

ATA DA 86ª REUNIÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE DST E AIDS

1

2 **10 de julho de 2007**

3 Hotel Blue Tree Park

4 Setor de Hotéis e Turismo Norte, Trecho 1, Conjunto 1B, Bloco C

5 Centro de Convenções

6 Brasília, Distrito Federal

7

8

9 Estiveram presentes os seguintes membros: **Mariângela Batista Galvão Simão** (Diretora
10 do Programa Nacional de DST/Aids), **Alexandre Gouveia Martins** (Secretário Executivo
11 da Comissão Nacional de DST e AIDS), **Ana Maria de Oliveira** (Conselho Federal de
12 Medicina - CFM), **Carlos Alberto Sá Marques** (Sociedade Brasileira de Doenças
13 Sexualmente Transmissíveis – SBDST), **Carmem Lúcia de Souza Paz** (Núcleo de Estudos
14 da Prostituição - NEP – ONG representando a Região Sul), **Euclides Ayres Castilho**
15 (Universidade de São Paulo - USP), **Francisco Rodrigues dos Santos** (Grupo de Apoio e
16 Prevenção a Aids do Pará - GAPA/PA – ONG representando a Região Norte), **Hélia Mara**
17 **de Deus** (Casa Servo de Deus – Guarapari – Espírito Santo - ONG Representando a Região
18 Sudeste), **Izelda Maria Carvalho Costa** (Sociedade Brasileira de Dermatologia), **Jorge**
19 **Andrade Pinto** (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG), **Léo Mendes Pereira**
20 **Filho** (Associação de Gays, Lésbicas e Transgêneros – AGLT - ONG representando a
21 Região Centro-Oeste), **Marcelo Ivo Silva de Lima** (Secretaria Nacional Anti-Drogas -
22 SENAD), **Marcelo Nascimento** (Grupo Gay de Alagoas – ONG representando a Região
23 Nordeste), **Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário** (Comissão Nacional de Gestores do
24 Programa de HIV/Aids e Outras DST - COGE), **Maria de Fátima Alencar Fernandes**
25 **D’Assunção** (Ministério do Trabalho e Emprego - MTE), **Maria de Fátima Sampaio**
26 **Gadelha** (Fundação Hemocentro de Pernambuco), **Maria Lucila Magno** (Grupo de
27 Educação, Prevenção e Apoio de Sorocaba – GEPASO - ONG representando a Região
28 Sudeste), **Mariza Gonçalves Morgado** (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ), **Moysés**
29 **Longuinho Toniolo de Souza** (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids –
30 Núcleo Bahia – RNP - ONG representando a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com
31 HIV/Aids), **Nereu Henrique Mansano** (Conselho Nacional de Secretários de Saúde -
32 CONASS), **Oswaldo Braga Júnior** (Movimento Gay de Minas Gerais – ONG
33 representando a Região Sudeste), **Paulo César Bernardes** (Central Única dos
34 Trabalhadores - CUT), **Silvia Cristina Viana Silva Lima** (Comissão Nacional de Gestores
35 do Programa de HIV/Aids e Outras DST - COGE), **Tânia Mara Vieira Sampaio**
36 (Conselho Nacional das Igrejas Cristãs no Brasil – CONIC) e **Wendell Alencar de**
37 **Oliveira** (Fórum de ONG/Aids do Maranhão - ONG representando a Região Nordeste).

38

39 Convidados/Integrantes do PN-DST/Aids: **Ângela Donini** (Unidade de Prevenção – PN-
40 DST/Aids), **Bruna Yara** (Diretoria – PN-DST/Aids), **Dulce Ferraz** (unidade de Prevenção
41 – PN-DST/Aids), **Eduardo Barbosa** (Diretor Adjunto do PN-DST/Aids), **Karen Bruck**
42 (SCDH – PN-DST/Aids), **Marcelo Barbosa** (UDST – PN-DST/Aids), **Maria Alice**

43 **Liparelli** (Assessoria de Planejamento) e **Sérgio D'Ávila** (Assessoria de Planejamento –
44 PN-DST/Aids).

45

46 Justificaram a ausência: **Dirceu Bartolomeu Greco, Elza Berquó, Gustavo Adolfo Siera**
47 **Romero, Ione Maria Fonseca Melo, José Carlos Gomes Sardinha, Kenneth Rochel**
48 **Camargo, Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes, Maria Cristina Abbate, Maria Inês**
49 **Costa Dourado, Murilo Alves Moreira, Tereza Maciel Lyra e Vera Silvia Facciola**
50 **Paiva.**

51

52 Não se manifestaram: **José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

53

54

Pauta da Reunião

55

56 **08:00 Verificação de Quórum, Abertura**

57

Informes do PN-DST/Aids

58

Dra. Mariângela Batista Galvão Simão

59

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

60

61

Informes Gerais

62

Membros da Comissão Nacional de DST e Aids

63

64

10:00 Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) no
65 **Brasil**

66

Dulce Ferraz

67

Assessora Técnica da Unidade de Prevenção

68

69

10:30 Plenária

70

71

11:00 Vacina HPV – Parecer do Grupo de Trabalho

72

Marcelo Barbosa

73

Assessor Técnico da Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis

74

75

11:30 Plenária

76

77

12:00 Intervalo para almoço

78

79

14:00 Aprovação da Ata da 85ª Reunião da Comissão Nacional de DST e Aids

80

81

14:30 Aprovação do Regimento Interno da Comissão Nacional de DST e Aids

82

Sérgio D'Ávila

83

Assessoria de Planejamento

84

85

86

15:30 AIDS SUS – Situação Atual para Renovação do Acordo de Empréstimo

87

Karen Bruck



- 88 **Maria Alice Liparelli**
 89 Membros do Grupo de Trabalho AIDS SUS
 90
 91 **16:00 Plenária**
 92
 93 **16:30 Apresentação do “Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de**
 94 **Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis entre gays, outros**
 95 **homens que fazem sexo com homens e travestis”**
 96 **Karen Bruck**
 97 Sociedade Civil e Direitos Humanos – SCDH – PN-DST/Aids
 98
 99 **17:00 Plenária**
 100 **17:30 Encerramento**
 101
 102 **Plenária da Manhã**
 103 08:00-12:30
 104
 105 Início da reunião. **Mariângela Batista Galvão Simão** fez os *Informes do PN-DST/Aids*.
 106 Inicialmente, informou que o Brasil havia recebido, de 28 de maio a 1º de junho, a Missão
 107 do Banco Mundial, para prestação de contas com relação ao AIDS III, e que, com base nas
 108 discussões feitas com os técnicos do Banco, haviam sido feitas modificações na Proposta
 109 do Novo Acordo do Empréstimo. Informou que a II Amostra de Saúde e Prevenção nas
 110 Escolas havia ocorrido de 1 a 3 de junho, em Brasília, com a participação de cerca de 700
 111 pessoas, entre estudantes, professores e profissionais de saúde, e que os anais deveriam ser
 112 publicados em agosto. Informou, então, que havia sido colocada em consulta pública, no
 113 dia 28 de junho, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST
 114 entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis, que seria ponto de pauta na
 115 parte da tarde. Solicitou que todos os atores da resposta nacional fizessem contribuições ao
 116 Plano, porque, até o momento, apenas a sociedade civil havia contribuído. Em seguida,
 117 informou que a Princesa Anne, da Inglaterra, estaria, no dia posterior, em Brasília, e faria
 118 uma visita a uma ONG que trabalha com crianças com aids. Disse, então, que ocorreria, de
 119 11 a 13 de julho, também em Brasília, o Seminário Brasil França, cujo tema seria
 120 “Discriminação e Direitos Humanos em HIV/aids”. Comunicou que, de 25 a 27 de junho,
 121 houve a reunião da Junta de Coordenação do UNAIDS, na qual foram discutidos vários
 122 assuntos polêmicos, entre eles uma solicitação para que as 5 ONG que a compõem, que
 123 representam 5 regiões do mundo, passassem a ter voz e voto e não apenas voz durante as
 124 reuniões. Apontou que em nenhum plenário da ONU as ONG tinham direito a voto, que o
 125 Brasil havia apoiado, juntamente com El Salvador, a proposta e que ficara decidido apenas
 126 que a decisão seria remetida para a próxima reunião. Disse que outra polêmica girou em
 127 torno de uma nota técnica interna da ONU sobre aids e prostituição em que um dos itens
 128 falava em trabalho decente e trabalhos alternativos. Afirmou que o Brasil solicitou que o
 129 documento fosse retirado de discussão para reavaliação e que o debate foi bastante
 130 demorado, com a argumentação de que se tratava de um termo utilizado pela Organização
 131 Internacional do Trabalho – OIT, referindo-se ao trabalho com condições ideais, com
 132 respeito aos direitos humanos etc. Salientou que, entretanto, o termo descontextualizado e



133 colocado num contexto complexo como o da prostituição ficava com uma conotação moral.
134 Disse que, como resultado dessa polêmica, o documento seria revisado. **Maria de Fátima**
135 **Alencar Fernandes D'Assunção** observou que a melhor tradução para o termo que estava
136 comumente sendo usado era “trabalho seguro”, significando uma ocupação na qual eram
137 respeitadas condições de segurança, saúde e de proteção trabalhista como um todo.
138 **Mariângela Batista Galvão Simão** informou que tinha havido o desembarque do primeiro
139 lote do Efavirenz adquirido pelo UNICEF e que a expectativa era de que, na próxima
140 semana, chegassem os lotes comprados pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS,
141 de modo que se estava plenamente dentro dos prazos para garantir o abastecimento de
142 Efavirenz para todos os pacientes. Informou que, na semana anterior, havia sido firmado
143 um novo acordo com a Abbott sobre o Kaletra, o qual seria oferecido pelo preço de US\$
144 1.000 por paciente/ano, reduzido unilateralmente pela Roche, que cobrava US\$ 1.300 por
145 paciente/ano. Disse que isso significava, além da economia de recursos, a introdução do
146 Kaletra em comprimidos ainda em 2007. Esclareceu que a Merck era a única fabricante do
147 Efavirenz solução oral no mundo e que não representava nenhum retrocesso a compra desse
148 medicamento, como a havia tentado caracterizar capciosamente a Revista Veja, haja vista
149 que a discussão sobre a quebra de sua patente, dada a impossibilidade, jamais havia sido
150 objeto de discussão. Informou que houve, em 19 de junho, em Brasília, o Seminário
151 Nacional de Adesão, quando foram lançadas as diretrizes nacionais para fortalecer as ações
152 de adesão ao tratamento na rede pública de saúde. Relatou que estiveram presentes ao
153 Seminário representantes de gestores, movimentos sociais, universidades, pessoas vivendo
154 com HIV/aids, e que, como desdobramento desse Seminário, já estavam previstos
155 encontros regionais para discutir o tema no Maranhão, Distrito Federal e Rio de Janeiro.
156 Disse que, nessa mesma ocasião, foi lançado o Prêmio Nacional de Adesão, para selecionar
157 e premiar experiências inovadoras realizadas em 2006 e 2007, julgadas em duas categorias:
158 serviços de saúde e organizações não governamentais. **Wendell Alencar de Oliveira** disse
159 que o Tratamento Fora do Domicílio – TFD não estava sendo garantido e estava
160 comprometendo a adesão das pessoas que fazem uso de medicamentos anti-retrovirais.
161 Comentou que o TFD contribuía, por vezes, com a própria falta do medicamento, porque,
162 como alguns municípios garantem o TFD apenas algumas vezes por ano, o paciente era
163 obrigado a fazer estoque de medicamentos, o que acabava prejudicando o tratamento de
164 outros. Perguntou se poderia ser buscada uma solução para o assunto e sugeriu que a
165 CNAIDS fizesse uma recomendação ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de
166 Saúde – CONASEMS sobre o fato de o TFD estar atrapalhando a adesão ao tratamento
167 anti-retroviral. **Silvia Cristina Viana Silva Lima** disse que, no Nordeste, os coordenadores
168 estavam pautando com os secretários de saúde a necessidade de rever essa burocratização
169 do atendimento. **Mariângela Batista Galvão Simão** informou que, em junho, a Roche
170 havia notificado globalmente as autoridades sanitárias sobre o recolhimento do Nelfinavir,
171 produzido na Suíça, por terem sido detectados níveis mais altos de ácido etil éster
172 metanossulfônico na matéria prima do medicamento. Comentou que pouco se conhecia
173 sobre a ação desse componente em humanos, mas que, em cobaias, ele era oncogênico.
174 Informou que a Agência Européia para Avaliação de Produtos Médicos – EMEA havia
175 determinado que houvesse estudos com humanos e que os resultados, acompanhados pela
176 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, deveriam estar prontos apenas no
177 final do ano. Apontou que os lotes com maior contaminação não haviam sido distribuídos
178 no Brasil, apenas lotes com concentração menor. Apontou que, além disso, a EMEA havia



179 determinado que a Roche fizesse o registro dos pacientes expostos ao medicamento, além
180 da reparação de eventuais danos que possam ter ocorrido. Ressaltou que o PN-DST/Aids
181 não podia passar a Roche o nome dos pacientes brasileiros expostos ao tratamento e que
182 estava discutindo com o Conselho Federal de Medicina – CFM, a Comissão Nacional de
183 Ética em Pesquisa – CONEP e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e
184 Obstetrícia – FEBRASGO para definir qual seria o protocolo de acompanhamento desses
185 pacientes e, em seguida, o repasse das informações para o registro que a Roche terá de
186 fazer. Saliu que era provável que se trabalhasse por meio do consentimento informado
187 do paciente. Ponderou que havia alternativas seguras de substituição do Nelfinavir e que o
188 Comitê Assessor do Consenso Brasileiro de Terapia Anti-Retroviral se reuniria em agosto
189 para, entre outras coisas, definir se o medicamento permaneceria ou não no rol dos
190 distribuídos aos pacientes brasileiros. **Moysés Toniolo** disse que lhe preocupava bastante a
191 abertura de dados de prontuários de pacientes para a Roche e que, portanto, seria
192 imprescindível que a RNP fosse, no mínimo, informada sobre tudo o que estava ocorrendo
193 nessas reuniões com o CFM, o CONEP e a FEBRASGO, ou que, se possível, houvesse a
194 participação de pelo menos um representante da RNP nessas reuniões. Disse ainda que,
195 logo após a reunião do Comitê Assessor de Terapia Anti-Retroviral, gostaria de saber se o
196 Nelfinavir permaneceria fazendo parte do rol dos medicamentos distribuídos no Brasil.
197 Solicitou que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não se tornasse, como em
198 algumas outras situações, uma escusa para o Laboratório usar como bem entendesse os
199 dados dos pacientes. **Mariângela Batista Galvão Simão** disse que não havia a menor
200 condição de que informações das pessoas vivendo com HIV/aids fossem repassadas aos
201 laboratórios, a não ser com o consentimento, mas que, por outro lado, participar da pesquisa
202 era uma garantia à pessoa vivendo com HIV/aids de, caso quisesse acionar judicialmente a
203 Roche, poder fazê-lo. Esclareceu que, com relação à participação de um representante da
204 RNP nas reuniões, elas não estavam ocorrendo com uma agenda muito predefinida e que,
205 portanto, seria difícil contar com essa participação, mas que os resultados das reuniões
206 seriam sempre atualizados para a RNP e demais atores. Comentou que haveria um trabalho
207 muito intenso para os gestores de saúde, porque a Roche havia solicitado não somente o
208 registro de todos os pacientes que estavam usando o medicamento naquele momento como
209 também de todas as mulheres e crianças que o utilizaram desde 1998. **Oswaldo Braga**
210 perguntou se, já que estavam pedindo a lista desde 1998, o problema era mais antigo.
211 **Mariângela Batista Galvão Simão** respondeu que a Roche não havia divulgado porque
212 estavam sendo solicitadas essas informações mais antigas, mas que pedia o cuidado de não
213 criar pânico nas pessoas porque as informações eram ainda muito vagas. Comentou que a
214 expectativa era de que, até o final da semana, houvesse novas informações, as quais teriam
215 a mais ampla divulgação por parte do PN-DST/Aids. Comentou que outra situação
216 preocupante, mas ainda sob controle, era a do Amprenavir, porque o fabricante, a GSK,
217 havia assinado apenas no dia anterior o contrato para fornecimento, o qual se iniciaria
218 apenas no final do mês. Disse que o PN-DST/Aids estava realizando um levantamento nos
219 estados para avaliar a necessidade de remanejamento ou de fracionamento. Informou que
220 não havia problemas de abastecimento com relação a insumos de laboratório, carga viral,
221 CD4, CD8, e que os insumos para genotipagem estavam em processo licitatório. Em
222 seguida, informou que tinha ocorrido, entre 23 e 25 de junho, a 1ª Oficina de
223 acompanhamento e avaliação dos projetos selecionados na chamada do Norte e Centro-
224 Oeste. Disse que, em 20 de junho, havia sido feito o julgamento das propostas submetidas a



225 chamada sobre homofobia, na qual haviam sido aprovados 12 projetos, 4 dos quais
226 condicionados à adequação da proposta às recomendações do comitê de julgamento e
227 avaliação. Informou que, em 14 de junho, tinha ocorrido a seleção dos projetos para linhas
228 de base em HIV/aids e sífilis em homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e
229 profissionais do sexo, em que apenas dois projetos foram aprovados, condicionados à
230 adequação da proposta às recomendações do comitê de julgamento e avaliação. Por fim,
231 disse que, em 11 e 12 de junho, havia sido realizada a oficina de acompanhamento dos
232 projetos sobre população negra e aids. **Sérgio D'Ávila** informou que havia um sumário
233 executivo sobre a situação dos PAM dos estados e do Distrito Federal nas pastas dos
234 membros da CNAIDS, segundo o qual a execução financeira alcançava cerca de 72 %.
235 **Francisco Rodrigues dos Santos** disse que a situação dos PAM da Região Norte era
236 bastante preocupante, porque todos estados estavam com média de execução muito baixa.
237 Relatou, ainda, que, apesar de estar inserido na política de incentivo desde o início, o
238 município de Itabatinga, uma região de fronteira no Amazonas, não tinha nem mesmo uma
239 impressora para imprimir o PAM. Solicitou que a CNAIDS fizesse uma moção, ou
240 documento semelhante, sobre a situação dos PAM na Região Norte, porque os recursos não
241 estarem sendo usados era sinal de que havia ações que não estavam sendo realizadas.
242 **Mariângela Batista Galvão Simão** disse que o PN-DST/Aids estava negociando a
243 possibilidade de realizar uma discussão no CONASS sobre o desempenho dos PAM. **Nereu**
244 **Henrique Mansano** disse que, de posse desses dados, o CONASS discutiria com os
245 estados sobre a situação. Comentou que havia problemas não somente com relação aos
246 recursos da aids, mas da vigilância à saúde como um todo. Ressaltou que, muitas vezes,
247 essa baixa execução era o resultado de problemas administrativos, o que, de toda forma,
248 não justificava uma execução tão baixa como em muitos dos casos especificados no quadro.
249 Salientou que o papel do CONASS seria trabalhar, junto com a coordenação do PN-
250 DST/Aids e com os estados para fazer a avaliação, em cada um deles, sobre a execução
251 desses recursos, buscando resolver a situação com a maior brevidade possível. **Moisés**
252 **Toniolo** disse que o movimento social tinha consciência de que, em alguns estados, não
253 havia uma estruturação formal de um programa de DST e HIV/aids, o que prejudicava a
254 execução das ações. Sugeriu que houvesse mais mobilização de secretários estaduais e
255 municipais de saúde para apoiar as pessoas que estavam à frente das ações de DST e
256 HIV/aids. **Francisco Rodrigues dos Santos** disse que, independente da situação
257 administrativa dos estados, ficava bastante preocupado com os dados sobre a execução de
258 recursos do PAM, sobretudo na Região Norte. Sugeriu que a CNAIDS se posicionasse
259 formalmente demonstrando sua preocupação com relação a esses dados. **Eduardo Barbosa**
260 disse que a CNAIDS deveria recomendar ao PN-DST/Aids que fizesse essa recomendação
261 aos estados e municípios e perguntou se não contemplaria essa demanda o fato de a questão
262 estar sendo repassada ao CONASS para que, até a próxima reunião da CNAIDS, houvesse
263 uma resposta. **Alexandre Gouveia Martins** sugeriu que a recomendação fosse estendida ao
264 CONASEMS. **Carmem Lúcia de Souza Paz** sugeriu que, na próxima reunião da
265 CNAIDS, fosse discutido o tema aids e fronteiras, com a participação do Centro
266 Internacional de Cooperação Técnica, porque havia outras regiões de fronteira com essas
267 mesmas fragilidades. Em seguida, **Mariângela Batista Galvão Simão** informou que estava
268 em curso a compra de 1 bilhão de unidades de preservativos, que havia ainda uma grade de
269 20 milhões para serem distribuídos até 31 de julho e que existia uma ata de registro de
270 preços para aquisição de 150 milhões de preservativos masculinos, 4 milhões de



271 preservativos femininos e 10 milhões de unidades de gel. Comentou que o PN-DST/Aids
272 também estava avaliando as propostas referentes à máquina de preservativos e que a
273 expectativa era de que, até 1º de dezembro, o primeiro protótipo estivesse em
274 funcionamento. Quanto à Fábrica de Xapuri, disse que a produção havia começado em 07
275 de julho, mas que a data de inauguração estava dependendo da agenda do Presidente Lula.
276 Relembrou que a estimativa era de uma produção de 100 milhões de preservativos/ano,
277 com possibilidade de ampliação para 270 milhões de unidades/ano. Informou que o
278 investimento total na Fábrica fora de R\$ 31 milhões, dos quais R\$ 17 do Ministério da
279 Saúde e o restante da Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA,
280 Eletronorte, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Ministério da Integração e
281 do governo estadual. **Oswaldo Braga Júnior** disse que corriam na internet boatos segundo
282 os quais o fornecimento de energia elétrica na região da Fábrica era ruim, comprometendo
283 a qualidade do preservativo, e de que a falta de estradas por perto comprometeria o
284 escoamento da produção. **Mariângela Batista Galvão Simão** respondeu que, antes da
285 abertura da fábrica, haviam sido realizados inúmeros estudos para escolher o local. Disse
286 desconhecer problemas relativos à energia elétrica e que, de Xapuri a Rio Branco, havia
287 uma estrada excelente. Informou, então, que haveria, no início de agosto, em Belo
288 Horizonte, a 1ª Oficina para Operacionalização do Plano de Enfrentamento da Aids entre
289 Mulheres da Região Sudeste, cujo produto final seria um plano de ação para a região.
290 Comentou que se estava ressurgindo, nos últimos meses, uma reação conservadora e
291 venenosa de setores da imprensa e de algumas pessoas físicas, entre as quais ativistas, com
292 relação à política de redução de danos do Ministério da Saúde. Comentou que, em resposta,
293 seria realizado, no início de agosto, em Brasília, o Seminário Nacional sobre Redução de
294 Danos nos Tempos Atuais, organizado pelo PN-DST/Aids, Programa Nacional de
295 Hepatites Virais e Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, para definir um
296 posicionamento mais claro do Ministério da Saúde quanto a essa questão. **Léo Mendes**
297 **Pereira Filho** comentou que o movimento de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros
298 havia observado uma crescente homofobia religiosa e por parte da mídia, cujo pano de
299 fundo era o Projeto de Lei nº 122, que visava a igualar a homofobia ao racismo no Brasil.
300 Relatou que a Associação da Parada GLBT de São Paulo estava sendo criminalizada por
301 causa de um panfleto de redução de danos que havia sido distribuído durante o evento,
302 apontando que o Ministério da Saúde e o Programa Estadual de DST/Aids tinham se
303 esvaído do problema, alegando que o texto não havia passado por sua supervisão. Informou
304 que, em Campina Grande, tinha havido uma iniciativa de igrejas evangélicas para declarar
305 homossexualismo como pecado, na qual foi necessário que a RNP entrasse com uma ação
306 na justiça para impedir que esse tipo de propagação de idéias fosse continuado. Disse que,
307 em Rancho Queimado, em Santa Catarina, um pastor havia solicitado aos comerciantes da
308 cidade que retirassem o apoio a um jornal porque ele tinha uma coluna gay. Relatou que o
309 site www.midiasesmmascara.com.br, que prometia a cura a homossexuais, tinha publicado
310 uma reportagem na qual citava Luiz Mott, Léo Mendes, Regina Facchini e Professor Dilson
311 como as quatro pessoas que estavam querendo implantar a ditadura gay e a pedofilia no
312 Brasil e que, em Goiânia, um jornalista havia escrito uma reportagem sobre a depravação
313 gay, na qual dizia que Léo Mendes, por fazer parte da CNAIDS, estava indo à Brasília para
314 pedir que o Ministério da Saúde produzisse mais camisinhas e estimulando os gays a serem
315 promíscuos em Goiás. Observou que as iniciativas tinham ocorrido em quatro regiões
316 distintas e que esse avanço conservador estava articulado no Brasil inteiro. Solicitou que o



317 PN-DST/Aids estivesse bastante atento a essa realidade porque, entre outras implicações,
318 muito provavelmente, teriam reflexo no Plano Nacional de Enfrentamento a DST e
319 HIV/Aids entre Gays, HSH e Transgêneros. **Alexandre Gouveia Martins** solicitou que,
320 como a CNAIDS havia sido citada, a matéria fosse encaminhada para que pudesse haver
321 uma resposta ao jornal que a publicou em Goiás. **Wendell Alencar de Oliveira** disse estar
322 percebendo retrocesso com relação às populações socialmente vulneráveis, revivendo o
323 conceito de grupos de risco, a perseguição aos homossexuais, às pessoas vivendo com
324 HIV/aids, às ações de redução de danos. Perguntou como estavam sendo utilizados os
325 encaminhamentos do Seminário Aids e Direito Humanos e sugeriu que fosse pensada
326 alguma ação conjunta entre o PN-DST/Aids e a Secretaria Nacional de Direitos Humanos
327 em resposta ao recrudescimento das afrontas aos direitos humanos. **Alexandre Gouveia**
328 **Martins** pediu que as pessoas que não fossem titulares se reportassem a seus titulares para
329 intervir na reunião, afim de garantir o melhor andamento da pauta. **Marcelo Nascimento**
330 disse que essas questões eram bastante graves, podendo colocar em xeque as estratégias do
331 PN-DST/Aids, e solicitou que houvesse um posicionamento formal da CNAIDS e do PN-
332 DST/Aids. Salientou que, em outras gestões do PN-DST/Aids, a Unidade de Sociedade
333 Civil e Direitos Humanos tinha tido uma atuação mais constante com relação a essas
334 demandas de violação de direitos humanos e que isso talvez devesse ser um ponto de
335 reflexão interno do PN-DST/Aids. **Mariângela Batista Galvão Simão** lembrou que uma
336 das prioridades do PN-DST/Aids era a defesa dos direitos humanos e o combate a todas as
337 formas de discriminação e que, por isso, estava enfrentando essas questões, em parceria
338 contínua com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Em seguida, informou que se
339 estava em um processo de aceleração da implantação do teste rápido de HIV, tendo sido já
340 treinados 750 profissionais de saúde, dos quais 210 multiplicadores. **Carmem Lúcia Paz**
341 **de Souza** perguntou se havia uma relação dos municípios nos quais havia sido implantado
342 o teste rápido. Apontou que era importante ter esse mapeamento para evitar que fosse feito
343 uso do teste rápido para estigmatizar populações socialmente mais vulneráveis. **Ângela do**
344 **PN-DST/Aids** disse que todas as unidades da Federação haviam passado pelo processo de
345 formação, articulação e pactuação para implantação do teste rápido. **Moisés Toniolo**
346 informou que, durante uma reunião na Bahia, da qual participaram as Diretorias Regionais
347 de Saúde, houve relatos segundo os quais, em alguns lugares, o teste rápido estava sendo
348 utilizado como a única forma de se fazer diagnóstico, o que era bastante preocupante
349 porque estava gerando exposição desnecessária da sorologia das pessoas. Apontou que seria
350 necessário começar a monitorar, o mais rapidamente possível, a utilização do teste rápido.
351 **Carlos Alberto Sá Marques** perguntou se, concomitantemente com a disseminação do
352 teste rápido para HIV, não poderia ser realizada também a do teste rápido para a sífilis.
353 **Mariza Morgado** perguntou como era feita a especificação para a escolha dos testes a
354 serem adquiridos para diagnóstico do HIV/aids. **Nereu Henrique Mansano** registrou que,
355 na semana anterior, tinha havido uma reunião da Câmara Técnica de Epidemiologia do
356 CONASS, na qual foi discutido o Plano de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis
357 Congênita e do HIV/aids, em que a principal preocupação dos gestores da Região Norte era
358 com o acesso a laboratórios pelos municípios de mais difícil acesso. Pontuou que a
359 utilização do teste rápido, tanto para HIV/aids quanto para sífilis, poderia ser a solução
360 nesses casos. **Mariângela Batista Galvão Simão** respondeu que o teste rápido para HIV e
361 o para sífilis eram duas coisas distintas. Explicou que, em 2005, foi feito um estudo com o
362 Center for Disease Control – CDC para validação de um algoritmo para utilização do teste



363 rápido para HIV/aids como método diagnóstico no Brasil, no qual haviam sido validados
364 três testes, *Determine, Rapid Check e de BioManguinhos*. Comentou que a internalização
365 do teste rápido para HIV/aids havia se viabilizado com o início da produção nacional, o que
366 não ocorria com o teste para sífilis, que ainda tinha um custo mais elevado
367 comparativamente com o do HIV/aids. Ressaltou que uma das prioridades da área de
368 desenvolvimento tecnológico nacional era a internalização da tecnologia para produção do
369 teste rápido para sífilis. Lembrou que a utilização inicial do teste rápido para HIV/aids tinha
370 ocorrido em 12 municípios de difícil acesso da Região Norte e que estava sendo adquirido
371 um quantitativo pequeno de testes rápidos para sífilis para ser usado na Região Norte,
372 embora esse teste ainda não estivesse validado para diagnóstico. Informou que havia sido
373 escolhido como tema para o Dia Mundial de Luta contra a aids “Aids e Jovens: por uma
374 Geração sem Aids”. Em seguida, foi aberto o espaço para os *Informes Gerais*. **Paulo Cesar**
375 **Bernardes** lembrou que, em fevereiro, havia sido aprovada a formação de um grupo de
376 trabalho para discutir aids e local de trabalho, mas que, infelizmente, o grupo não havia se
377 reunido. **Eduardo Barbosa** disse que isso não tinha ocorrido também por falta de
378 mobilização das pessoas interessadas e que seria necessário formular uma proposta efetiva
379 antes da convocação dessa reunião, além de haver outros espaços, como o Conselho
380 Empresarial, em que o assunto poderia ser discutido. **Paulo Cesar Bernardes** disse que,
381 com o trabalho desse GT, a proposta poderia se afunilar antes de serem convocados outros
382 atores para contribuírem com a discussão. **Mariângela Batista Galvão Simão** sugeriu que
383 fossem propostos um objetivo e uma data para a reunião para que o PN-DST/Aids julgasse
384 a possibilidade de realizá-la. **Oswaldo Braga** informou que, de 6 a 8 de julho, havia sido
385 realizado, em Juiz de Fora, Minas Gerais, o 3º Encontro Regional das ONG-aids da Região
386 Sudeste. **Moisés Toniolo** disse que estava prevista sua participação na reunião com a
387 PACT/USAID, marcada para 14 de junho, mas que houve desencontro de agendas e não
388 pôde participar como representante da CNAIDS. Perguntou qual foram os resultados da
389 reunião. Disse que tinha recebido informações de uma pessoa do Grupo de Apoio e
390 Prevenção à Aids – GAPA da Bahia de que o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas
391 estava se tornando uma espécie de pesquisa diagnóstica em jovens estudantes. Comentou
392 que havia preocupação com relação ao pré e pós-aconselhamento, integração entre escola,
393 unidades básicas e CTA, que teste seria utilizado e se essa nova fase do programa se
394 tornaria uma fonte de informações para projetos sentinela. **Carmem Lucia de Souza Paz**
395 informou que a Rede Brasileira de Prostitutas havia construído um plano de *advocacy*, cujo
396 tema era a violência contra as prostitutas. Com relação aos recursos da PACT/USAID,
397 entregou uma carta (Anexo I) ao PN-DST/Aids cobrando esclarecimentos sobre a parceria
398 com essa instituição. Resumiu em quatro questionamentos os principais pontos da carta: 1)
399 as exigências contidas nas normas do PEPFAR permanecem em vigor em se tratando dos
400 projetos de geração de renda e inclusão social de pessoas vivendo com HIV/aids? 2) Em
401 caso positivo, as ONG precisariam assumir formalmente posição contrária à prostituição?
402 3) Houve alguma alteração na posição do PN-DST/Aids com relação ao entendimento do
403 Governo Brasileiro e da sociedade civil em não aceitar o recurso da USAID em virtude de
404 sua contraposição à prostituição? 4) Em que bases está sendo discutida e acordada a
405 utilização dos recursos da USAID para enfrentamento de HIV/aids no Brasil, que
406 sabidamente concebe suas ações a partir da lógica ABC, de modo a compatibilizá-las com a
407 política brasileira de combate à epidemia, cujo eixo histórico se notabilizou pelo respeito à
408 diversidade, aos direitos humanos e à cidadania? **Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário**



409 disse que havia sido informada por técnicos do Instituto Nacional de Seguridade Social –
410 INSS que, durante algum tempo, por falta de pessoal e de infra-estrutura, a instituição não
411 estava cumprindo seu papel oficial, mas que reveria todos os afastamentos e faria uma nova
412 avaliação com relação às pessoas vivendo com HIV/aids. Comentou que uma das
413 preocupações era que o INSS não estava tendo uma interlocução mais próxima com a saúde
414 e, portanto, desconhecia critérios de evolução de HIV/aids e a conseqüente dificuldade para
415 fazer avaliações sobre a capacidade laboral dessas pessoas. Ressaltou que, adicionalmente,
416 havia o risco de que pessoas vivendo com HIV/aids afastadas do trabalho há mais de 10
417 anos, mas que estivessem bem de saúde, perdessem seus benefícios. Disse que foi sugerido,
418 em Campinas, que não houvesse corte dos benefícios das pessoas nessa situação e que
419 houvesse interlocução técnica mais próxima com o INSS. Sugeriu que esse tema fizesse
420 parte das discussões sobre aids e mundo do trabalho. Sugeriu que a CNAIDS e o PN-
421 DST/Aids se posicionassem a respeito de uma marca de videogames que propunha, em um
422 de seus jogos, que o jogador ganharia mais pontos se matasse prostitutas. **Ana Maria de**
423 **Oliveira** informou que havia participado, como representante da CNAIDS, junto com Júlio
424 Rodrigues, do Seminário sobre Adesão, o qual contou com cerca de 50 participantes, com a
425 apresentação de experiências exitosas. Disse que, durante esse evento, havia sido lançada a
426 premiação para ONG e OG que tivessem atividades exemplares na área de adesão. Propôs
427 que, em uma próxima edição do evento, a premiação ocorresse por região, respeitando a
428 diversidade do País. **Maria de Fátima Alencar Fernandes D’Assunção** disse que havia
429 redigido uma proposta, junto com Moysés Toniolo, para a questão de aids e mundo do
430 trabalho, e sugeriu que ela pudesse ser apresentada em uma reunião futura da CNAIDS.
431 Disse que, com relação à não-convocação do GT, houve uma falha na comunicação, mas
432 ressaltou que se tratava de um tema interessante, urgente, porque os trabalhadores com aids
433 estavam sendo perseguidos e tendo seus diagnósticos devassados. **Alexandre Gouveia**
434 **Martins** disse que, como se tratava de um tema relevante, deveria ser pautado para ser
435 discutido com mais vagar na CNAIDS. **Hélia Mara de Deus** lembrou que, na última
436 reunião, havia ficado definido que o CONASS faria uma apresentação sobre o Projeto de
437 Lei do Senador Tião Viana, ressaltando que isso não deveria cair no esquecimento. **Carlos**
438 **Alberto Sá Marques** disse que a Sociedade Brasileira de DST estava preocupada com o
439 atendimento em DST no Brasil e estava iniciando uma enquete para verificar como estava
440 esse atendimento em nível estadual e municipal. Explicou que a metodologia consistia na
441 aplicação de um questionário a médicos e coordenadores de programas e que havia a
442 perspectiva de trazer seus resultados para discussão na CNAIDS. **Eduardo Barbosa**
443 respondeu que havia um contato próximo do PN-DST/Aids com o INSS. Acrescentou que
444 o PN-DST/Aids estava respondendo a uma série de demandas pontuais, com relação à
445 concessão e revisão de benefícios, seja para o próprio usuário ou para estruturas locais do
446 INSS. Comentou que era pertinente que o assunto se integrasse na discussão sobre aids e
447 mundo do trabalho. **Ângela Donini** explicou que o Saúde e Prevenção nas Escolas atuava
448 em várias modalidades de educação, ensino fundamental, ensino médio, educação
449 tecnológica e de jovens e adultos e que, no âmbito do ensino médio, havia sido
450 desenvolvido um material chamado Mobilização Nacional dos Jovens do Ensino Médio
451 para a Prevenção, composto por um material de avaliação de vulnerabilidade e questões
452 sobre uso do preservativo, uso de drogas etc., sendo que, no encarte do material, havia um
453 conjunto de recomendações para ocasiões em que o jovem deveria procurar serviços de
454 saúde, seja para diagnóstico, seja para acessar os insumos de prevenção, informações sobre



455 gravidez na adolescência etc. Comentou que o fato de haver essa avaliação de
456 vulnerabilidade fez que, desde o início, houvesse a preocupação que as atividades fossem
457 feitas de maneira muito integrada entre escolas e serviços de saúde. Relatou que haviam
458 sido realizadas oficinas de validação da aplicação do material em 3 estados, Ceará, Pará e
459 Pernambuco, nas quais o resultado havia sido muito positivo e, diante do qual, optou-se
460 pela sua implantação como uma das atividades voltadas para o Ensino Médio no âmbito do
461 Saúde e Prevenção nas Escolas. Esclareceu que não se tratava de um projeto de testagem,
462 mas de estímulo à avaliação de vulnerabilidades e a maneiras alternativas de o professor
463 trabalhar para além da palestra. **Mariângela Batista Galvão Simão** respondeu que havia
464 dois projetos de lei tramitando no Congresso Nacional versando sobre o mesmo assunto e
465 que a proposta era de realizar, na próxima reunião, uma apresentação sobre eles. **Nereu**
466 **Henrique Mansano** esclareceu que o projeto de lei do Senador Tião Viana, que contava
467 com a aprovação do CONASS, CONASEMS e Coordenação de Assistência Farmacêutica
468 do Ministério da Saúde, visava a regular o acesso a medicamentos excepcionais. Afirmou
469 que o ponto central do debate era de que não se deveria financiar com recursos públicos os
470 testes de medicamentos, não registrados ou sem a validação completa, para financiar os
471 laboratórios internacionais. Disse que tinha havido uma audiência pública para discutir a
472 questão e que, como resultado, formar-se-ia uma comissão para juntar os dois projetos de
473 lei no sentido de se garantir o acesso a medicamentos, mas também de evitar a utilização de
474 dinheiro público para financiar testes de medicamentos. Sugeriu que o assunto fosse
475 incluído na pauta da próxima reunião da CNAIDS. **Mariângela Batista Galvão Simão**
476 respondeu que o Brasil não concordava com nenhum financiamento que incluísse a política
477 ABC e/ou a exclusão de grupos socialmente vulneráveis como as prostitutas, acrescentando
478 que qualquer relação com ONG no Brasil deveria ser feita por meio do governo brasileiro e
479 não do governo norte-americano. Respondeu que nenhuma das ONG brasileiras receberia
480 recursos diretamente da USAID e, sim, da PACT. Afirmou que as recomendações da
481 PEPFAR quanto à prostituição haviam sido derrubadas dentro dos Estados Unidos por uma
482 ação judicial. Esclareceu que, em um primeiro momento, os recursos da cooperação seriam
483 pequenos, da ordem de US\$ 400 mil, e solicitou que as ONG não tivessem relação
484 diretamente com a PACT/USAID sem a intermediação do governo brasileiro. Comentou
485 que o processo seria lento, por se tratar de uma reaproximação com o governo norte-
486 americano. Por fim, disse que o PN-DST/Aids apresentaria respostas formais às perguntas
487 da Rede Nacional de Prostitutas. **Léo Mendes** perguntou se, na cooperação com a USAID,
488 permaneceriam excluídas as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. **Eduardo Barbosa**
489 respondeu que, no momento, não havia nenhuma definição, por se estar em um processo
490 inicial de negociação. Comentou que a perspectiva inicial era de estabelecer as prioridades
491 para as pessoas vivendo com HIV/aids, com base em alguns diagnósticos levantados no
492 Vivendo de 2006, nos encontros regionais da RNP etc. **Mariângela Batista Galvão Simão**
493 lembrou que, em 2006, tinha havido, no Rio de Janeiro, uma consulta global sobre aids e
494 sexo comercial, financiada pelo Fundo de Populações das Nações Unidas – FUNUAP e
495 pelo Programa das Nações Unidas para HIV/Aids – UNAIDS, secundada por uma consulta
496 regional, no Peru, em fevereiro de 2007, e que, em agosto, seria realizada, no Brasil, a
497 consulta nacional sobre aids e prostituição. Em seguida, **Geraldo Duarte** fez o informe
498 *Nelfinavir – Necessidade de Substituição* (Anexo II). Na seqüência, a palavra foi passada a
499 **Dulce Ferraz**, que fez a apresentação *Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e*
500 *Aconselhamento (CTA) no Brasil* (Anexo III). **Mariza Morgado** perguntou se havia um



501 sistema de informações que contivesse os dados dos CTA, o que poderia contribuir para a
502 vigilância do HIV/aids no País. **Tânia Mara Sampaio** disse ter ficado preocupada com a
503 terminologia usada na classificação do perfil da clientela, onde se falava em “população
504 geral”, “população vulnerável”, “população referenciada” e “gestante”. Perguntou o que
505 significavam os três primeiros termos e se isso não representaria uma volta ao conceito de
506 “grupo de risco”. **Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário** disse que falar em “população mais
507 vulnerável” era diferente de “grupo de risco” porque não tinha conotação pejorativa e, na
508 lógica da equidade do Sistema Único de Saúde – SUS, era a população mais importante
509 porque precisava ter aumentado seu acesso à saúde. Explicou que, entre as populações mais
510 vulneráveis, havia diferentes vulnerabilidades regionalmente pelo Brasil afora e que,
511 dependendo do local, pode significar qualquer população independente de sexo, raça,
512 orientação sexual, prática laboral etc. Esclareceu que “população em geral” era a
513 desconhecida, podendo ser qualquer pessoa no mundo. Esclareceu que havia o Sistema de
514 Informações dos Centros de Testagem e Acompanhamento – SISCTA. Afirmou que, nos
515 últimos anos, a análise, tanto dos técnicos quanto da sociedade civil organizada, correu o
516 risco de algumas confusões, explicando que a origem dos CTA estava relacionada, por um
517 lado, com o afluxo de pessoas que, para testagem, recorriam aos bancos de sangue,
518 gerando, com isso, alto custo, e, por outro, com a qualidade na assistência, pois permitia
519 acesso, humanização, aconselhamento e acolhimento em situação de vulnerabilidade ao
520 HIV/aids. Disse que seria importante não esquecer que a expectativa epidemiológica e a
521 necessidade de tabulação de dados não deveriam caminhar separadas da questão do acesso
522 e da assistência. **Léo Mendes** perguntou se o estudo contemplava o impacto da ação Fique
523 Sabendo nos CTA e se estava dizendo que os municípios mais pobres eram os que tinham
524 mais acesso à testagem. **Dulce Ferraz** esclareceu que o SISCTA estava implantado apenas
525 em parte dos CTA e que tinha, em alguma medida, uma proposta de fazer vigilância, mas
526 que era também um sistema gerencial, para organização dos serviços. Ponderou que havia
527 ainda muita dificuldade em utilizar os dados desse serviço, pelo menos em nível nacional e
528 estadual, porque havia algumas dificuldades no recebimento dos dados dos serviços e dos
529 municípios, mas que uma das metas era melhorar a utilização do Sistema. Comentou que,
530 para avaliar se os CTA estavam cumprindo sua atribuição de facilitar às populações mais
531 vulneráveis o acesso à saúde, era necessário adotar uma classificação de segmentos da
532 população e que a opção foi pela classificação adotada no SISCTA e, depois, o
533 agrupamento por categorias: “população geral”, o que o serviço respondeu como população
534 geral; “população referenciada”, eram pessoas vivendo com HIV/aids, pessoas vivendo
535 com hepatites ou pessoas com DST; “populações mais vulneráveis” arbitradas com três
536 grupos, HSH, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. **Tânia Mara Sampaio**
537 disse que a questão necessitaria ser discutida, porque o que estava contido nas
538 classificações de “grupos mais vulneráveis” e “populações referenciadas” retomava a
539 implicação de grupos de risco, já que, entre as populações mais vulneráveis, apresentava
540 HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. **Dulce Ferraz** disse que,
541 infelizmente, esses eram os segmentos populacionais mais vulneráveis, seja pelo grau de
542 exposição, seja pelo de discriminação etc., e que precisavam ser priorizados. **Tânia Mara**
543 **Sampaio** afirmou que não queria criar polêmica, mas que, a partir de outros dados, a
544 população de mulheres casadas também deveria estar nesse grupo de vulnerabilidade.
545 **Dulce Ferraz** disse que esse era um limite da própria pesquisa, que utilizava um
546 instrumento que os CTA já usavam e que não contemplava, separadamente, o segmento das



547 mulheres casadas. **Wendell Alencar de Oliveira** discordou de que os CTA estivessem nos
548 municípios mais pobres. Disse que havia ainda discordância sobre o conceito de populações
549 vulneráveis e que, mais do que apenas uma discussão na CNAIDS, seria fundamental
550 investir em pesquisas sobre o tema. Perguntou que estratégias de referência e contra-
551 referência eram utilizadas após a testagem, no caso de um diagnóstico positivo, em um
552 CTA itinerante. **Hélia Mara de Deus** perguntou como as capacitações estavam sendo
553 feitas, se eram os coordenadores de programa que respondiam aos questionários e se os
554 usuários também os respondiam. Perguntou, ainda, se havia a intenção de ouvir a população
555 alvo sobre os dados da pesquisa. **Geraldo Duarte** perguntou como seria feito o processo de
556 retroação das informações aos serviços de saúde. Sugeriu que fosse estabelecida uma média
557 nacional e que fosse retroalimentado o dado de cada CTA com relação a essa média.
558 **Moysés Toniolo** sugeriu que, em outro momento, fosse realizada uma discussão mais
559 aprofundada sobre a situação dos CTA. Afirmou que havia uma profusão de sistemas de
560 informação no Brasil, mas que havia ainda uma deficiência com relação aos dados
561 epidemiológicos. Comentou que, na apresentação, havia sido explicitada a possibilidade de
562 realizar diagnóstico sem aconselhamento, para fornecer o resultado mais rápido às pessoas,
563 o que era extremamente preocupante, porque apesar de, no curto prazo, flexibilizar a
564 testagem, no longo prazo, refletia na dificuldade de adesão ao tratamento. Apontou que,
565 além das mulheres casadas, trabalhadores também estavam vulneráveis, porque não tinham
566 acesso ao diagnóstico. Comentou que era necessário buscar soluções alternativas, por causa
567 do horário de funcionamento dos serviços, para as profissionais do sexo e para o público de
568 travestis, transexuais e transgêneros, e que essa falta de acesso por falta de horário também
569 se traduzia em vulnerabilidade. Com relação ao CTA itinerante, disse se tratar de uma
570 estratégia muito boa, mas que, infelizmente, estava sendo utilizada, em alguns casos, para
571 testagem em escolas e prostíbulos. **Dulce Ferraz** respondeu que alguns serviços permitiam
572 que não houvesse aconselhamento pré-teste, mas que nenhum permitia a retirada do
573 resultado sem o aconselhamento pós-teste. Disse que, quanto à retroação dos resultados
574 para os serviços, o primeiro passo seria a publicação do relatório com os resultados com
575 uma linguagem mais acessível e, o segundo, a realização do Seminário, que contaria com a
576 participação de representantes dos CTA. Afirmou que, a partir disso, seriam pensadas
577 intervenções para melhorar os serviços que necessitavam de melhorias. Respondeu que não
578 havia como saber de que maneira as capacitações estavam sendo feitas porque se tratava de
579 um estudo quantitativo, não qualitativo. Esclareceu que a resposta aos questionários não era
580 feita pela coordenação municipal ou estadual, mas pelo gerente dos CTA. Respondeu que,
581 de acordo com a pesquisa, a maioria dos serviços tinha referência e contra-referência bem
582 estabelecidas para os serviços de assistência. Disse que o CTA volante tinha de proceder
583 como o CTA tradicional. **Mariângela Batista Galvão Simão** disse que já haviam sido
584 apresentados na CNAIDS os resultados da Pesquisa de Comportamento Sexual, de Elza
585 Berquó, segundo a qual 96 % da população já conhecia como se pegava HIV/aids e 92 %
586 que um método de prevenção era o preservativo e que, portanto, era aceitável que um CTA
587 desse a escolha para pessoa fazer ou não o aconselhamento prévio ao teste. Com relação a
588 populações vulneráveis, disse que era uma briga política internacional e que, enquanto não
589 fosse reconhecido que havia grupos mais vulneráveis, estar-se-ia colocando todo mundo na
590 mesma vala comum. **Alexandre Gouveia Martins** informou que já havia 10 representantes
591 da sociedade civil contemplados para o Seminário de Diagnóstico Situacional dos CTA, 5
592 de municípios e 5 de estados, e sugeriu que as duas vagas ofertadas à CNAIDS fossem



593 disponibilizadas para os demais setores nela representados. *Foram escolhidas para*
594 *participarem do Seminário as representações da Sociedade Brasileira de DST e do*
595 *Conselho Federal de Medicina.* **Moysés Toniolo** perguntou que representações da
596 sociedade civil estariam presentes e em que fórum haviam sido escolhidas. **Alexandre**
597 **Gouveia Martins** respondeu que as indicações seriam feitas pela CAMS. Em seguida, a
598 palavra foi passada a **Marcelo Barbosa**, que fez a apresentação *Vacina HPV – Parecer do*
599 *Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde (Anexo IV).* **Carlos Alberto Sá Marques**
600 informou que, no Brasil, os estudos demonstravam que, de 30 a 50 % da população
601 feminina estava infectada pelo HPV e que, nos Estados Unidos, 80 % da população
602 sexualmente ativa também estava. Explicou que apenas 1 % das mulheres infectadas
603 desenvolveriam câncer de colo do útero, mas que, em função da grande prevalência da
604 doença, esse 1 % tinha um significado muito importante. Apontou que as mulheres que
605 permaneciam com o vírus latente e evoluíam para lesões consideradas precursoras do
606 câncer de colo de útero tinham em comum o fator da queda de imunidade. Afirmou que,
607 diante desse quadro, a solução a curto prazo não seria a vacinação, mas, sim, a investigação
608 do HPV nas mulheres com imunodeficiências, como o HIV/aids, por exemplo. Lembrou
609 que estudos norte-americanos demonstravam que as vacinas imunizavam as mulheres
610 apenas por três anos, não por cinco. **Geraldo Duarte** comentou que, como cuidador de
611 saúde, deveria achar que a imunização era uma boa coisa, mas que, no quadro atual da
612 saúde pública, aumentaria o hiato da interface entre o paciente e o serviço de saúde.
613 **Marcelo Barbosa** lembrou que as pacientes que recebessem a vacina precisariam continuar
614 a fazer o exame preventivo. **Moysés Toniolo** disse que, com relação à condilomatose, as
615 verrugas não eram apenas genitais em pessoas imunodeprimidas. Pediu que fosse
616 considerada também a questão do HPV em homens. Salientou que o estudo apresentava
617 dados muito bons para se pensar em estratégias regionais, como, por exemplo, incentivo ao
618 uso de preservativo feminino em regiões de alta incidência. **Mariza Morgado** reiterou a
619 importância do teste nas mulheres com HIV/aids, porque havia estudos que demonstravam
620 grande prevalência de HPV nessa população. **Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário** disse
621 que discordava de que se abrisse mão, por conta do impacto financeiro de recursos
622 públicos, de uma estratégia realmente importante, em um país de desigualdades muito
623 grandes e onde o estímulo à saúde da mulher não era traduzido em ações concretas. Disse
624 que não se preocuparia em oferecer uma tecnologia que trouxesse algum benefício por
625 medo de que ela afastasse as pessoas dos serviços de saúde, porque a experiência mostrava
626 que, quanto maior a qualidade da tecnologia oferecida, maior legitimidade tinha o serviço
627 para vinculação de sua clientela. Apontou que não se deveria divulgar uma estratégia
628 segundo a qual a imunização deveria estar disponível apenas para as pessoas que tinham
629 condições de pagar e que o SUS deveria custear, prioritariamente, a imunização de
630 mulheres que, muitas vezes, nem teriam serviços ao qual se vincular, talvez em uma
631 estratégia de equidade regional. **Marcelo Barbosa** disse que o serviço público não tinha a
632 recomendação para a imunização para o HPV, apenas o privado, ressaltando que o
633 profissional do serviço privado deveria informar ao paciente as lacunas da vacina, tais
634 como falta de estudos sobre a eficácia e os efeitos em humanos, necessidade de reforço etc.
635 **Mariângela Batista Galvão Simão** disse ter ficado surpreendida com o marketing em
636 torno dessa vacina, uma vez que não havia estudos suficientes demonstrando sua
637 efetividade, apesar de seu alto custo. Comentou que o Programa Nacional de Imunizações –
638 PNI era, atualmente, um dos melhores do mundo e que possibilitava a absorção de



639 tecnologia de vacinas com eficácia comprovada em termos de saúde pública, independente
640 de seu custo, citando o caso da vacina para rotavírus, que havia dobrado o custo do
641 Programa, mas que era de reconhecido impacto na redução da mortalidade infantil.
642 Ponderou que o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde havia realizado um bom
643 trabalho, tendo deixado aberto o espaço para que, se comprovado, com estudos futuros, o
644 impacto na saúde pública da vacina, ela poderia ser adotada pelo PNI, independente de seu
645 custo. Em seguida, **Alexandre Gouveia Martins** agradeceu a participação das pessoas na
646 primeira parte da reunião e determinou intervalo para almoço.

647
648

649 **Plenária da Tarde**

650 14:00 – 17:00

651

652 *Reinício da reunião.* Apreciada e aprovada a ata da reunião anterior, deu-se início a
653 *Discussão da Proposta de Regimento Interno da Comissão Nacional de DST e Aids* (Anexo
654 V). *Após discussão, foi aprovado o novo Regimento Interno da CNAIDS, conforme o*
655 *Anexo VI.* **Eduardo Barbosa** disse que seria necessário realizar eleição para a Secretaria
656 Executiva da CNAIDS, cujo mandato duraria até a reunião posterior à publicação da
657 Portaria com o novo Regimento Interno, quando seria necessário realizar uma nova eleição.
658 **Francisco Rodrigues dos Santos** sugeriu que Alexandre Gouveia Martins fosse mantido
659 na função. *O plenário aprovou a proposta por unanimidade.* **Eduardo Barbosa** informou
660 que, com relação aos outros comitês, comissões e grupos de trabalho, o PN-DST/Aids
661 estava fazendo uma reformulação de todos os seus espaços de interlocução e que, nesse
662 sentido, estava sendo finalizado um documento que seria o orientador desses espaços,
663 oficializando a CNAIDS como o espaço maior de discussão e articulação das propostas e
664 que orienta o PN-DST/Aids na formulação das políticas. Ressaltou que a CAMS, que vinha
665 sendo tratada como uma comissão, por portaria, na realidade, era um comitê. No caso da
666 COGE, disse que, pelo que havia sido discutido até então, também passaria a ser um
667 comitê. Explicou que, para todos os outros comitês, com exceção da CAMS e da COGE, os
668 representantes seriam escolhidos por indicação do PN-DST/Aids de acordo com a expertise
669 e característica de cada desses espaços. Ressaltou que a composição dessas instâncias seria
670 bem diversificada, mas que, em todas elas, haveria pelo menos duas representações do
671 movimento social, as quais também seriam convidadas. Explicou que os convidados não
672 estariam representando os movimentos, mas assessorando o PN-DST/Aids, sendo que, caso
673 quisessem buscar referendo nas bases, poderiam fazê-lo por conta própria. Com relação aos
674 grupos de trabalho, disse que seguiriam as mesmas diretrizes para as comissões e comitês,
675 mas que teriam a especificidade de que seriam constituídos por produto, sendo finalizados
676 quando seu objeto estivesse terminado. Afirmou que essa discussão seria feita com maior
677 aprofundamento em outra reunião da CNAIDS. Em seguida, a palavra foi passada a **Karen**
678 **Bruck** e **Maria Alice Liparelli Tironi**, que fizeram a apresentação *AIDS SUS – Situação*
679 *Atual para Renovação do Acordo de Empréstimo* (Anexo VI). **Mariângela Batista Galvão**
680 **Simão** comentou que o cenário atual era bastante desfavorável a um novo acordo de
681 empréstimo porque, com a desvalorização do dólar frente ao real, o Brasil não tinha
682 interesse em contrair novos empréstimos para não aumentar a dívida externa, a não ser que
683 fosse algo imprescindível, havendo uma orientação do Ministério da Fazenda nesse sentido.
684 Apontou que, em função disso, a todo momento, a pergunta posta ao PN-DST/Aids era se



685 não seria possível realizar essas ações com recursos nacionais. Disse que o PN-DST/Aids
686 tinha feito uma completa reformulação da proposta apresentada no início do ano à
687 CNAIDS. Lembrou que a proposta inicial era ter uma espécie de Aids IV, que, assim como
688 nos três acordos de empréstimo anteriores, buscava fortalecer a construção do PN-
689 DST/Aids. Apontou que, no entanto, atualmente, o PN-DST/Aids dispunha de recursos do
690 Tesouro Nacional, orçamento estabelecido, seria transformado em departamento do
691 Ministério da Saúde, e que, portanto, qualquer atividade de financiamento externo seria
692 para cobrir eventuais lacunas. Afirmou que se estava em uma fase bastante delicada da
693 negociação e que havia várias etapas a serem cumpridas, principalmente de negociação
694 política, para que pudesse existir um Aids SUS. **Carmem Lúcia de Souza Paz** disse que,
695 no Fórum da América Latina, havia sido bastante discutida a questão do SUS e dos direitos
696 humanos, direcionando-se que toda ação de saúde estava ligada, setorialmente ou não, aos
697 direitos humanos. Sugeriu que deveria haver alguma indicação de que direitos humanos
698 englobavam toda a questão da prevenção também. **Léo Mendes** perguntou se as travestis
699 eram consideradas um grupo vulnerável e onde estavam situadas dentro do Acordo.
700 Perguntou também qual era o valor do AIDS SUS e do AIDS III e por que estava
701 diminuindo o pedido de empréstimo. Por fim, perguntou se havia alguma garantia de não
702 contingenciamento dos recursos do Tesouro Nacional para o PN-DST/Aids. **Maria**
703 **Cristina Feijó Januzzi Ilário** disse que, na reunião da Macrossudeste, tinha sido discutido
704 como o financiamento específico em alguns projetos aumentava a governança e a
705 institucionalização de financiamento externo brasileiro. Afirmou que a linha de negociação
706 estava sendo perfeita. Salientou que o SUS tinha de ter capacidade de fazer financiamento
707 interno para as ações de rotina e de custeio do próprio Sistema como um todo e que a
708 diminuição do aporte de recursos internacionais, no sentido de fortalecer investimentos
709 iniciais que propiciassem a inclusão de pedaços do País que não participavam dessa
710 capacidade, ocorria no momento adequado. **Karen Bruck** respondeu que o tema de direitos
711 humanos continuava sendo um componente crucial para o PN-DST/Aids, de uma forma
712 geral, e para o Acordo, porque se estava cada vez mais convencido das relações que saúde
713 e direitos humanos estabeleciam e de quanto o enfrentamento da epidemia passava por uma
714 política associadas aos direitos humanos, especialmente de pessoas vivendo com HIV/aids.
715 Acrescentou que, com esse Acordo e nos próximos anos do PN-DST/Aids, buscar-se-ia
716 alavancar parcerias com outros setores estratégicos do governo federal que incidiriam
717 bastante na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids e das populações mais
718 vulneráveis, por exemplo, Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social
719 etc. Respondeu que as travestis estavam no âmbito das populações mais vulneráveis.
720 Ressaltou que estava claro que todas as idéias do projeto de Acordo tinham de impactar na
721 gestão das políticas, na gestão dos programas, no financiamento dos programas, em boas
722 práticas, em resultados, em comprometer gestores e orçamento em uma boa resposta. Disse
723 que o PN-DST/Aids ainda tinha um longo caminho para aprender a gastar bem os recursos
724 disponíveis, com as populações que precisavam, com custo efetivo em cima de resultados e
725 práticas que trouxessem resultado comprovado. Afirmou que o maior desafio seria
726 potencializar e ter um papel de liderança com os diferentes atores da resposta brasileira
727 para que se pudesse incidir sobre o SUS utilizando os recursos estratégicos do Banco
728 Mundial para tornar isso realidade. **Carmem Lúcia Souza Paz** solicitou que as travestis
729 fossem explicitadas como uma população mais vulnerável. **Oswaldo Braga** disse que
730 estava observando a epidemia crescer e os recursos para seu enfrentamento diminuírem.



731 Ressaltou reconhecer que, em algum momento, o Estado brasileiro precisaria assumir a
732 responsabilidade pela sustentabilidade das ações em HIV/aids, mas que, nesse momento,
733 estava-se trocando as facilidades do recurso internacional pela burocracia do recurso
734 nacional, cuja sistemática de haver recursos orçamentários, mas nunca financeiros,
735 emperrava bastante a vida dos brasileiros. Comentou que entraves semelhantes já eram
736 vivenciados, nos estados e municípios, por causa da descentralização e que temia que esse
737 tipo de obstáculo atingisse também o nível central. **Mariângela Batista Galvão Simão**
738 explicou que o orçamento para aids não estava diminuindo e, sim, aumentando, citando
739 que, em 2003, o orçamento do PN-DST/Aids fora de cerca de R\$ 500 milhões, enquanto o
740 de 2007 era de R\$ 1,38 bilhão. Disse desconhecer que o dinheiro do PN-DST/Aids
741 estivesse sendo contingenciado. Relembrou que os acordos de empréstimo sempre haviam
742 sido de R\$ 200 milhões: no Aids I, 30 % do Tesouro Nacional e 70 % do Banco Mundial;
743 no Aids II, 50 % do Banco Mundial e 50 % do Tesouro Nacional; no Aids III, 50 % do
744 Banco Mundial e 50 % do Tesouro Nacional e, no Aids SUS, 30 % do Banco Mundial e 70
745 % do Tesouro Nacional. Comentou que as ponderações sobre estruturas burocráticas
746 reforçavam o caráter que se queria dar ao Aids SUS, porque se tratavam dos gargalhos do
747 sistema que precisavam ser vencidos. **Maria Alice Liparelli Tironi** disse que já havia sido
748 feito um estudo questionando a governança do SUS. Comentou que, por menos que o
749 Ministério da Saúde tivesse se aprimorado desde a implantação do SUS, as secretarias de
750 saúde estavam com muita coisa para fazer ainda. Ponderou que o Acordo tinha uma ênfase
751 fundamental para que a resposta nacional ganhasse qualidade. **Maria Cristina Feijó**
752 **Januzzi Ilário** disse que, para as experiências bem sucedidas na área de saúde, a
753 quantidade de dinheiro envolvida tinha sido menos importante do que a garantia de que o
754 recurso permanecesse vinculado àquilo para que foi previamente aprovado e não fosse
755 pulverizado dentro da gestão. Ponderou que a maioria dos municípios cometia equívocos
756 com a não-legitimação do SUS nessa questão, porque havia vinculação de recursos em
757 todos os planos, projetos e metas, mas que não eram aplicados nas áreas para as quais
758 estavam destinados a partir do Fundo Nacional de Saúde. Disse que seria necessário se
759 preocupar menos com o montante de recursos do financiamento e mais com as regras de
760 aplicação, que poderiam ser salutares para se aprender a defender questões de interesse
761 nacional. **Wendell Alencar de Oliveira** perguntou, considerando que havia grandes
762 diferenças na realidade dos municípios do Brasil e que a maior parte dos problemas com a
763 execução dos PAM não era produto da atuação dos técnicos, mas, sim, do olhar e do apoio
764 dos secretários de saúde, como se ficaria, na questão de recurso, com a efetivação do Pacto
765 pela Saúde, haja vista que as prioridades seriam definidas a partir do olhar dos gestores.
766 Reiterou que seria necessário discutir mais aprofundadamente o Pacto pela Saúde. **Maria**
767 **Alice Liparelli Tironi** respondeu que o Pacto pela Saúde estava sendo bastante discutido,
768 na CAMS, na COGE, nas reuniões macrorregionais, esclarecendo que o fato de não se ter
769 um indicador nacional para aids no Pacto não significava que ela não era priorizada pelo
770 governo. Pontuou que a situação meio desconfortável de não haver um indicador nacional
771 para HIV/aids provocasse alguma discussão, porque os indicadores do Pacto eram revistos
772 todos os anos e poderia haver uma mobilização para inserir um indicador nacional para
773 HIV/aids no Pacto. **Mariângela Batista Galvão Simão** explicou que não havia indicadores
774 para HIV/aids no Pacto porque não havia condições de ter base nacional de alguns deles e
775 que essa ausência era muito mais devido a lacunas dos sistemas de informações do
776 Ministério da Saúde. Ressaltou que a solução para a questão passava por uma melhoria



777 desses sistemas de informação. Ponderou que o maior inimigo da aids no momento era a
778 não-utilização dos recursos, citando o exemplo dos estados que não estavam conseguindo
779 executar os recursos de seus PAM. Em seguida, a palavra foi passada a **Karen Bruck**, que
780 fez a apresentação “*Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras*
781 *Doenças Sexualmente Transmissíveis entre Gays, Outros Homens que Fazem Sexo com*
782 *Homens e Travestis.*” (Anexo VII). **Oswaldo Braga** disse que tinha participado do grupo
783 de trabalho que havia formulado a proposta e que estava previsto que apresentaria esse
784 tema, mas que havia recebido os slides somente na manhã daquele mesmo dia, o que havia
785 inviabilizado sua apresentação. Em seguida, **Léo Mendes** perguntou por que todas as vezes
786 que se iria falar em homossexuais era necessário consultar heterossexuais, pessoas
787 conservadoras e toda sociedade. Disse não entender por que, embora se estivesse tratando
788 de um grupo de pessoas minoritário e marginalizado pela sociedade, submetiam-se os
789 homossexuais à situação indelicada de ser objeto de uma consulta pública por pessoas que
790 não eram do mesmo segmento populacional e que, portanto, não vivenciavam a mesma
791 realidade. Lembrou que, em 2007, haveria três espaços de discussão sobre saúde da
792 população de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros – GLBT: o Seminário de Saúde
793 GLBT, em Brasília, organizado pelo Ministério da Saúde; o Encontro Brasileiro de Gays,
794 Lésbicas e Transgêneros, em Porto Alegre, organizado pelo Grupo Somos e uma rede de
795 grupos; e a 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para GLBT, em Brasília. Disse
796 que a ABGLT estava quase chegando ao consenso de que o Projeto Somos tinha acabado e
797 que se estava, nessa nova perspectiva, pensando no Projeto Cara a Cara, que era um projeto
798 que já existia na Europa e nos Estados Unidos, no qual os gays conversavam com outros
799 gays sobre prevenção, políticas afirmativas, saúde etc. Pontuou que, naquele momento, o
800 maior opositor à vivência homossexual no Brasil era a religião e que, contra isso, estava-se
801 pensando em projetos utilizando o nome dos casais homossexuais da Bíblia: Projeto Rute e
802 Naomi, voltado para as mulheres homossexuais, e Projeto Davi e Jônatas, voltado para
803 homens homossexuais, os quais teriam ações voltadas para prevenção com histórias da
804 Bíblia não contadas pelos perseguidores de homossexuais. Apontou que questões
805 identificadas como cruciais pelo movimento GLBT não estavam contempladas como metas
806 no Plano: por exemplo, não havia definição de para quanto se esperava, em 2008, o
807 crescimento dos recursos dos PAM gastos com a população de homossexuais. Sugeriu que
808 houvesse um indicador para medir a necessidade de diminuição da situação segundo a qual
809 os gays tinham 18 vezes mais chances de morrer de aids do que os heterossexuais,
810 reduzindo para uma paridade de 1 para 1. Propôs, também, que fosse identificada como
811 meta a necessidade de reduzir, até 2011, a 1 para 1 as chances de um gay se infectar pelo
812 HIV/aids, que, então, eram de 11 para 1 com relação aos heterossexuais. Disse que seria
813 necessário também reduzir o índice de 8 mortes de gays e travestis por dia no Brasil por
814 aids, o que era absurdo dados o acesso universal ao tratamento anti-retroviral e os demais
815 avanços do SUS. Comentou que seria necessário educar os gays mais novos, que estavam
816 sendo formados não pelas ações das ONG ou do PN-DST/Aids, mas pela internet,
817 ressaltando que seria preciso utilizar novos mecanismos para envolvê-los porque estavam
818 sendo os mais infectados com relação ao HIV. Afirmou que as travestis não eram homens e
819 que o fato de ter retirado as transgêneros desse Plano e tê-las colocado no Plano das
820 Mulheres e de ter deixado as travestis não era bem compreendido e que poderia ser
821 entendido como uma forma de estigma e preconceito. Explicou que se tratava de um Plano
822 para homens e que a manutenção das travestis, que queriam ter identidade de mulher, que



823 estavam lutando pela questão do gênero como mulher, em seu contexto, representava um
824 passo atrás. Sugeriu que as travestis fossem incluídas, com especificidade, dentro da
825 política de feminilização, porque sofriam o mesmo conteúdo de gênero que uma mulher.
826 **Alexandre Gouveia Martins** disse que o ser humano se constituía psicofisicamente, mas
827 que havia uma tendência muito grande, principalmente no âmbito do SUS, ao reducionismo
828 biológico, de modo que as travestis eram atendidas como se fossem homens. Comentou
829 que, na XII Conferência Nacional de Saúde, havia sido deliberado que, em todos os
830 documentos do SUS, além do nome de registro, constasse o nome social, para garantir que
831 as travestis deixassem de sofrer constrangimento. Reforçou a necessidade de que as
832 travestis estivessem no campo do gênero feminino. **Mariângela Batista Galvão Simão**
833 reiterou que a representação da Articulação Nacional de Travestis – ANTRA fazia parte do
834 grupo de trabalho que construiu a proposta e que havia referendado a inclusão dessa
835 população nesse Plano. **Eduardo Barbosa** disse que o movimento que representava as
836 travestis havia optado por estar no Plano junto com os gays e que se estava querendo
837 determinar onde elas deveriam estar, ressaltando que não era responsabilidade da CNAIDS
838 fazer essa categorização. Informou que havia acabado de ocorrer um Encontro Nacional
839 das Travestis, em São Paulo, onde elas haviam, mais uma vez, reforçado que queriam estar
840 junto com os gays nesse Plano. **Alexandre Gouveia Martins** esclareceu que sua fala era de
841 alguém que havia começado no movimento aids como travesti em processo de
842 transformação que, posteriormente, havia tomado outra decisão e que, portanto, não falava
843 como alguém de fora do movimento, mas, sim, como alguém que havia vivido dentro desse
844 contexto por muito tempo e havia continuado a trabalhar com ele mesmo após ter decidido
845 ter sua identidade de gênero masculino mais presente. Apontou que não estava fazendo um
846 libelo contra a presença das travestis nesse Plano, mas apenas reivindicando que se
847 cumprisse a resolução da XII Conferência Nacional de Saúde. **Marcelo Nascimento** disse
848 reconhecer não somente a magnitude do problema, como também a da iniciativa e que ter
849 um Plano Nacional referendado pelo PN-DST/Aids em diálogo com o movimento social
850 representava um marco na construção de respostas para a epidemia de aids. Apontou que
851 precisaria estar mais bem definida a questão do monitoramento e avaliação do Plano,
852 porque as ações previstas, em sua maioria, estavam pensadas a médio e longo prazo,
853 ressaltando que havia demandas concretas imediatas, como, por exemplo, de prevenção.
854 Sugeriu que, durante a consulta, fossem categorizadas metas de curto, médio e longo prazo.
855 Comentou que a discussão sobre intersetorialidade era fundamental e que a COGE, assim
856 como as universidades, deveria ser convidada a participar desse processo. Pediu que fosse
857 mais bem esclarecido o montante de recursos destinados ao Plano e se os insumos estavam
858 incluídos nesse valor. Perguntou se haviam sido avaliadas as ações e estratégias
859 anteriormente implementadas e desenvolvidas pela sociedade civil e pelo PN-DST/Aids, a
860 exemplo do Projeto Somos, Projeto Tulipa etc. **Silvia Viana** disse que o PN-DST/Aids
861 havia chamado a atenção dos gestores para o fato de que não estavam investindo recursos
862 para as populações prioritárias e que estava claro para eles que deveriam discutir o Plano e
863 quanto aportariam a ele. **Tânia Mara Sampaio** perguntou se para as transexuais,
864 transgêneros e lésbicas estava bem que ficassem em um plano de feminilização da
865 epidemia de HIV/aids. Comentou que se deveria ter o cuidado de tratar essas populações
866 pelo termo “mais vulneráveis” e não apenas por “vulneráveis”, o que remetia à
867 caracterização de grupos de risco. **Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário** disse que a
868 preocupação de defesa dos movimentos da diversidade era uma diretriz do PN-DST/Aids e,



869 por consequência, do governo brasileiro e que, no momento, dever-se-ia se preocupar
870 menos com enquadrar em conceitos muito específicos a vida e o ser de cada um e dar mais
871 destaque ao fato de que essas pessoas estavam participando das decisões. Salientou que não
872 se deveria correr o risco de usar instrumentos e estratégias de exclusão e discriminação nas
873 estratégias voltadas para populações minoritárias ou socialmente excluídas e que poderia,
874 posteriormente, fazer uma análise do percentual de reacionarismo, invasão de setores que
875 não respeitam a diversidade etc. Ressaltou concordar que a consulta fosse universal, com a
876 participação de todos, e sugeriu que a resposta brasileira se organizasse dentro da defesa
877 política, estratégica e cidadã, para fazer que as questões fossem relevadas e se
878 transformassem em estratégias de enfrentamento, construção e discussão com os setores
879 mais conservadores. **Maria de Fátima Alencar Fernandes D'Assunção** disse haver
880 depoimentos de entidades representativas de trabalhadores vivendo com HIV/aids segundo
881 os quais, quando uma pessoa com HIV/aids mantinha seu emprego, ele melhorava em
882 todos os aspectos, parte médica, de alimentação etc. Sugeriu que, em virtude disso, fosse
883 inserida no Plano alguma diretriz específica sobre HIV/aids e mundo do trabalho. **Karen**
884 **Bruck** respondeu que a estratégia de consulta pública era uma inovação e que, apesar de
885 pública, a consulta era focada, porque os parceiros preferenciais para discussão estavam
886 sendo o movimento gay e o movimento de aids. Esclareceu que o grupo que consolidaria as
887 propostas da consulta seria o mesmo que havia elaborado o Plano e que, seguramente, seria
888 trazido à CNAIDS o resultado desse processo. Explicou que as metas ainda seriam
889 construídas, mas que era um pouco temerário ser tão específico nas metas, uma vez que o
890 Plano ainda teria de ser pactuado em diversas instâncias. Destacou que, embora bastante
891 focado na questão do HIV/aids, o Plano não estava isolado e que procuraria dialogar com
892 os outros parceiros. Do ponto de vista do orçamento para o Plano, disse que o entendimento
893 era de que os recursos já existiam, mas que precisavam ser bem gastos, o que era um
894 desafio coletivo não somente do ponto de vista quantitativo, mas também em termos de
895 inovação em estratégias, abordagens e metodologias que tenham aportes qualitativos nessa
896 resposta. Concordou com a proposta de se dividirem as metas em curto, médio e longo
897 prazo. Apontou que poderia haver equívocos com relação à questão das identidades das
898 populações, mas que nenhuma decisão estava sendo tomada de forma arbitrária, sendo
899 consultados, sistematicamente, o movimento das travestis, das transgêneros e das
900 transexuais, que optaram por estar nos grupos nos quais foram classificados. Ponderou que,
901 como esses planos não eram exclusivos do PN-DST/Aids, estava-se levando a discussão
902 sobre identidade de gênero para outras áreas de governo. **Mariângela Batista Galvão**
903 **Simão** respondeu que monitoramento e avaliação eram um nó crítico no sistema de saúde.
904 Lembrou que, no lançamento da consulta, tinha sido expressa a preocupação com
905 manifestações oriundas de setores mais reacionários e homofóbicos da sociedade,
906 ressaltando que, no entanto, o governo brasileiro tinha uma política muito clara de combate
907 à homofobia e de defesa dos direitos humanos e que, em uma consulta pública, seria
908 absorvido apenas o que estava de acordo com as diretrizes do governo federal. Afirmou que
909 não bastava a contribuição das ONG parceiras, mas que era necessário que as pessoas de
910 universidades e gestores dessem suas contribuições ao Plano. Solicitou que as
911 contribuições para aprimoramento do Plano fossem feitas por escrito, por meio do site. Por
912 fim, agradeceu a compreensão dos suplentes, explicando que, como a CNAIDS era um
913 plenário de representação, procurar-se-ia buscar, doravante, um pouco mais de disciplina
914 nas reuniões para garantir a palavra de todos os representantes. **Alexandre Gouveia**



915 **Martins** sintetizou os encaminhamentos para a próxima reunião: 1) Adiamento, para 04 de
 916 setembro, da data prevista para a próxima reunião da CNAIDS, inicialmente marcada para
 917 28 de agosto, porque se chocaria com a data do Encontro Nacional da Rede Nacional de
 918 Pessoas Vivendo com HIV/aids. 2) Encaminhamento, por Moysés Toniolo ou Maria de
 919 Fátima Alencar Fernandes D'Assunção, para o PN-DST/Aids, de comunicado de que o GT
 920 sobre Aids no Mundo do Trabalho se reuniria em 31 de julho. 3) Encaminhamento de
 921 recomendação da CNAIDS, para o CONASS e CONASEMS, sobre a aplicação dos
 922 recursos e da contrapartida dos PAM; 4) Pautar para a próxima reunião uma discussão
 923 sobre “Aids e Fronteiras”; 5) Pautar para a próxima reunião discussão sobre “Classificação
 924 das Populações Específicas”. 6) Pautar para a próxima reunião discussão sobre
 925 “Implantação, na Região Norte, do Teste Rápido para Diagnóstico da Sífilis”; 7) Informe
 926 sobre a reunião com a PACT/USAID. 8) Informe sobre o Seminário de Direitos Humanos.
 927 9) Pautar para a próxima reunião discussão sobre o “Projeto de Lei do Senador Tião
 928 Viana”. Tendo sido definidos esses assuntos, **Alexandre Gouveia Martins** agradeceu a
 929 participação de todos e encerrou a reunião da CNAIDS.

930

931

932 **Glossário**

933

934 *ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária*935 *CFM – Conselho Federal de Medicina*936 *CNAIDS – Comissão Nacional de DST e Aids*937 *COGE – Comissão Nacional de Gestores de Programas de HIV/Aids e Outras DST*938 *CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde*939 *CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*940 *DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis*941 *FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz*942 *HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana*943 *ONG – Organização Não Governamental*944 *OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público*945 *PAM – Plano de Ações e Metas*946 *PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST e Aids*947 *RNP – Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids*948 *SUS – Sistema único de Saúde*949 *UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais*950 *UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids*951 *UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Ciência e a Cultura*952 *UNGASS – United Nations General Assembly Special Session on HIV/Aids*