

Relato Alternativo da Sociedade Civil 2012

1. A formulação do Relatório Brasileiro sobre AIDS e sua recente involução. Pág. 02
2. Aids no Brasil: o acesso ao tratamento não é universal e a prevenção vive retrocessos. Pág. 03
3. Faltam mecanismos transparentes em negociações que afetam a vida das pessoas. Pág. 04
4. O retrocesso da conjuntura brasileira para a promoção, garantia e defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Pág. 05
5. A carência de programas e políticas públicas que tratem transversalmente violência contra as mulheres, HIV e AIDS. Pág. 09
6. Desafios para trabalhar a coinfeção Aids – Tuberculose. Pág. 12
7. A ausência de marco regulatório no país e crise de sustentabilidade das ONGs brasileiras. Pág. 13
8. Descaso dos governos estaduais e municipais com a política de transferências Fundo a Fundo: recursos federais para políticas de prevenção ao HIV e à Aids seguem estagnados, há meses, nos Estados e Municípios. Pág. 16

1. A formulação do Relatório Brasileiro sobre AIDS e sua recente involução.

Durante Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNGASS-Aids, na sigla em Inglês) de 2001, os chefes de governo reconheceram a relação direta entre a promoção dos direitos humanos e a redução da vulnerabilidade ao HIV, e que bons resultados não podem ser alcançados apenas por ações isoladas do governo sendo que a participação da sociedade civil - e de pessoas vivendo com HIV, em particular – é necessária para o desenvolvimento e a implementação de respostas eficazes à epidemia.

Esta concepção estimulou organizações a usarem as metas UNGASS-Aids como ferramenta para acompanhar as políticas de Aids em seus países¹. No Brasil esta mobilização iniciou em 2003 e em 2010 ONG Aids participaram ativamente do Grupo de Trabalho (GT) UNGASS-Aids, responsável pela elaboração do Relatório Nacional criado e coordenado pelo Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais para garantir que a perspectiva da sociedade civil fosse contemplada no processo de criação do relatório. O trabalho iniciou em 2009, e 37 organizações de todo o país contribuíram com informações para a Parte B do Indicador de Políticas Nacionais Conjuntas, que foram consolidadas e incorporadas ao Relatório Nacional.

Em 2012, no entanto, apesar de insistente cobrança junto ao Departamento Nacional de DST/Aids, não foi estabelecido um processo participativo para a composição do Relatório Nacional. Informações sobre o mesmo só foram disponibilizadas em 14 de março de 2012, na reunião da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais – CAMS, sem discussão prévia, provendo pouco tempo para mobilizar e organizar a sociedade civil em torno das discussões que a preparação deste relatório legitimamente impõe. A Comissão Nacional de DST/Aids – CNAIDS, só foi informada do processo em 20 de março de 2012.

Dado esse contexto as Organizações Não Governamentais abaixo assinadas apresentam este relatório alternativo, que contém algumas das questões mais prementes e preocupantes no Brasil em relação à resposta ao HIV e à Aids, e ao respeito, promoção e garantia dos direitos humanos – incluindo os direitos sexuais. Lamentamos o desinteresse do Departamento Nacional de DST/Aids por um processo de articulação que melhorava ano após ano e que, no que diz respeito à construção do Relatório Nacional, havia estabelecido um importante espaço de trabalho entre a sociedade civil e governo. Esperamos que este Relatório Alternativo sirva de alerta para os problemas elencados e lance oportunidades para futura colaboração conjunta em prol da reversão deste contexto.

¹ No caso do Brasil, a Gestos e o Fórum de ONGs de SP criaram o Fórum UNGASS-Aids em 2003. Em 2011, a Gestos realizou o VII Fórum UNGASS-Aids Brasil, e outras organizações promoveram em suas regiões ou municípios diversos Fóruns UNGASS-Aids

2. Aids no Brasil: o acesso ao tratamento não é universal e a prevenção vive retrocessos

Em outubro de 2011, a Carta Política do VII Fórum UNGASS-Aids Brasil foi bastante clara ao indicar que a epidemia de Aids no Brasil ocorre num contexto de privatização de áreas estratégicas como saúde, educação, produção de energia, transporte, comunicação e segurança. A disputa entre os bens públicos e privados está no centro das questões que demandam urgente atenção – exemplo recente é o Decreto nº 7.508, de 22 de junho de 2011², que fere os princípios da integralidade, universalidade, igualdade do SUS³.

Além disso, o documento chama a atenção para a debilidade das ainda poucas políticas inter-setoriais e a grande dificuldade em implementar sistemas de informação articulados, que garantam a qualidade do monitoramento e avaliação dos serviços e políticas de saúde.

Às vésperas do Dia 1º de Dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, e da Conferência Nacional de Saúde, o Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo, que reúne 90 entidades filiadas, manifestou sua preocupação com o atual cenário de enfrentamento da epidemia da Aids no país, destacando as seguintes questões:

2.1. Todo ano, em nosso país, mais de 12.000 brasileiros morrem em decorrência da Aids e mais de 38.000 pessoas adoecem. O acesso universal ao tratamento, preconizado pelo Sistema Único de Saúde e pela lei federal nº 9313/96, não é uma realidade no Brasil. Segundo o UNAIDS, a cobertura do tratamento anti-HIV no país tem variações entre 60% e 79%;

2.2. São ineficazes as ações para redução da alta taxa de diagnóstico tardio. As campanhas de testagem são dirigidas ao público em geral e não atingem as populações mais vulneráveis. O maior exemplo desse descaso ocorre neste momento (...). Em 30 anos de Aids, nunca houve no Brasil um primeiro de dezembro dedicado aos gays, travestis, transexuais e homens que fazem sexo com homens, parcela de cidadãos com alta prevalência de infecção pelo HIV. A opção por este tema anunciado pelo governo federal em 2011, recebida com otimismo pelas ONGs e ativistas, foi logo descaracterizada pela mudança de foco, ampliação de público, diminuição de verbas e submissão à patrulha homofóbica e religiosa que tem contaminado as decisões do Executivo e do Legislativo no Brasil;

² O texto do Decreto pode ser acessado através da url http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

³ Para ler carta do Movimento Nacional de Luta Contra AIDS sobre o Decreto 7508 acesse <http://www.serdigital.com.br/gerenciador/clientes/ungass/reports/DEC%207508%20ENONG.pdf>

2.3. Todos os anos há episódios de desabastecimento e de fracionamento de antirretrovirais. Faltam constantemente medicamentos necessários ao tratamento de problemas de saúde associados ao HIV. A política nacional de produção de antirretrovirais genéricos é lenta, pouco transparente e omissa na utilização de todas as flexibilidades previstas na legislação patentária;

2.4. A prevenção à Aids no Brasil, marcada pela estagnação e retrocesso, não garante a igualdade e a equidade. Mesmo diante de uma epidemia concentrada, os programas governamentais insistem em promover uma prevenção que negligencia os grupos mais afetados e não oferece campanhas permanentes nem insumos suficientes à população.

O documento encerra solicitando a regulamentação imediata da “Emenda Constitucional 29, na forma do projeto original do Senado Federal, com destinação de 10% da receita bruta do país para os serviços públicos de saúde, sem a aprovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira mais dinheiro da saúde e da educação para pagamento de juros da dívida brasileira”.

3. Faltam mecanismos transparentes em negociações que afetam a vida das pessoas

As organizações de Aids no Brasil tem, reiteradamente, solicitado ao governo o fornecimento de informações detalhadas sobre os critérios definidos para a adoção e financiamento de Parcerias Público-Privadas, acordos de Transferência de Tecnologia em negociação para produção nacional de medicamentos ARVs no âmbito da atual política que estabelece o Complexo Industrial da Saúde. Há pouca clareza sobre os preços acordados pelo Ministério da Saúde, sendo fundamental mais transparência em relação a informações sobre os determinantes do preço dos ARVs, risco de criação de demandas e de desabastecimentos decorrente da criação de monopólio temporário.

Além de reivindicar – sem sucesso até o momento – o estabelecimento de diálogo aberto e transparente sobre as implicações dos Acordos de Transferência de Tecnologia para o acesso a medicamentos, há anos demandamos a incorporação e uso das flexibilidades de proteção da saúde pública previstas no Acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio que possibilitariam a aquisição de medicamentos a preços acessíveis e enfrentariam as praticas monopolistas das empresas farmacêuticas. Isso inclui não só uso das flexibilidades como licença compulsória, exceção Bolar e outras, como também o re-estabelecimento da Anuência Prévia da ANVISA. Ademais, a sociedade civil tem solicitado que o Brasil se esforce para impedir a adoção de medidas do tipo TRIPS-plus nas esferas Legislativa, Judiciária e Executivo, coerente com a posição do governo brasileiro em foros internacionais de

negociação em defesa da proteção da saúde pública frente a interesses comerciais. Essa incoerência entre o discurso no âmbito internacional e as ações domésticas têm marcado a política brasileira nos últimos anos.

4. O retrocesso da conjuntura brasileira para a promoção, garantia e defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Apesar do Estado brasileiro ser, constitucionalmente laico, o governo do Brasil não é laico e diversos fatos tem indicado esta grave realidade que tem afetado o acesso a serviços de saúde e à informações essenciais para a construção de um país que se diz democrático, defensor da cidadania de seu povo.

O Brasil possuía, na década de 1990, quando ocorreram grandes conferências internacionais, como as de Viena e do Cairo, uma tradição progressista em seu entendimento sobre o conteúdo dos direitos humanos, em especial, o direito à saúde, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Atualmente, no entanto, exatamente quando estão sendo realizados os processos de revisão desses marcos internacionais, tem-se constatado uma reiterada submissão do governo brasileiro a pressões conservadoras, exercidas principalmente por grupos religiosos, ou ligados a eles. Isso tem feito com que o Brasil registre seguidos retrocessos em políticas que deveria estar, hoje, consolidadas.

Internacionalmente, exemplo disso foi a recente 56ª sessão da CSW (Comissão sobre o Status da Mulher)⁴ realizada nas Nações Unidas em março de 2012, cujo tema foi "Empoderamento das mulheres rurais e seu papel na erradicação da fome e da pobreza, desenvolvimento, e desafios atuais". Frente a um debate difícil que resultou na retirada de todo um capítulo sobre HIV e AIDS e onde, pela primeira vez, não se chegou a um consenso sobre o texto, o Brasil foi omissivo durante as discussões, não demonstrando nenhum interesse ou defesa dos temas que nos são caros e que tradicionalmente temos defendido. Permitimos que este grave precedente ocorresse sem nos pronunciarmos sobre ele.

Refletindo o descaso do governo atual com a epidemia de HIV e Aids, o tema nem mesmo foi incluída como tema de direitos humanos no relatório oficial brasileiro que será apresentado na Revisão Periódica Universal do país perante o Alto Comissariado de Direitos Humanos das Nações Unidas em maio de 2012.

Essa nova postura internacional mostra-se reflexo do que vêm acontecendo no âmbito doméstico, sobre o qual elencamos como exemplos a suspensão da campanha de prevenção para homens gays elaborada para o Carnaval 2012 ou,

⁴ <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/56sess.htm>.

ainda, a edição da Medida Provisória nº 557⁵, que institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, “constituído pelo cadastramento universal das gestantes e puérperas, de forma a permitir a identificação de gestantes e puérperas de risco, a avaliação e o acompanhamento da atenção à saúde por elas recebida durante o pré-natal, parto e puerpério” – um antigo sonho de políticos e grupos conservadores, apesar de já haver registro e monitoramento destas pacientes dentro do Sistema Único de Saúde. Esta, inclusive, é apenas mais uma medida que reposiciona os direitos reprodutivos das mulheres em um âmbito bastante restrito da maternidade⁶.

4.1. Campanha Prevenção à Aids no Carnaval 2012

O caso da campanha de prevenção à Aids durante o Carnaval é um indicador de como tem sido a recente condução dos processos e a tomada de decisões quando se trata temas ligados aos direitos sexuais no Brasil. Na ocasião do lançamento da campanha, o Ministério da Saúde divulgou que ela seria direcionada, prioritariamente, para jovens gays, uma vez que dados epidemiológicos mostram que a epidemia tem crescido nessa população nos últimos anos, em especial na faixa de 15 a 24 anos, e que, segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, de 1998 a 2010, o percentual de casos na população heterossexual de 15 a 24 anos caiu 20,1%, enquanto entre os gays da mesma faixa etária houve aumento de 10,1%.

As peças da campanha incluíam três vídeos, com cada um deles abordando um segmento diferente: jovens gays, travestis e heterossexuais. Pouco após a apresentação pública do material – e de sua seguinte repercussão – os vídeos foram retirados do ar e da listagem de materiais da campanha fornecida pelo Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Após vários questionamentos dos movimentos sociais⁷, o Ministério da Saúde informou que os vídeos foram retirados para edição e que seriam disponibilizados posteriormente.

Dias depois, o Ministério da Saúde forneceu informação completamente diferente, a de que os vídeos que geraram a polêmica não haviam sido concebidos para divulgação em TV aberta, e que outro material estava sendo preparado neste intuito. Quando divulgado, o novo vídeo trazia tão-somente dados estatísticos, valendo-se, para isso, de dois jovens, um homem e uma mulher. A campanha

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Mpv/557.htm

⁶ Esta concepção voltou a ser reforçada com o lançamento do Programa Rede Cegonha, que mais uma vez tem grande enfoque na saúde da mulher a partir do viés reprodutivo, com destaque à criança. Uma descrição breve do Programa pode ser encontrada no link http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

⁷ Um deles foi apresentado pela Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, que pode ser acessado através da url <http://www.abgl.org.br/port/basecoluna.php?cod=205>

abandonava, assim, o direcionamento original e nenhum outro esclarecimento foi prestado. Ao mesmo tempo em que o governo afirmava que as alegações do seu recuo nos temas do HIV e Aids e da livre orientação sexual eram infundadas, grupos religiosos e/ou conservadores avocavam-se o mérito de “moralizar” a iniciativa.

4.2. Kit anti-homofobia

Processo similar aconteceu em maio de 2011, quando do abandono da proposta de editar um kit de material educativo destinado à fomentar e apoiar a discussão sobre homofobia nas escolas. O kit, cujo conteúdo já havia sido produzido naquele ano pelo Ministério da Educação, foi suspenso para uma “revisão de conteúdo e formato da proposta” que não aconteceu até hoje e, na prática, significou seu abandono, apesar dos protestos incansáveis do movimento LGBT brasileiro.

A questão foi levada adiante por lideranças conservadoras, mas em seu sentido oposto, reverberando nos Estados. No dia 25 de março de 2012, a Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro – RJ aprovou em primeira instância o Projeto de Lei nº 1082/2011, de autoria do vereador Carlos Bolsonaro (PP-RJ), que “veda a distribuição, exposição e divulgação de material didático contendo orientações sobre a diversidade sexual nos estabelecimentos de ensino fundamental e de educação infantil da rede pública municipal da cidade do Rio de Janeiro e dá outras providências⁸”.

A repercussão da aprovação em primeira instância do projeto de lei levou a uma mobilização dos movimentos sociais, lideranças sindicais e redes sociais, que lotaram o plenário da Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro para protestar contra a medida. Frente à pressão popular, foram apresentadas emendas, que fizeram com que o projeto de lei tenha que ser novamente analisado pelas comissões da casa legislativa. Isso não significa, contudo, que ele não venha a ser aprovado em um futuro bastante breve, e iniciativas similares vêm sendo cogitadas como estratégia conservadora em outras partes do país.

4.3. Desabastecimento e falta de acesso às camisinhas femininas no Brasil;

Nos últimos anos o Brasil alcançou grande visibilidade em espaços internacionais pela defesa do uso do preservativo feminino como instrumento de prevenção das DST e Aids⁹. No entanto, apesar de toda propaganda internacional, no âmbito

⁸ A ABGLT lançou uma nota de descontentamento sobre a aprovação do projeto de lei em primeira instância, conclamando os vereadores a reverterem a decisão e abandonar o projeto na votação seguinte. A nota pode ser lida na url <http://www.abglt.org.br/port/basecoluna.php?cod=215>

⁹ Além de ser atualmente o único método de dupla proteção (proteção contra gravidez e DSTs) controlado pela mulheres, de acordo com o Ministério da Saúde, como método anticoncepcional,

doméstico o Brasil está ainda longe de implementar uma política de aquisição, promoção e distribuição consistente do preservativo feminino. No início de 2012, o Ministério da Saúde, divulgou que foram comprados em 2011 cerca de meio bilhão de camisinhas masculinas, destacando o crescimento anualmente nas compras do insumo. Enquanto isso, a aquisição de camisinhas femininas tem ocorrido de maneira contrária: em 2008 foram disponibilizados 3.029.900 preservativos femininos; em 2009, 2.070.928, e, em 2010, apenas 379.000 preservativos femininos foram adquiridos pelo governo brasileiro.

Esse evidente declínio fez com que a sociedade civil iniciasse um processo de pressão¹⁰ junto ao Ministério da Saúde, inclusive provocando as denúncias no Conselho Nacional de Saúde que resultaram no esclarecimento de que estes estavam vivenciando problemas no processo licitatório, impedindo o país de comprar o insumo nos últimos dois anos. A compra foi finalmente efetuada ao final do ano passado, mas os 20 milhões de preservativos femininos adquiridos, até o momento de elaboração deste relatório, ainda não haviam sido disponibilizados aos estados e municípios. Ou seja: há dois anos as mulheres no Brasil são impedidas de acessar este insumo e é evidente que o montante adquirido não é, nem de longe, adequado à uma política que priorize informar e garantir o acesso a este importante meio de prevenção.

Aliás, o problema tem dimensão mais complexa, uma vez que um dos problemas enfrentados pelo Brasil para compra do insumo é que a produção mundial das camisinhas femininas está restrita a apenas um único fabricante certificado pela agência norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA) desde 1993, a The Female Health Co., sediada no Reino Unido. A produção por um único fornecedor acarreta a elevação do preço, seja em decorrência de não existir concorrentes, seja em relação as oportunidades de mercado para a negociação de preços.

No Brasil, a fabricante mundial cedeu a concessão de exclusividade a um único representante local, diferentemente do que ocorre nas aquisições do preservativo masculino¹¹. No último processo de compra em 2010 a representação comercial da The Female Health Co., apresentou o preço de US\$ 1,80 a unidade, na última licitação. O Ministério da Saúde então buscou adquirir o insumo, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a US\$ 0,70 a unidade. Mas este

a caminha feminina tem uma eficácia em torno de 90% (falha entre 3 e 12%, semelhante à caminha masculina), e como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, eficácia de mais de 99%.

¹⁰ A mobilização da sociedade civil encontrou eco, inclusive, na mídia internacional:

<http://www.ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=99687>

¹¹ A caminha feminina teve seu registro obtido no Brasil em 1997 junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pela DKT do Brasil Produtos de Uso Pessoal Ltda. e encontra-se disponível no mercado brasileiro desde dezembro deste ano (Portugal, M.A.L, 2003).

processo demorou tempo suficiente para deixar desabastecido o país por cerca de dois anos.

Esse contexto é de gravidade extrema, pois nos fez retroceder numa política que, a partir de 2007, com o lançamento do *Plano de Enfrentamento da Feminização do HIV, Aids e outras DSTs*, pensávamos que veríamos avançar. Além disso, vale ressaltar que, sem controle do governo, este insumo é vendido em apenas algumas farmácias brasileiras, e custa de 3 vezes até 20 vezes mais que a camisinha masculina, variando muito de preço (pode chegar em alguns lugares a R\$15 cada), o que contribui ainda mais para seu pouco uso e difusão.

Finalmente, outra questão importante é de que, apesar de dados de estudos observacionais evidenciarem resultados favoráveis ao uso do produto¹², obstáculos e tabus por parte dos profissionais de saúde e dos planejadores das políticas públicas continuam prejudicando sua difusão. Isso indica uma demanda evidente de sensibilização dos profissionais de saúde e da criação de campanhas sobre o tema, pois todas as campanhas nacionais de prevenção para as mulheres continuam centradas no preservativo masculino e não há estratégias de promoção da camisinha feminina na grande maioria dos Estados e municípios brasileiros, com raras exceções, como é o caso de Sergipe.

5. A carência de programas e políticas públicas que tratem transversalmente violência contra as mulheres, HIV e Aids¹³.

Em 2010 a ONG Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero fez uma análise quantitativa em Pernambuco sobre a relação entre o HIV e a violência contra as mulheres, no qual observou-se que entre 100 mulheres vivendo com HIV e Aids 67,6% delas sofreu algum tipo de violência física, emocional ou moral ao longo da vida¹⁴ e que quase 100% relataram situações de violência após a infecção pelo HIV.

¹² (Portugal, M.A.L - Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2003).

¹³ O fenômeno da feminização da epidemia se evidencia ao ser analisada a relação homem/mulher dos casos de HIV, em declínio contínuo desde 1980. A razão variou 32 homens para uma mulher, em 1984, para 7,8 em 1990, 2,2, em 2000 até chegar a 1,8 em 2011. A infecção pelo HIV prevalece em 0,6% da população de 15 a 49 anos de idade (0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens), 0,12% nos jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos de idade e 0,28% em mulheres jovens de 15 a 24 anos. Nas populações em maior situação de vulnerabilidade, contudo, as prevalências são bem mais elevadas e destacam-se aquelas entre usuários de drogas intravenosas (5,9%), homens que fazem sexo com homens (10,5%) e mulheres profissionais do sexo (5,1%).

¹⁴ Pesquisa “Duas caras de uma mesma realidade: violência contra as mulheres e HIV & Aids – uma aproximação quantitativa e qualitativa” Gestos, 2010

Divulgado em Março de 2012, um levantamento multicêntrico promovido em oito países pela Campanha Mulheres Não Esperam Mais, levou à coleta de dados primários qualitativos em dez estados¹⁵ de todas as regiões do Brasil e dados oficiais e estatísticas referentes a relação entre HIV e violência contra as mulheres (VCM), entre elas, a legislação vigente, pesquisas e estudos qualitativos e quantitativos realizados nos últimos anos¹⁶.

Os dados reiteram a realidade percebida diariamente pelas organizações e redes que se dedicam ao trabalho com gênero e HIV, na qual há uma carência ampla por informações e dados oficiais sobre uma e outra epidemia, assim como outras que as inter-relacionem.

É importante sublinhar, inclusive, a insuficiência de dados que abordem os casos de HIV e Aids por decorrência de relação sexual não-consentida, bem como informações acerca da população transexual feminina, seja no âmbito de prevalência do HIV, seja no de escolaridade.

Há um protocolo nacional de atenção a vítimas de violência sexual, e documentos similares de âmbito estadual e municipal. Existe também o Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização do HIV e da Aids que relaciona serviços a serem integrados em relação ao HIV apontando a existência de serviços que trabalham com redução de danos, serviços de atendimento à violência, de prevenção de transmissão vertical, de tratamento, cuidado e apoio a Aids, porém de forma isolada ou com pouca interação. O que se observa na prática, entretanto, são serviços que, embora promovam o atendimento das pessoas vivendo com HIV, não dão conta da diversidade de necessidades do agravo, e que ainda não abordam as especificidades de gênero de maneira satisfatória.

Ao se considerar os serviços de cuidado pré-natal e pós-parto ou programas de prevenção de transmissão vertical do HIV, não há informações que indiquem que nessas ocasiões seja efetivamente abordada a questão violência. Da mesma maneira, não existem dados exatos sobre o acesso das mulheres vítimas de violência a serviços de saúde que tenham recebido profilaxia pós-exposição (PEP) ou contracepção de emergência ou daquelas que receberam assessoramento legal ou atendimento psicológico. É importante enfatizar, inclusive, a inexistência de estatísticas oficiais que correlacionem HIV e VCM.

¹⁵ Os Estados pesquisados foram: Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, além do Distrito Federal.

¹⁶ O levantamento no Brasil foi coordenado pela Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero, sediado em Pernambuco e o Coletivo Feminino Plural, baseado no Rio Grande do Sul.

No Brasil, 32,2% das mulheres que sofreram agressão física foram vítimas da violência de pessoas conhecidas; 29,1% não conheciam o agressor; 25,9% foram lesadas pelos próprios cônjuges ou ex-cônjuges e 11,3%, por seus parentes. As jovens entre 18 e 24 anos são as principais vítimas de violência. Isso indica que casa, família e conjugabilidade são prováveis lugares de violência. Neste sentido, os diversos cruzamentos demonstram que há um aumento da violência psicológica e física com o passar da idade e que a maioria das mulheres foram obrigadas a ter relações sexuais ao longo da vida, principalmente na adolescência, e continuam em situação de violência sexual¹⁷. Tais cruzamentos apontam para a necessidade de verificar a relação entre violência sexual e a condição de vulnerabilidade e/ou suscetibilidade à infecção pelo HIV das adolescentes, e para a necessidade de estratégias de proteção e fortalecimento desse grupo populacional.

O Nordeste, por exemplo, é a região onde as mulheres sofrem mais agressão na própria residência. Chama-nos a atenção que a Região Nordeste registre também crescentes números de novos casos de infecção pelo HIV – principalmente entre mulheres, contrariando a tendência nacional, de estabilização da epidemia. Consideramos que este pode ser mais um indicador da relação entre VCM e HIV que não tem sido observado pelo governo brasileiro.

O documento oficial que congregaria informações sobre criminalidade e segurança pública em âmbito nacional seria o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2011, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Ministério da Justiça, e que registra informações gerais sobre registros policiais. No entanto, ele não desagrega as ocorrências segundo o sexo da vítima, trabalhando apenas números absolutos e taxas em relação a homicídio doloso, latrocínio, lesões corporais seguidas ou não de morte e crimes contra a liberdade sexual (estupro e tentativa de estupro). O Anuário não coleta dados pertinentes ao HIV ou à Aids, ou estabelece relações entre estes e os crimes apurados¹⁸.

Finalmente, o Monitoramento Sobre HIV e violência contra as Mulheres, como já apontado em estudos similares, reafirma que o Brasil possui um sistema nacional de estatísticas criminais deficiente, no qual falta padronização da coleta de dados, e para o qual os sistemas de coleta e processamento das informações são falhos e descontinuados, havendo, também, lacunas na gestão dos dados pelos Estados, entre outros fatores.

¹⁷ Pesquisa “Duas caras de uma mesma realidade: violência contra as mulheres e HIV & Aids – uma aproximação quantitativa e qualitativa” Gestos, 2010.

¹⁸ Dados coletados na série “Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde, Volume 16, “Perspectivas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil”, que pode ser acessado no sítio do Portal da Saúde, mantido pelo Ministério da Saúde do Brasil, na url http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_16_saude_brasil_2010.pdf

No escopo da educação sexual integral, que deveria estar disponível em todos os níveis educacionais em uma perspectiva de gênero e direitos humanos, infelizmente, não foram encontrados dados oficiais sobre oferta de capacitação a educadores/as para modificar estereótipos e discriminações e programas que tornam pessoal de escola apto a reconhecer alunos/as em risco ou que vivem com HIV ou em situação de violência. O que mais se aproxima é a existência de capacitação para pessoal das escolas sobre protocolos de profilaxia pós-exposição e anticoncepção de emergência, no entanto, trata-se de uma tecnologia recente de prevenção que ainda não são de domínio geral nem pelo pessoal da saúde. Somando-se esta deficiência em informações à já registrada resistência à discussão destes temas no meio escolar, temos por consequência a inefetividade destas iniciativas, mantido seu atual formato. Analogamente, na esfera da comunicação social, não foi lançada nenhuma campanha nos meios de comunicação em nível nacional que correlacionasse VCM e HIV, mesmo em efemérides especiais, como o Carnaval.

6. Desafios para trabalhar a coinfeção Aids – Tuberculose

Outro aspecto que preocupa a sociedade civil é a ausência de recursos para que as ONG possam continuar as ações no campo da co-infecção por tuberculose e HIV. No Brasil, aproximadamente 70 mil novos casos surgem anualmente, e 4,6 mil mortes pela doença são registradas. Isso leva o país a ser considerado de alta carga da doença, e figurar em 17º entre os 22 enquadrados nesta categoria. As pessoas que vivem com HIV e Aids, estão 30 vezes mais vulneráveis à tuberculose, que figura como a principal causa de morte neste grupo. Em algumas regiões do Brasil, como a Sul, a taxa de coinfeção chega a 20%, quase o dobro da media nacional.

Em dados divulgados no dia 26 de março de 2011, o governo brasileiro comemorou o crescimento sistemático do investimento em ações direcionadas à prevenção e ao tratamento da tuberculose, que teriam crescido 14 vezes na última década. Vale ressaltar, contudo, dois fatores. Em primeiro lugar, lembrar que os investimentos destinados à doença há dez anos eram irrisórios frente às demandas decorrentes de sua incidência no país, de modo que ter esses recursos consideravelmente ampliados não significa, necessariamente, que eles teriam atingido um patamar ideal. Além disso, é preocupante lembrar que o volume de investimento nas ações sobre a doença cresceu bastante em decorrência de um projeto aprovado perante o Fundo Global para Tuberculose, Aids e Malária, que não mais vigora em nosso país.

Os recursos do Fundo Global, portanto, eram responsáveis por respeitável parcela da resposta nacional à tuberculose, incluído o suporte a organizações não governamentais, que desenvolviam ações de prevenção, orientação e suporte cruciais para a detecção da doença e a manutenção do tratamento até a cura. Caso o governo brasileiro não assuma integralmente a responsabilidade pela manutenção e

ampliação da resposta à tuberculose, incluindo aí a parceria com as ONGs, a sociedade civil teme o retrocesso nas políticas para a doença no país. Além disso, destacamos a dificuldade das organizações sociais em acessar informações oficiais sobre a coinfeção e a ausência de estratégias para o enfrentamento das vulnerabilidades e do estigma agregado, à TB e ao HIV e AIDS.

7. A ausência de marco regulatório no país e crise de sustentabilidade das ONGs brasileiras.

A importância do envolvimento da sociedade civil para alcançar resultados efetivos é reiterada em uma publicação financiada pelo Banco Mundial e do Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional – DfID¹⁹, que afirma que os objetivos e metas da “Declaração Política [sobre HIV e Aids] não poderão ser alcançados sem que a sociedade civil - um setor que engloba uma vasta gama de interessados, de grupos comunitários às redes nacionais de pessoas vivendo com HIV e grandes ONGs internacionais.” Na avaliação destas duas instituições, “o trabalho e o valor acrescentados pela sociedade civil são fundamentais para uma resposta eficaz ao HIV, especialmente em termos de aumentar a utilização dos serviços, afetando a mudança social e o impacto sobre os resultados da saúde, inclusive entre as populações-chave”.

Segundo a avaliação de diversas organizações da sociedade civil, o Brasil estaria vivendo “uma situação sem precedentes de desmantelamento do controle social da resposta à epidemia de HIV e da Aids”²⁰. O sucesso da política brasileira se pautou no trabalho conjunto entre Estado e sociedade civil organizada, que não apenas cobrava ações efetivas das autoridades – como foco nos direitos humanos - mas também era protagonista no desenho e implementação das políticas. Há uma relação direta e de extrema importância no papel da sociedade civil na resposta ao HIV no Brasil²¹. Neste sentido, a crise das associações que trabalham com o HIV e

¹⁹ *Investing in Communities to Achieve Results: A Summary of the Findings from the Evaluation of the Community Response to HIV and Aids*, UK Consortium on Aids and International Development, World Bank and DfID, February 2012.

²⁰ O Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual elaborou uma carta-manifesto relatando o histórico e os detalhes da crise pela qual vêm passando as organizações não-governamentais de Aids. Seu texto, composto colaborativamente por diversas organizações, capitaneados pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA e o GTPI, consubstancia esta seção do relatório.

²¹ A carta repercutiu na mídia, sendo republicado e debatido em diversos espaços. Deu origem, a um Tumblr, que reúne colagens criativas sobre a questão: <http://sosongsbr.tumblr.com/>. <http://www.viomundo.com.br/denuncias/ongs-denunciam-o-desmonte-do-programa-brasileiro-de-aids.html>; <http://www.abiaids.org.br/cedoc/publicacoes/artigoView.aspx?lang=pt&seq=13090&fg=Artigos%20e%20Not%C3%ADcias> ;

mesmo os grupos de pessoas vivendo com o HIV significa, também, a crise da resposta brasileira à epidemia.

Recentemente, importantes organizações dedicadas ao tema do HIV e da Aids fecharam suas portas depois de anos de serviço público relevante. A ameaça do fechamento também paira sobre outras organizações históricas que enfrentam crises severas de recursos. Embora a atual crise não seja a primeira enfrentada por organizações sociais, certo é que essa é diferente, na medida em que é mais severa e mais complexa. Parte de sua origem reflete um recuo financeiro da cooperação internacional, que tem sido o modelo base do financiamento das ONGs neste campo no país, causado por três fatores fundamentais - a crise financeira internacional dos países desenvolvidos; a nova projeção do Brasil no cenário internacional, que coloca o país no papel de doador de recursos e não mais receptor – causando uma falsa percepção de que os problemas internos estão resolvidos; a mudança de prioridades por parte da cooperação internacional que financiava as respostas ao HIV e Aids.

No geral, o fato é esse impacta diretamente a capacidade das ONG brasileiras de manter seu valioso papel na defesa do interesse público e na luta por políticas públicas que universalizem direitos e cidadania no país. Hoje, elas estão cada vez mais reduzindo suas equipes e ficam portanto, impedidas de monitorar, cobrar, construir em colaboração e fiscalizar a execução de políticas em saúde. Até o fechamento deste relatório, o Brasil carecia de dispositivos legais e um marco regulatório que lhes permitam acessar os recursos públicos.

Não obstante a importância das doações brasileiras a países e populações mais vulneráveis - o aumento da ajuda internacional do governo brasileiro, incluindo ações humanitárias e contribuições ao sistema ONU²², foi equivalente a US\$ 1,4 bilhões nos últimos cinco anos -, é preciso discutir como se dará o processo interno de suporte. A carta pública produzida pelo GTPI/ABIA é taxativa:

“O aumento do PIB brasileiro – o qual hoje tem montante superior ao do Reino Unido – como sinônimo de desenvolvimento é uma premissa simplista e conveniente. Excluem-se da equação a renda per capita, as fortes desigualdades internas, as situações de extrema exclusão de parte da população e a manutenção de vulnerabilidades sociais – terreno fértil para a concentração da epidemia de Aids em seu seio. O Brasil, que brilha nos salões de Genebra e Nova Iorque certamente não é o mesmo com o qual lutamos todos os dias, com suas incoerências, injustiças e inadequações. Por isso ocupa a 81ª posição no índice de desenvolvimento humano.

Além da crise financeira, a outra face da moeda é a notória crise política. No campo do HIV-Aids podemos dizer que o diálogo da sociedade civil com o Estado vem se

²² <http://oglobo.globo.com/economia/brasil-no-rol-dos-paises-doadores-aos-pobres-3949673>

deteriorando e chega agora a um momento crítico. O agravamento teve seu ápice nos últimos meses, no que a imprensa tem chamado de “clima anti-ONGs”. Não recuperamos em nossa memória recente um período de tamanho distanciamento entre o Ministério da Saúde e a sociedade civil brasileira.

(...)Ademais do esgarçamento das relações da sociedade com o Ministério da Saúde, assistimos perplexos ao visível desmonte do Departamento de DST Aids. Embora haja uma clara preocupação em desfazer essa impressão, notamos o desligamento do Departamento de um número expressivo de pessoas classicamente envolvidas na luta contra a Aids no país. As causas são obscuras, e também merecem esclarecimento.(...)Nos vinte anos da morte de Herbert Daniel, poderíamos dizer que emerge hoje um novo conceito de “morte civil”. Àquela época significava uma restrição de direitos civis durante a própria vida em função da infecção pelo HIV. Hoje, podemos considerar a ‘morte civil’ como este sufocamento do princípio basilar do SUS: o controle social”.

No mesmo caminho, na Carta Política do VII Fórum UNGASS-Aids Brasil²³, realizado em outubro de 2011, as ONG enfatizam: *“Os desafios globais e regionais, dez anos após a Declaração de Compromissos para superar a Aids firmada nas Nações Unidas em 2001, estão mais complexos e a epidemia segue impulsionada por uma combinação explosiva de inequidades sócio-econômicas, violência de gênero e recorrentes violações dos Direitos Humanos, especialmente dos direitos sexuais. A situação atual, porém, é muito mais adversa, e as metas da recém-aprovada Declaração Intensificar os Esforços para Eliminar a Aids, demandam acompanhamento técnico e político mais constante, uma vez que enfrentar o HIV e Aids não é mais uma prioridade para os governos, agências de cooperação e, claramente, não ocupa mais lugar na agenda de prioridades do governo brasileiro. Diante de tal cenário, identificamos como maior desafio garantir as condições para o fortalecimento das organizações do movimento de luta contra a Aids para que possamos atuar local e globalmente com estrutura adequada e de forma articulada, influenciando os espaços decisórios das políticas públicas.*

As diversas vozes deste histórico movimento são cada vez mais necessárias para cobrar de gestores(as) e parlamentares que barrem posições fundamentalistas e cumpram seu papel de defesa de um Estado verdadeiramente laico, impedindo a violação dos direitos sexuais e reprodutivos de todas as pessoas, particularmente gays e meninas jovens; punindo a perseguição e morte de transexuais e travestis, profissionais do sexo e defensores de direitos humanos e apoiando as organizações sociais que, legitimamente, defendem a agenda de um desenvolvimento humano

²³ O teor completo da Carta Política do VII Fórum UNGASS-Aids Brasil pode ser acessado em: <http://www.serdigital.com.br/gerenciador/clientes/ungass/reports/Declara%C3%A7%C3%A3o%20do%20VII%20FORUM%20UNGASS.pdf>

sustentável. O fortalecimento de um Estado laico e equitativo é vital para banir a cultura de discriminação e preconceito contra a população LGBT, contra as pessoas pobres e as pessoas negras no Brasil, especialmente se estas também vivem com HIV e Aids.

“(...) Nós demandamos a eficácia na gestão pública das políticas sociais, garantindo que os instrumentos de proteção social – principalmente nos campos da saúde, direitos humanos e desenvolvimento – não sejam tratados como bens de consumo privado, aos quais poucos acessam. O avanço da agenda de direitos humanos para responder à Aids no Brasil está diretamente relacionado a processos decisórios criados a partir da construção coletiva, de forma transparente e com a participação efetiva do movimento de luta contra a Aids no desenho, alocação de recursos, monitoramento e avaliação das políticas públicas federais, estaduais e municipais”.

8. Descaso dos governos estaduais e municipais com a política de transferências Fundo a Fundo: recursos federais para políticas de prevenção ao HIV e à Aids seguem estagnados, há meses, nos Estados e Municípios.

A fim de fortalecer a cooperação técnica e financeira com Estados e Municípios, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais criou em dezembro de 2002 uma política de incentivo que transfere recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde a Fundos Municipais e Estaduais de Saúde (transferências fundo a fundo). As transferências são regulares e programadas, e prescindem de acordos específicos ou instrumentos similares, destinando-se a financiar ações estratégicas e serviços de saúde que fortalecerão a Política Nacional de DST e Aids, abordando questões novas e/ou específicas suscitadas pela epidemia. As transferências fundo a fundo também são uma maneira de garantir que Estados e Municípios, apesar de seus orçamentos limitados ou das inclinações políticas de seus gestores, tenham à sua disposição recursos para investir na promoção e fortalecimento da Política Nacional de DST e Aids. Os fundos transferidos nesta modalidade não podem ser empregados em qualquer destinação.

De acordo com informações disponíveis no site do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais²⁴, todos os 26 Estados e o Distrito Federal estão aptos a receber esse incentivo, bem como 489 municípios. Os municípios "respondem a uma abrangência de 62% da população nacional e 89% dos casos de Aids registrados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é de R\$ 129,53 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões destinados às ações das SES e SMS, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 6,23 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães soropositivas”.

²⁴ <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-transferencia-fundo-fundo>

As transferências fundo a fundo, são, certamente, uma excelente iniciativa que garante que governos estaduais e municipais terão uma quantidade regular de recursos financeiros para investir diretamente em políticas de DST e Aids. Isto ajuda a prevenir dois dos maiores desafios para a resposta local ao HIV e à Aids nos Estados e Municípios no Brasil: baixos orçamentos e concepções equivocadas sobre a vulnerabilidade ao HIV e Aids (é comum encontrar, entre políticos de espectro conservador a crença de que a infecção pelo HIV seria o resultado de um comportamento imprudente ou moralmente inadequado, em uma clássica lógica de culpar a vítima - e, por conseguinte, puni-la, mesmo que indiretamente).

Contudo, em 01 de dezembro de 2011, a partir de uma estratégia definida coletivamente no VII Fórum UNGASS-Aids Brasil, realizado em Recife em outubro de 2011, várias organizações utilizaram o Dia Mundial da Aids como uma oportunidade para lançar luz sobre um grande problema em relação à política de transferência fundo a fundo: a falta de responsabilização e prestação pública de contas por parte dos receptores dos recursos.

Como não há previsão de um mecanismo de penalização para os receptores em casos como este, não há nada que o Ministério da Saúde possa fazer legalmente para forçá-los a desembolsar ou devolver os fundos, ou mesmo para suspender novas transferências até que uma solução fosse acordada. Entretanto, mesmo com os reiterados pedidos da sociedade civil, nenhuma atitude efetiva foi tomada – o DNDST/Aids informa ter enviado uma carta, mas não houve repercussão, nem respostas.

Em dezembro de 2011, mais de R\$ 141 milhões restavam estagnados em Fundos Estaduais e Municipais em todo o país. O percentual médio de execução dos recursos transferidos foi 83,64%, com os Estados que executaram tão-somente 54,68%, como é o caso do estado de Goiás.

Esta é uma situação extremamente grave, uma vez que os gastos com a prevenção do HIV caíram consistentemente e, atualmente, representam apenas 50% do que está sendo destinado para o tratamento. O fato de que Estados e municípios recebem recursos federais para incrementar a sua resposta ao VIH e à Aids, mas, injustificadamente, não fazem uso total dos mesmos é um sério indicativo de que a Aids já não é uma prioridade para os governos, em todas as esferas, no Brasil. É significativo que até agora, quase quatro meses após a Gestos vir publicamente com esta informação, que angariou ampla repercussão na mídia²⁵, nada tenha mudado.

²⁵ Alguns dos espaços alcançados pela denúncia na mídia: UOL: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/2011/12/01/cerca-de-r-8-milhoes-em-verbas-destinadas-a-aco-es-contr-a-aids-estao-parados-nos-cofres-de-pernambuco.jhtm>, TV Jornal (afiliada do SBT em Pernambuco) - <http://www.tvjornal.com.br/noticia.php?id=3466>, O Globo - <http://oglobo.globo.com/pais/governos-prefeituras-deixam-de-aplicar-verba-contr-a-aids-3355742>

Tal situação se constitui um paradoxo, frente à realidade da Aids no Brasil e corrobora com uma preocupação também apresentada pelos membros do Fórum UNGASS-Aids Brasil, em comunicação enviada ao Departamento Nacional de DST/Aids, até hoje sem resposta: “(...) *inquieta-nos observar a grande crise de liderança nas esferas governamentais global e localmente – é fato que no Brasil muitos gestores(as) ainda carecem de capacidade técnica e habilidade política para erradicar a Aids*”.

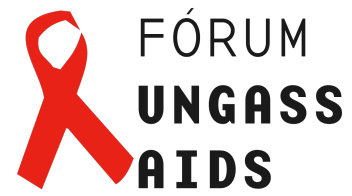
Brasil, 31 de Março de 2012.

Relato sistematizado pela Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero

Assinam:

Organizações e Redes:

- ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- Associação Grupo Ipê Amarelo pela Livre Orientação Sexual – GIAMA
- ASQV - Grupo de Amigos na Luta Contra a SIDA pela Qualidade de Vida
- Ações Afirmativas em Direitos e Saúde | Ipas Brasil
- CEDUS
- Coletivo Feminino Plural
- Comissão de Cidadania e Reprodução - CCR
- Federação dos Bandeirantes do Brasil
- Fórum Estadual das ONGs na Luta contra a Tuberculose no Rio de Janeiro
- Forum ONG AIDS - MA
- Forum ONG AIDS – RS
- GAPA/BA – Grupo de Apoio e Prevenção à Aids da Bahia
- GAPA/MG - Grupo de Apoio e Prevenção à Aids de Minas Gerais
- GAPA/PA - Grupo de Apoio e Prevenção à Aids do Pará
- GAPA/RS - Grupo de Apoio e Prevenção à Aids do Rio Grande do Sul
- GAPA/SP – Grupo de Apoio e Prevenção à Aids de São Paulo
- GESTOS – Soropositividade, Comunicação e Gênero
- GRAB - Grupo de Resistência Asa Branca
- GRUPAJUS
- Grupo Cactos
- Grupo de Apoio à Criança Soropositiva - MAIS CRIANÇA
- Grupo de Incentivo à Vida – GIV
- Grupo Pela Vidada - RJ
- Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social- IBISS
- Instituto Vida Nova - Integração Social e Cidadania – SP
- Missão Nova Esperança
- Movimento de Luta Contra a Aids da Região Centro-Oeste



- Observatório Tuberculose Brasil
- Projeto Esperança São Miguel Paulista – PROJESP
- Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids
- Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids do Paraná
- Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids do Rio Grande do Sul