de Segurança, requerimento e tutela antecipada e medida cautelar. Ressalta-se que o direito ao tratamento contra AIDS só foi universalizado e efetivado após a Lei nº 9.313/96. (MIRANDA, 2008)

2.3.1 Boletins Epidemiológicos: Da Notificação Compulsória e Vigilância Epidemiológica

Conforme Pereira (2005), os casos pioneiros de Aids no Estado de Goiás foram notificados em 1987 e a autora cita os índices mais altos de casos encontrados no Estado de Goiás sendo, respectivamente: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Rio Verde e Itumbiara. Ressalta-se que de 1996 a 1997 a proporção de jovens vivendo com Aids duplicou, da faixa etária dos 13 aos 19 anos. Ademais, entre 1996 a 1999 aumentou casos de Aids em pessoas acima de 45 anos. Nesse contexto, Pereira (2005) afirma que os fatores da disseminação das infecções do vírus HIV no Estado é permeada pela proximidade de Goiânia com Brasília, visto que a capital é polo difusor da epidemia, além da proximidade com Estado de Mato Grosso, pois está associado a rota para tráfico de drogas. Outrossim, o avanço da epidemia em pequenos municípios em Goiás, com menos de 50.000 habitantes, também ocorre no processo de interiorização da epidemia. (Pereira, 2005)

Conforme art. 6º, § 2º da Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde, a vigilância epidemiológica é uma das atribuições do SUS, no qual, *in verbis*:

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (2002), as funções da vigilância epidemiológica compreendem-se em: coleta, processamento, análise e interpretação de dados; recomendar, promover e avaliar efetividade de medidas de controle apropriadas; divulgar informações pertinentes. Ressalta-se que a vigilância epidemiológica possui propósito de fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis de execução de ações de controle de doenças e agravos, além de fatores condicionantes em

determinada área local ou população determinada, por isso seu caráter contínuo, a fim de conhecer o comportamento da epidemiológico da doença ou agravo.

Diante do exposto, a eficácia das ações de controle da vigilância epidemiológica do nível do sistema de saúde que se encontra garante maior resposta, como no nível local ao estadual e deste para o nacional. Portanto, não mais se admite que a atuação local seja apenas coleta de dados e transmissão de dados ao outros níveis. Visto que é necessário um sistema municipal de saúde fortalecido e com a vigilância epidemiológica como suas funções basilares. (Fundação Nacional de Saúde, 2002). Nesse contexto, a FUNASA explica: “Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.” (Fundação Nacional de Saúde, 2002, p.15).

Ademais, a notificação deve ser sigilosa, divulgada em exceção fora do âmbito médico sanitário, no caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos. Nesse contexto, ressalta Villas-Bôas (2015) que o sigilo é direito do paciente e dever do profissional. Nesse mesmo sentido, a Constituição Federal de 1988 versa em seu art. 5º, X, que a intimidade e a vida privada são invioláveis, assegurando direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de violação. A Declaração Universal de direitos Humanos de 1948 versa sobre mesma forma em seu art. XII. Portanto, cabe ressaltar que embora a infecção do vírus HIV seja de notificação compulsória, deve ser norteado dentro dos limites do respeito à intimidade e direito-dever do sigilo quanto às informações fornecidas para alimentar o sistema da Vigilância Epidemiológica.

Os Boletins Epidemiológicos de HIV/Aids do Estado de Goiás são produzidos pela Coordenação Estadual de IST/Aids a partir dos dados das notificações compulsórias dos casos de HIV e Aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Ressalta-se que a Portaria Ministerial nº 204 de 2016 versa sobre a notificação compulsória em todo território nacional, na qual a infecção pelo vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) está presente. Conforme a Secretaria do Estado da Saúde de Goiás (2017), a vigilância epidemiológica deve responder à complexidade dos casos, desenvolvendo modelos que não sejam baseados exclusivamente na notificação de casos, visto que podem ter

ocorrido anos antes. Portanto, sendo necessário conhecer as populações vulneráveis, comportamentos, riscos e outros fatores para intervir efetivamente.

Conforme o Boletim Epidemiológico de 2017 do Estado de Goiás, entre os anos de 2007 e 2017 foram notificados 5390 caso de HIV, na população geral, sendo 4.028 homens, 1.360 mulheres e dois casos ignorados quanto ao sexo. Ressalta-se que os dados que antecedem o ano de 2014 não refletem o verdadeiro perfil da epidemia, visto que o HIV não era agravo de notificação compulsória antes da Portaria Ministerial nº 1.271 de 2014. Embora alguns municípios do Estado de Goiás já notificavam os casos de HIV/Aids de forma não sistemática. (Secretaria do Estado da Saúde de Goiás, 2017). O presente Boletim de 2017 não apresenta os números de casos por municípios do Estado de Goiás, apenas por Região.

Desse modo, a Região Rio Vermelho na qual o Município de Goiás está presente representa um número total de 116 casos de Aids em indivíduos maiores de 13 anos desde 2007- 2017. Ademais, os totais de casos de HIV nos mesmos parâmetros foram de 80 casos. Em seguida o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Estado de Goiás de 2018 possui a distribuição dos casos de HIV e Aids conforme região de saúde e município de residência. Em 2016 no município de Goiás houve quatro casos de HIV e um caso de Aids, já em 2017 houve quatro casos de HIV e dois de Aids. Finalmente, conforme Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Estado de Goiás de 2019, o município de Goiás apresenta nenhum caso de HIV e dois casos de Aids.

Conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde Municipal e Vigilância Epidemiológica da Cidade de Goiás, não se sabe o início da atuação da vigilância epidemiológica desde seu início, embora tenha registros de ações no âmbito da Vigilância em saúde desde 2002. Ressalta-se que a atuação com as pessoas que vivem com HIV iniciou-se em 2017. As políticas públicas assistenciais às pessoas que vivem com HIV/Aids no Município de Goiás envolve o transporte par Goiânia para a realização de exames, consultas e acessos a medicamentos, provendo-os inclusive de forma gratuita. Ademais, é realizado um trabalho voltado às mulheres grávidas que vivem com HIV para prevenir a contaminação vertical e outros agravos, trabalho assistencial no que tange a distribuição de cestas básicas, além de realizar periodicamente a testagem em massa para detecção de ISTs (incluindo HIV) e distribuição permanente de preservativos masculinos e femininos.

Ressalta-se que os casos confirmados laboratorialmente de infecção pelo vírus HIV são notificados pelas unidades básicas de saúde. Nesse contexto, não há divulgação sistemática de boletins ou dados referentes às pessoas que vivem com HIV pelos municípios. Os dados são informados e contabilizados no SINAN-NET, sistema do Ministério da Saúde. Nesse contexto, ressalta a Secretaria Municipal da Cidade de Goiás que os atendimentos não são realizados no município, portanto, não é possível aferir a média de atendimentos por mês ou ano às pessoas que vivem com HIV, assim como as respectivas porcentagens de homem ou mulher. Igualmente, as Secretarias Municipais de Saúde de Goiás e Goiânia não atuam de maneira conjunta, os municípios têm gestão plena de seus serviços de saúde, pertencem, inclusive, à regionais de saúde distintas.

2.3.2 Dos estigmas e preconceitos

O estigma da AIDS surge por volta da década de 1980, devido ao mundo das drogas injetáveis e prostituição, conforme explica Moser e Rech (2004). Nesse contexto, a doença é considerada uma pena e a discriminação se desdobra em restrição de direitos das pessoas que vivem com HIV. Dessa forma, o isolamento gera nos soropositivos o desejo de se esconderem, por medo de segregação. Ventura (apud MOSER; RECH, 2004, p. 203) explica que a AIDS é considerada uma punição para “criminosos morais”.

Importante salientar que o Ministério da Saúde (2018) afirma que embora os segmentos populacionais que apresentem majoritariamente casos novos de infecção sejam gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e profissionais do sexo, pertencer a um dos grupos não caracteriza os indivíduos com situações frequentes de exposição ao HIV, visto que isso se caracteriza por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos de maior chance de exposição ao vírus. Além disso, esses setores populacionais estão frequentemente sujeitas a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito, consequentemente maximizando a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Ademais, esse processo de exclusão e isolamento leva à morte social e empobrecimento, devido à exclusão dos soropositivos de todos os ambientes sociais. Moser e Rech (2004) esclarece que a violação do direito ao sigilo gera, *in verbis*: “Danos à vida e à saúde do portador que muitas vezes, vê-se coagido e discriminado e

perde, muitas vezes, o emprego e a paz (...) quanto mais elevado o stress na vida da pessoa infectada, mais risco ela tem de desenvolver os sintomas do HIV(...)" (MOSER; RECH, 2004, p. 204).

Conforme Pascual (2008), as pessoas que vivem com HIV/AIDS são vítimas da violência estrutural ou indireta. A autora elucida que a violência estrutural ocorre através da ação ou omissão, na qual os indivíduos não se realizam plenamente de acordo com o padrão da sociedade a possibilidade de atingir seu potencial. Dessa forma, há meios para realizar, mas por diversos fatores não se concretiza. Dessa forma, as pessoas soropositivas sofrem a morte imposta: "morte do seu projeto de vida, através do preconceito e discriminação, condenação à exclusão social: à morte em vida." (PASCUAL, 2008, p. 28), ou seja:

A violência estrutural, exercida indiretamente sobre o indivíduo, o influencia de tal forma a tolhê-lo de todo seu potencial de desenvolvimento. O HIV não se instala apenas no organismo humano; ele influencia todas as relações sociais do indivíduo soropositivo.

Em decorrência da discriminação e preconceito oriundos da violência estrutural, Pascual descreve a luta do soropositivo para manter sua privacidade intacta quanto ao HIV e evitar ser socialmente condenado, *in verbis*:

(...) cria seu próprio exílio interior, permanecendo encerrado nos limites de sua epiderme, onde esconde o segredo de sua doença, e exerce um poder controlador permanente sobre seu corpo, sobre suas atitudes, sobre seus sentimentos e sobre seu comportamento para que nada delate sua condição de soropositivo(...) (PASCUAL, 2008, p. 30)

Pascual (2008) esclarece que o HIV/aids marca o indivíduo soropositivo, o estigmatiza como um ser de outro mundo e o exclui da sociedade. Nesse contexto, a autora cita a marginalização sofrida pelos soropositivos:

A situação de violência (...) faz com que seus integrantes se sintam tentados a abandonar seus próprios valores, a ocultar a sua identidade, para serem aceitos pela sociedade dominante. (...)ser portador de HIV/aids, significa, em geral, pertencer a um grupo segregado e sujeito às mais variadas formas de violência e de discriminação." (Pascual, 2008, p. 30)

Nesse contexto, entende-se que os sistemas nervoso e imunológico interferem um no outro. Portanto, ao revelar a sorologia sem consentimento, abre possibilidades de complicações emocionais com prejuízos irreversíveis, pois a morte social acelera a morte biológica. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2008) afirma que:

A complexidade da atenção às pessoas com HIV exige a ação multidisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. Para tanto, deve-se estabelecer estratégias para que a integração e funcionamento interdisciplinar se consolidem. Encaminhamentos, discussão de casos clínicos, visitas médicas a pacientes internados, atendimentos ambulatoriais multidisciplinares são alguns momentos que dependem da integração dos profissionais da equipe. (Ministério da Saúde, 2008, p. 24).

A equipe multidisciplinar é integrada por vários profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e dentistas. Nesse contexto, a equipe deve evitar emitir juízos de valor que possam levar atitudes preconceituosas e discriminatórias, visto que a adesão ao tratamento depende do vínculo com a equipe, pois traz segurança, respeito e confiança para o melhor diálogo e dúvidas apresentadas sobre viver com HIV. (Ministério da Saúde, 2008)

Ressalta o Ministério da Saúde (2018) que: “o melhor método de prevenção é aquele que o indivíduo escolhe e que atende suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções.” (Ministério da Saúde, 2018, p. 17). Portanto, o amparo multidisciplinar fornecido pelo CTA através do acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização e deve ocorrer em local adequado, com garantia ao direito a privacidade, sem julgamentos morais, com acesso às populações chaves e prioritárias e deve-se apresentar uma resposta resolutiva à demanda.

Um atendimento eficiente às pessoas que vivem com HIV possuem maior chance de adesão. Conforme Ministério da Saúde (2008), a adesão é uma decisão compartilhada entre a pessoa e o profissional de saúde, ou seja, *in verbis*: “Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.” (Ministério da Saúde, 2008, p. 14). Nesse contexto, a adesão é similar a aderir a um hábito, devendo os profissionais de saúde dialogar com o paciente para a compreensão da importância da Terapia Antirretroviral. Dessa forma, o segredo sobre o HIV pode impactar negativamente a adesão, visto que a pessoa receia que terceiros desconfiem ou saibam da sua soropositividade por usar determinados medicamentos, dentre outros fatores.

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica de Goiás, o acompanhamento e tratamento das pessoas que vivem com o HIV são disponibilizados no HDT, hospital referência do estado de Goiás, sendo garantido o monitoramento e transporte pelo município. Além de ações mediante

colaboração da Diocese. Cabe salientar que o município conta com um Hospital Filantrópico (Hospital São Pedro) e uma UPA que atende emergências. Nesse contexto, há o acolhimento multiprofissional nas unidades básicas de saúde e as pessoas expostas ao HIV são encaminhadas ao HDT/Goiânia para a administração dos medicamentos.

Portanto, Conforme o Ministério da Saúde (2008), esconder o diagnóstico pode influenciar em vários comportamentos que dificultam a adesão, como não ir às consultas, não fazer exames, não pegar os medicamentos e tomar nos horários e doses recomendados. Portanto, assumir a soropositividade ao convívio sócio-familiar pode favorecer a adesão e inspirar o autocuidado. Visto que o diagnóstico do HIV permeia muitas questões e desafios de natureza social, psicológica, cultural e econômica.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Conforme descreve Moser e Rech (2004), o Brasil em 1970-80 passava por uma crise de saúde Pública, devido ao modelo de saúde médico assistencial privatista. Nesse contexto, em 1988, o SUS instaura política pública de saúde com propósito de garantir o direito à saúde de forma universal, ressaltando que essa conquista social se deu a partir do Movimento de Reforma Sanitária, com participação de profissionais de saúde, movimentos sociais, ONG's e sindicatos. Em seguida, foi assinado o PIDESC (Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), que versa em seu art. 12, 1: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.” Os autores explicam que o princípio de universalidade que proporciona a gratuidade do SUS se deve ao pagamento de impostos sobre o conjunto de bens e serviços e não deve pagar mais pelos serviços de saúde.

A Portaria nº 21/95 institui medicamentos para AIDS a nível federal. Nesse contexto, o Ministério da Saúde assume a distribuição dos medicamentos retrovirais, mas não a dos demais medicamentos para tratamento de HIV/AIDS. Estes ficariam a cargo dos serviços públicos dos Estados e Municípios. Os autores frisam que: “antirretroviral só tem eficácia se articulado com outras iniciativas, como o uso de quimioprofilaxia(...) e diminuir as internações hospitalares/hospital-dia e assistência domiciliar” (MOSER; RECH, 2004, p. 201).

Importante ressaltar que, Segundo Moser e Rech (2004), pacientes com HIV/AIDS eram realocados dos hospitais não referenciais para os referenciais, devido a recusa de atendimento. No tocante a adesão à terapia antirretroviral, deve-se levar em conta os aspectos sociais, médicos e psicológicos, como efeitos colaterais, cumprimento rigoroso de horários e alimentação. Conforme elucida os autores, a não adesão pode ocorrer por diversas variáveis: falta de consulta médica, falta de qualidade de atendimento na unidade de saúde, renda pessoal e escolaridade. Nesse contexto, contrair HIV é associado à morte devido ao contexto social e violação de Direitos Humanos, como altos índices de concentração de renda, pobreza e intolerância. Dessa forma, há uma forte ligação entre vulnerabilidade ao HIV/ AIDS e exclusão social e econômica.

Conforme Villarinho (2013), a evolução das políticas públicas foi um processo resultado de desenvolvimento de conhecimentos científicos e a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais. O primeiro caso de AIDS no Brasil em 1980 foi marcado por omissão das autoridades e o surgimento das primeiras organizações não- governamentais. Em seguida, houve a criação do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS), assim, durante o período de 1986 a 1990 ocorreu a resposta federal e foram implantados programas estaduais e municipais. Houve vários acordos com o Banco Mundial para manter ações e programas assistenciais às pessoas com HIV/AIDS. O Estado de São Paulo foi primeiro a registrar casos da doença, surgindo, portanto, as primeiras mobilizações de grupos sociais e articulações oficiais.

No ano de 1985 surgiu a 1ª ONG (Organização não-governamental) com atividades em HIV/AIDS – Grupo de Apoio à Prevenção de AIDS (GAPA), nessa mesma época criaram-se Programas Estaduais de DST/AIDS em 10 Estados. Em 1986, o Ministério de Saúde criou o PNDST/AIDS, que, no ano de 2003, foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais devido à oferta universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais e por dialogar através de programas interministeriais com movimentos sociais e comunidade científica.

Entretanto, em 1987, criou-se a Comissão Nacional de AIDS, que foi uma posição centralizadora e que se distanciou dos programas estaduais e sociedade civil. Nesse contexto, foi publicada a Portaria nº 1.100/86, tornando a AIDS notificação compulsória. Apenas a partir do Sistema de Saúde houve a distribuição de medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a Zidovidina (AZT), abrindo novas perspectivas terapêuticas e ampliando tempo de sobrevivência de pacientes HIV positivo.

Houve ao todo três projetos Aids. O primeiro, de 1994-1998, fez o financiamento para criação de estruturas de serviços assistenciais. Já o segundo, implantado entre 1998-2003, teve como finalidade reduzir incidência de casos de HIV/DST e melhorar a qualidade dos diagnósticos, tratamento e assistência aos pacientes. O último, implementado nos anos de 2003 a 2006, teve como meta promover o desenvolvimento tecnológico e científico, aprimorar a gestão nas esferas do governo e sociedade civil organizada, ampliar acesso ao diagnóstico precoce do HIV e melhorar o atendimento e atenção às DST/AIDS do SUS.

O Plano de Ações e Metas, criado pela Portaria nº 2.314/02, é um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações implementadas pelas secretarias estaduais e municípios para que haja respostas coerentes para recebimento dos recursos a partir das características da epidemia de cada região.

Segundo Bucci (2001), as políticas públicas surgem a partir da ciência política. A autoria explica que os conselhos são espaços que transitam entre o Estado e a comunidade e não é apenas um ou outro. Nesse contexto, a participação popular nas instituições jurídicas-políticas é necessária para geração e execução das políticas públicas (BUCCI, 2001, p. 07).

Bucci (2001) acrescenta que, para que haja uma evolução dos direitos humanos, é necessário aparato de garantias e medidas concretas do Estado para desenvolver a pessoa humana. Dessa forma, as políticas públicas preenchem lacunas normativas e concretiza os princípios e regras com fins determinados, ou seja, mais precisamente, políticas públicas é a atividade que resulta de um conjunto de atos e normas. Portanto, conforme elucida Bucci, políticas públicas são “programas de ação governamental voltado à concretização de direitos” (BUCCI, 2001, p. 13).

As políticas públicas funcionam, *in verbis*, como “instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses” (BUCCI, 2001, p.13). Nesse contexto, é um instrumento utilizado pelos cidadãos para planejar, racionalizar e participar.

O Estado de Goiás possui a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) na qual se vincula hierarquicamente ao Gabinete da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Nesse contexto, a SPAIS implementa e formula as diversas ações de saúde, além de monitorar, coordenar e avaliar as redes assistenciais e programas de Atenção a partir do SUS, articulando-se com os municípios para adequar as políticas nacionais às diversidades regionais. Dessa forma, a Coordenação Estadual de DST/Aids faz parte da área de gestão e execução de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e proteção, diagnóstico, assistência e tratamento das IST's e HIV/Aids. Ademais, dentre suas variadas e extensas funções, cabe ressaltar algumas, como: realiza ações de vigilância epidemiológica das IST's e HIV/Aids, campanhas educativas para promoção e prevenção, assim como auxilia tecnicamente as Regionais de Saúde, Coordenações Municipais de DST/Aids, CTA, SAE e Hospitais de Referência e realiza controle do consumo e a distribuição de testes rápidos para Sífilis e HIV. É importante

ressaltar que a referida Coordenação conta com duas subcoordenações que administram a prevenção e ações educativas, além da subcoordenação financeira da Programação Anual de Metas.

Conforme o Tribunal de Contas do Município de Goiás, a despesa em saúde no ano de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, foi respectivamente de: R\$ 4.600.340,33; R\$ 5.312.816,56; R\$ 8.290.756,41; R\$ 6.000.758,96; R\$ 5.603.685,57. Nesse contexto, o limite constitucional mínimo de aplicação em Saúde é de 15%, conforme Lei Complementar nº 141/2012, art. 7º que estabelece que os municípios e o Distrito Federal apliquem em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159 da Constituição Federal. Diante disso, o Município de Goiás aplicou a partir do ano de 2015 a 2019, respectivamente: 15,15%, 15,28%, 22,54%, 15,16% e 15,61% acima do limite constitucional da receita adquirida dos impostos.

No ano de 2019 as principais despesas liquidadas por tipo foram combustível (R\$ 1.441.745,45), diária (R\$ 112.630,00) e medicamentos (R\$ 184.645,92), respectivamente. Embora há também a categoria “outros” (R\$ 60.7435.141,61), não foi incluída no presente estudo, visto que não há categorização específica. Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica de Goiás, os recursos referentes à Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Cidade de Goiás são repassados fundo a fundo. Adianta-se que uma das políticas públicas da cidade de Goiás, a ser demonstrada em capítulos posteriores, é o acompanhamento e tratamento em Goiânia no Hospital Estadual de Doenças Tropicais - Dr. Anuar Auad (HDT), por meio de facilitamento do transporte pelo município, por exemplo através de ambulâncias.

3.1 Da Construção da Saúde na Constituição Federal e Movimento Sanitário

Rodriguez Neto (2003) teoriza que “a inscrição na Constituição do direito à Saúde significa a culminância de um processo de lutas e conquistas do movimento pela democratização da Saúde com sucesso inquestionável”. Dessa forma, a constitucionalização do direito à saúde, cronologicamente inicia-se em 1976, com a criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), lutando pela democratização do acesso à saúde e denunciando o caráter do sistema assistencialista

privativo da prestação de serviços de saúde. Em 1979, a ideia do SUS amadurece e é proposta para debate no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde:

Pode-se considerar que a área da Saúde foi o setor que conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do movimento sanitário, já explicitado desde 1979 no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde (Brasil, 1979). (RODRIGUEZ NETO, p. 51)

O movimento sanitário solidificou o conceito democrático da saúde e o constitucionalizou. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as bases para a construção de um sistema descentralizado e único e como dever do Estado. Conforme o Relatório da 8ª Conferência de Saúde, a saúde é resultado das condições de vários fatores, como alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Assim como também é determinada a partir da organização social da produção, podendo gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Nesse contexto, a saúde é definida a partir do contexto histórico de certa sociedade e em determinado ponto cronológico de desenvolvimento e conquistada pela população em lutas sociais. Dessa forma, Rodriguez Neto elucida que a nova Constituição, *in verbis*:

(...) não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma “atualização” constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário/militarista pelo Estado de direito. (RODRIGUEZ NETO, p.92)

Nesse contexto, explica o autor, não há um processo de luta e acordo social, pois há apenas uma base de normas para o início de lutas políticas e sociais. O Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) 1987/88 possibilitava à União delegar a execução de serviços federais para Estados e Municípios, através de convênios, como o Inamps que era responsável pela prestação de serviços de assistência à saúde aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social.

A Lei nº 6.229/75, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, foi revogada pela Lei nº 8.080/90.

Segundo Rodriguez Neto (2003), o marco pioneiro da universalização da saúde foi em São Paulo, em 1987, quando o Secretário de Saúde no Estado passou a acumular funções de Superintendente do Inamps e hospitais foram geridos pela secretaria. Desse modo, os serviços foram universalizados e todo cidadãos eram atendidos, não apenas os trabalhadores beneficiados da Previdência. Nesse contexto, as decisões do Secretário de

Saúde deveriam ser aprovadas pela Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), composta por representantes das três esferas do governo e entidades da sociedade civil. O autor cita um princípio que norteia a evolução da saúde: “quanto mais democracia, mais saúde” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 94). Conforme disposto na Constituição Federal art. 195 e 196, a saúde é direito universal, é dever do Estado e as pessoas precisam ter acesso igualitário às ações de Saúde.

3.2 Breve panorama da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

No Brasil a saúde era dividida entre os abastados e menos favorecidos, na qual os primeiros eram atendidos por doutores e médicos, já os outros por benzedoras e por meio de caridade. O atendimento de saúde aos pobres no começo do Séc. XX era por meio de hospitais filantrópicos de caridade mantidos pela Igreja. O período foi marcado por imposição de campanhas que conflitavam com a liberdade dos cidadãos, como a que foi feita promovida por Oswaldo Cruz, que mandou fazer a limpeza dos cortiços e estabeleceu vacinas obrigatórias. O saneamento básico foi influenciado por Emillio Ribas ao viver com os doentes de febre amarela para provar que a doença não se pegava apenas por estarem perto dos doentes. Conforme o documentário: “Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo Direito à saúde” (2006), cronologicamente:

- 1917 – Greve operária nas fabricas do Rio de Janeiro;
- 1918 - Gripe Espanhola;
- 1919 – Acordo com os grevistas;
- 1922 – Cria-se a assistência médica e aposentadoria aos trabalhadores;
- 1930 – Getúlio Vargas centraliza e uniformiza as estruturas de saúde;
- Dr. Roberto José inspirado nos hospitais do EUA cria grandes instalações que possuem vários médicos especialistas e equipamentos modernos;
- Getúlio Vargas ao voltar poder cria o Ministério da Saúde;
- Dr. Roberto José: “Ministério da Saúde vem para fortalecer as ações em saúde pública de forma preventiva”.
- Houve conflitos para definir se a saúde ia ser garantida: Teoria da verticalização da saúde com médicos especializados. Em sentido contrário, a

saúde para todos defendida por Samuel Pessoa, Josué de Castro, Mario Magalhães, Ministério da Saúde defendia a criação de sistema de saúde pública para todos em redes locais, municipalizando a saúde e aproximando a medicina com as condições do povo.

- IAP's versus empresas médicas, cuja finalidade é prestar serviços médicos privados aos empregados das empresas que os contrata;
- 1964 – Houve sucateamento do serviço público, arrocho salarial, êxodo rural e doenças;
- Criado o INPs contribui/ unifica as aposentadorias e assistências médicas.
- Obras faraônicas, como as linhas de financiamento do INPs de fundo privado para iniciativa privada construir hospitais particulares visando amplificar grandemente o número de leitos hospitalares para atendimento de trabalhadores inscritos na previdência social.
- Surge na periferia o Movimento Popular de Saúde, que defendia a criação de conselhos populares.
- 1980 - Censura das epidemias, saúde em 2º plano e sistema previdenciário falido;
- 1986 - 8º Conferência Nacional de Saúde, quando discute-se o SUS, saúde como direito e princípios de universalidade, integralidade (da vacina ao transplante), equidade (contra as desigualdades sociais), participação social (controle público das ações)

3.3 Importância dos Programas assistenciais e os CTA's

As políticas de assistência a pessoas com HIV/AIDS nos hospitais necessitam de atender certa infraestrutura e possuir uma equipe multidisciplinar. A Portaria n. 291/1992, regulamentou a assistência à AIDS em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), e em 1998, 338 hospitais foram credenciados. A rede ambulatorial conta com o SAE (Serviço de Assistência Especializado), HD (Hospital-Dia) e ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica). No ano de 1987 foram disponibilizados exames Sorológicos para os bancos de sangue e criou-se o COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) para oferecer exames de HIV

gratuito de forma confidencial e anônima, também com a finalidade de educação e aconselhamento. Já em 1997, o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) foi remodelado e os recursos foram descentralizados para implantação. Em 2008, havia 383 CTA's no Brasil. Houve a descentralização do financiamento e gerência das atividades do PNDST/AIDS para estados e municípios, além de expansão das ações de assistência ambulatorial para rede básica de saúde (VILLARINHO, 2013)

Conforme a Coordenação Nacional de DST e Aids (Ministério da Saúde, 1999), o CTA deve atender ao princípio de acessibilidade gratuita, lugar de fácil acesso, anonimato flexível e resultados em tempo hábil para encaminhamento do indivíduo com HIV aos serviços assistenciais para acesso ao tratamento e contar com uma equipe interdisciplinar: aconselhadores, coletores de sangue, pessoal de apoio administrativo e pessoal de limpeza, vigilantes e conforme as necessidades do serviço.

Conforme demonstra Villarinho (2013), a evolução das políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS é fomentada pelo desenvolvimento do conhecimento científico em relação à doença, participação da sociedade civil e institucional. Primeiramente, em 1980, surge o 1º caso de AIDS no Brasil e houve omissão das autoridades, em especial, a federal. A partir disso, houve surgimento das primeiras organizações não governamentais. Ressalta Villarinho que o Estado de São Paulo foi o primeiro a notificar casos da doença, sendo assim palco das primeiras mobilizações de grupos sociais e articulações oficiais. O Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) surge em 1985 e foi a 1ª Organização não governamental voltada com atividades em HIV/AIDS, além de, no mesmo período, terem instaurado em 10 Estados Programas Estaduais de DST/AIDS.

Em seguida, a resposta federal começa a ser dada em 1986 e vai até 1990, através de programas estaduais e municipais, através do Programa Nacional de DST/AIDS (PNDST/AIDS). A Portaria n. 1.100/1986 institui a notificação compulsória para os casos de AIDS. Os anos de 1990 a 1992 foram marcados pela falta de diálogo entre a sociedade civil e governo federal. Em 1993 houve efetivação da política de controle da epidemia, por meio de empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro. Dessa forma, os empréstimos fomentaram as ações assistencial, como os Programas Assistenciais às pessoas com HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde iniciou campanhas de prevenção e de informação, recomendou uso individual e esterilizado de instrumentos, como seringas e agulhas, uso

de preservativo e atuou no controle de qualidade do sangue e hemoderivados. A oferta universal e gratuita de ARV, aliada a programa interministerial em diálogo com movimentos sociais e comunidade científica, fez com que o PN-DST/AIDS fosse considerado referência mundial por diversas agências internacionais. Entretanto, a resposta governamental a nível federal assume, em 1987, uma posição centralizadora e distancia-se dos programas estaduais e da sociedade civil através da Comissão Nacional de AIDS. Nesse período, o Sistema de Saúde distribui medicamentos específicos para doenças oportunistas e a Zidovidina (AZT). A distribuição do medicamento AZT, inibidor de transcriptase reversa (ITR) possibilita novos caminhos de tratamento, pois aumentava o tempo de sobrevivência do paciente soropositivo.

A partir do ano de 1993 há negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, criando-se o Projeto AIDS I, por meio de empréstimos. Do ano 1994 a 1998 monta-se estrutura de serviços assistenciais. O segundo empréstimo, denominado Projeto AIDS II (1998-2003), teve o fim de reduzir a incidência de DST's e casos de HIV, além de expandir e melhorar a qualidade dos diagnósticos, tratamento e assistência às pessoas com DST's, HIV e AIDS. O terceiro empréstimo possui participação do Banco Mundial e a Coordenação Nacional DST/AIDS, o Projeto AIDS III (2003-2006), com o fim de aprimorar os processos de gestão nas três esferas de governo e sociedade civil organizada, além de promover os desenvolvimentos tecnológicos e científicos, diagnóstico precoce do HIV, melhoria da qualidade de atenção à DST/AIDS oferecida pelo SUS.

Ademais, o último empréstimo também possibilitou o investimento em recursos próprios de descentralização do financiamento das ações programáticas para Estados e Municípios. Os recursos deveriam ser repassados, a partir de critérios epidemiológicos, para desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DST's, adaptando-se conforme capacidade instalada e gestora das secretarias de saúde.

A Portaria nº 347/93, que institui o Plano Operativo Anual (POA), virou a portaria nº 2314/02, que institui o Plano de Ações e Metas (PAM). O objetivo era planejar, monitorar e avaliar as ações a serem implementadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais, ou seja, para que houvesse respostas coerentes para receber recursos de incentivos, a partir das características da epidemia das diferentes regiões do país. A terapia com AZT iniciou-se em 1992, em conjunto com outros medicamentos

utilizados na quimioprofilaxia. Já em 1995 surgiram novos medicamentos mais eficientes e menos tóxicos, didanosina (DDI) e ziditubina (DDC). No ano de 1996, criou-se a Lei nº 9.313, que implementa o High Active Antiretroviral Therapy (HAART), que conseqüentemente proporcionou grande aumento na sobrevivência dos pacientes, como redução de morbimortalidade e das internações hospitalares, além de uma mudança no cuidado da sociedade e profissionais de saúde para com os pacientes.

Em 2005, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais, ou seja, a quebra de patente, devido a conflitos com os laboratórios fabricantes, visto que o remédio era de alto custo. Conforme o Ministério da Saúde (2018) a terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV. No Brasil, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF) associados ao inibidor de integrase (INI): Dolutegravir (DTG).

As políticas públicas de assistência a pessoas com HIV/AIDS foram instituídas por meio da Portaria nº 291/1992: assistência à AIDS em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) e logo após credenciou-se hospitais convencionais para internações de HIV/AIDS e sendo necessário que os hospitais atendam a determinada infraestrutura e equipe multidisciplinar. Ressalta-se que, devido aos antirretrovirais, a AIDS, antes considerada doença potencialmente letal, tornou-se enfermidade prolongada. No ano de 1998 338 hospitais eram credenciados. Além dessas políticas públicas, havia a rede ambulatorial, como SAE (Serviço de Assistência Especializado), HD (Hospital- Dia) e ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica). Em 1987 os exames sorológicos foram disponibilizados para os bancos de sangue.

O COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) tinha fim de oferecer exames de HIV gratuito, confidencial e anônimo, além de orientar sobre riscos de infecção. Com o salto de 10 anos, transformou-se em CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), devido aos recursos que foram descentralizados. Conforme a Coordenação Nacional, o CTA é baseado nos princípios de acessibilidade gratuita, lugar de fácil acesso, anônimo flexível e resultados em tempo hábil para que o indivíduo com HIV seja atendido pelo serviço de referência assistencial para tratamento. Em 2000 o teste anti-HIV se tornou serviço de atenção básica. Em 2003 foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais. O CTA, nessa época, já disponibilizava os testes de HIV, incluindo Elisa e confirmatórios, além de Sífilis e testagem para Hepatite B e C.

Em 2008 já havia 383 CTA's no Brasil. Surge nesse período a UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais), responsável pela gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais, além de acompanhar e monitorar os pacientes. Surge também a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV. O financiamento descentralizado, assim como atividades e gerência do PNDST/AIDS foram distribuídas para Estados e Municípios, proporcionando expansão das ações de assistência ambulatorial para rede básica de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (2018), a prevenção combinada é conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais, com três combinações de intervenções: biomédica, comportamental e estrutural. Segundo Relatório do Monitoramento das Ações em IST/Aids do 1º semestre de 2019, dos 246 municípios goianos, 208 realizam o teste rápido para HIV e sífilis em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), 34 municípios realizam os testes rápidos em algumas das Unidades Básicas e apenas 4 municípios não realizam nas UBS. Nesse contexto, para fins de delimitação e estudo, serão apresentados dois principais medicamentos para prevenção do vírus HIV oferecidos pelo o Sistema Único de Saúde, além das camisinhas e testes rápidos: PEP e PREP.

Primeiramente, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) está disponível no SUS desde 1999. Diante do exposto, a terapia consiste em diminuir o risco de infecção por HIV, hepatites virais e outras IST através do esquema antirretroviral (ARV) quando há risco da situação de exposição. Antigamente, a PEP era recomendada apenas para acidente com material biológico ou violência sexual. No entanto, a ampliação para exposições sexuais consentidas com risco de infecção é importante ser efetivada nos atendimentos em serviços de urgência/ emergência, unidades básicas de saúde, além de clínicas e hospitais da rede pública e privada. Outrossim, a exposição ao HIV constitui atendimento de urgência, visto que é necessário início precoce da profilaxia para maior eficácia em até 72 horas e o status sorológico da pessoa exposta deve ser avaliado por teste rápido, se negativo deve-se iniciar o tratamento.

Ressalta-se que é um direito da pessoa recusar a PEP e outros procedimentos indicados após a exposição, como coleta de exames sorológicos e laboratoriais. O esquema antirretroviral da PEP preferencial é a Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir por 28 dias, embora na falta dos medicamentos há esquemas alternativos.

Finalmente, a oferta de PEP pode ocorrer na rede pública e privada, com dispensação da medicação exclusiva pela rede pública. Portanto, a diversidade da organização da rede de saúde e a disponibilidade de serviços existentes por meio da descentralização e municipalização da saúde ditará o acesso das medidas de Prevenção Combinada dependendo da estrutura do serviço de saúde.

Em seguida, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV é realizada por meio do uso de antirretrovirais, reduzindo o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Ademais, o esquema recomendado é o Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF) e Entricitabina (FTC), um comprimido por dia em dose fixa e contínua. Ressalta-se que para relações anais são necessários cerca de 7 (sete) dias de uso de PrEP para alcançar a proteção e 20 (vinte) dias para relações vaginais. O acesso a PrEP é voltado para os grupos mais vulneráveis, como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, profissionais do sexo, além de parceria sorodiscordante. Nesse contexto, após uma avaliação inicial de gerenciamento de risco e vulnerabilidade, dentre outros diagnósticos e exames.

Desse modo, a efetividade do tratamento é proporcional ao nível de adesão. Após início do tratamento o seguimento clínico e laboratorial é feito a cada três meses, sendo obrigatório. Ressalta-se que a PrEP não previne outras IST ou hepatites virais e não descarta o uso de preservativos. Conforme Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2019), o Estado de Goiás possui treze serviços de assistência especializada para atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids. Nesse contexto, onze serviços foram capacitados para implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e até o momento, cinco estão aptos para o atendimento.

Finalmente, é importante se atentar aos desdobramentos desses medicamentos que são tão fundamentais para prevenção da infecção ao HIV. Portanto, os serviços de saúde, principalmente os CTA's no qual os remédios se encontram com maior probabilidade, devem disponibilizar sempre que possível, a partir da descentralização do SUS e no lócus de mais fácil acesso para todos seus respectivos setores populacionais.

3.4 Conselhos Municipais de Saúde e construção de Políticas Públicas

Saule Júnior (2001) afirma que o poder local, a partir da municipalização e descentralização, cria possibilidade de gestão da cidade de forma democrática e com

participação popular e promove o desenvolvimento sustentável das cidades. Afirma o autor que as políticas públicas locais de direitos humanos não devem ser fragmentadas, nem setoriais. Nesse contexto, é estabelecer políticas públicas a partir do reconhecimento da existência de desigualdades, *in verbis*:

econômicas e sociais e da diversidade cultural entre as diversas classes sociais urbanas da sociedade brasileira, constituir ações e políticas integradoras que contenham tratamentos específicos ou especiais em razão da condição física, sexual, racial, étnica, econômica, social e cultural das pessoas, grupos sociais e comunidades. (SAULE JUNIOR, 2001, p. 23)

Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas deve ser ampliado para que as esferas públicas democráticas sejam preenchidas de grupos sociais e comunidades carentes, além da capacitação das comunidades locais sobre cidadania, direitos humanos e políticas públicas.

Saule Júnior (2001) aponta também formas de atuação dos municípios através de Políticas Públicas, como formação de agentes e monitores em direitos humanos com parcerias com Universidades da região; ações nas escolas Municipais e curso de capacitação para os professores da rede de ensino municipal para ministrar disciplinas ou desenvolver programas com participação de organização não governamental.

Os conselhos de Políticas Públicas são órgãos colegiados permanentes e deliberativos, que têm a função de agir diretamente nas políticas públicas, como formular ou avaliar. Nesse contexto, são criados por meio de leis e, dependendo do âmbito, sua criação é condição para repasse de verbas. O Conselho Nacional de Saúde tem a função de criar, gerir, controlar e avaliar políticas públicas de saúde, por meio da Lei Federal nº 8.142/90. Os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e deliberativo, com objetivo de formular estratégias e controle de execução da política de saúde. No âmbito Estadual os Conselhos Estaduais de Saúde formulam e controlam as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de aperfeiçoar e recomendar padrões de qualidade, a partir da Lei nº 8.356. Portanto, o poder deliberativo de norma dos Conselhos de Saúde vincula a ação dos Poderes Executivos, ressaltando que a Conferência de Saúde acontece de quatro em quatro anos para avaliar a situação de saúde.

Conforme exemplifica Frischeisen (2001), os Conselhos Municipais são gestores de políticas públicas e atuam através da democracia participativa, ou seja, a sociedade civil são os conselhos gestores de políticas públicas. Lembra a autora que o

MP pode agir na defesa de direitos sociais tanto extrajudicialmente, como para abrir procedimento administrativo ou inquérito civil público quando a cidade não houver conselho municipal; judicialmente, pode propor, como já visto, ação civil pública contra os que tinham obrigação de criar o conselho e não o fizeram.

Ressalta Moser e Roech (2004) que a centralização de recursos do Ministério da Saúde é uma burocracia que gera problemas no repasse, embora haja 80 formas de repasse. Nesse contexto, só recebe recursos os que exercitam programas pensados pelo governo central. Dessa forma, os problemas surgem, pois se executam programas sem que atendam determinada realidade do Estado ou Município, apenas para poderem acessar mais recursos, além de reduzir a autonomia dos Estados e Municípios na gestão do SUS e não se respeita as instâncias de controle social com poder deliberativo sobre os recursos, como as Conferências e Conselhos.

Moser e Rech (2004) esclarecem que a Conferência e os Conselhos são espaços que a população aja diretamente nas políticas públicas. Nesse contexto, os autores ressaltam a participação popular nas políticas públicas, *in verbis*: “(...) Importância na participação dos usuários, profissionais e prestadores na construção de propostas de saúde. São eles, principalmente os usuários do SUS, que percebem melhor os problemas e podem ajudar a solucionar” (MOSER; RECH, 2004, p. 194). Outra solução seria também a educação popular, visto que ela proporciona conscientização para a cidadania ativa, ou seja, para tornar os indivíduos sujeitos de direitos e responsabilidade civil. Nesse contexto, tem a finalidade também de que os conselheiros atuem de forma aprofundada nas diversas nuances do SUS.

Os autores atentam para a interiorização dos casos de AIDS, conforme boletim Epidemiológico que demonstra que: “Mais de 59% dos 5507 Municípios já notificaram casos de AIDS e o maior ritmo de crescimento está sendo registrado em cidade com menos de 50 mil habitantes” (MOSER; RECH, 2004, p. 200).

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica de Goiás, não há um trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Goiás e Vigilância Epidemiológica, visto que a Vigilância em Saúde/Epidemiológica é parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde e as ações são desenvolvidas de maneira autônoma. Ressalta-se que conforme dados relatados pela Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde não abordou sobre o tema HIV/Aids as respectivas políticas públicas no ano de 2020 em suas reuniões Ordinárias,

bem como as Extraordinárias. A recente capacitação dos conselheiros foi realizada pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) com carga horária de 60 horas, entretanto foi interrompido devido ao Covid-19 e não foi alcançada a carga horária total prevista. Ressalta o Conselho Municipal de Saúde de Goiás que nas reuniões há discussão de assuntos inclusos em pauta e não foi solicitado por nenhum conselheiro, assim como não houve nenhuma reclamação ao Conselho a respeito do tema das pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como as respectivas políticas públicas.

3.5 Judicialização da saúde e colisão com Políticas Públicas

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica de Goiás, não houve ações desde início da Vigilância Epidemiológica, ou seja, a partir de 2017. Nesse contexto, a efetiva distribuição de medicamentos e sua previsão legal encontra-se na Portaria nº 3.196/18 do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Medicamentos. Desse modo, é através dessa política pública que se garante a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, assim como a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, conforme elucida Ramiro Nóbrega (2009). Conforme o autor, os medicamentos se ramificam em essenciais e excepcionais. Os excepcionais são os de uso contínuo e são destinados a doenças específicas, tais como AIDS, diabetes, doenças renais crônicas, entre outras.

Nóbrega (2009) denuncia e elucida o motivo de falta de medicamentos e insumos, *in verbis*: “Falta remédios e outros insumos nas redes de saúde de todos Estados e Municípios. O problema não é recente, pois é fruto de diversos fatores que vão da má gestão dos recursos públicos a própria forma em que organizam os serviços de saúde pública” (NÓBREGA, 2009, p. 312)

O modelo adotado é o de hospital centro, sendo a atividade de atenção básica e de prevenção secundária. Nesse contexto, os hospitais lotados e centros e postos de saúde vazios denunciam que dever-se-ia ter remanejamento de atendimentos. Dessa forma, o autor explica que: “Medicamentos essenciais que seriam melhor distribuídos e dispensado à população por meio de uma rede capitalizada de postos e centros de saúde ficam mais restritos aos hospitais e farmácias centrais” (NÓBREGA, 2009, p. 313).

O autor também denuncia a má administração dos recursos: “Outro problema de gestão está na aplicação dos recursos repassados fundo a fundo, que nem sempre são aplicados de forma prevista. Não é raro ver recursos destinados a compra de

medicamentos serem remanejados para cobrir outras despesas dos governos locais” (NÓBREGA, 2009, p. 313).

O Tribunal de Contas da União (TCU), em auditoria feita no ano de 2004 sobre assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos de alto custo, relata alguns problemas como atendimento descontínuo e não integral aos pacientes. Conforme o estudo, 65,3% dos usuários afirma que já faltou medicamento. Destaca-se também a distribuição desigual dos medicamentos excepcionais. Conforme constata a auditoria, *in verbis*, cita Nóbrega (2009, p. 314): “Os Estados mais desenvolvidos do país recebem proporcionalmente mais recursos, pagam mais barato pelo preço unitário dos medicamentos e dão menos contrapartida financeira aos recursos federais(...)”.

Relata também Ramiro Nóbrega (2009) a dificuldade e acesso prejudicado das pessoas que vivem longe dos centros de distribuição ou as grandes cidades. Importante ressaltar que os problemas são encontrados tanto no acesso de medicamentos essenciais quanto nos excepcionais. Conforme Nóbrega, as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos são de excepcionais. Ressalta o trabalho do MP, *in verbis*: “A maioria parte das ações apresentam pedidos para fornecimento de um determinado medicamento a um paciente. Mas, por outro lado, o MP e Associações de usuários do SUS atuam em âmbito coletivo para melhoria no atendimento de serviços específicos” (NÓBREGA, 2009, p. 314).

Versa o autor que o instrumento processual mais utilizado é a ação civil pública para acesso de medicamentos excepcionais. Nesse contexto, aponta também o lado prejudicial da judicialização da saúde, pois o cidadão, ao ter a sentença judicial que concede medicamento, possui tratamento diferenciado dos demais que estão sofrendo com a ineficácia das políticas de acesso a medicamentos. Portanto, conforme o TCU, deve-se evitar que o juiz substitua o gestor, sendo necessário diálogo entre Judiciário, MP, Legislativo e gestores públicos alvo da ação, assim como entre a classe médica, farmacêutica e indústria farmacêutica (BRASIL, TCU, 2005, p. 27).

No site de jurisprudências do TJ-GO nas palavras chave HIV, possuem 123 resultados. Dos quais 5 são mandados de segurança sobre acesso á medicamentos. Ademais, os registros encontrados a partir da palavra-chave “AIDS”, possuem 39 resultados. Dos quais 9 são relacionados a mandados de segurança sobre acesso a medicamentos. Ressalta-se que a frequência na qual o mandado de segurança no TJ-GO é utilizado, torna-o objeto de estudo do presente trabalho para versar sobre a

judicialização do acesso a medicamentos para pessoas que vivem com HIV/Aids. Nesse contexto, o Mandado de Segurança nº 11153-1/101 do TJ-GO, resolveu, *in verbis*:

CONSTITUCIONAL. MANDADO DE SEGURANCA. SAUDE DEVER DO ESTADO. FORNECIMENTO DE MEDICACAO. COMPETENCIA COMUM ENTRE ESTADO E MUNICIPIOS. REMEDIOS GRATUITOS PARA TRATAMENTO DA AIDS. 1 - E DEVER DO ESTADO ASSEGURAR A TODOS OS CIDADADOS, INDISTINTAMENTE, O DIREITO A SAUDE, QUE E FUNDAMENTAL E ESTA CONSAGRADO NA CONSTITUICAO DA REPUBLICA NOS ARTIGOS 6 E 196. 2 - E COMPETENCIA COM "MANDADO DE SEGURANCA. AGRAVO REGIMENTAL. RECUSA DO SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE EM FORNECER MEDICAMENTO A PACIENTE ACOMETIDO DE SINDROME DA IMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - AIDS. DIREITO FUNDAMENTAL A VIDA E A SAUDE. I - E DEVER DO ESTADO FORNECER GRATUITAMENTE A MEDICACAO NECESSARIA AO RESTABELECIMENTO DO DOENTE DE AIDS (LEIS NUMERO 8.080/90 E 9.313/96, E ART. 196 DA CARTA MAGNA.). II - OFENDE O DIREITO LIQUIDO E CERTO DO PACIENTE A NEGATIVA DE FORNECIMENTO PRESCRITO PELO MEDICO ASSISTENTE, CABENDO AO JUDICIARIO INTERVIR PARA PROTEGE-LO. SEGURANCA CONCEDIDA. (TJGO, MANDADO DE SEGURANCA 11153-1/101, Rel. DES. JALLES FERREIRA DA COSTA, 1A CAMARA CIVEL, julgado em 10/06/2003, DJe 14062 de 10/07/2003).

Conforme explicita Cunha (2019), a universalidade de cobertura que se refere o art.194, I da CF/88 é objetiva, ou seja, uma cobertura ampla das ações e serviços de saúde. Nesse contexto, a Lei nº 8.080/90, art. 7º, I, também versa sobre a proteção de todos os riscos sociais relativos à saúde da população. No entanto, a universalidade do atendimento, versada no art. 7º, II da supracitada lei, refere-se a uma universalidade subjetiva, visto que são aos destinatários do direito, portanto no tocante a quais indivíduos serão atendidos frente à uma contingencia sanitária. Nesse contexto, a universalidade possui limitações postas na constituição, como a distribuição e seletividade.

Primeiramente, a distribuição é uma limitação subjetiva, ou seja, quando o gestor restringe determinadas prestações de saúde a apenas uma parcela da população, conforme a mais necessitada, como a distribuição de vacinas a determinados grupos da população. Em seguida, a seletividade é a restrição face a universalidade objetiva, ou seja, seleciona-se as contingências de saúde, como a lista do RENAME, portanto, a seleção de alguns riscos. Finalmente, o direito à saúde comporta algumas restrições na qual cabe às políticas públicas efetivarem de forma racional e justificada, por meio do possível e necessário. Embora a prerrogativa do Poder Judiciário se mantenha em analisar as demandas individuais e coletivas que tratem do descumprimento das promessas constitucionais face às políticas públicas constituídas. (Cunha, 2019)

Portanto, a universalidade objetiva e subjetiva supracitada no Mandado de Segurança evidencia a violação sofrida pelo paciente perante dever constitucional do Estado em fornecer medicamentos para o vírus HIV/Aids. Nesse mesmo sentido, o Agravo Regimental em Mandado de Segurança:

AGRAVO REGIMENTAL EM MANDADO DE SEGURANCA. MEDICACAO IMPORTADA SEM REGISTRO NA ANVISA. IMPOSSIBILIDADE DE DISPENSACAO. SAUDE PUBLICA. COMPROVACAO DO ESTADO DE HIPOSSUFICIENCIA ECONOMICA DO PACIENTE. DESNECESSIDADE. MINISTERIO PUBLICO. SUBSTITUTO PROCESSUAL. 1 - DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE DISPENSAR A TERAPEUTICA ADEQUADA - APTIVUS 250 MG (TIPRANAVIR) - MEDICACAO IMPORTADA E SEM REGISTRO NO ORGAO CONTROLADOR (ANVISA) OU NAO CONSTANTE DA RELACAO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS, IMPERATIVA A PRESCRICAO DE OUTRO MEDICAMENTO CORRELATO CONSTANTE DO ROL EXISTENTE NO REFERIDO ORGAO, PRESSUPOSTA A VIABILIDADE DE SEU FORNECIMENTO POR PARTE DO ESTADO. 2 - CEDICO QUE INCUMBE A REPARTICAO COMPETENTE NA ESFERA ADMINISTRATIVA (SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO) AUTORIZAR TRATAMENTO E FORNECIMENTO DE REMEDIOS A POPULACAO CARENTE, OBJETIVANDO PRESERVAR A SEGURANCA, EFICACIA E EFICIENCIA DA TERAPIA EXERCITADA AQUI COMO ALHURES, PREMISSAS QUE JUDTIFICAM O REPASSE DE PRODUTOS ANALOGOS AOS NAO CATALOGADOS NO ROL EXISTENTE NO ORGAO CONTROLADOR PORQUANTO DEPENDENTES DE IMPORTACAO, PRESSUPOSTA A PRECIPUA FINALIDADE DE EVITAR CONSEQUENCIAS LESIVAS A SAUDE PUBLICA.(...) AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (TJGO, MANDADO DE SEGURANCA 14018-0/101, Rel. DES. STENKA I. NETO, 4A CAMARA CIVEL, julgado em 27/04/2006, DJe 14772 de 06/06/2006)

Diante do exposto, em face de impossibilidade do fornecimento do medicamento APTIVUS 250mg (TIPRANAVIR), de alto custo, por não haver registro da ANVISA ou não constar no Programa de Medicamentos Excepcionais da Portaria nº 1318/GM, é notório o dever do Estado em fornecer medicamento similar ao pleiteado, respeitando a política pública preexistente. Nesse contexto, não pode a autoridade competente alegar a cláusula da reserva do possível, embora não seja citada explicitamente, ao se escusar da responsabilidade de fornecer o medicamento. Conforme Alexandre Luna da Cunha (2019), o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso de Mello, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 45, versa sobre efetivação de políticas públicas e reserva do possível:

Concluiu o ministro que a cláusula da reserva do possível – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada pelo Estado com a finalidade de se exonerar do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou até mesmo aniquilação de direitos constitucionais (Cunha, 2019, p.180)

Conforme site de jurisprudência do TJ-GO, nas palavras-chave: “direito à saúde”, encontra-se majoritariamente mandados de segurança, impetrados com objetivo

de acesso a medicamentos. A ação civil pública também é encontrada, embora seja menos usada, para fins de redefinição ou cumprimento efetivo de políticas públicas. O TJ-GO ressalta em apelação cível (nº 5316231-48.2019.8.09.0002) em Ação Civil Pública, o caráter fundamental do direito à saúde e o dever do Estado em fornecer tratamento adequado, ou seja, não só medicamentos, como também exames necessários, *in verbis*:

APELAÇÃO CÍVEL. DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO À SAÚDE. REALIZAÇÃO DE EXAMES. SOLIDARIEDADE DOS ENTES. REQUISITOS DEMONSTRADOS. 1 - Nos termos da tese firmada pelo STF no Tema 793, o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente. 2 - Tendo sido demonstrada a imprescindibilidade na realização dos exames indicados à substituída, a manutenção da sentença que determinou a realização de tais procedimentos é medida que impõe, sobretudo porque à saúde é dever do Estado e uma garantia inderrogável do cidadão, prevista no artigo 196 da CF. Apelação cível e reexame necessário conhecidos e desprovidos. (TJGO, Apelação / Reexame Necessário 5316231-48.2019.8.09.0002, Rel. Des(a). GILBERTO MARQUES FILHO, 3ª Câmara Cível, julgado em 09/09/2020, DJe de 09/09/2020)

Cabe ressaltar a Súmula nº 35, emitida pelo TJGO em 19 de setembro de 2016, no qual reafirma o dever solidário do Estado de fornecer medicamento essencial ao tratamento de doença grave, embora não prevista na lista oficial do SUS. Deste modo, a reserva do possível tem como fundamento a razoabilidade da pretensão, assim como existência de disponibilidade financeira para efetivar as prestações positivas reclamadas, mas não exonera o poder público de fornecer em parâmetros da razoabilidade e disponibilidade da política pública preexistente a efetiva resposta ao paciente, visto caráter emergencial e urgente de saúde que o vírus HIV/Aids gera nos indivíduos.

O TJ-GO também ressalta o caráter prioritário das políticas públicas de saúde, na qual é efetivada por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), antigos Postos ou Centros de Saúde, na resposta às necessidades básicas da população de sua localidade. Portanto, acolhendo os pedidos do Ministério Público determinando em obrigação de fazer a reforma da Unidade Estratégica de Saúde da Família, assim como a total efetivação de sua funcionalidade. Nesse contexto, versa a Apelação Cível nº5026740-65.2018.8.09.0158 em Ação Civil Pública, *in verbis*:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR. IRREGULARIDADES NO FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO - DEMONSTRAÇÃO -

PROCEDÊNCIA DO PEDIDO? MANUTENÇÃO. I. A atuação do Judiciário ao impor ao Executivo o cumprimento de obrigação constitucional, sobre a qual este se mostra omissivo, não configura hipótese de ingerência indevida, não havendo que se falar em violação ao princípio da separação dos Poderes, notadamente, quando legitimada a intervenção pela garantia do direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana. II. A simples alegação de ausência de previsão orçamentária para cumprimento de políticas públicas que envolvam a dignidade humana, a vida, a saúde e o meio ambiente revela-se insuficiente a ponto de afastar a garantia do mínimo existencial, portanto, ausente a afronta ao princípio da reserva do possível. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E IMPROVIDA. (TJGO, Apelação (CPC) 5026740-65.2018.8.09.0158, Rel. Des(a). AMÉLIA MARTINS DE ARAÚJO, 1ª Câmara Cível, julgado em 02/10/2020, DJe de 02/10/2020)

Segundo Michel e Deitos (2019), pautar-se unicamente na Constituição para a construção de políticas públicas, mostra-se insuficiente e superficial. Dessa forma, algumas teorias de justiça na área da saúde citadas pelo autor merecem atenção, como a teoria utilitarista, igualitarista e prioritarista. Nesse contexto, as aludidas teorias fazem menção de uso nas devidas gestões de políticas públicas, assim como nas sentenças judiciais. Primeiramente, a teoria utilitária acompanha o moral e justo conforme melhor resultado de um objetivo a partir de uma decisão feita guiada por um cálculo. Em seguida, a teoria igualitária preza pela igualdade de acesso de todos ao mesmo serviço. Finalmente, a teoria prioritária é fomentada pela necessidade dos mais prejudicados, beneficiando-os a partir de privilégios de atenção. Portanto, o não acolhimento da alegação do Estado para o não cumprimento de uma política pública pauta-se nas teorias supracitadas, principalmente na prioritária. Visto que, as USF atendem às necessidades prioritárias de certa região e, dessa forma, é priorizado o investimento da necessidade imediata em saúde.

3.6 Direito Previdenciário às pessoas que vivem com HIV/Aids

As pessoas que vivem com HIV/Aids gozam dos mesmos direitos que todos os cidadãos, principalmente os benefícios previdenciários, embora haja algumas peculiaridades. Visto que não são todos os trabalhadores que são incapazes de exercer suas atividades laborais. O enfoque do presente capítulo são alguns exemplos nos benefícios que podem ser concedidos. Primeiramente, a Turma Nacional de Uniformização versa na Súmula 77 a não obrigatoriedade do julgador de analisar condições sociais e pessoais ao não reconhecer incapacidade para atividade habitual. Contudo, a Súmula 78 da TNU afirma o direito do indivíduo que vive com HIV de obrigatoriedade do juiz de analisar condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, a

fim de conceder benefício por incapacidade em sentido amplo, visto o estigma e preconceito que a o vírus acarreta. Os benefícios são, assim como para todos: aposentadoria por invalidez, auxílio-doença e benefício de prestação continuada.

Segundo Oliveira (2016), anteriormente o pedido de auxílio-doença feito pelo serviço médico da empresa, quando impossível o trabalho, pode-se tentar alternativas caso ocorra redução da capacidade laboral. Nesse contexto, pode-se tentar haver a mutação de sua função, a partir de seu atual estado de saúde. Contudo, se for impossível o trabalho deve-se encaminhar à avaliação pericial previdenciária para auxílio doença, visto incapacidade temporária ou permanente, ou seja, aposentadoria por invalidez. Ressalta o autor que o trabalhador não contribuinte do sistema previdenciário tem direito ao auxílio-doença, caso esteja enfermo de Aids. Igualmente, conforme Lei n° 8.213/91, art. 151, não há a obrigatoriedade do período de carência, ou seja, os 12 meses de contribuição ao INSS, para a concessão dos benefícios do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Nesse contexto, a empresa deve pagar os 15 primeiros dias de afastamento e encaminhar à perícia médica do INSS. Portanto, o auxílio-doença cessa ao mesmo tempo do assegurado recuperar a capacidade laboral e retorna ao trabalho ou o benefício tornar-se aposentadoria por invalidez.

A aposentadoria por invalidez concedida às pessoas que vivem com HIV/Aids anteriormente à Lei n° 13.847 de 19 de junho de 2019, necessitava de reavaliação pericial de dois em dois anos ou a qualquer tempo solicitado. Contudo, a supracitada Lei dispensa reavaliação após o beneficiado ser aposentado por invalidez nos casos de pessoa com HIV/Aids. Ressalta-se que caso o aposentado volte a trabalhar, cessa o benefício. Nesse contexto, a aposentadoria por invalidez não é concedida caso ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, apenas quando a incapacidade resultar no agravamento da enfermidade.

O benefício de prestação continuada é um salário mínimo mensal à pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho, assim como idosos com 65 anos ou mais ao comprovar não ter como prover manutenção própria ou pela sua família. Nesse contexto, independe de contribuições ao sistema previdenciário, necessitando apenas avaliação pericial comprovando incapacidade para trabalho total e permanente. Ressalta-se que o prazo fica a critério dos peritos médicos do INSS ou da própria Previdência Social por algum ato administrativo. (José Manoel Alves de Oliveira, 2016)

Ademais, a Lei nº 7.670/88, na qual estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica, garante em seu art. 1º, II o direito de retirar os valores postos no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) independente de rescisão de seu contrato de trabalho ou de comunicação ao empregador. Nesse contexto, apenas o trabalhador com AIDS tem o direito de efetuar levantamento do PIS/PASEP. Cabe salientar que são isentos dos impostos de renda dos proventos da aposentadoria, reforma e pensão, recebidos por indivíduos com Aids, conforme Lei nº 7.713/88, art.6º, inciso XIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou compreender as nuances do direito à saúde e o combate e prevenção do vírus HIV, assim como o histórico das respectivas políticas públicas no Brasil, analisar as formas de efetivação do direito à saúde para os indivíduos soropositivos, por meio do acesso à serviços de saúde e acesso a medicamentos, além de avaliar a implementação das políticas públicas de saúde na Cidade de Goiás para os cidadãos que vivem com HIV/Aids.

Indubitavelmente, a constitucionalização do direito à saúde é uma das maiores conquistas dos cidadãos. Nesse contexto, a construção do modelo do Sistema Unificado de Saúde trouxe como pilar a municipalização da saúde, aproximando o direito da eficácia, visto que a realização da promessa constitucional depende do acesso direto dos serviços de saúde a toda população. Desse modo, o acesso a medicamentos é fundamental para que se cumpra integralmente o supracitado direito social. Diante do exposto, a conquista da Lei nº 9.313/96 trouxe avanços para as pessoas que vivem com HIV/Aids na qualidade de vida e amparo a seu direito básico no âmbito da saúde. Ademais, o direito é garantido também através de vários instrumentos processuais, principalmente o mandado de segurança.

Importante salientar que o vírus HIV/Aids resulta em mais danos sociais, do que à saúde em si, pois apesar de não haver cura, há tratamento e não é mais como outrora, ou seja, a pessoa que adere ao tratamento torna-se indetectável e tão saudável como qualquer outra. Nesse contexto, os maiores desafios encontrados são os estigmas e preconceitos que as pessoas que vivem com o vírus sofrem e que podem atrapalhar em vários âmbitos da vida, principalmente a saúde mental. Dessa forma, as políticas públicas de enfrentamento ao vírus HIV tornam-se humanizadas para melhor atender as necessidades dessas pessoas e propiciar um acolhimento no qual rompem-se as barreiras históricas apresentadas.

As políticas públicas são desenhadas visando um objetivo no qual gerará um resultado. Nesse contexto, deve-se levar em consideração toda a regionalidade da qual é abarcada, assim como as particularidades da realidade na qual é implementada. De um modo geral, a realidade da Cidade de Goiás, objeto de pesquisa do presente trabalho, apresentou-se com diversas nuances das quais não puderam ser mais bem aprofundadas. Visto que a pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19) gerou óbices para solicitar, colher e analisar informações mais precisas, a partir da requisição de dados realizada à

Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Epidemiológica de Goiás. Entretanto, as políticas públicas de enfrentamento ao vírus HIV no município de Goiás possuem uma estratégia peculiar no atendimento e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Primeiramente, o auxílio do transporte para a capital Goiânia mostra-se que a municipalização da saúde é complexa e deve ser contemplada conforme as diferentes realidades, na qual a própria cidade não possui uma estrutura na qual pode atender integralmente os indivíduos e gera impacto na própria despesa do município, visto o grande gasto com combustível para realização eficaz da política pública, embora possa gerar alguns desconfortos para com os pacientes, pois as respectivas cidades ficam aproximadamente há 100 km de distância. Ademais, é nebuloso quanto ao controle de dados dos pacientes pela vigilância epidemiológica, visto que são atendidos pelo HDT em Goiânia, principalmente. Ressalta-se que a judicialização de saúde e a colisão com as políticas públicas demonstra-se inconclusiva, visto que não houve ações judiciais na cidade de Goiás visando acesso à saúde ou à medicamentos.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de projetos que visem à melhoria da política pública de atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids, a partir da municipalização, além de um melhor estudo quanto à realidade das pessoas que acessam o serviço de saúde para realização de uma ampla implementação na própria cidade a fim de suprir todas as necessidades que os indivíduos possuem, assim efetivando seu direito integral à saúde.

Nesse sentido, o estudo do direito à saúde e a efetivação das políticas públicas às pessoas que vivem com HIV/Aids permite repensar e analisar uma realidade para melhor cumprir a promessa constitucional de um direito social aos cidadãos. Além de elencar garantias e instrumentos objetivando a melhor implementação da saúde aos indivíduos, ressaltando o caráter humanitário e desmitificando uma doença que afeta os cidadãos com preconceito e discriminação e dificulta o avanço e concretização de um direito universal.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS. **CONSTITUIÇÃO ESTADUAL DO AMAZONAS**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/70430>. Acesso em: 09 jul. 2020.

ARAUJO, L. A. D; NUNES JUNIOR, V. S. **Curso de Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

Batista, C. K. L., & Calil, M. L. G. (2016). O direito fundamental de acesso a medicamentos e a função social da propriedade imaterial no Brasil. **Revista De Direito Sanitário**, 17(1), 106-121. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p106-121> . Acesso em: 25 out. 2020.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde**. 5. ed. Brasília : FUNASA, 2002. 842p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_pr_ofilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_o_sus.pdf. Acesso em: 17 dez. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. ,Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 90. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em 17 dez. 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari et al. (2001). **Direitos humanos e políticas públicas**, Sao Paulo Pólis (Cadernos Pólis, 2), p. 60.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo: Hucitec. 1995. (Saúde em Debate, 80)

CAPRA, Fritoj. **O ponto de mutação**. 20. ed. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1997.

COSTA, Alexandre Bernardino. **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. v. 4. Brasília: UnB, 2008.

CUNHA, A. L. da. A integralidade do direito à saúde na visão do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 167-184, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p167-184. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164214>. Acesso em: 31 out. 2020.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo; HUCITEC, 1995. 133 p.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 31. ed. São Paulo: Forense, 2018 .

ESPANHA. **CONSTITUIÇÃO ESPANHOLA**. Disponível em: <https://www.tribunalconstitucional.es/es/tribunal/normativa/Normativa/CEportugu%C3%A9s.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2020.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. Salvador: JusPODVM, 2017.

FRISCHEISEN, L. C. F. **Políticas Públicas: Planejamento, Desenvolvimento e Fiscalização** Conselhos Gestores e Democracia Participativa - O papel do Ministério Público. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo, Pólis, 2001.

GOIÁS. **CONSTITUIÇÃO ESTADUAL DE GOIÁS**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em: 09 jul. 2020.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Boletim Epidemiológico HIV/Aids - 2017**. 2017. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/2017/12/boletim-aids-2017.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Boletim Epidemiológico HIV/Aids -2018**. 2018. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/2019/01/boletimaids2018.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Boletim Epidemiológico HIV/Aids**
- **2019.** 2019. Disponível em:
https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/2019/12/boletimhivaids2019.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

_____. **Indicadores e dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros.**
Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

GRAGNOLATI M, LINDELOW M, and COUTTOLENC B. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde** Washington: The World Bank; 2013.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ITÁLIA. **Constituição da República Italiana.** Costituzione Italiana edizione in língua portoghese. Senato della Repubblica. 2018. Disponível em:
https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST_PORTOGHESE.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

MICHEL, V. de F.; DEITOS, M. A. Teorias da justiça e saúde pública. **Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 34-53, 2019.** Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158494>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 07 jun. 2020.

_____. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA:**
manual./Coordenação Nacional de DST e Aids. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
32 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf.
Acesso em: 05 mar. 2020.

_____. **Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo Direito à saúde.**
Direção: Tapajós, Renato. Ministério da Saúde. Tapiri Cinematográfica Ltda; 2006. São Paulo. DVD (60 min)

MIRANDA, A. A. **Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 168 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6)

MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Org.). **Direitos Humanos no Brasil: diagnósticos e perspectivas.** 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad, 2004.

NÓBREGA, Ramiro. **Acesso a medicamentos: direito garantido no Brasil?** In: COSTA, Alexandre Bernardino; SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de; DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho; DALLARI, Sueli Gandolfi

(Orgs.). O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 307-317.

OLIVEIRA, José Manoel Alves de. **Cartilha de direitos trabalhistas e previdenciários das pessoas vivendo com HIV**. Dissertação (Mestrado em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, 2016. 36p. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/12829>. Acesso em: 13 nov. 2020.

OLIVEIRA, L. M. de; ANDRADE, E. I. G. de; MILAGRES, M. de O. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 142-161, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i3p142-161. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97332>. Acesso em: 9 nov. 2020.

PARÁ. **CONSTITUIÇÃO ESTADUAL DO PARÁ**. Disponível em: <https://www.sistemas.pa.gov.br/sisleis/legislacao/228>. Acesso em: 09 jul. 2020.

PASCUAL, A. L. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In: **Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde**. (org.). Direitos Humanos e HIV/aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 168 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6)

PEREIRA, Fernanda Guilarducci. **Tendências da epidemia de AIDS no Estado de Goiás: 1990 a 2001**. Tese (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 80p. 2005. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/302M.PDF>. Acesso em: 10 out. 2020.

PORTAL DO CIDADÃO. TCMGO. Município de Goiás. Disponível em: <https://www.tcmgo.tc.br/pentaho/api/repos/cidadao/app/index.html?=&bookmarkState=%7B%22impl%22%3A%22client%22%2C%22params%22%3A%7B%22paramMunicipio%22%3A%22Goi%C3%A1s%22%7D%7D#>. Acesso em: 19 out. 2020.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional (2005)**. Assembleia da República Constituição da República Portuguesa, 1976. Disponível em: <https://dre.pt/crp-parte-i>. Acesso em: 09 de jul. 2020.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da Saúde: Direito Sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: LTR; 1999.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

SAULE JÚNIOR, Nelson. **Políticas Públicas Locais: Município e Direitos Humanos**. In: CYMBALISTA, Renato (Ed.). Direitos Humanos e Políticas Públicas. 2. ed. São Paulo: Pólis, 2001. Cap. 2. p. 1-57.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Sistema de Gerenciamento de Conteúdo. Estado de Goiás. Superintendência de Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde -

SPAIS. Disponível em:
http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_392_programasspais.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

SCHECHTER M, Rachid M. **Manual de HIV/AIDS**. Revinter, Rio de Janeiro, 2004

SCHEFFER, Mário. **Coquetel**: A incrível história dos antiretrovirais e do tratamento da aids no Brasil. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012.

UNAIDS, Inter-Parliamentary Union. **Compêndio para legisladores sobre HIV/Aids, legislação e direitos humanos**: ação para combater o HIV/Aids em virtude de seu impacto devastador sobre os aspectos humano, econômico e social. Brasília: Unesco, 2000.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, Abr. 2013 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2020.

VILLAS-BOAS, Maria Elisa. **O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente**. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 23, n. 3, p. 513-523, Dec. 2015 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300513&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2020.

ANEXO I

O presente documento apresenta a requisição de dados solicitados por meio da Lei nº 12.527/11 – Lei de Acesso à Informação, junto a Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Epidemiológica da Cidade de Goiás. O resultado é o depoimento pessoal fornecido pela Diretora da Vigilância, Promoção e Educação em Saúde da Cidade de Goiás, representando a Vigilância Epidemiológica da Cidade de Goiás e a Secretaria de Saúde Municipal da Cidade de Goiás. Embora o pedido tenha sido feito e algumas repostas já haviam sido esclarecidas presencialmente e anterior à pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19), a resposta oficialmente foi entregue por meio de e-mail. A Diretora da Vigilância, Promoção e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás, Nayana Carneiro Caetano Rocha Lima, forneceu os dados através do e-mail: *nayanacaetano@gmail.com*, no dia 03 de novembro de 2020, às 17 horas e 03 minutos. Segue abaixo o documento fornecido.

Resposta ao Questionário enviado por Iago Morais

1. Desde que ano a vigilância epidemiológica atua na cidade de Goiás? Em que ano iniciou-se a atuação com as pessoas que vivem com HIV?

Não temos essa informação. Sabemos que desde o ano 2002 há registros de ações no âmbito da Vigilância em Saúde/Epidemiológica. A atuação com as pessoas que vivem com HIV iniciou-se em 2017.

2. Quais as políticas públicas às pessoas que vivem com HIV no início da atuação na cidade de Goiás? Quais são as Políticas Públicas atuais na cidade de Goiás?

Além de um trabalho assistencial no que tange a distribuição de cestas básicas, são facilitados o transporte par Goiânia para a realização de exames, consultas e acessos a medicamentos, provendo-os inclusive de forma gratuita. É realizado um trabalho voltado às mulheres grávidas que vivem com HIV para prevenir a contaminação vertical e outros agravos.

3. Na cidade de Goiás há um trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Goiás e a vigilância epidemiológica ou os Conselhos Municipais para as pessoas que vivem com HIV?

A Vigilância em Saúde/Epidemiológica é parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde e as ações são desenvolvidas de maneira autônoma.

4. Os Conselhos Municipais passaram por algum curso de capacitação?

Solicitar esta informação junto ao Conselho Municipal de Saúde.

5. Na questão de repasse financeiro para as políticas públicas, como é feito?

Os recursos referentes à Vigilância em Saúde/Epidemiológica são repassados fundo a fundo.

6. Qual a relação do controle epidemiológico da cidade de Goiás com a cidade de Goiânia? Há alguma política pública de apoio em conjunto entre as cidades?

As Secretarias Municipais de Saúde de Goiás e Goiânia não atuam de maneira conjunta, os municípios têm gestão plena de seus serviços de saúde, pertencem, inclusive, à regionais de saúde distintas.

7. Como é feito o controle epidemiológico e notificação compulsória na cidade de Goiás?

Os casos confirmados laboratorialmente são notificados pelas unidades básicas de saúde.

8. Se possível, ter acesso aos boletins epidemiológicos em relação às pessoas que vivem com HIV na Cidade de Goiás. Como são feitos?

Não há divulgação sistemática de boletins ou dados referentes às pessoas que vivem com HIV pelos municípios. Os dados são informados e contabilizados no SINAN-NET, sistema do Ministério da Saúde.

9. Como ocorre o atendimento às pessoas que são expostas ao vírus HIV na Cidade de Goiás?

Há o acolhimento multiprofissional nas unidades básicas de saúde e as pessoas expostas ao HIV são encaminhadas ao HDT/Goiânia para a administração dos medicamentos.

10. Aos soropositivos como se efetiva o atendimento e acompanhamento do tratamento? Qual o responsável? Há CTA's disponíveis para atendimento integral ou é efetivado de outra forma? Há colaboração da sociedade civil ou outras instituições?

O acompanhamento e tratamento das pessoas que vivem com o HIV são disponibilizados no HDT, hospital referência do estado de Goiás, sendo garantido o monitoramento e transporte pelo município. Há algumas ações mediante colaboração da Diocese.

**11. Qual a média de atendimentos por mês ou ano às pessoas que vivem com HIV?
Há disponível a porcentagem de homens ou mulheres?**

Os atendimentos não são realizados no município (vide resposta anterior).

12. Se possível disponibilizar histórico de políticas públicas desde o início da atuação até a presente data na cidade de Goiás.

Para além das ações elencadas na resposta à questão 2, realizamos periodicamente a testagem em massa para detecção de ISTs (incluindo HIV) e distribuição permanente de preservativos masculinos e femininos.

13. Houve alguma ação judicial referente à pessoas que vivem com HIV? Se sim, quais foram os remédios constitucionais usados?

Não hoveran ações desde o início da nossa gestão da Vigilância em Saúde/Epidemiológica (desde 2017).

ANEXO II

O presente anexo trata sobre o Ofício nº 13/2020 do Conselho Municipal de Saúde de Goiás, que dispõe sobre a deliberação sobre políticas públicas sobre HIV/Aids no ano de 2020 e o curso de capacitação dos conselheiros. O documento foi enviado pelo e-mail: saudedegoias@gmail.com, em 01 de dezembro de 2020, às 16 horas e 49 minutos. Segue o referido documento abaixo:



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE GOIÁS


Ofício nº 13/2020 - CMS

Goiás, 26 de novembro de 2020

Informamos por meio deste ofício que o Conselho Municipal de Saúde durante o ano de 2020 não realizou nenhuma discussão em suas reuniões Ordinárias e Extraordinárias no que diz respeito às pessoas que vivem com HIV/AIDS, bem como políticas públicas relacionadas ao tema em questão.

Informamos também que em nossas reuniões discutimos os assuntos que estão inclusos em pauta e não foi solicitado por nenhum conselheiro que abordasse tal assunto, bem como não houve nenhuma reclamação ao Conselho a respeito do assunto.

Informamos ainda que a última capacitação dos conselheiros foi realizada pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) com a carga horária total do curso prevista para de 60 horas, porém por causa da pandemia do Novo Coronavírus o curso foi interrompido não alcançando às 60 horas prevista.


Norma Aparecida Silva
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Cidade de Goiás