

7. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS

Miriam Ventura

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VENTURA, M. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. In: ACSELRAD, G. org. *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 125-154. ISBN: 978-85-7541-536-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415368](https://doi.org/10.7476/9788575415368). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/bgqvf/epub/acselrad-9788575415368.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE GARANTIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

7

Miriam Ventura



A REAÇÃO MUNDIAL

É pelo fato de a igualdade exigir que eu reconheça que todo e qualquer indivíduo é igual a mim que os conflitos entre grupos diferentes, que por motivos próprios relutam em reconhecer no outro essa igualdade básica, assumem formas tão cruéis.

Hannah Arendt

Historicamente, uma das reações mais comuns é atribuir a responsabilidade da doença ao próprio doente, associando hábitos e costumes considerados desregrados de determinados grupos à doença, o que gera, imediatamente, a idéia tão combatida de ‘grupos de riscos’ que seriam os responsáveis diretos pela proliferação dos agravos. Em razão dessa reação social, a doença do outro ou de grupos considerados nocivos à sociedade, os tradicionais modelos de intervenção preventivos utilizados pelas políticas públicas de saúde incorporaram medidas de controle que basicamente visavam a identificar esses indivíduos, isolá-los e paralisar a cadeia de transmissão por meio de um sistema jurídico-punitivo. Sistema esse que é reforçado na vida cotidiana pelos preconceitos que funcionam, muito eficazmente, como forma de restrição de direitos garantidos por lei.

Com o advento da Aids e sua incurabilidade, esses modelos renasceram fortemente, tendo sido a primeira década (1980-1990) marcada pelos freqüentes conflitos entre as abordagens ditas tradicionais de saúde pública e as pressões pelo respeito aos direitos humanos. Legislações restritivas surgem, nessa primeira década, em todo o mundo, como: testagem compulsó-

ria, proibição do ingresso de estrangeiros soropositivos e outras medidas, consideradas de prevenção.

Ocorre que o momento histórico da epidemia de Aids propiciava a discussão dessas medidas: estávamos no fim de um período marcado pela ampliação do conteúdo das liberdades individuais (das mulheres, da afirmação da sexualidade fora do casamento, manifestações de orientações sexuais fora dos parâmetros tradicionais, entre outras), conquistas trabalhadas arduamente por segmentos específicos, que permitiram, particularmente aos homossexuais masculinos, primeiros ‘culpados’ pelo mal do século, uma resposta imediata aos julgamentos arbitrários de valores, camuflados nas medidas tradicionais aplicadas pelos órgãos de saúde pública e pela própria sociedade. Assim, a epidemia de Aids tem uma resposta específica que vem reafirmando direitos conquistados junto ao Estado e à coletividade, exigindo respeito às diferenças e questionando amplamente as políticas estatais de saúde pública.

A partir de 1992, com a publicação do livro *A Aids no Mundo*, Jonathan Mann e sua equipe introduzem, de forma sistematizada, parte do instrumental utilizado pelo movimento de direitos humanos como critério objetivo de avaliação dos programas nacionais de Aids e direcionador de novas ações preventivas e assistenciais futuras no contexto mundial.

A adoção de indicadores mais amplos de direitos humanos no campo da saúde pública permite reconstruir não só as práticas de saúde, mas todo um sistema jurídico utilizado para embasá-las, uma vez que a história da saúde pública sempre privilegiou a lei como meio mais eficiente de ação, e mesmo os modelos abolicionistas de intervenção não excluem um tipo de intervenção legal ou jurídica punitiva. Com bem observa Carrara (1994:281), os abolicionistas enfatizavam a intervenção educativa, mas isso

não impedia que tradicionalmente defendessem também o exame pré-nupcial obrigatório e o delito de contágio venéreo, elementos característicos de uma intervenção de tipo legal ou jurídico-punitiva (...). Além disso, a constituição de um dispositivo pedagógico não podia prescindir de legislação específica, embora sem o caráter penal.

O modelo imprimido pelos direitos humanos e sua interação com o modelo de prevenção e assistência à saúde coletiva têm se mostrado eficazes no processo de reconstrução de nossas práticas, permitindo, como bem acentuam Ayres, França e Calazans (1997), um rompimento com a unilateralidade da racionalidade técnico-instrumental, superando fronteiras entre ciência e filosofia e permitindo-nos viver integralmente a comunidade e a condição humana.

Esse novo modelo nascido da interação dos direitos humanos com a saúde pública deve respeitar as especificidades, privilegiar a ação comunitá-

ria participativa e interativa com a ação governamental e desdobrar-se em um processo de constante questionamento das políticas públicas estatais internas, das políticas internacionais e das nossas práticas individuais. É certo que no momento de sua implementação haverá tensão e constantes desafios, implicando a redefinição de algumas práticas, condutas e regras, de forma a garantir a desejada ordem igualitária com base na solidariedade imposta pelos direitos humanos.

Os pontos mais sensíveis da discussão, quando entrelaçamos direitos humanos e Aids, continuam sendo:

- a escolha de um padrão moral que oriente as intervenções, podendo ser compartilhado por pessoas de moralidades diferentes, e que possibilite a integração das pessoas com HIV/Aids em sua comunidade, estimulando a solidariedade, o respeito às diferenças e a co-responsabilidade na prevenção;
- a ‘emancipação’ do doente, que deixa de ser ‘paciente’ para ter uma participação ativa na relação com profissionais que lhe dão assistência e nas formas de minimizar e solucionar conflitos sempre presentes entre a equipe médica e a clientela. Conflitos esses decorrentes da própria carência do sistema de saúde atual, que dispõe de poucos recursos para tantas necessidades, e da própria formação dos profissionais da saúde, também pouco problematizada, pois a tônica continua sendo a doença e não o doente, o que gera dificuldades de relacionamento e, conseqüentemente, resistências à adoção do novo modelo proposto que traz parâmetros mais amplos;
- a socialização do atendimento médico, dos medicamentos, tratamentos e da assistência, em contraste com as dificuldades dos poderes públicos e da própria população empobrecida na obtenção de recursos fundamentais para a melhoria de sua própria qualidade de vida, dos doentes e dos mais vulneráveis à infecção. Destaca-se ainda a dificuldade de acesso dos países empobrecidos aos mais recentes avanços para tratamento e diagnóstico da Aids.

Convém destacar três fatores que propiciaram essa nova abordagem na saúde pública e no sistema legal com o advento da epidemia de Aids (Tomasevsky et al., 1992):

- 1) A Aids não é uma doença, mas um conjunto de sintomas decorrentes da deficiência imunológica causada pelo vírus HIV, podendo seu portador viver muitos anos sem apresentar qualquer sintoma, ou até mesmo sem saber que é portador.

Conseqüentemente, o isolamento do doente não era suficiente para paralisar a cadeia de transmissão. Estatísticas comprovavam que a maioria

das pessoas que se recusava à testagem sorológica eram, justamente, aquelas com maior risco de infecção, e que o receio mais comum entre elas era a discriminação por parte da comunidade em que viviam e a possibilidade de serem alvo de medidas restritivas de direito, como habitualmente acontecia nos tradicionais modelos de intervenção de saúde pública.

A testagem geral e compulsória como medida preventiva também se mostrava tecnicamente ineficaz, já que o indivíduo testado poderia infectar-se no dia seguinte, ou já estar infectado mesmo com um exame sorológico negativo, em razão do período de janela imunológica.¹

Assim, o novo modelo de intervenção das políticas públicas de saúde identifica três elementos essenciais para o sucesso da prevenção do HIV, redução de danos para os já enfermos e de custos para o Estado: a) informação e educação; b) serviços sociais e de saúde e c) ambiente social adequado (Cohen et al., 1992).

Esse novo modelo adota a linguagem dos direitos humanos e não mais a tradicional linguagem jurídico-moral, abrindo amplas e ricas reflexões sobre as relações entre a ética, os direitos humanos e os modelos de saúde pública, afirmando a cada dia a existência de novos direitos e de possibilidades de compartilhamento de deveres e obrigações, quer seja verticalmente (Estado-cidadão), quer seja horizontalmente (cidadão-cidadão).

2) A Aids atinge preponderantemente a população jovem e ativa.

O perfil epidemiológico da Aids traz sérios prejuízos à dinâmica da economia e do mercado de trabalho, já que o trabalhador se retira antes de seu ciclo de vida ativa, aumentando o custo para os poderes públicos em razão do aumento imprevisto dos benefícios previdenciários e sociais. A iniciativa privada, por sua vez, perde em investimento com novos trabalhadores e com os frequentes afastamentos de seus funcionários.

Esse fator econômico afeta diretamente as políticas públicas e governamentais de saúde, assistência e previdência, uma vez que, tanto no regime liberal como no socialista, sua promoção dependerá de fatores econômicos de produção para captação de recursos. Portanto, não só a prevenção é importante para o sistema econômico, mas também a assistência aos infectados visando à sua inserção e manutenção no mercado de trabalho por mais tempo,

¹ Janela imunológica é o período que o organismo humano leva para desenvolver anticorpos quando um novo vírus entra em seu sistema imunológico. Como os testes sorológicos mais comuns para o HIV (vírus responsável pela Aids) detectam os anticorpos e não o vírus, o indivíduo pode estar infectado e ter um exame negativo se ainda não desenvolveu os anticorpos.

reduzindo as despesas previdenciárias, os custos diretos com os tratamentos agudos das doenças oportunistas e, conseqüentemente, os custos sociais.

A visão economicista apresentada, apesar de sua lógica um tanto perversa, é, sem dúvida, a que vem dirigindo as intervenções estatais e empresariais nestes tempos neoliberais, mesmo que ocultada pela capa da linguagem dos direitos humanos. Daí a importância de mantermos viva a ideologia dos direitos humanos e o ativismo político que transforma as pessoas atingidas em sujeitos de direitos ‘falantes’ e não ‘deserdados da sorte’, permitindo que se pronunciem “sobre questões que lhes dizem respeito, que exigem a partilha na deliberação de políticas que afetam suas vidas e que trazem para a cena pública o que antes estava silenciado, ou então fixado na ordem do não pertinente para a deliberação política” (Telles, 1998:1). Caso contrário, correremos o risco de que, no recálculo dos custos e ônus, seja eliminada uma série de direitos conquistados, particularmente em razão de uma mudança do perfil epidemiológico, já que hoje se registra o crescimento da doença entre os indivíduos das camadas sociais mais empobrecidas, portanto ‘descartáveis’ do processo produtivo ou, como correntemente falamos, ‘excluídos’.

3) A Aids é a primeira epidemia internacional da era moderna dos direitos humanos.

A Aids surge em um período marcado pelas lutas pela liberação dos costumes, que ampliaram o conteúdo das liberdades individuais, como já referido, com forte tendência à especificação de direitos, quer seja em relação ao gênero, à diferença racial, ao sexo ou à deficiência física e mental. A nova ordem internacional estava mudada e sensível às dificuldades para garantia da igualdade de direitos afirmada nos tratados internacionais genéricos (de direitos civis e políticos, sociais e econômicos), e ao lado desse sujeito genérico – todos os homens – delineia, através de tratados específicos, um sistema especial de proteção de determinados grupos, considerando sua especificidade e maior vulnerabilidade na violação de direitos, tais como: detentos, mulheres, crianças, negros etc. O homem deixa de ser um sujeito de direito isolado e com território delimitado, para ser considerado no âmbito internacional e com proteção específica para suas diferenças (Piovesan, 1997).

Nos anos 70 e 80, governos são pressionados a dar cumprimento aos tratados internacionais ratificados, implementando medidas que garantam os direitos de liberdade individual, por meio de instrumentos capazes de coibir qualquer ato de violência e, igualmente, efetivando os direitos sociais e econômicos, através de prestações positivas do Estado.

Como a epidemia de Aids já desvendada em vários países, desenvolvidos ou não, e tendo em vista suas características que dificultavam o controle com medidas tradicionais de saúde pública impostas aos estrangeiros e a grupos vulneráveis, o tema entra na pauta das organizações internacionais e inicia-se um controle mundial. Essa 'globalização', somada à participação pública como garantidora das novas conquistas, tornou-se instrumento poderoso e positivo, incentivando e ampliando as ações governamentais, através de convênios com organizações internacionais, medidas restritivas entre governos, e no próprio setor privado, com o incentivo a programas de prevenção (p. ex.: algumas empresas internacionais só contratavam empresas brasileiras que comprovassem a promoção de trabalhos de prevenção da Aids e garantissem assistência aos seus funcionários).

Contudo, é importante enfatizar mais uma vez a necessidade de ir além do texto legal e reconstruir, reinventar a cada minuto a linguagem dos direitos humanos, com um sentido crítico, questionador, que vá além da indignação contra a miséria do mundo, e permita reconstruir uma nova estrutura que não transforme da noite para o dia direitos em cifras que a qualquer momento podem ser reduzidas, 'cortadas', completamente inviabilizadas.

O CENÁRIO BRASILEIRO

Para análise das dificuldades enfrentadas no Brasil na efetivação de um modelo que contivesse a epidemia e garantisse direitos, vale trazer a observação do antropólogo Richard Parker sobre o momento histórico do surgimento da Aids no Brasil, que influenciou e vem influenciando a implementação de medidas preventivas e de assistência:

É primordial lembrar que o surgimento da epidemia de Aids no Brasil, entre 1982 e 1984, coincidiu quase que totalmente com a evolução de uma crise social, política e econômica que tem sido descrita com precisão como provavelmente a pior da história brasileira. Os primeiros casos de Aids foram registrados em 1982 e 1983, durante os últimos cinco governos militares que administram o país desde o golpe de 1964, e a disseminação contínua da epidemia tem-se desenvolvido como pano de fundo da tentativa do país, às vezes tênue, de voltar à democracia. Ao mesmo tempo, a crise econômica, associada à imensa dívida externa brasileira e à política tanto de empréstimos quanto de dependência econômica internacionais, tem acentuado os problemas já existentes na estrutura do sistema de saúde pública do país e limitado a capacidade do governo de responder aos problemas colocados por uma nova doença epidêmica. Seja lá o que acontecer, a política da Aids no Brasil tem-se desenvolvido em relação a este contexto histórico e econômico mais amplo. (Parker, 1994:38)

Realmente, todo esse período da história brasileira foi marcado por políticas públicas estatais caracterizadas pela falta de diretrizes básicas de atuação e pela escassez e/ou má utilização dos recursos, notadamente nas áreas de educação, segurança pública e saúde, provocando uma verdadeira falência dos canais institucionais formais, como os partidos políticos e sindicatos, em decorrência do ceticismo da população em geral.

O Poder Constituinte (1987), encarregado de concretizar a volta à democracia por meio de uma nova carta constitucional, incorpora muitos dos anseios populares e de segmentos organizados da sociedade, trazendo um texto avançado, particularmente no que concerne aos direitos e garantias individuais e coletivas, direitos sociais e econômicos, com substancial fortalecimento das organizações civis, dos mecanismos de controle da democracia e do Poder Judiciário. Mas esse processo de asserção dos novos direitos constitucionais tem sido lento e cheio de tensões, especialmente no que diz respeito à implementação dos direitos sociais, sempre ameaçados de retrocessos em nome da governabilidade, e frustrado por obstáculos oriundos de injunções de interesses de segmentos econômicos e politicamente influentes: “os agrupamentos conservadores sofrem aparente derrota quando da elaboração legislativa, mas impedem, na prática, no jogo político do poder econômico e da influência, a consecução dos avanços sociais” (Barroso, 1989:105).

Como se não bastasse, a Aids associa-se rapidamente às muitas endemias que ainda persistem em nosso país, dificultando as ações e tratamentos. O que se pensava estar concentrado num grupo específico, com condições de arcar com seu próprio tratamento (os primeiros casos de Aids foram identificados entre homossexuais masculinos e de classe média alta), desvenda seu perfil e, rapidamente, cresce entre os heterossexuais – homens e mulheres – e crianças, usuários de drogas injetáveis, transfundidos. Na medida em que eram criados serviços específicos (p. ex., centros de testagem anônima), proporcionando maior acesso à população em geral, a epidemia demonstrava estar nos segmentos mais empobrecidos e vulneráveis da população. Esse momento é identificado por alguns como africanização da epidemia, já que na África a Aids encontra-se igualmente disseminada entre homens e mulheres e nas camadas empobrecidas.

Para implementação do novo modelo dependíamos, e continuamos a depender, da ação governamental. Ocorre que

a ação pública não é apenas uma questão de respostas públicas ou iniciativas estatais. É também um problema de participação pública no processo de transformação social. *Incentivos são centrais para a lógica da ação pública.* (Dreze & Hunger apud Piovesan, 1997:200) (grifo nosso)

A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: GRUPO PELA VIDDA

Os partidos políticos, sindicatos, conselhos profissionais (canais institucionais formais) não mais respondiam aos anseios de determinados grupos sociais, fazendo surgir novos atores sociais que correntemente chamamos de sociedade civil, “representada por diversos grupos e conjuntos de indivíduos, que atuam e se desenvolvem fora das relações de poder que caracterizam as instituições estatais, como verdadeiras forças políticas” (Barroso, 1989:103).

Essa nova força política se insurge contra a ação imposta pelas instituições ‘oficiais’ e/ou ‘estamentais’ e inicia um controle próprio da efetividade do Direito (aqui entendido em sua acepção mais ampla e abrangente, e não apenas como conjunto de leis que regulam formalmente a sociedade). É justamente com essa proposta que pessoas atingidas pela epidemia de Aids constituem sociedades civis sem fins lucrativos para servir de voz para as pessoas atingidas pela epidemia, possibilitando uma resposta específica aos julgamentos arbitrários e preconceituosos e à incipiência das políticas governamentais de assistência e prevenção. É assim que surge o Pela Vidda.

Desde a sua fundação o grupo investe na criação de um serviço jurídico que intervenha nessa realidade, buscando uma solução imediata junto ao Poder Judiciário para as violações diárias dos direitos das pessoas infectadas pelo vírus HIV, sem perder de vista a unidade da proposta coletiva – integração e dignidade do doente de Aids, e o assessoramento aos demais projetos da instituição. O serviço legal proposto fugia ao tradicional e buscava integrar uma equipe essencialmente multidisciplinar, como pressuposto para ampliar o conceito que a sociedade e o próprio poder têm do uso do direito e da saúde pública.

Uma das nossas maiores dificuldades foi, sem dúvida, inserir a discussão da Aids no âmbito dos direitos humanos (apesar da evidência internacional) buscando espaço para esses novos atores sociais, de forma a selar parcerias para lutar contra a discriminação e o preconceito em relação à pessoa infectada. Não se podia, pacificamente, aceitar a exclusão social e a falta de assistência à saúde das pessoas infectadas. O sistema privado de saúde se recusava e se recusa a tratar essas pessoas (no passado por simples recusa – “não temos serviços de Aids, não internamos doente de Aids” –, hoje, indiretamente, pelos altos custos de tratamento e pela recusa de seguros e planos de saúde em arcar com esses custos). O sistema público, mergulhado no verdadeiro caos, e hoje pouco mais organizado, tenta vencer uma demanda cada vez maior diante da escassez de recursos para a saúde em geral.

A primeira tarefa foi convencer a sociedade em geral e os poderes públicos de que os direitos das pessoas infectadas pelo vírus HIV são os mesmos de todas as outras, mas estavam sendo violados ou constantemente negados, na maioria das vezes, por medo, preconceito ou discriminação,² e não para proteção do direito da coletividade. Nessa primeira fase, tínhamos que dizer que as pessoas com HIV/Aids eram humanas, pois sequer eram consideradas à margem da sociedade humana, mas, completamente excluídas, nenhuma norma codificada era tida como adequada à proteção desses ‘párias’.

Para melhor entendermos o processo de exclusão social de determinados grupos, vale trazer a opinião de Ávila (1999:41):

As condições sociais que produzem as exclusões também variam no tempo. São os movimentos sociais e políticos, através de suas lutas, que visibilizam as formas de exclusão e denunciam suas causas. O processo político altera a representação social sobre essas causas, que estavam absolutamente naturalizadas no senso comum, tornando-se, portanto, formas evidentes da existência social. (...) No contexto atual, as exclusões são de diferentes bases e atingem milhões de pessoas. Exclusão social, na perspectiva de quem defende a possibilidade de transformação social, não deve ser entendida como estar fora da sociedade, como se imagina comumente. Na sociedade em que vivemos, as relações sociais são formadas pela tensão entre inclusão e exclusão. Estar excluídos/a não é estar fora da sociedade, é muito mais grave do que isso: é estar dentro dela destituído da participação nos bens sociais, sem acesso à riqueza e à proteção comuns aos cidadãos/ãs.

Em 1989, quando o Grupo Pela Vidda foi fundado, as vias de infecção da doença já tinham sido estabelecidas pela ciência médica, não justificando nenhuma das ações violadoras e restritivas que se vivenciavam. Assim, investimos fortemente, através de ações judiciais, contra todas as injustificáveis e inconstitucionais medidas e/ou atitudes que invadissem a intimidade e subtraíssem qualquer direito do cidadão soropositivo, como, por exemplo, o direito ao trabalho, o direito igualitário à assistência médico-hospitalar, aos locais públicos.

A imprensa teve um papel importante nesse convencimento, pois, em razão de sua ampla cobertura quanto aos ganhos judiciais, outros segmentos da sociedade que trabalhavam com direitos humanos perceberam o surgimento dos novos atores e a importância de inserir a discussão em seu espaço, trazendo uma grande contribuição para as políticas públicas de saúde e de assistência às pessoas portadoras de deficiências.

² Preconceito entendido como conceito antecipado e sem fundamento razoável, e discriminação como qualquer ato que estabeleça diferenças imputando ao outro características negativas que justifiquem atitudes coercitivas.

No início a equipe (integrantes da assessoria jurídica do Grupo Pela Vidda) sentiu algumas dificuldades para dirigir suas intervenções. Ao mesmo tempo que estava convencida da igualdade de direitos das pessoas infectadas e parecia desnecessário lutar pela inserção na legislação brasileira infraconstitucional de proteção específica para as pessoas com HIV/Aids, observava a dificuldade real para a efetivação dos novos princípios constitucionais.

As decisões judiciais, quase sempre favoráveis na primeira instância do Judiciário, por vezes tornavam-se frágeis quando enfrentadas nos tribunais superiores. Sem dúvida, as decisões singulares tinham uma carga emocional mais forte e, afinal, quando os recursos chegavam aos tribunais superiores, normalmente a situação de emergência já havia sido sanada por uma ordem liminar de primeira instância que possibilitava uma composição parcial do conflito. Tínhamos que reconhecer que, em um país sem raízes fortes no constitucionalismo, hesitava-se em efetivar disposições constitucionais claras de caráter social. As decisões singulares, por vezes, eram reformadas, considerando os tribunais superiores que as normas constitucionais – p. ex., sobre o direito aos medicamentos – dependiam de regulamentação própria do legislador federal ou da administração pública para sua efetividade, dada a ausência de previsão orçamentária e/ou o fato de serem tais normas atos exclusivos do Poder Executivo e Legislativo. No plano individual, algumas vezes as decisões eram reformadas por se considerar que algumas restrições de direito sofridas por uma pessoa com HIV/Aids, como, p. ex., a testagem compulsória em trabalhadores, eram justificadas por razões preventivas, normalmente por uma falsa idéia de prevenção.

As dificuldades no questionamento de medidas e políticas de saúde pública via Poder Judiciário ficam bem claras em algumas observações extraídas da obra de Barroso (1989:107):

Existem, igualmente, fronteiras políticas. Tome-se, como exemplo, a determinação da melhor medida de caráter médico-preventivo, dentre as diversas existentes, para conter uma epidemia. Salvo nos casos extremos de inércia ou manifesta inadequação das providências tomadas, esta será uma decisão que resvala para a discricionariedade dos poderes públicos e, pois, insindicável em via jurisdicional. (...) Dificilmente seria possível contestar, em juízo, o fato de a autoridade sanitária entender como medida adequada para prevenção da disseminação da Aids uma campanha de esclarecimento pelos meios de comunicação, em lugar, por exemplo, de exigir-se de turistas em visita ao país a exibição de um exame negativo de doença.

Comentando decisões do Tribunal alemão acerca da intervenção do Judiciário nas atribuições do Legislativo e Executivo, o mesmo autor afirma:

Rejeitou, igualmente, pedido de hemofílico no sentido de ser determinado à Administração e ao legislador certas medidas específicas de prevenção contra a Aids. O Tribunal assentou que poderia, eventualmente, na ausência de quaisquer providências, pronunciar-se acerca da adoção de procedimentos para a proteção da saúde, por ser este um direito constitucional. Mas não era ele competente para questionar o acerto e a eficiência das cautelas já tomadas pelos Poderes Públicos. (...) Atente-se bem para esta questão delicada: a ausência da prestação será sempre inconstitucional e sancionável; mas determinar se ela é plenamente satisfatória é tarefa árdua, muitas vezes, e impossível outras tantas. (Barroso, 1989:108)

Barroso (1989:107) destaca ainda, em nota:

a inexistência de um posto médico ou unidade hospitalar para assistência de uma determinada comunidade configura uma omissão inconstitucional do poder público, constatável *prima facie*. Mais difícil será a formulação de tal juízo com base, por exemplo, na insatisfatoriedade (sic) do serviço pelo fato de haver número de leitos excedente do razoável em um mesmo espaço físico.

Assim, paralelamente às ações judiciais que visavam a garantir esses direitos positivados, auto-aplicando os princípios constitucionais, tentava-se, por intermédio do Poder Legislativo e do próprio Executivo, estabelecer uma legislação infraconstitucional que desse conta das violações mais constantes :

- regulando e garantindo relações contratuais equilibradas com as empresas de medicina de grupo e seguros de saúde, de forma que não ficassem excluídas determinadas enfermidades;
- reafirmando normas éticas importantes, como a obrigatoriedade do atendimento pela equipe de saúde a qualquer doente, o respeito à sua integridade física e emocional e outras;
- garantindo relações de trabalho mais humanizadas, em que as pessoas com HIV/Aids fossem integradas, evitando testagem compulsória ou até clandestina e demissões arbitrárias;
- estabelecendo políticas específicas de prevenção e assistência médica e social (p. ex., a mulher soropositiva, a criança, os dependentes químicos, os detentos) compassada com os “direitos dos direitos humanos”.³

Essas iniciativas foram e continuam sendo de fundamental importância, quer seja pelo aspecto político-social, quer seja porque permite o acesso à estrutura estatal das pessoas com HIV/Aids como sujeitos falantes. O serviço jurídico proposto pela instituição e por outras organizações em todo o Brasil

³ Expressão utilizada por Antonio Augusto Cançado Trindade, na introdução do livro de Piovesan (1995).

proporcionou e vem proporcionando visibilidade às violações mais constantes de direitos e minimamente garantindo alguns direitos individuais e sociais importantes para pessoas com HIV/Aids, permitindo o acesso ao Judiciário de forma mais rápida e específica. Se ainda não conseguimos ver garantidos amplamente todos os direitos, ao menos comprovamos a eficiência desse processo para o exercício da cidadania.

Se é certo que a reivindicação por direitos faz referência aos princípios universais da igualdade e da justiça, esses princípios não existem como referências de consenso e convergência de opiniões. Ao contrário disso, é o que define o terreno do conflito no qual as disputas e antagonismos, divergências e dissensos ganham visibilidade e inteligibilidade na cena pública. De um lado, essa referência não apenas torna visível a distância entre a promessa igualitária acenada pela lei e a realidade das desigualdades, discriminações e violências rotineiras, mas permite que essa distância seja nomeada como problema que exige o julgamento e a deliberação política. (Telles, 1998:1)

Instaurado o conflito e impulsionado o julgamento, surgem leis nas esferas federal, estadual e municipal, criadas para atender e/ou compor parcialmente os conflitos emergentes.⁴

A jurisprudência incorpora avanços importantes, entre eles:⁵

- o direito ao levantamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos trabalhadores portadores do vírus HIV para tratamento de saúde, hoje realizado através de pedido administrativo;
- a obrigatoriedade das empresas de medicina de grupo e seguro saúde cobrirem as despesas com tratamento da Aids, provocando uma legislação específica, que comentaremos a seguir;
- a responsabilização da União e do estado do Rio de Janeiro pela contaminação sanguínea via transfusional ou através de utilização de hemoderivados, com a condenação liminar de indenizações, na forma de prestação alimentar para as pessoas transfundidas e hemofílicos infectados. Em São Paulo também registramos decisões no mesmo sentido;
- a reintegração do trabalhador demitido por discriminação;
- a reintegração do militar excluído em razão de soropositividade;
- a obrigatoriedade dos poderes públicos em fornecerem no âmbito do serviço público medicação e exames específicos e de alta tecnologia.

⁴ Ver Ventura, 1995.

⁵ Ver Moscolliato, 1995.

A intervenção efetiva no controle das políticas públicas e estatais relacionadas à epidemia de Aids vem sendo exercida através de ações organizadas em diversas esferas:

- Poder Judiciário: por meio de processos judiciais visando a efetivar direitos já positivados pela norma jurídica, como já demonstrado. Estratégia que busca a melhoria da prestação jurisdicional e sua vinculação com a realidade sociopolítica, formando uma jurisprudência mais 'ativista'.
- Poder Executivo: por meio a) da participação das organizações civis como integrantes dos conselhos de saúde e comissões específicas, direito outorgado pela Constituição Federal (CF) de 1988; b) do confronto, protestos públicos contra a falta de cumprimento ou a ação deficitária das obrigações estatais; c) de reivindicação ao Ministério Público – fiscal da lei no sistema normativo brasileiro, para averiguação do cumprimento das obrigações estatais em conformidade com a legislação existente (por exemplo, verificação da correta aplicação dos recursos destinados à saúde), o que poderá desencadear os chamados inquéritos civis públicos, que, por sua vez, poderão transformar-se em processos judiciais de natureza coletiva, ou mesmo servir como instrumento inibidor de novas violações.⁶
- Poder Legislativo: por meio de pressão social exercida por grupos específicos buscando positivar direitos que revelem justiça social, transformando em norma jurídica determinados anseios. E, ainda, do acompanhamento dos projetos de lei em tramitação, tentando evitar aprovação de leis que se confrontem com o modelo pretendido. A atuação das organizações não-governamentais envolvidas com a questão da Aids foi e continua frágil, particularmente se considerarmos a ausência de legislação federal que regule a questão do sangue, prevista na Constituição, e alguns projetos de leis vazios que não refletem uma adequada política para o enfrentamento de uma epidemia com as características da epidemia de Aids.

A composição de nossas casas legislativas, dominadas por representantes comprometidos com o capital privado e não com o social, até mesmo em razão do processo e do sistema eleitoral vigente, dificulta a aprovação de projetos mais inovadores. Quando se consegue a aprovação, no momento da execução da norma há uma redução de seu alcance. As ONGs

⁶ A questão do sangue que culminou com o fechamento de vários bancos de sangue nos anos de 1988 e 1989, no Rio de Janeiro, foi em parte precipitada por um inquérito civil provocado por ativistas políticos (entre eles Herbert de Souza e Herbert Daniel) e proposto pela Procuradoria da República do Rio de Janeiro.

também carecem de quadros que possibilitem o acompanhamento e a avaliação dos projetos de leis, e na maioria das vezes são surpreendidas com propostas mais populistas do que transformadoras, sem que possuam estratégias adequadas de enfrentamento.

• Demais segmentos da sociedade civil : alguns exemplos são bastantes ilustrativos e reforçam a hipótese de que a correta advocacia dos direitos humanos implica o desenvolvimento de novas formas de participação política, em um processo de conquista de poderes dentro dos diversos segmentos sociais. Os muitos problemas nacionais, como a fome, o desemprego e a falta de assistência geral à saúde, levam à minimização e banalização da Aids, que passa a ser mais um problema, fazendo com que se privilegiem outras pautas, considerando-se, erroneamente, desnecessária a inclusão da Aids na discussão de pautas mais amplas.

No âmbito dos sindicatos, cabe examinar como tem sido discutida, particularmente, a capacidade laborativa das pessoas portadoras do vírus HIV. Apesar de os sindicatos, em geral, considerarem justa e adequada a não demissão e a admissão dos portadores, o alto índice de desemprego, somado à estigmatização que a Aids ainda provoca, leva a um jogo difícil entre esse segmento e a sociedade em geral, produzindo diferentes processos sociais de discriminação, bem utilizado pelo capital privado, que historicamente vem conduzindo à marginalização pessoas portadoras de qualquer deficiência, levando-as a uma aposentadoria precoce e/ou não permitindo seu ingresso no mercado de trabalho. Infelizmente, a grande massa dos trabalhadores não percebe que esse processo transfere para o poder público um ônus a mais, que se reflete da mesma forma no equilíbrio econômico, já que retira pessoas ativas do mercado de trabalho.

A negociação dos dissídios coletivos entre os sindicatos de empregados e empregadores, no que tange à reivindicação de inserção de cláusula que garanta um plano ou seguro de saúde aos empregados, também ilustra exemplarmente como a busca pelo 'bem-estar' social, em um sistema econômico e político como o nosso, pode reverter em grande prejuízo para os formais detentores do direito. A lógica é simples: grandes empresas fecham grandes contratos com grandes conglomerados empresariais do ramo da saúde. A clientela – empregados em atividade, com exames periódicos realizados pela empresa e previamente selecionados dentro dos parâmetros da produtividade capitalista – consegue cobertura por um baixo custo (para o empregado e para o empregador, já que, na maioria das vezes, esse pagamento é rateado com o

empregado). O trabalhador, enquanto empregado e saudável, não sente a deficiência do sistema público de saúde, e vai reforçando a necessidade da privatização, com sérios prejuízos para a própria classe médica, responsável pelo seu atendimento. No momento do desemprego e/ou da ocorrência de um agravo de saúde mais complexo, ou até mesmo de um acidente de trabalho (situações excluídas da maioria dos planos coletivos), ele sente todo o descaso com relação à saúde pública e tem seus direitos violados pela organização que ajudou a reforçar. O que mais impressiona é a falta de poder substantivo dos sindicatos, que não conseguem, ao menos, que esses contratos coletivos sejam ampliados, cobrindo todos os agravos e acidentes. A co-responsabilidade na promoção dos direitos humanos é inexistente.

É certo que tivemos experiências e ganhos importantes no nível judicial, com a reintegração de diversos empregados e com o desenvolvimento de projetos entre empresas-comunidade e empresas-governo que, de alguma forma, ainda estimulam a manutenção das pessoas com HIV/Aids no mercado de trabalho e, conseqüentemente, reduzem um tipo de violação muito comum no início da epidemia, a demissão de soropositivos.

Ocorre que o desgaste político dos sindicatos no Brasil, o quadro recessivo da economia brasileira, a descontinuidade de muitos projetos nessa área e o afastamento contínuo do Estado da discussão sobre a função social do setor empresarial, estimulando uma política neoliberal e privilegiando ações para o controle da inflação e estabilização moeda, vêm reduzindo e isolando a discussão, o que poderá provocar um retrocesso e nos levar ao quadro inicial. Reestimular os investimentos iniciais é, sem dúvida, fundamental para a garantia desse direito humano básico.

Outra ação inicial bastante importante (e atualmente bem desacelerada) foi o envolvimento do Conselho Regional de Medicina (CRM), notadamente o do Rio de Janeiro, com a questão. Através de uma Câmara Técnica de Aids do Rio de Janeiro, pareceres importantes que estimularam uma adequada assistência aos portadores do HIV, alguns deles transformados em resoluções do Conselho Federal de Medicina, como a proibição ética com conseqüências disciplinares para os diretores de hospitais e planos e seguros de saúde que não atenderem ou negarem cobertura aos doentes de Aids e sobre o sigilo profissional. Também se viabilizaram diversos seminários para a sensibilização dos profissionais da saúde em parceria com ONGs, proporcionando um diálogo produtivo entre os médicos e as pessoas infectadas e/ou doentes.

Apesar das dificuldades e de não termos concretamente uma política estável, conseguimos minimamente garantir algumas ações importantes

introduzidas por um eficiente processo de afirmação de direitos, harmonizado com a militância política e alimentada pela ideologia dos direitos humanos.⁷

A mudança no relacionamento entre ONGs/Aids e o Poder Executivo federal – a partir de 1992, com a perspectiva da aprovação do projeto para o Banco Mundial, aprovado em março de 1994 – é marcante e possui desdobramentos interessantes nesse processo de reequilíbrio de forças. Durante esse período, ONGs e o Programa Nacional de DST/Aids formularam juntos os objetivos do projeto a ser apresentado, com uma proposta de intervenções conjuntas nas áreas de prevenção, serviços de assistência, desenvolvimento institucional, vigilância, pesquisa e avaliação. A política de confronto foi substituída por uma ação propositiva e co-responsável com o governo.⁸

As ONGs, com a aprovação de projetos, iniciaram o desafio de desenvolver em conjunto com a administração pública federal as políticas públicas na área de DST/Aids. Vários profissionais e militantes ligados às ONGs foram contratados para exercer funções importantes no programa, gerando dúvidas e incertezas acerca do papel das organizações no contexto das políticas estatais.

Essa movimentação de pessoas dos quadros das ONGs para os órgãos governamentais abriu ricos questionamentos sobre a nova forma de gestão iniciada. Pergunta-se se ela proporcionará avanços no âmbito dos direitos humanos e se efetivamente promoverá uma mudança na correlação de forças governo-sociedade. Ou se, mais uma vez na história política brasileira, o Estado canalizará as questões, cooptando militantes então destacados das próprias forças opositoras para, tão-somente, legitimar e viabilizar uma política oficial, fazendo com que essas entidades passem a girar em sua órbita como órgãos consultivos e de colaboração, sem poderes substantivos para intervir no processo.⁹

Cabe perguntar se o ingresso das ONGs/Aids na gestão das políticas estatais representa apenas uma incorporação no universo institucional, em obediência ao quadro normativo (art. 198 da Constituição Federal, que estabelece uma organização dos serviços de saúde com a participação da comunidade), ou se essas entidades dispõem de poder real capaz de influir nas decisões fundamentais relativas às políticas públicas de Aids.

É justamente esse equilíbrio de forças que necessitamos para uma estável e correta política para o enfrentamento da epidemia. Sabe-se que esse equilíbrio

⁷ Ver Souza, 1994.

⁸ Ver Brasil, 1997.

⁹ Ver interessante trabalho de Antonio Carlos Wolkmer, 1989.

é sempre difícil, particularmente quando se invoca a proteção dos direitos humanos no processo, pois, como bem acentua Lopes (1987:3), há sempre

uma situação de desequilíbrio estrutural de forças: desequilíbrio essencial e não contingente ou acidental, por essência e não por *accidens*. A vítima da violação, seja um indivíduo ou um grupo, é permanente e estruturalmente subordinada ao autor da violação, visto que a violação parte de uma organização que reúne meios de forma permanente, capazes de violar continuamente a dignidade mesma da vítima ou de outros em posição semelhante.

Trazendo essas considerações para a relação das ONGs/Aids e a política de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, observa-se que houve avanço. As ONGs conseguiram, sem dúvida, intervir em sua implantação, garantindo algumas propostas importantes na prevenção, no desenvolvimento do projeto específico de drogas e Aids, no modelo de assistência médica periódica dos soropositivos e doentes de Aids, no atendimento aos que não têm conhecimento de sua sorologia. Essas intervenções se dão através da participação em diversos comitês e comissões junto ao gestor federal, da aprovação de projetos a serem desenvolvidos pelas ONGs, do contínuo diálogo com pesquisadores. Enfim, a participação das ONGs está sendo positiva e decisiva para o enfrentamento da epidemia.

O que na verdade preocupa na condução dessas políticas é que a maioria das ONGs, animadas com as conquistas básicas e com a obtenção de financiamentos para seus projetos por intermédio do poder público federal/Banco Mundial, vêm se empenhando basicamente na manutenção de um *status quo* que ainda não reflete uma estabilidade. A maioria não tem desenvolvido programas emancipatórios que garantam e incluam definitivamente a questão da Aids no contexto mais amplo das ações de saúde, o que poderia estender a qualidade dos serviços para a saúde em geral, de modo a evitar que estes fiquem reféns de uma estrutura centralizada e subordinada à engrenagem do Estado, que pode implicar mudanças radicais ao sabor dos dirigentes políticos.

Alguns problemas dessa centralização excessiva de ações já têm reflexos danosos, que terão de ser remediados, sob pena de perdermos conquistas importantes.

Lentamente avançamos na implantação do Serviço Único de Saúde (SUS), cujo modelo municipaliza os serviços da saúde privilegiando o atendimento de pessoas de uma determinada comunidade e não de populações-alvo de diferentes programas. Por isso, se não integramos rapidamente os programas específicos aos programas comunitários, poderemos retroceder em algumas questões, além de sofrer sérias conseqüências na integralização das ações de saúde. Apesar dos atuais esforços do Programa Nacional de DST/Aids em estimular a descentralização

de algumas ações, e de algumas ONGs em retomar a importância da implantação do SUS, essa política verticalizada vem retardando o compartilhamento de responsabilidades com os outros níveis governamentais, com o empresariado e com as próprias ONGs. Dessa forma, considerando-se o fim do financiamento do Banco Mundial nos próximos anos e a falta de projetos auto-sustentáveis, corre-se o risco de desativação de ações arduamente conquistadas, voltando-se a um *status quo* de violação de direitos básicos do cidadão soropositivo.

O momento é de recorrermos a uma política mais ampla de direitos humanos e de buscarmos instrumentos e mecanismos que dêem conta das diversidades regionais e dos novos padrões de violações, não permitindo que só tenhamos condições de proteger pessoas atingidas a partir do próprio poder público.

Outro exemplo ilustrativo que reflete esse nó no processo de garantia dos direitos humanos é a distribuição de medicamentos. Os poderes públicos vêm oferecendo a toda a população o acesso igualitário aos medicamentos (ao menos em tese, já que esse amplo acesso é reduzido se comparado um doente de baixa renda com outro que possui plano ou seguro privado de saúde e, com mais facilidade, tem acesso aos exames periódicos e acompanhamento ambulatorial). Entretanto, ao questionarmos os avanços obtidos na redução da dependência econômica com o capital privado que produz esses medicamentos, ou no compartilhamento dessa obrigação com outros setores da sociedade (empresas, planos e seguros de saúde e outros), verifica-se que o amplo acesso aos medicamentos de última geração pode, a curto e médio prazos, ser abruptamente estancado diante das dificuldades iminentes com o equilíbrio das contas públicas, apesar dos esforços do Estado brasileiro em reduzir os preços mediante a ameaça a quebra de patentes e a utilização de instrumentos internacionais de pressão e de acordo comerciais.

Esse aparente pessimismo serve como alerta para que possamos viabilizar a passagem do estágio da resistência à supressão e violação constante de direitos para a etapa de conquista de poderes reais. Conquistas preciosas foram alcançadas, e o desafio deve continuar, mas com a visibilidade necessária do papel de cada um e das dificuldades estruturais a serem vencidas.

O SISTEMA LEGAL NACIONAL E O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AÍDS

O instrumento legal poderá ser útil para a garantia de determinados direitos, mas sua existência poderá não ser suficiente para a mudança das

práticas sociais. Por essa razão, para o novo paradigma dos direitos humanos não basta que uma lei tenha eficácia jurídica, que se resume na sua aplicabilidade e exigibilidade através do Judiciário, mas que tenha eficácia social, ou seja, que intervenha eficazmente na situação que prevê.

Nessa perspectiva, o sistema normativo e os próprios pactos internacionais são apenas manifestações importantes da cidadania. Outros instrumentos precisam ser conquistados, e/ou os existentes necessitarão de constante aperfeiçoamento para a “reconstrução ética dos vínculos sociais com a condição de dignidade humana” (Faria, 1991:61).

Na legislação mundial, as medidas restritivas que marcaram a primeira década da epidemia (1980-1990) e que se chocaram com as novas liberdades conquistadas pela humanidade não tinham uma proibição internacional explícita. O próprio Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em seu artigo 12, excepciona:

1 - Toda pessoa que se encontre legalmente no território de um Estado terá o direito de nele livremente circular e escolher sua residência.

(...)

3 - Os direitos supracitados *não poderão constituir objeto de restrições, a menos que estejam previstos em lei e no intuito de proteger a segurança nacional e a ordem, saúde ou moral públicas*, bem como os direitos e liberdades das demais pessoas, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto. (grifo nosso)

Assim, cada país deve estabelecer os limites da intervenção por meio da lei, e esta deve ser compatível com os outros direitos reconhecidos. Esse processo de normatização traz ricas reflexões para área da saúde e do direito, que têm de harmonizar as intervenções com o novo paradigma.

Após quase duas décadas de discussão sobre os modelos de intervenção que devem nortear o enfrentamento da epidemia de Aids, ficou claro que modelos que invadem a intimidade, a privacidade e os direitos daqueles acometidos e/ou mais vulneráveis à doença eram contraproducentes para os programas de prevenção, informação/educação e tratamento. A discriminação, baseada em etnia, sexo ou orientação sexual, levou a um aumento do risco de infecção por afastar grande parte da população dos serviços de saúde. Comprovou-se ainda que o sucesso da ação sanitária não pode mais se basear, exclusivamente, nos critérios tradicionais. É importante trabalhar com os conceitos da vulnerabilidade individual e coletiva para orientar as intervenções.

As reflexões de Ayres, França e Calazans (1997:34), são bastante esclarecedoras:

Os indicadores tradicionais de morbidade obviamente continuarão sendo subsídios insubstituíveis, mas não devem ser os únicos, nem os mais importantes

do ponto de vista da definição de prioridades e estratégias. Uma mudança na legislação de proteção ao trabalhador pode eventualmente indicar melhor prognóstico epidemiológico que uma tendência de queda na incidência da infecção pelo HIV; a incorporação de discussão da sexualidade nos currículos das escolas públicas pode mostrar-se mais estratégica que a distribuição de camisinhas; a instalação de uma delegacia da mulher pode ser mais impactante que a de um centro de saúde.

Desse modo, as funções da legislação que cuida da saúde pública ficam ampliadas para atender a esse novo modelo. Não basta:

- organizar as políticas de intervenção, estabelecendo deveres, diretrizes e estratégias para o enfrentamento da epidemia, distribuindo competências no setor restrito da saúde;
- informar buscando uma mudança de comportamento de grupos específicos e/ou da população em geral, como, por exemplo, aconselhar pessoas antes e depois dos testes, sobre tratamento e cuidados com os doentes, sobre serviços sociais e financeiros de suporte etc.;
- regular e/ou disciplinar medidas e condutas pessoais para o controle da expansão da epidemia, como, por exemplo, exames médicos obrigatórios, notificação compulsória ao poder público etc.

É necessário que a legislação também tenha como objetivos:

- garantir a proteção das pessoas contra qualquer tipo de discriminação ou subtração de direitos em razão de sua condição de portador de uma doença, como, por exemplo, a obrigatoriedade do sigilo médico, a proibição de exames de rastreamento etc.;
- desenvolver ações nos vários setores da sociedade que remedeiem os efeitos do desequilíbrio, gerando um sistema especial de promoção que atinja as raízes sociais do adoecimento, como a miséria, a violência, a discriminação racial e de gênero, as limitações da liberdade humana impostas por práticas sociais que ainda constituam configurações de poderes de exploração e de dominação.

O Brasil adotou, no plano legal, poucas medidas que violassem os direitos individuais das pessoas infectadas ou de grupos suspeitos quanto à sua sorologia, como, por exemplo, a testagem compulsória. Podemos citar as seguintes leis restritivas encontradas:

- o Decreto 40.134, de 7/6/91, expedido pelo governador de São Paulo, que obriga os funcionários do Banco de Leite a se submeterem a cada seis meses

a exame clínico geral e, entre outros exames, ao HIV. Tal decreto foi atacado pelo secretário de estado da Saúde em 3/9/95, em ofício remetido ao governador, solicitando que dele fosse excluída a sorologia para o HIV.¹⁰ Até o momento, não se constatou sua revogação expressa, mas acredita-se, considerando-se a política da Secretaria de Saúde daquele estado, que a lei não esteja sendo aplicada;

- a Lei 6.338, de 31/10/91, do estado da Bahia, obriga à realização de exames para detectar presidiários com Aids ou outras doenças infecto-contagiosas, isolando-os e fornecendo-lhes tratamento. Segundo informações verbais, também não vem sendo aplicada;
- a Lei n. 2.068 do município de São Sebastião do Cais (RS), de 10/7/98, que obriga todos que se dediquem ao 'comércio do sexo' a se submeterem a exames trimestrais anti-HIV e a apresentarem publicamente seus resultados. A lei foi declarada inconstitucional pelo Poder Judiciário através de uma ação civil pública proposta pelo procurador da República Paulo Leivas, e motivada por manifestação do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa), de Porto Alegre. Espera-se que tal decisão iniba as iniciativas que já estavam surgindo em outros municípios do Rio Grande do Sul.¹¹

A inexistência de outras leis com conteúdo restritivo e inadequado não implica que esse tipo de violação não ocorra. Por diversas vezes o Judiciário e o Ministério Público (fiscal da lei) podem se pronunciar sobre testagem para adoção de crianças, para crianças que se encontram nas ruas, na população confinada, no âmbito das Forças Armadas, entre empregados etc. As decisões judiciais e pareceres são ambíguos e muito diversificados, particularmente quando falamos de testagem em segmentos com menor capacidade de reivindicar e proteger seus direitos. Em geral, as questões são solucionadas, quando possível, dando ao indivíduo violado em sua intimidade um outro tipo de ganho, como a reintegração no emprego, uma indenização mínima em razão da forma como se procedeu ao ato da testagem. Entretanto, a questão da compulsoriedade da testagem em si e a punição do violador ainda não têm uma resposta específica e definitiva, apesar dos avanços, como o da atuação da Justiça gaúcha.

A ausência de informações sistematizadas sobre as restrições de direitos nessa área e as respostas dada pelos poderes estatais nos permitem, no

¹⁰ Cf. Ventura, 1995.

¹¹ A informação foi enviada pelo próprio Gapa de Porto Alegre por *e-mail* a várias ONGs/Aids, demonstrando uma correta e elogiável estratégia da instituição.

máximo, descrever problemas de direitos humanos e atuações pontuais e esporádicas do Poder Judiciário, Legislativo e Executivo, na medida em que as pessoas afetadas pela epidemia os questionam. Não é possível ainda traçar um quadro pormenorizado da ocorrência dessas violações e sua intensidade, para elaboração adequada e precisa de um amplo projeto de lei que auxilie na intervenção.

As leis que organizam e dirigem a política de intervenção para Aids no Brasil são majoritariamente representadas por atos do Poder Executivo, nas diversas portarias do setor de saúde, que são, na verdade, leis impróprias, se considerado o nosso sistema jurídico nacional, como veremos adiante. Apesar de insuficiente para uma correta política de direitos humanos, as portarias ministeriais e algumas leis vêm minimamente garantindo alguns importantes direitos das pessoas atingidas.

Os atos administrativos de natureza ordinatória (portarias, ordens de serviço) de ministros, secretários estaduais e municipais, na maioria das vezes, atingem apenas os servidores no âmbito interno dos seus órgãos, não obrigando os particulares e outros órgãos não subordinados ao expedidor do ato a suas normas. Porém, podem afetar direta ou indiretamente os direitos dos administrados, como, por exemplo, a reserva de leitos, a criação de hospitais-dia, a distribuição de alguns medicamentos, o credenciamento de hospitais de referência.

Exemplo ilustrativo dos limites desse tipo de ato administrativo é a Portaria Interministerial n. 869 de 11/8/92, dos ministros da Saúde, Trabalho e Administração, que proíbe a testagem para o HIV nos exames pré-admissionais e periódicos no âmbito do serviço público federal e mantém a obrigatoriedade da testagem no âmbito do serviço militar – os militares estão subordinados a estatuto diverso dos demais servidores públicos federais. Quanto aos demais trabalhadores, inexistente qualquer lei específica sobre o assunto, que só poderia ser expedida pelo Poder Legislativo Federal.

O quadro se torna mais complexo e a normatização, heterogênea, em razão da partilha de competências legislativas entre União, estados, municípios e Distrito Federal. A Constituição Federal de 1988 estruturou o sistema combinando competências exclusivas, privativas e ‘principiológicas’, com competências comuns e concorrentes, norteadas pelo princípio geral da predominância do interesse. Dessa forma, à União cabe legislar sobre matérias e questões de predominante interesse geral nacional. Aos estados, sobre os assuntos de predominante interesse regional, e aos municípios, sobre os de interesse local. A legislação federal terá sempre primazia sobre as elaboradas concorrente ou suplementarmente pelas outras unidades da federação.

Uma correta política legislativa para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids implicaria que a União legislasse sobre as normas gerais, e os estados e municípios as suplementassem na medida de suas necessidades locais e regionais. Na inexistência de lei federal nas áreas da competência concorrente, a competência legislativa dos estados e do Distrito Federal é plena para atender a suas peculiaridades, podendo ocorrer distorções com a política nacional imprimida pela União Federal, como poderemos observar adiante. Mas, sobrevindo lei federal sobre as normas gerais, fica suspensa a eficácia da lei estadual no que lhe for contrário (art. 24 da Constituição Federal).

Indagação comum é se os ministros ou secretários de Estado estão impedidos de expedir instrução para execução de determinada lei que se refira à área de sua competência, na ausência de regulamentação do presidente da República, governador ou prefeito, ou de expedir instruções existindo regulamentação daquela lei. A competência dos ministros e secretários para expedir instruções é conferida pelas constituições (federal e estaduais). Assim, a instrução ministerial ou dos secretários pode existir independentemente do regulamento ou decreto, quando estes não existirem e até a expedição destes (competência concorrente). Ou, se esses instrumentos existirem, ministros e secretários podem expedir instruções relativas às omissões deixadas pelo regulamento (competência suplementar).

No que concerne à legislação que regula o setor Saúde, constataremos que, por sua especificidade, é prática comum a expedição de normas pelos ministros e secretários, independentemente de decretos ou regulamentos, a fim de viabilizar o funcionamento de seus órgãos, sempre dentro dos limites das leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 (da gestão do SUS). O que nosso sistema normativo não tolera é que qualquer tipo normativo inferior à Constituição Federal fira os princípios nela estabelecidos, fixados pela prevalência dos direitos humanos (parágrafo 2º, art. 5º da CF). Assim, o ato inadequado pode ser expurgado, por via judicial ou por via administrativa.

Vale destacar alguns importantes direitos assegurados pela Constituição Federal brasileira, correlacionados com o tema proposto, que vêm sendo aplicados na solução dos conflitos gerados pela Aids, e fundamentando ações mesmo na ausência de uma legislação específica:

- 1) Incorporação automática de todos os direitos e garantias expressos em tratados internacionais de que a República Federativa do Brasil faça parte, dispensando-se qualquer lei interna e auto-aplicabilidade de todos os direitos e garantias fundamentais (parágrafos 1º e 2º do art. 5º da CF/88).
- As convenções internacionais de direitos humanos contêm importantes normas diretas a serem cumpridas pelos Estados-partes. Além das normas

internacionais, há várias convenções e recomendações das agências internacionais, como, p. ex., a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a OIT (Organização Internacional do Trabalho), e dos comitês de direitos humanos da ONU favoráveis às pessoas com HIV/Aids e à população em geral relacionadas à 'epidemia de Aids' (Ventura, 1995). A possibilidade constitucional de se obrigar o poder público nacional a cumpri-las, independentemente de legislação interna, é da maior relevância para a eficácia dos direitos humanos, e se mostra importante nas estratégias de litigação do movimento de Aids.

- 2) Seguridade social como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social, ressaltando-se:
 - O direito à assistência médica, hospitalar, inclusive terapêutica e farmacêutica integral, de forma universal e igualitária (art. 194 a 204 CF/88). O constituinte ampliou o conceito de saúde, que deixa de significar assistência médico-hospitalar para ser o resultado de um conjunto de políticas públicas. Ampliou, também, seu acesso, e a saúde deixou de ser uma contraprestação de serviço estatal, restrita aos contribuintes do já extinto Inamps, para ser um direito de toda a população – contribuinte ou não –, integrando os três níveis de ação governamental (federal, estadual e municipal) no SUS regulamentado pela Lei n. 8.080/90. O acesso dos portadores do HIV e doentes de Aids aos medicamentos, inicialmente, foi obtido por meio de decisões judiciais que reconheceram a auto-aplicabilidade desses direitos constitucionais. Posteriormente, a Lei n. 9.313, de 13/11/96, garantiu expressamente a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids.
 - A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (art. 198, III da CF/88) regulamentada pela Lei n. 8.142/90, que prevê e regula o funcionamento das conferências e conselhos de saúde. Consideramos um passo importante para a inclusão da participação social no processo de mudança e concretização do Sistema Único de Saúde, em compasso com a política dos direitos humanos.
 - A vedação expressa da comercialização do sangue, na coleta, processamento e transfusão e seus derivados (parágrafo 4º do art. 199 da CF/88). A política de sangue existente antes da proibição significou uma verdadeira tragédia, provocando a infecção de milhões de brasileiros, particularmente os mais vulneráveis – mulheres, crianças e hemofílicos –, que dependiam de transfusões com mais regularidade em razão de seus agravos. Vários testes e exames necessários no doador e no sangue eram dispensados para

aumento da lucratividade, o que provocou um verdadeiro comércio inescrupuloso. Até o momento, a norma constitucional não foi regulamentada por lei infraconstitucional, estando a atividade hemoterápica regulada pela Portaria 1.376 de 19/11/93, alterada pela Portaria 2.009 de 4/10/96 do Ministro da Saúde. Há mobilização da sociedade civil e do poder público pela melhoria do serviço.

- A assistência social (art. 203 da CF/88). Concessão de benefício de prestação continuada às pessoas portadoras de deficiência, incapacitadas para o trabalho e não filiadas à previdência social, regulamentada pela Lei n. 8.742 de 7/12/93. Apesar do pequeno valor estabelecido – um salário mínimo, para as pessoas com renda familiar *per capita* de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo –, de alguma forma vem garantindo o mínimo existencial das pessoas carentes, juntamente com outras medidas, como: transporte gratuito, fornecimento de medicamentos e outras ações sociais (distribuição de cestas básicas), minimamente, àqueles que nada possuem.
- 3) Relação de emprego protegida contra demissão arbitrária ou sem justa causa, prevendo indenização compensatória e proteção especial no tocante à discriminação para a admissão do trabalhador portador de deficiência, ou qualquer outro motivo, seja sexo, idade, cor ou estado civil (art. 7º da CF/88).

Apesar de não ter sido ainda regulado por lei específica – no que concerne à indenização compensatória, há apenas previsão no ato das disposições transitórias fixando uma indenização equivalente a 40% do saldo da conta fundiária –, a proteção legal vem sendo aplicada pelos tribunais, que entendem, com fundamento em vários incisos do art. 5º da própria Constituição e em disposições contidas nas resoluções da Organização Internacional do Trabalho, o direito do trabalhador soropositivo, bem como de outros trabalhadores demitidos por outros fatos discriminatórios, à reintegração no seu emprego.

- 4) A garantia na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor e idade e quaisquer outras formas de discriminação, pautada na prevalência dos direitos humanos.

A Constituição Federal Brasileira incorporou avanços e contemplou os direitos dos direitos humanos, que lentamente vêm adequando a legislação infraconstitucional. Contudo, sua eficácia social ainda se encontra em patamares bem abaixo do desejável.

Uma legislação federal específica que regulasse amplamente as questões e ações necessárias à prevenção, assistência e proteção das pessoas contra

qualquer tipo de discriminação ou subtração de direitos em razão de sua sorologia ou suspeita de sorologia, introduzindo ações afirmativas que remediassem os efeitos sociais da epidemia de HIV/Aids, com um quadro preestabelecido de garantias e sanções, daria maior segurança e estabilidade às relações, auxiliando a eficácia social dos direitos humanos. Mas, enquanto não possuímos uma lei desse porte, a promoção dos direitos humanos pode ser exercida adequando-se a norma genérica ao caso específico, através de uma interpretação sistemática e, notadamente, com o papel fiscalizador das organizações não-governamentais e da comunidade em geral denunciando os atos arbitrários.¹²

ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE: SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE

A grande luta das pessoas com HIV/Aids para terem seus tratamentos cobertos pelos planos e seguros de saúde é conhecida, notadamente, pelos avanços obtidos no Poder Judiciário e nos Conselhos Regionais de Medicina, adotando o próprio Conselho Federal Medicina a Resolução nº 1.401, que garante o atendimento a todas as enfermidades por parte das empresas de medicina de grupo e cooperativas.

A Lei n. 9.656, de 3/6/98, incorporou alguns avanços já alcançados nos níveis judicial e ético, como a proibição da exclusão de qualquer doença relacionada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas na lei. Determinou também que o consumidor não poderá ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência.

Mas o aparente avanço – já que os aumentos de preços pretendidos pelas empresas em face das novas exigências vão praticamente inviabilizar a assistência privada para milhões de brasileiros – vem sendo reduzido com as resoluções do próprio Conselho de Saúde Suplementar, criado pela lei para regulamentar a relação. A Resolução nº 2 de 3/11/98 nos salta aos olhos quando determina:

Art. 3º – Nos planos ou seguros individuais ou familiar de assistência à saúde contratados após a regulamentação da Lei nº 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, pre-

¹² Sobre o tema, reporto-me ao trabalho publicado em 1993 pelo Grupo Pela Vidda, 'Direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids', em que busquei demonstrar como podemos utilizar o instrumental legal existente para prevenir, garantir, defender e ampliar os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids.

viamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

§ 1º – Será escolhido pelo consumidor um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor.

§ 2º – Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º – A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato ou apólice.

§ 4º – O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo, no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

§ 5º – Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor.

Art. 4º – Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar impacto nos custos, será obrigatório o oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravado do contrato.

Parágrafo único – A escolha de uma das alternativas constantes do caput deste artigo dependerá exclusivamente de decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

Ora, tais dispositivos, sem dúvida, afastarão grande número de consumidores mais vulneráveis às doenças e trará em sua prática conflitos éticos, notadamente na relação médico-paciente, na assistência integral à pessoa usuária, além de um aumento do custo da prestação mensal.

O USUÁRIO DE DROGA INJETÁVEL E AS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS

Atualmente, o uso de drogas injetáveis é responsável direto por um percentual importante dos casos de Aids registrados em todo o país. Indiretamente, o uso de drogas injetáveis também é responsável pelo aumento de casos de Aids entre as mulheres, registrando-se grande número de mulheres infectadas por parceiros que faziam uso de drogas injetáveis, conforme noticiado pelo Programa Nacional de DST/Aids (Boletim nº 38 da R.D.H. – Notas – março, 1999).

Apesar da relevância epidemiológica que sempre teve a questão do uso de drogas, notadamente em relação aos usuários de drogas injetáveis, é desanimador constatar que, no âmbito das ONGs/Aids, registraram-se poucos avanços e envolvimento mais profundos na questão.

Na verdade, a maioria dos projetos restringe-se a informar genericamente sobre a transmissão e a prevenção. Projetos mais avançados, como o de redução de danos, que trabalham diretamente com o usuário de drogas, são poucos e, apesar de receberem apoio e financiamento do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, têm inúmeras dificuldades para serem implementados.

Sem dúvida o caráter de 'ilegalidade' que envolve as pessoas usuárias de drogas as impede, por medo ou constrangimento, de se organizarem mesmo que dentro de um grupo como o Pela Vidda. Por outro lado, as ONGs temem o envolvimento com o tema em razão, mais uma vez, da questão legal e de toda a repressão que o envolve.

Assim, fica uma lacuna neste texto, uma vez que, como se mencionou, há pouquíssimas organizações e ações voltadas para a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids e usuárias de drogas. Infelizmente, o usuário de droga injetável, portador ou não do vírus, não tem o espaço que merece na discussão e, conseqüentemente, não podemos registrar questões legais e/ou jurisprudenciais importantes para a asserção dos direitos desse segmento.

A ausência de ação mais contundente de advocacia dos direitos dessas pessoas nos diversos segmentos políticos, administrativos e da sociedade civil revela, mais uma vez, que, apesar de todos os avanços que as pessoas vivendo com HIV/Aids tiveram na garantia de seus direitos, o desafio continua e muitas dificuldades estruturais ainda deverão ser vencidas.

CONCLUSÃO

Muito já caminhamos nesse processo de reconstrução de um novo modelo, mas a cada dia surgem novos desafios, fazendo com que tenhamos de refletir, criticamente, a cada dia, sobre as condutas e regras até então existentes, redefinindo cada passo, de modo a garantir, simultaneamente, a saúde e os direitos de toda a coletividade, sem suprimir os direitos individuais e sociais das pessoas com HIV/Aids. Os recursos são escassos e as necessidades se multiplicam.

Mas, oportuna e precisa é a crítica de José Eduardo de Faria (1991:77), que escolhemos para concluir:

Não basta, para a efetividade desses direitos, estabelecer um elenco de valores, assegurar-lhes as devidas garantias jurídicas e estabelecer o controle difuso da observância dos direitos humanos pelos tribunais singulares (...) é preciso desenvolver novas formas de participação política e diferenciar as lutas democráticas, não deixando que fique somente na racionalidade técnico-instrumental, à mercê de engrenagens burocráticas públicas ou privadas, que nos reduzem apenas e tão-somente ao *status* de 'incluídos' (e por conseguinte 'cidadãos-servos' numa economia globalizada e flexibilizada) ou de 'excluídos' (e por conseqüência, vivendo como 'párias', sem condições de exercer e gozar os direitos mais elementares consagrados pelas leis, códigos e constituições em vigor.

Sem dúvida, o sistema jurídico positivo é apenas uma das manifestações do que considera o autor sentimento de civilidade. Assim, devemos desenvolver uma conexão mais profunda entre esse sentimento e o sistema jurídico e fazer algo mais do que exigir o império da lei, promovendo a extensão da cidadania, na busca da cidadania plena, constituída tanto na obrigação política vertical (cidadão-Estado) quanto na obrigação política horizontal dos próprios cidadãos entre si. O fato de sermos iguais passa, assim, a ser não um mero dever legal que provoca tantos conflitos, como observado na epígrafe de Hannah Arendt, mas um sentimento profundo de solidariedade.

Esperamos que a experiência de um grupo de pessoas que vivem e convivem de perto com Aids, suas lutas, conquistas e perdas, sirva como ponto de partida para um modelo mais amplo de reconstrução dessa comunidade, solidária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, M. B. Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. In: PARKER, R. & BARBOSA, R. (Orgs.) *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro:IMS/Uerj, Editora 34, 1999.

- AYRES, J. R. de C. M.; FRANÇA JR., I. & CALAZANS, G. J. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids, II. Abia, Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde - IMS/Uerj, 1997.
- BARROSO, L. R. *O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre valores e fatos: a experiência das ONG que trabalham com Aids no Brasil. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, 1997.
- CARRARA, S. A Aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S. (Orgs.) *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj, Relume Dumará, 1994.
- COHEN, M. E. et al. Prevenção. In: MANN, J. et al. (Orgs.) *Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj, Relume Dumará, 1992.
- DREZE, J. & SEN, A. *Hunger and Public Action*. Oxford: Clarendon Press, 1989.
- FARIA, J. E. de. Direitos humanos: o dilema latino americano. *Novos Estudos*, 38:61-77, mar.1991.
- LOPES, J. R. de L. Direitos humanos, compreensão atórica de sua história recente. *Revista de Informações Legislativas*, 95:13, jul./set. 1987.
- MOSCOGLIATO, M. (Org.) *HIV nos Tribunais*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, 1995. Disponível também em www.aids.gov.br
- PARKER, R. *A Construção da Solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj, Relume Dumará, 1994.
- PIOVESAN, F. *Direitos Humanos e Direito Constitucional Internacional*. 2.ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.
- SOUZA, H. Uma proposta mínima para um programa de Aids no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S. (Orgs.) *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj, Relume Dumará, 1994.
- TELLES, V. da S. Direitos Sociais: afinal, do que se trata? Biblioteca Virtual da USP, 28 set. 1998.
- TOMASEVSKY, K. et al. Aids e direitos humanos. In: MANN, J. et al. (Orgs.) *Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Abia, IMS/Uerj, Relume Dumará, 1992.
- VENTURA, M. *Direitos das Pessoas Vivendo com HIV e Aids*. Rio de Janeiro: Grupo Pela Vida, 1993.
- VENTURA, M. (Org.) *Legislação Brasileira sobre DST & Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, 1995. Disponível também em www.aids.gov.br
- VENTURA, M. (Org.) *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito*. Rio de Janeiro: Advocacia - Advocacia Cidadã Pelos Direitos Humanos, 2003. Disponível em www.advocaci.org.br
- WOLKMER, A. C. *Constitucionalismo e Direitos Sociais no Brasil*. São Paulo: Acadêmica, 1989.