



**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Bom dia a todos e todas.

Declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo, pela Internet, no *site* da Câmara. Aproveito para saudar também os nossos internautas.

Informo ainda que as imagens, o áudio e o vídeo estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos.

Esta reunião de audiência pública foi convocada, nos termos do Requerimento nº 720, de 2018, de autoria do Deputado Odorico Monteiro, para debater os impactos da Portaria nº 3.992, de 2017, nas políticas de AIDS.

Convido para compor a Mesa os Srs. Gerson Fernando Mendes Pereira, representante do Ministério da Saúde; Nereu Henrique Mansano, Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS; Deniz Catarina Lopes Aguiar Araújo, Secretária de Políticas do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas; João Elias Lima Araújo, representante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS; e Rodrigo Pinheiro, representante da Articulação Nacional de Luta contra a AIDS.

Comunico aos membros desta Comissão que o tempo destinado a cada convidado para fazer a sua exposição será de 15 minutos, que, dependendo da necessidade, podemos prorrogar. Os Deputados inscritos terão 3 minutos para as suas contribuições.

Antes de passar a palavra ao Gerson Fernando Mendes Pereira para a sua exposição, eu só gostaria de contextualizar o estado da arte desta audiência.

Na realidade, a Comissão tem sido um termômetro para várias áreas, porque acompanhamos, de forma sistemática, grupos importantes. De certa forma, durante muito tempo, foi um grande debate a unificação das contas, porque se chegou a 120 e tantas contas, não é, Nereu? Isso sempre foi algo debatido na tripartite. Por outro lado, temos o grande desafio de alguns programas, que têm articulação nacional, de União, Estados e Municípios, e são áreas muito sensíveis a qualquer desarranjo financeiro. Além do mais, nós estamos vivendo um momento de franco desfinanciamento do sistema, haja vista a Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Nós estamos vivendo talvez um momento mais suave, mas em futuro próximo poderemos ter desfinanciamento grave em todas as áreas.

Então, o nosso objetivo maior foi tentar, primeiro, exercer o nosso papel, da Comissão de Seguridade Social e Família, de acompanhar, de avaliar as políticas e o reflexo de algumas portarias na ponta. Esta audiência é também fruto da Frente



Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/AIDS, articulada pelo Deputado Jean Wyllys, pela Deputada Erika Kokay e por nós. Achamos por bem fazer esta audiência pública para que pudéssemos ter o estado da arte deste momento pós-portaria e verificar se isso está tendo reflexo, principalmente, nas políticas.

É uma pena o CONASEMS não estar presente — a entidade justificou a ausência: eles estão com atividade em São Paulo —, mas está aqui o Nereu representando a área técnica do CONASS e as entidades representativas de todo o segmento.

Passo a palavra ao Gerson.

**O SR. GERSON FERNANDO MENDES PEREIRA** - Bom dia a todos.

Cumprimentando o Deputado Odorico, eu gostaria de cumprimentar a Mesa e todos os colegas presentes nesta audiência pública.

Antes de começar a apresentação sobre os principais assuntos relacionados a essa portaria, eu gostaria de me apresentar.

Meu nome é Gerson Fernando; sou médico, lá no começo da vida, dermatologista; sou epidemiologista e doutor em saúde pública; e, atualmente, sou Diretor Substituto do Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

Eu quero dizer que na semana passada nós publicamos o boletim epidemiológico do departamento com os dados de AIDS, no qual vamos mostrar alguns dados importantes relacionados a esse agravo, que eu acompanho desde que entrei no Ministério da Saúde, pois sou servidor do Ministério há aproximadamente 34 anos, só para citarmos a AIDS, em geral.

Os dados epidemiológicos mostram que a AIDS tem uma prevalência na população em geral de 0,4%, que, na população, é considerada um agravo de populações concentradas; e, nas populações vulneráveis, tem uma prevalência maior que 1%, o que mostra que precisamos trabalhar em grupos específicos da população em geral.

Para começar, eu quero fazer um histórico sobre as políticas de incentivo do programa de AIDS ao longo do tempo. Eu vou me levantar um pouco, porque só assim consigo apontar e mostrar a vocês as coisas mais importantes que temos aqui.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Nessa apresentação, eu gostaria de mostrar como se deu, ao longo do programa de AIDS, a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, bem como os principais dados epidemiológicos que temos, citando a publicação



desse boletim, que fizemos na semana passada. Hoje, como epidemiologista, eu posso garantir a vocês que os dados epidemiológicos do programa de AIDS são muito robustos. Há 5 ou 6 anos, a Organização Mundial da Saúde, a UNAIDS avaliou os nossos sistemas de informações, e há uma recomendação dizendo que eles são importantes e podem avaliar o agravo.

Quando nós colocamos os dados epidemiológicos, nós passamos por vários sistemas de informação: o SINAN — Sistema de Informação de Agravos de Notificação; o SIM — Sistema de Informações sobre Mortalidade. E nós temos dois sistemas específicos do departamento: o SICLOM — Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, e o sistema de laboratório. Quem não é notificado no SINAN como um caso vai aparecer no SICLOM registrado, tomando medicamento. Então, nós sempre fazemos o relacionamento dos bancos de dados, usando o nome do paciente, a data de nascimento e o nome da mãe. Só assim nós conseguimos buscar todos aqueles casos que não estão no sistema. E esse conjunto de dados é o que publicamos no boletim epidemiológico.

Com relação às transferências de recursos, entre 1994 e 2002, nós trabalhávamos mediante convênios com Estados e Municípios prioritários com maior incidência de AIDS. Como eu disse, a AIDS é uma doença que, com a prevalência de 0,4%, podemos até dizer que pode ser um agravo raro na população em geral, mas mais prevalente nas populações mais específicas. Entre 2003 e 2012, o incentivo financeiro para financiamento das ações de prevenção e assistência foram transferências para Estados e Municípios e 10% dessas transferências para apoio às organizações da sociedade civil. Aí, trabalhávamos também com fórmula infantil e casas de apoio. Essas casas de apoio, na época, foram de uma importância enorme, porque essas pessoas não tinham para onde ir e ficavam nessas casas de apoio, muito importantes naquela época, quando havia uma sobrevivência muito pequena desses pacientes e um estigma e preconceito muito grande de internação e até da própria família desses pacientes.

Entre 2013 e 2017, nós temos a Portaria nº 1.378, de 2013, que define o financiamento do bloco de vigilância em saúde e unifica os incentivos, o piso variável. Em 2017, temos a Portaria nº 3.992, com a unificação dos blocos. Na Portaria nº 1.378, anterior a esta que estamos discutindo, tínhamos a composição do bloco de financiamento da vigilância em saúde: no bloco financeiro de vigilância em saúde, tínhamos o componente de vigilância em saúde, em que tínhamos o piso fixo de vigilância



em saúde e o piso variável de vigilância em saúde. Foi assim que tínhamos estabelecido a composição do bloco de financiamento de vigilância em saúde.

Ainda citando a Portaria nº 1.378, na composição do bloco de financiamento do piso variável, tínhamos basicamente: incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, que tem uma importância enorme no contexto do controle da epidemia; incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais — as hepatites virais foram incorporadas ao departamento de DST/AIDS, porque até então só tínhamos AIDS e as outras DST, fora as hepatites; e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde — PQA-VS. Tudo isso estava colocado dentro do piso variável de vigilância em saúde.

Mostro o comparativo da cobertura populacional e de casos de AIDS, convênios e incentivo. Como falei anteriormente, colocávamos mais recursos naqueles locais onde tínhamos uma maior incidência de casos de AIDS. Entre 1998 e 2002, a cobertura populacional era de 40,5%, trabalhando com as 27 unidades federadas, e a cobertura dos casos de AIDS era de 41,7% dos casos. Entre 2013 a 2012, trabalhamos com a política de incentivo, também com os 27 Estados, mas passamos de 150 para 548 Municípios, com cobertura populacional ali de 89,6%, e já há uma cobertura dos casos de AIDS de 81%. De 2013 a 2016, trabalhando com os 27 Estados de novo e com 929 Municípios, temos uma cobertura populacional de 94% dessa população e uma cobertura de 90% dos casos de AIDS registrados no País.

Ao falarmos da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, podemos fazer comparações do antigo bloco com o novo bloco. No antigo bloco, tínhamos atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS; e, no novo bloco, o que chamamos de bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde. No antigo bloco, tínhamos o investimento; no novo bloco, o que chamamos de bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde.

Esse é um *print screen* que fizemos do Fundo Nacional de Saúde das transferências fundo a fundo para Estados e Municípios. Mostramos aqui que temos mantido essa transferência — esses dados são atuais. Podemos dizer que temos uma transferência de 73,6% do recurso para Municípios e 25,3% para Estados.

Mostro aqui algo que temos acompanhado no Ministério de forma canina. Temos um orçamento e acompanhamos a execução financeira desse orçamento. Podemos



observar que em 2018 já temos uma execução de quase 90% desse orçamento, o que mostra que, ao longo do período, vimos executando, e bem, todo o orçamento autorizado. E fazemos a comparação entre o autorizado e a execução ao longo do ano.

É importante observar qual é o resultado nessa transferência de recursos para Municípios e Estados, qual é o resultado para a sociedade da modificação ao longo do tempo nessas transferências. O Brasil tem uma meta — essa meta é um pacto com a Organização Mundial de Saúde — de 90-90-90: diagnosticar 90% dos casos de AIDS; iniciar tratamento em 90% deles, manter em terapia 90% deles; e manter 90% com carga viral indetectável. A vantagem da carga viral indetectável é que se deixa de infectar outras pessoas. Até outubro de 2018, temos aproximadamente 581 mil pessoas com AIDS em tratamento.

Todos os dados que apresentamos no boletim na semana passada são do ano de 2017 e do primeiro semestre de 2018. Quando falo naquela mortalidade que vou mostrar a vocês, posso garantir a vocês que hoje a taxa de mortalidade está muito menor do que a que colocamos ali, que é um dado de 2017. Então, em 2019 nós vamos ter os dados de 2018, que muito provavelmente vão mostrar uma redução maior na mortalidade.

Outro dado importante foi o aumento dos tratamentos distribuídos para hepatite C. Hoje, podemos dizer que o Brasil tem o melhor tratamento para AIDS. O Dolutegravir é capaz de rapidamente reduzir a carga viral, tornando-a indetectável com muito pouco tempo de tratamento. Isso é importante, porque diminui a carga viral circulante e a cadeia de transmissão da doença. A mesma coisa acontece com o tratamento da hepatite C. Hoje, estamos testando e tratando todos com hepatite C. Certamente, no futuro vai haver uma redução importante da mortalidade por essa doença.

Os testes rápidos são importantes para AIDS/HIV e para sífilis, porque, ao testar e tratar todos, conseguimos diminuir a carga viral circulante. Podemos observar que, ao longo do tempo, o número de testes aumentou bastante. Em 2016, foram feitos 7 milhões de testes e, em 2017, foram feitos 11 milhões de testes. Aquele dado mostrando 8 milhões de testes é relativo ainda ao primeiro semestre de 2018. Então, muito provavelmente, serão feitos aproximadamente 16 milhões de testes. Podemos observar que, para sífilis, o número passa de 4 milhões para 9 milhões; para hepatite B, de 4 milhões para 6 milhões; para hepatite C, de 3 milhões para 6 milhões.



Os preservativos estão dentro da estratégia geral de prevenção combinada. Quando se desenvolve a estratégia de prevenção combinada, é preciso testar todos, tratar todos, é preciso ter disponíveis preservativos, é preciso disponibilizar vacina para hepatite B, para hepatite C e para HPV, é preciso empreender os trabalhos relacionados à redução de danos. Isso está dentro da nossa estratégia geral de prevenção combinada.

Dentro da estratégia de prevenção combinada estão as dispensas de profilaxia pré-exposição — PrEP e as dispensas de profilaxia pós-exposição — PEP. Há um aumento de Estados, de Unidades da Federação e de serviços dispensando PrEP, e há aumento do número de dispensas de PEP. Antigamente, a profilaxia pós-exposição era trabalhada principalmente em casos de estupro e de acidente com material biológico. Hoje, estamos usando isso para exposição sexual. Podemos observar, entre 2009 e 2017, um aumento importante nas dispensas de PEP no País como um todo. Como eu falei, nossos sistemas de informação acompanham essa situação de forma rápida, sendo capaz de observar Estados com dispensação ou não.

Esses são os dados finais, que foram apresentados no boletim agora. Entre 2016 e 2017, houve queda na taxa de detecção de casos de AIDS. Claro, se todos com HIV estão sendo diagnosticados e tratados, se essas pessoas estão sendo mantidas em tratamento, os casos delas não vão evoluir para AIDS, tampouco para a morte. Então, era esperada essa diminuição dos casos de AIDS.

A partir de 2014, a notificação de casos de HIV passou a ser obrigatória, e houve aumento do número de casos de HIV. Isso mostra a importância do diagnóstico precoce desses casos.

O dado que eu mais gosto de mostrar é sobre mortalidade. Essa é a curva de mortalidade por AIDS desde o primeiro caso da doença no País, nos anos 80. Podemos observar que o número de casos de AIDS sobe entre 1985 e 1995. A partir de 1996, de oito mil e tantos por cento, o número começa a diminuir, porque a terapia antirretroviral começa a ser oferecida. A partir de 2014, quando se começa a testar e tratar todos, há um segundo aumento da taxa de mortalidade no País, desde o início da terapia antirretroviral. Aquele é o número do ano de 2017. Certamente, se hoje fosse possível ter os dados de 2018, veríamos que a diminuição da taxa de mortalidade ia ser muito maior. Mesmo assim, é uma vitória muito importante, considerando que, depois que começamos



a oferecer a terapia antirretroviral, houve um maior aumento da taxa de mortalidade no País.

Aqui estão os recursos repassados a projetos executados por organizações da sociedade civil, como o Flúido Oral, o SICONV, etc. E esse é o Projeto Viva Melhor Sabendo, com o número de testes de flúido oral que foram realizados, para que se possa fazer o diagnóstico e o tratamento.

Eu quero finalizar dizendo que o importante é que as ações de HIV/AIDS, sífilis, hepatite e outras DST em Estados e Municípios, com ajuda de todos, sejam incluídas nos planos municipais e estaduais de saúde. Assim, teremos a garantia de que, principalmente naqueles Municípios e Estados prioritários, haverá a execução desses recursos em agravos que são prioritários naqueles lugares, considerando as especificidades de cada Estado. Por exemplo, não se pode fazer a mesma ação no Rio Grande do Sul e num Estado do Nordeste. O Rio Grande do Sul tem mais usuários de drogas injetáveis, então é preciso trabalhar mais com redução de danos. Isso precisa estar na agenda de todos, considerando que é um agravo importante. Não só falamos de AIDS, mas também de hepatites e, principalmente, sífilis.

Obrigado. *(Palmas.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Gerson.

Passamos a palavra ao Nereu, representante do CONASS.

**O SR. NEREU HENRIQUE MANSANO** - Bom dia a todos e todas.

Eu queria cumprimentar o Dr. Odorico, que representa a Comissão de Seguridade Social e Família.

Agradeço o convite do Deputado Odorico Monteiro e do Deputado Juscelino Filho, que é o Presidente desta Comissão, para que o CONASS participasse desta Mesa para discutir os impactos da Portaria nº 3.992, de 2017, nas políticas de DST/AIDS.

Inicialmente, quero justificar a ausência aqui do nosso Presidente Leonardo Vilela, que é Secretário de Goiás, do nosso Secretário-Executivo Jurandi Frutuoso e do nosso coordenador técnico René Santos. Todos estão envolvidos, conforme já foi citado pelo Deputado Odorico Monteiro, num fórum de debates que está acontecendo em São Paulo, promovido pelo CONASEMS, para discutir o novo regime fiscal estabelecido pela Emenda Constitucional nº 95 e os seus impactos no financiamento da saúde pública no Brasil.



Desde já, eu queria adiantar que acreditamos, no CONASS, que a Emenda Constitucional nº 95 pode realmente trazer grandes riscos não só às políticas de DST/AIDS, mas também a todas as políticas de saúde do País e ao Sistema Único de Saúde, pelo impacto que ela pode ter a médio e longo prazo no financiamento do SUS — com certeza, muito mais do que a Portaria nº 3.992, que já está completando 1 ano.

Quero cumprimentar os companheiros e companheiras que estão participando da Mesa: Rodrigo, Gerson e Deniz. Acho que é sempre bom debater e esclarecer o máximo possível as decisões tomadas pela gestão tripartite. Eu vou falar do ponto de vista do CONASS.

A primeira coisa que eu queria destacar é que — eu vou tentar revisar com vocês — a legislação sobre o Sistema Único de Saúde, na Constituição, não traz incentivos específicos ou blocos de incentivos. O que diz a Constituição Federal no inciso II do § 3º do art. 198? O art. 198 diz que as ações vão integrar uma rede regionalizada, e o § 3º desse artigo diz que uma lei complementar seria reavaliada a cada 5 anos, estabelecendo entre vários pontos — no inciso II — critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais. Então, a Constituição não fala de uma definição de critérios de rateio e da redução das disparidades regionais. Estamos já com 30 anos da Constituição, e apesar de ela prever que a cada 5 anos seria feita uma reavaliação de critérios de rateio, na verdade até hoje não houve essa definição legal de quais seriam esses critérios de rateio.

O que a Lei nº 8.080, de 1990, diz é que, para estabelecer critérios e valores, teria que ser considerado o perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico, as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde instalada, o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, dentre outros. Nem a Constituição nem a Lei nº 8.080 colocam que a definição dos recursos vai se dar em blocos ou incentivos específicos.

A Portaria nº 20, de 2007, trouxe também os blocos de financiamento e tentou reduzir o número de caixinhas, que já era enorme antes dos blocos. Infelizmente, a partir dos blocos, acabou não se resolvendo o problema. Com vários incentivos específicos, acabou ocorrendo uma fragmentação cada vez maior, dificultando a vida do gestor.





Eu me esqueci de me apresentar às pessoas que não me conhecem, no início da minha fala. Meu nome é Nereu Henrique Mansano. Apesar de já estar como assessor técnico do CONASS há 14 anos, desde que eu me formei, já no ano seguinte, eu assumi a função de Secretário Municipal de Saúde. Tive a honra de participar da Diretoria do CONASEMS, na mesma Diretoria da qual o Deputado Odorico era Vice-Presidente. Eu já trabalhei tanto na gestão municipal, como Secretário Municipal de Saúde, quanto na estadual, no Estado do Paraná, coordenando a área de vigilância em saúde. Trabalhei na gestão federal, coordenando a área de informação e análise epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde — SVS, durante 2 anos. Há 14 anos estou no CONASS. Então, nós conhecemos muito bem o quanto dificulta o dia a dia do gestor essa fragmentação de recursos.

A Portaria nº 204 veio com esse objetivo, mas nós sabemos que ela acabou não sendo tão efetiva.

Ao se regulamentar a questão do financiamento através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o art. 17 diz que o rateio de recursos da União, como tratado na Constituição, deverá observar aquilo que também está na Lei nº 8.080, de 1990: as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade da oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080. Então, a Lei nº 141 também não traz qualquer definição de que deverão existir incentivos específicos ou separação dos recursos.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508. O Deputado Odorico participou ativamente da elaboração desse decreto. Ele era Secretário de Gestão Estratégica e Participativa na época. O que fala o decreto? Fala que as regiões de saúde devem ser referência para a transferência de recursos. Todas as transferências de recursos entre os entes federativos, seja da União para os Estados, seja dos Estados para os Municípios, devem contemplar as regiões de saúde. Essa transferência deve se basear num processo de planejamento ascendente e integrado, em nível local até o federal, com a participação do controle social, ouvidos os conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade dos recursos financeiros.

O decreto diz também que a integralidade da assistência à saúde vai se iniciar e se completar na rede regional e interestadual, ou seja, na rede de atenção dentro da região



de saúde. Traz ainda, de forma muito clara, a necessidade de que o planejamento seja ascendente, e não um planejamento feito totalmente na gestão federal, definindo, com antecedência, como vão ser aplicados os recursos nos Municípios e nos Estados.

Quando se pactuou na Comissão Intergestores Tripartite — CIT, em janeiro de 2017, o SUS Legal, tentou-se justamente recuperar toda a legislação que não havia ainda sido cumprida e que definia como devia ser a estrutura e o funcionamento do SUS. Pactuou-se lá, em janeiro, que a transferência deveria ser realizada a partir de categorias econômicas de custeio e de capital e que fosse cumprida, na operacionalização dessas contas, toda a legislação.

Colocou-se também a necessidade de se formalizar o planejamento ascendente de acordo com a disponibilidade orçamentária de cada ente da Federação e a necessidade urgente de se estabelecerem os critérios de rateio conforme metodologia que deveria ser pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, a partir de um processo de regionalização da gestão e de toda uma organização, efetivando-se, então, o cumprimento da Lei nº 8.080. Então, na proposta do SUS Legal, a ideia era sair dos seis blocos previstos na Portaria nº 204. Os blocos de média e alta complexidade — assistência farmacêutica, atenção básica, vigilância, gestão e investimento — comporiam um bloco de custeio.

Chegamos, finalmente, à Portaria 3.992, de 2017. O que essa portaria traz? Ela não chega a dar conta de tudo o que foi pactuado lá em janeiro. Na verdade, ela traz uma proposta que vai tentar garantir maior eficiência dos recursos e melhorar o fluxo de caixa, buscando principalmente fortalecer os instrumentos de planejamento.

Quero deixar claro que essa portaria não altera a metodologia de distribuição dos recursos nem o montante a ser alocado entre os entes. Ela só altera a forma de repasse nas contas bancárias. O financiamento continua sendo de responsabilidade das três esferas de gestão. O que passa a ocorrer é o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros através de um bloco de custeio e de um bloco de investimento.

Porém, é importante destacar que os recursos que compõem esses blocos vão continuar, necessariamente, tendo que ser aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, conforme definido na Lei Complementar nº 141, e que a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, será feita conforme a finalidade definida em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem a esses repasses.



O que isso quer dizer? Todo recurso que está no programa de trabalho de vigilância em saúde vai ter que continuar a ser gasto, até o final do exercício, em vigilância. Todo recurso da assistência, até o final do ano, necessariamente, terá que ser gasto na área de assistência, como assistência farmacêutica e assim por diante.

E o que mais é importante destacar? Deve-se observar o estabelecido no plano de saúde e na programação anual de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios submetidos a cada conselho de saúde. Essa vinculação vai ser válida até a aplicação integral desses recursos previstos em cada programa de trabalho que deu origem ao repasse.

Também é importante lembrar que as vinculações orçamentárias continuam exatamente como sempre foram e que elas devem refletir as ações pactuadas de governo.

Separa-se então nessa portaria o que é orçamento e o que é fluxo financeiro. Ela traz, na verdade, uma maior flexibilidade. Vou dar um exemplo: numa determinada licitação, eu consegui adquirir insumos por um preço menor. Então, eu vou utilizar, num determinado mês, um pouco mais de recurso da assistência para a vigilância, ou da assistência para a assistência farmacêutica, ou vice-versa, e, com isso, tenho melhor fluxo de caixa. Porém, até o final do ano, os recursos previstos para cada área, para cada programa de trabalho, vão ter que ser necessariamente gastos naquela área. Então, o que essa separação fortalece, na verdade, são os instrumentos de planejamento e de orçamento. Flexibiliza-se, assim, esse fluxo financeiro e permite-se ao gestor gerenciar e aplicar esses recursos de forma mais adequada naquelas ações que foram pactuadas e programadas, mantendo sempre a lógica do orçamento público, que é divulgar para a sociedade que vai ser feita a peça orçamentária e mostrar o que foi feito com relação à execução orçamentária e financeira.

Para finalizar, eu queria destacar o que acho que é mais importante e que nós técnicos da vigilância — e eu estou me incluindo nisso —, nós técnicos dos programas de IST/AIDS, às vezes esquecemos: que não podemos continuar esperando qual é o valor e qual é o planejamento feito na gestão federal e definindo para gestor estadual e municipal que ele vai utilizar algo dessa ou daquela forma. É lógico que vai haver diretrizes e políticas definidas em nível nacional, mas o que está na legislação, em todos os pontos da legislação, é que eu devo respeitar o planejamento ascendente.



Isso foi reforçado mais recentemente na Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, no último mês de julho, a partir das discussões ocorridas na Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Coloca-se, no art. 15 dessa política, que as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Vigilância em Saúde devem estar contidos nos planos de saúde, nas programações anuais de saúde e nos relatórios anuais de gestão; que o planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos nos moldes de uma atuação que deve ser sempre articulada e sistêmica; e que os conselhos de saúde devem ser protagonistas no processo de avaliação e monitoramento dessa política.

Nós temos que envidar esforços cada vez mais. Isso já ficava evidente nos problemas de execução que ocorriam quando nós tínhamos os blocos e incentivos específicos. Essas ações necessariamente devem constar nos planos de saúde e em toda a programação de saúde. Isso é papel fundamental. Acredito que, na área de IST/AIDS, com toda a força que esse programa sempre demonstrou e com os resultados que nós pudemos observar na apresentação que o Gerson acabou de fazer aqui, ela deve se dar de uma forma muito importante nos conselhos de saúde, garantindo realmente que essas ações sejam contempladas no orçamento, nos planos e em toda a programação do setor saúde, sempre trabalhando de uma forma integrada, buscando a inserção das ações de prevenção, promoção e proteção de IST/AIDS em todos os pontos de atenção da rede de atenção.

Resumindo: o impacto da Portaria nº 3.992, como já mostrou muito bem o Gerson aqui, vai ser, na verdade, muito pequeno. O maior cuidado agora é que nós vamos ter que rever como vai ser a questão da utilização dos recursos para investimento e para custeio. Porém, como já são apresentados os resultados preliminares de 2008, na vigência de praticamente 1 ano da Portaria nº 3.992, ficou evidente que o impacto é pequeno ou nenhum em relação às políticas de IST/AIDS.

Nós precisamos é continuar com a mobilização da sociedade e não deixar de contemplar nos planos, na programação e no orçamento as ações de vigilância e, dentro delas, as ações de IST/AIDS.

Peço desculpas por ter passado um pouco o tempo.



Agradeço mais uma vez o convite. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Nereu.

O senhor nos traz aqui a versão do CONASS em relação ao impacto da portaria nas políticas de AIDS, além de um dado importante com relação à dívida do SUS com a sua própria estrutura, que é a questão dos critérios de rateio. Isso está na Lei Complementar nº 141, e até hoje não foi definido. Sem dúvida, esse assunto deve ser motivo de outro debate, de outra discussão aqui, porém, em outro momento.

Vai haver um congelamento de 20 anos. Primeiro, temos que lutar para revogar essa emenda constitucional e depois, em paralelo, discutir os critérios de rateio, porque isso é outra coisa que democratiza e amplia o controle social.

Passo a palavra à Deniz Catarina Lopes Aguiar Araújo, representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres, do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas.

**A SRA. DENIZ CATARINA LOPES AGUIAR ARAÚJO** - Quero cumprimentar a Mesa, na pessoa do Deputado Odorico, o Sr. Gerson, o Sr. Nereu, o Sr. Rodrigo, o João Elias, meu esposo, e todos os que estão aqui.

Primeiro, quero me apresentar: sou Deniz Catarina, representante do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas — MNCP, de mulheres que vivem com o HIV.

Era para estarmos em maior número aqui, mas infelizmente muitos estão desmotivados, estão desacreditados. Com isso, nós viemos aqui hoje para fazer também uma cobrança.

O Sr. Gerson apresentou-nos um índice de mortalidade bem tranquilo. Sim, pelo HIV, o índice de mortalidade é baixo, mas e quanto às doenças oportunistas que pegam essas pessoas? Quando elas conseguem uma forma de tratamento, uma forma de chegar ao médico, não tem mais jeito. O que o Ministério pode fazer? Como podemos agir em relação a isso? Os desmontes são grandes. Não temos visto o repasse de recursos. A nossa luta é feita praticamente com a cara e a coragem. Nós somos de movimentos. Fazemos reuniões e, às vezes, temos que nos deslocar até certos lugares, até outras cidades, para fazer as nossas articulações. Como os recursos não nos são repassados, temos passado um aperto grande.

Não estamos tendo ajuda do Ministério da Saúde, e nós sabemos que há verba. Sabemos que temos direito à acessibilidade, só que não temos encontrado os caminhos, a fim de sermos ajudados. Essas verbas precisam ser voltadas também para as pessoas



que estão na luta, para os ativistas. Precisamos também de mais fiscalização na parte dos cuidados.

Estão falando muito sobre a Profilaxia Pré-Exposição — PrEP e a Profilaxia Pós-Exposição — PEP, mas isso é para o HIV, para a AIDS, e quanto às outras doenças? Não sei se estou errada, mas, a meu ver, a melhor prevenção ainda é a camisinha, os preservativos.

Fica aqui a minha palavra. (*Palmas.*)

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Deniz.

Passo a palavra para o João Elias Lima Araújo, representante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS.

**O SR. JOÃO ELIAS LIMA ARAÚJO** - Bom dia a todos da Mesa e a todos os presentes.

Como representante de pessoas que vivem com HIV, eu quero deixar claro que o paciente que vive com HIV, diante de tudo o que o Ministério da Saúde tem feito de melhor, continua sendo uma pessoa vulnerável. Ela não necessita simplesmente do coquetel para sobreviver. Há outras patologias incluídas dentro desse contexto, e as políticas estaduais — ou distrital, como a do DF — têm deixado de oferecer serviços à sociedade, a essas pessoas que vivem com HIV. Por exemplo, se um paciente de HIV chega a um hospital e precisa de um urologista, ele não é atendido imediatamente; ele passa por uma regulação e pode demorar meses ou anos para ser atendido. Então, eu acho que o Ministério da Saúde, juntamente com o Governo do Distrito Federal, tem que encontrar uma maneira de dar melhor acessibilidade para esses pacientes.

No Distrito Federal, havia dez centros de referência voltados a doenças sexualmente transmissíveis. Hoje, apenas dois funcionam, de maneira inchada, ou seja, acima da sua capacidade: a Policlínica de Taguatinga e o Hospital Dia, na Asa Sul. O Hospital Dia atendia, aproximadamente, 4 mil pacientes, e recebeu mais 800 do Guará.

Outra ação ainda mais desastrosa do Governo do Distrito Federal foi retirar um centro de referência da Asa Norte, que atendia 40% das pessoas do entorno, pessoas vulneráveis, que vivem abaixo da linha de pobreza. Essas pessoas foram transferidas para atendimento na QI 23 do Lago Sul. Para ir a uma consulta, essa pessoa tem que pegar quatro ônibus e chega a gastar aproximadamente 40 reais. Uma pessoa que às



vezes não tem nem alimentação para pôr na mesa não vai ter esse valor para ir a uma consulta. Ela deixa o tratamento e vai a óbito.

Então, nós precisamos de uma ação mais consistente, no Distrito Federal, no que se refere ao HIV/AIDS e às doenças sexualmente transmissíveis.

Outra coisa é que não repassam verbas às ações realizadas pelos movimentos sociais, que tanto ajudam o Governo.

A Rede Nacional deixou de fazer dois encontros nacionais, um no ano passado e outro este ano, porque não havia custeio para ir a essas reuniões. Necessitávamos de cinco membros da Rede para ir à reunião, mas o custeio não foi liberado. E nós, enquanto movimento social, não temos de onde tirar.

Então, eu deixo aqui a nossa reivindicação: que seja revista essa política de HIV/AIDS nos Estados e principalmente no Distrito Federal. Em Goiânia, a situação está do mesmo jeito, assim como no Rio Grande do Sul. Em Mato Grosso do Sul, está pior ainda. Então, isso tem que ser revisto.

Apesar de todo o cuidado, de toda a eficiência do Ministério, de tudo o que ele tem lançado para melhorar esse quadro, essas condições têm que ser revistas.

Eu agradeço. *(Palmas.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, João Elias.

Passo a palavra para o Rodrigo Pinheiro, representante da Articulação Nacional de Luta contra a AIDS.

**O SR. RODRIGO PINHEIRO** - Primeiro, quero agradecer ao Deputado Odorico, um dos coordenadores da Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/AIDS do Congresso, por esta articulação, que também foi feita com a Deputada Erika, em virtude do 1º de dezembro, mês em que relembramos, mundialmente, o enfrentamento da epidemia da AIDS. Por isso, é importante fazer essa discussão.

Vimos pautando a questão dessa Portaria nº 3.992 desde quando ela foi implementada, ou seja, logo após o Natal, quando estávamos fazendo a digestão da ceia e começando os preparativos do Ano-Novo. Justamente às vésperas das festas de final de ano, surgiu essa portaria, sem que antes passasse por uma discussão dentro do Conselho Nacional de Saúde. Ela não foi discutida dentro de um espaço de controle social mais amplo, onde deveria ter sido discutida.



Não somos totalmente contrários a essa portaria, mas a forma como ela foi implementada revela que foi contemplado somente um lado, ou seja, somente uma parte da gestão, para que houvesse maior flexibilidade de recursos, sem que se avaliasse a importância de algumas políticas de incentivo que estariam sendo contempladas, principalmente a questão da política de AIDS.

Eu acho que o Gerson mostrou dados importantes dos resultados dessa política. Há muitos anos, não vínhamos tendo resultados muito satisfatórios no enfrentamento à AIDS no Brasil, mas começamos a ter um resultado positivo, inclusive nessa questão da queda da mortalidade, muito em virtude de esse recurso ser específico para a política de AIDS.

Eu discordo, Miguel, quando você fala do impacto dessa política. Esse impacto já está ocorrendo. Quando essa política foi implementada neste íterim das festas de fim de ano, neste começo de 2018, houve um impacto na base, nos programas municipais de AIDS — alguns estão sem coordenadores municipais até hoje. A gestão local achava que poderia haver flexibilidade desse recurso já este ano, e isso já está acontecendo, mas não poderia, porque a própria portaria diz que isso só aconteceria a partir de 2019.

Essa portaria visava a extinção dos programas de AIDS, principalmente dos programas municipais. Fica a critério do gestor local implementar esse tipo de política. Nós sabemos que, na base, a questão do enfrentamento da política à AIDS não é um grande problema de saúde pública. Quem for ao Estado de São Paulo, de onde venho, principalmente no verão, quando ocorre dengue, *chikungunya*, vai ver que essas doenças têm maior prioridade, e é para elas que os recursos são realocados.

Não há movimentos sociais em todo o Brasil, para fazer essa discussão dentro dos conselhos de saúde, a fim de se implementarem esses recursos.

Então, para mantermos esse enfrentamento e termos um resultado eficaz, é fundamental rever essa portaria. A Deputada Erika Kokay apresentou o PDC 885 nesta Comissão. Falta, Deputado Odorico, a designação de um Relator. O Presidente ainda não designou um Relator. Esse PDC foi apresentado no começo do ano, ou seja, há 10 meses, e o Relator ainda não foi designado.

Acho que precisamos ampliar a discussão sobre essa portaria e rever algumas questões em relação a ela. Isso impacta diretamente no financiamento das organizações não governamentais, que têm um papel importante no enfrentamento dessa epidemia, porque consegue atingir algumas populações vulneráveis, cujos serviços de saúde não





conseguem acessá-las. As organizações não governamentais fazem essa parceria junto com os serviços de saúde, facilitando esse acesso e ajudando no enfrentamento a essa epidemia.

O Gerson citou um exemplo sobre as Casas de Apoio. As Casas de Apoio vêm dessa política de incentivo. A única Casa de Apoio mantida pelo Governo é a de Santos, se não me engano. As outras são todas mantidas por organizações não governamentais. Quem vai atender, quem vai acolher essas pessoas, cuja vulnerabilidade social é alta, garantindo-lhes subsistência e lhes dando um tratamento de acordo?

Então, é fundamental que essa portaria seja revista, com critérios, com um olhar voltado à qualidade, como ocorre com algumas políticas, como a política de AIDS, que vem tendo resultados, mas pode haver retrocesso.

Conseguimos fazer essa negociação para que, em 2019, esse recurso seja carimbado, mas vai ser muito difícil fazê-la todos os anos, ainda mais com a renovação do Governo, que está para vir. Temos muito medo do retrocesso, principalmente na base. Temos que olhar a base. Estamos com um olhar voltado para o federal. A resposta tem se dado na base, e é ali que está a preocupação com o enfrentamento dessa epidemia.

Há Municípios que recebem 75 mil reais por ano. O recurso não é grande coisa. Por isso é de fundamental importância manter essa discussão política sobre a AIDS dentro desse Município. E a política de incentivo também tem o caráter de manter essa discussão sobre a AIDS.

Puxamos essa discussão no sentido de se fazer uma revisão dessa portaria.

Obrigado. *(Palmas.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Rodrigo.

Como regra, não costumamos abrir a palavra para a audiência, mas, se alguém quiser falar, podemos abrir uma exceção.

Temos aqui uma pergunta do e-Democracia. Aproveito para saudar todos os nossos internautas.

Andresa Porto pergunta: *"Qual a importância da manutenção dentro da política do repasse para as ONGs que atuam com AIDS?"*

Isso é um pouco do que o Rodrigo abordou. Mas fica a pergunta para o Gerson, para o Nereu e para as próprias entidades e movimentos essa questão.

Alguém gostaria de fazer alguma intervenção rápida ou pergunta? *(Pausa.)*



Tem a palavra o nosso epidemiologista da área, o Prof. Ivo Brito.

**O SR. IVO BRITO** - Presidente, quero parabenizá-lo pela iniciativa de colocar esse tema em debate nesta Comissão.

Acho que esta Comissão tem um histórico na construção do Sistema Único de Saúde. A primeira conferência de seguridade social, realizada no fim dos anos 70, início dos anos 80, deu o pontapé inicial para a conformação do Sistema Único de Saúde no País. Foi dentro desta Comissão, eu diria, que se discutiu politicamente os pilares do Sistema Único de Saúde e se deu início àquilo que constituiu esse sistema nos anos subsequentes, sobretudo em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde. A Constituição de 1988 marcou decisivamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Então, primeiro, quero destacar a importância desta Comissão e resgatar seu papel histórico. Obviamente, ela é muito importante para o debate atual, sobretudo no que diz respeito ao financiamento do sistema de saúde.

Faço apenas uma ressalva: a portaria em discussão trata de parte do que nós entendemos ser o financiamento do Sistema Único de Saúde. Ela trata especificamente do aspecto que diz respeito à transferência de recursos federais para Estados e Municípios. Estados e Municípios também aportam recursos para ações de vigilância e ações de saúde. É bom que fique claro que estamos tratando de uma parcela muito pequena do financiamento da área da saúde. A transferência de recursos do nível federal para os níveis estadual e municipal é o objeto desta portaria. É bom que isso fique claro.

E ela traz uma mudança decisiva: flexibiliza os recursos, para que o gestor local possa ter condições de operar dentro desse sistema. O marco regulatório, no que diz respeito ao orçamento, engessa as ações do sistema de saúde. Então, essa portaria dá o ponto inicial, mas não conclui a questão.

É bom que isso fique claro. O Nereu colocou isso, o Rodrigo colocou isso.

Nós devemos rediscutir o assunto, porque essa discussão não está esgotada, ou seja, não está acabada. E nós precisamos olhar para o futuro e decidir como vamos tratar a questão do financiamento no que diz respeito ao seu aspecto global e no que diz respeito à sustentabilidade do SUS.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Eu lhe pediria que se identificasse, porque estamos gravando a reunião.



**O SR. IVO BRITO** - Eu me chamo Ivo Brito e sou assessor técnico do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado.

Mais alguém gostaria de usar a palavra? Peço que se identifiquem, por favor.  
(Pausa.)

**A SRA. NATHÁLIA VASCONCELLOS** - Eu sou Nathália Vasconcellos e estou aqui representando a Rede Trans, a Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil.

Eu gostaria de fazer uma pergunta para o Gerson Fernando, do Ministério da Saúde: como o Departamento de HIV/AIDS tem conversado com a equipe de transição do novo Governo, tendo em vista que o Governo Federal promete acabar com o tratamento antirretroviral para pessoas vivendo com o HIV e tem prometido atacar diretamente as políticas de combate e prevenção de HIV/AIDS? Como esse departamento tem conversado, se tem conversado, com a equipe de transição do novo Governo no sentido de defender essa causa das pessoas vivendo com o HIV?

**O SR. GERSON FERNANDO MENDES PEREIRA** - Eu gostaria de lembrar que comecei a trabalhar no Ministério da Saúde aos 17 anos, há 34 anos. E, ao longo desse período, não vi nenhuma mudança significativa nas ações do programa de AIDS.

Nós temos passado à equipe de transição as principais informações. Colocamos nos nossos relatórios de gestão e nos nossos relatórios de transição os principais problemas que temos, as nossas prioridades e todas essas questões. Então, imaginem se não vamos continuar a testar e a tratar as pessoas! Imaginem se não vamos continuar a trabalhar a prevenção combinada! Todas essas questões foram colocadas como prioritárias em todos os relatórios encaminhados ao Governo de transição.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Mais alguém da plateia gostaria de se manifestar? (Pausa.)

Então, vamos imediatamente passar a palavra à Mesa.

Há uma pergunta feita por meio do E-democracia que diz respeito especificamente ao repasse de recursos dos entes da Federação — União, Estados e Municípios — para as ONGs que atuam no setor. Isso foi abordado tanto pela Deniz quanto pelo João e pelo Rodrigo, quando trataram da questão de apoio e suporte.

Eu entendo que, nessa cunha que o Estado brasileiro abriu para o controle e a participação social, talvez a protagonista do processo tenha sido a área de DST e AIDS. A



organização dos movimentos sociais, a mobilização de intelectuais, a mobilização de artistas, a mobilização de entidades importantes e o próprio construir do SUS, ao longo de um processo histórico, como um sistema universal e generoso, que tem na sua natureza o controle social, foram fundamentais para que o Estado brasileiro tivesse capacidade de dialogar com a sociedade e fosse sensível a esse diálogo.

Durante muitos anos, a área de AIDS ocupou quase todo um andar no Ministério da Saúde. Ela ficava na sobreloja, num espaço grande. Acompanhei muito o trabalho da Profa. Lair Guerra de Macedo. Aquele local se tornou um espaço importante para que o Brasil passasse a ser uma referência internacional no controle da epidemia. O trabalho não só do Estado, mas também da sociedade, já que houve uma importante abertura para os movimentos sociais, viabilizou isso. E, aos poucos, essa política pública foi se internalizando na estrutura das Secretarias Municipais de Saúde, na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde.

A grande preocupação que foi colocada aqui refere-se à unificação dos fundos: ela ameaça ou não ameaça a continuidade dessa política? Essa é uma questão.

Por outro lado, estamos vivendo um momento de restrição orçamentária progressiva, e é importante termos clareza em relação a isso. Nós estamos falando de uma emenda à Constituição, votada nesta Casa e no Congresso, que congela por 20 anos os recursos destinados à saúde. Isso é uma ameaça concreta a essas políticas, que são complexas?

Outra preocupação que foi colocada aqui refere-se à adoção de uma política conservadora, porque agora estamos enfrentando um debate ligado a toda essa questão de valores e costumes. Isso terá influência sobre as políticas de AIDS?

Então, um grande dever de casa desta Comissão é acompanhar o que vai acontecer.

Na minha gestão na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, nós incluímos o nome social no Cartão Nacional de Saúde. Como sou um dos que articularam essa política, um dia apresentarei um requerimento para avaliá-la.

Há uma bancada aqui que, se ouvir falar de algum requerimento que envolva temas como DST/AIDS, população LGBT e outros, já se coloca contra, *a priori*. Nós estamos enfrentando essa situação agora, neste momento. Isso é algo que envolve uma disputa de valores. Nós estamos vivendo um momento novo na sociedade brasileira no qual a



disputa de políticas públicas sociais se cruza com a disputa de valores, havendo forte tensionamento. Isso faz parte do nosso dia a dia aqui, e envolve temas que vão desde a escola sem partido até a atenção integral à saúde da população, em todos os sentidos.

Essa é uma preocupação que foi colocada aqui, pelo que estou entendendo. Então, eu gostaria que fosse mencionada nas considerações finais.

Concedo a palavra, por 2 minutos, a cada um dos convidados, para então fazermos os encaminhamentos e concluirmos a reunião.

**O SR. GERSON FERNANDO MENDES PEREIRA** - Eu acho interessante V.Exa. lembrar a sobreloja da Lair, que foi minha professora e veio do Piauí. E, para quem não sabe, a Lair era evangélica. E ela conseguia trabalhar, naquela época, com os grupos gays, com todas essas pessoas.

E aí se construiu uma política importante no programa de AIDS, que foi um dos primeiros programas que aportou toda a *expertise* da sociedade civil no sentido de construir uma resposta muito bem articulada. Mantivemos isso ao longo de 30 anos, que foram comemorados semana passada.

Sabemos que, sem o apoio das ONGs, não conseguiríamos chegar a algumas áreas e a algumas populações vulneráveis. Cito um exemplo muito interessante. A meta da UNAIDS é diagnosticar 90% dos casos esperados, e, para isso, nós precisamos chegar às populações vulneráveis. Estamos trabalhando muito com a sociedade civil, lançando editais, principalmente com a proposta do Viva Melhor Sabendo. É preciso chegar às populações-chave, como eu falei. Temos uma prevalência na população em geral de 0,4%, mas, na população vulnerável, nós temos 5% em mulher profissional do sexo, 18% em homens que fazem sexo com homens e mais de 30% em travestis e transexuais. Então, precisamos chegar a essa população, e os trabalhos com as ONGs ligadas a isso são importantes. Estamos sempre lançando esses editais para que possamos acessar o País como um todo.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado.

Concedo a palavra ao Nereu.

**O SR. NEREU HENRIQUE MANSANO** - A primeira coisa que eu queria comentar, principalmente a partir dos depoimentos do João Elias e da Deniz Catarina, é que eu acredito que o mais importante neste momento é a organização da rede de atenção. HIV/AIDS é uma condição crônica, exige a continuidade do cuidado. Se continuarmos no



modelo centrado no atendimento das condições agudas, que é o nosso grande desafio, vamos continuar com problemas em toda e qualquer doença ou agravo que exija a continuidade do cuidado, e isso não é diferente em relação ao HIV/AIDS, tuberculose. Muitas vezes as pessoas esquecem que hoje tuberculose, hanseníase e HIV/AIDS são condições crônicas. Esse é o nosso grande desafio, que implica a resolução dos problemas de acesso ao tratamento de doenças oportunistas, a adoção de cuidados adequados e o atendimento precoce às pessoas que vivem com HIV/AIDS, quando necessário o atendimento especializado. É preciso ter toda uma organização da rede, para dar uma atenção adequada a essas pessoas, garantindo a continuidade do cuidado.

O João Elias, a Deniz Catarina, o Rodrigo, a colega da Rede Trans e o autor da pergunta que chegou ao Plenário pela Internet mencionaram a questão dos movimentos sociais, do financiamento dos movimentos sociais. Essa é uma dificuldade que já existia anteriormente, mesmo com os incentivos específicos, por causa da legislação e da necessidade de prestar contas aos órgãos de controle.

Nós temos, então, outro desafio, e acho que esta Casa é o lugar ideal para viabilizarmos, de uma forma mais ágil, a questão das exigências, a questão do financiamento dos movimentos sociais. Isso realmente vem sendo uma dificuldade, não só para os movimentos sociais, mas também para os gestores que reconhecem a importância desses movimentos. Eles tentam viabilizar o financiamento, mas encontram uma grande dificuldade por causa de várias exigências da legislação. Muitas vezes essas entidades têm dificuldade de prestar contas. Realmente, esse é um grande desafio, que nós temos que enfrentar.

Para finalizar, em relação à colocação do Rodrigo de que a Portaria nº 3.992 já estaria causando um impacto, eu gostaria de informar que a Portaria nº 3.992 só altera o fluxo de caixa; a vinculação orçamentária permanece a mesma, não muda. Pode ter sido observado em alguns programas municipais algum problema de discernimento. Nós temos mais de 5 mil Municípios, e pode ser que ocorra problema de entendimento, principalmente nesse período de adaptação. Muitas vezes, devido à visão local da gestão, pode ocorrer algum problema de entendimento, pode não haver entendimento do que está realmente escrito na Portaria nº 3.992. Eu gostaria de deixar claro que o CONASS se posiciona contrariamente a esse projeto de decreto legislativo, citado aqui pelo Rodrigo, que revoga a portaria. O que tem sido observado é o contrário. Há um impacto



extremamente positivo, possibilitando uma melhor flexibilidade na gestão. Os dados preliminares aqui apresentados de 2018 já comprovam, do ponto de vista de resultados, como nós temos uma diminuição dos casos de AIDS, como nós temos uma diminuição das pessoas que estão chegando a manifestar qualquer deficiência imunológica e uma diminuição de mortalidade — isso continua em 2018 —, que, já em 1 ano de portaria publicada, não houve qualquer impacto em relação ao Programa Nacional de DST/AIDS.

No entanto, reforço o que foi colocado aqui pelo Deputado Odorico Monteiro. Preocupa-nos, sim, o que estabelece a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, e a restrição geral para o orçamento do SUS que nós temos vislumbrado para os próximos anos.

Obrigado e me desculpe por ter passado meu tempo.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Sr. Nereu.

Concedo a palavra à Sra. Deniz para fazer as suas considerações finais.

**A SRA. DENIZ CATARINA LOPES AGUIAR ARAÚJO** - Quero agradecer a atenção de todos e dizer que precisamos nós da sociedade de um pouquinho mais atenção do SUS, do Ministério. Todas as classes, tanto LGBT quanto nós mulheres, quanto os homens, todos precisamos de atenção.

Deixei de enfatizar algo também importante: que vocês estejam de olho e nos deem uma força na lipodistrofia! Trata-se de um caso que atinge muitas mulheres. Elas são vaidosas. Nós temos caso em que pessoa já não quer mais nem sair na rua porque não consegue. Nós temos verba para ser trabalhada e, infelizmente, isso está ficando a desejar. Hoje vim cobrar e quero vir aqui também agradecer. Precisamos disso. Nós da sociedade civil precisamos ser atendidas. A verba está aí, só precisamos também saber como é que ela vai ser distribuída verdadeiramente, porque não temos visto essa verba chegar até onde é preciso. Então nós estamos aqui para debater esse assunto.

Agradeço em nome do MNCP — Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas e do nosso querido e amado Grupo Arco-Íris.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Sra. Deniz.

Passo a palavra ao Sr. Elias.

**O SR. JOÃO ELIAS LIMA ARAÚJO** - Nós da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS e do Grupo Arco-Íris agradecemos este espaço de debate. Reforçamos a



nossa reivindicação. Nós da sociedade civil e movimento social precisamos de uma atenção maior tanto do Ministério da Saúde quanto do Governo do Distrito Federal.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Obrigado, Sr. Elias.

Concedo a palavra ao Sr. Rodrigo para que faça suas considerações finais.

**O SR. RODRIGO PINHEIRO** - Obrigado, Deputado Odorico.

Bom, Nereu, vamos ficar na nossa discordância. *(Risos.)*

Os dados que o Gerson apresentou são de 2017. Então, estava em vigor ainda a política. A política foi publicada no final de 2017 para ser aplicada a partir de 2019, na construção do orçamento deste ano para o ano que vem. Ela não entrava em vigor. O que foi pactuado de 2017 para 2018 deveria ser respeitado.

Então, neste ano ainda de 2018, o impacto que o Gerson está mencionando ainda é referente à questão da política. A negociação que se manteve de 2018 para 2019 ainda continuou com esse carimbo. A portaria continua ocasionando impacto para o ano de 2018. O impacto dessa redução ainda é em virtude da portaria antiga, da política de incentivo que haveria. Isso está descrito na portaria, e estamos acompanhando bem essa questão.

O impacto dessa flexibilização vai começar a ser sentido a partir de 2019. Neste ano, começaremos a sentir o impacto, quando o gestor começar a avaliar a importância da AIDS ainda como um problema de saúde pública e conseguir manter essa resposta que começa a dar algum resultado, principalmente nessa questão da redução do número de casos de AIDS e na questão da mortalidade.

Nós continuamos muito preocupados. Não sentimos ainda o impacto da Portaria nº 3.992, de 2017, na questão da flexibilização. Esse resultado ainda é muito fortemente em virtude da política de incentivo.

Deputado Odorico, penso que nós poderíamos fazer alguns encaminhamentos aqui na Comissão. Um deles seria estimular a discussão. Não podemos nos furtar dessa discussão. Apesar de o CONASS se declarar contra o Projeto de Decreto Legislativo nº 885, de 2018, apresentado pela Deputada Erika Kokay a esta Comissão, é preciso designar um Relator, e realizarmos discussões sobre essa matéria nesta Casa. Não podemos nos furtar dessa discussão. Ainda vivemos num processo democrático. Também





temos que encaminhar essas sugestões da Comissão ao Ministério da Saúde, para fazer uma rediscussão dessa portaria.

Esta audiência está sendo importante, mas também temos que sair daqui com alguns encaminhamentos para dar continuidade a esse tipo de discussão.

Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Não sei se o Sr. Nereu quer fazer algum esclarecimento.

Nós podemos usar a réplica e a tréplica aqui.

**O SR. NEREU HENRIQUE MANSANO** - Eu quero só esclarecer que a Portaria nº 3.992 só fala em relação à conta, deixando claro que tem que se seguir a programação orçamentária dali para a frente. Ela não estabelece esse limite só para 2018. Há um equívoco de interpretação aqui.

A vinculação ao Orçamento se mantém daqui para a frente. O que ela faz — e isso já aconteceu em 2018 — é somente a flexibilização das contas, só o melhoramento do fluxo de caixa. A necessidade da vinculação à programação orçamentária se mantém daqui para a frente.

A proposta original do Saúde Mais Dez era somente de dois blocos. Porém, o que a Portaria nº 3.992 trouxe foi somente uma melhoria do fluxo financeiro. A vinculação orçamentária se mantém da mesma forma como era antes. É nesse ponto que há uma divergência de entendimento em relação ao que traz realmente a Portaria nº 3.992.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Então, esse é o esclarecimento do Sr. Nereu. Também está registrado que a atividade do controle social é no sentido de fazer o acompanhamento orçamentário. Evidentemente, nós temos que entender que o Executivo e o Legislativo são Poderes distintos da República. *(Risos.)*

Podemos usar a mão na questão desses decretos legislativos.

Fica aqui registrada a sugestão do Sr. Rodrigo no sentido de que a Comissão escolha o Relator do PDC 885/2018, de autoria da Deputada Erika Kokay, bem como fica registrado o dever de casa do movimento social e do controle social de, nos espaços dos Conselhos Municipais de Saúde, dos Conselhos Estaduais de Saúde, fazer o acompanhamento orçamentário. Eu acho que os números são razoáveis. A redução da mortalidade, para nós, é algo extremamente importante. Então não podemos desprezar isso. Temos uma grande preocupação, porque houve um período realmente em que a



taxa de mortalidade se estabilizou; não se conseguia a queda dessa taxa, e passamos a tê-la a partir de 2017, ou melhor, a partir de 2014.

**O SR. GERSON FERNANDO MENDES PEREIRA** - De 2014 para diante; e estou dizendo que aquele dado de mortalidade é um dado de 2017. Hoje, com certeza, há um aumento maior do que aqueles dezesseis mencionados.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PSB - CE) - Exatamente. Essas questões são importantes, e cabe a nós reconhecer que temos a nossa vigilância permanente. Houve vários debates nesta Casa. De 2015 para cá, temos feito intensos debates sobre isso.

A questão da tripartite mostra sempre uma área cinzenta entre o que é tarefa do Conselho Nacional de Saúde e o que é da tripartite. Evidentemente, desde 1994, nós debatemos e discutimos isso, quando já se estava desenhando o SUS, as primeiras portarias.

O que o Sr. Rodrigo está colocando é que esse debate tem que ser feito no Conselho Nacional de Saúde. Então, fica registrado também o desafio para que esse debate seja feito no Conselho.

Acima de tudo, considero que nós temos que estar preocupados com a questão do desfinanciamento crônico do sistema, que pode sofrer picos agudos daqui para frente, e ficarmos vigilantes no tocante a essa questão que o Sr. Nereu comentou, ou seja, que o recurso repassado tenha a sua execução orçamentária programática na questão da AIDS. Esse é o assunto mais sério que nós retiramos deste debate aqui, e evidentemente vamos levar ao nosso Presidente Juscelino Filho essa preocupação de que seja escolhido o Relator desse decreto, para que ele ganhe corpo no debate na Casa. Está claro?

Vamos, então, encerrar.

Agradeço às senhoras convidadas, aos senhores convidados e demais pessoas presentes a esta audiência. Saúdo os nossos internautas que acompanharam esta sessão em e-Democracia.

Nada mais havendo a tratar, encerro a presente reunião, antes convocando reunião deliberativa extraordinária para esta terça-feira, 4 de dezembro de 2018, às 14 horas, neste Plenário 7, a fim de apreciarmos os itens da pauta.

Declaro encerrada esta reunião.

Obrigado. (*Palmas.*)