

Thomas Bustamante
Rafael Mafei Rabelo Queiroz
Danyelle Reis Carvalho
Victor Doering Xavier da Silveira
organização

Federalismo, Proteção de Minorias e Binômio Liberdade-Igualdade

Anais do IV Congresso Internacional de Direito Constitucional e Filosofia Política
volume 3

 **CAPES**

 **CNPq**

 **FAPESP**

INITIA VIA

EDITORA

Thomas Bustamante
Rafael Mafei Rabelo Queiroz
Danyelle Reis Carvalho
Victor Doering Xavier da Silveira
Organização

Federalismo, proteção de minorias e o binômio liberdade- igualdade

*Anais do IV Congresso Internacional de Direito Constitucional e
Filosofia Política (São Paulo, 2020), Volume 3.*

INITIA VIA
EDITORA

Belo Horizonte
2021

FEDERALISMO, PROTEÇÃO DE MINORIAS E O BINÔMIO LIBERDADE-IGUALDADE

Anais do IV Congresso Internacional de Direito Constitucional e Filosofia Política

Volume. 3

*Thomas Bustamante, Rafael Mafei Rabelo Queiroz
Danyelle Reis Carvalho, Victor Doering Xavier da Silveira
Organização*

1ª edição digital [2021]

Copyright © [2021] Initia Via Editora Ltda.
Rua dos Timbiras, nº 2250 – 1º andar - Bairro Lourdes
Belo Horizonte, MG, Brasil, 30140-061
www.initiavia.com

Editora-Chefe: Isolda Lins Ribeiro
Assessoria Editorial: Ana Maria Mello & Silva
Revisão: organizadores e coautores e arte da capa: Isabella Ramaciotti
Projeto gráfico e diagramação: Hydra Produção Editorial

CC BY-NC-SA 4.0. Esta obra foi licenciada sob a “Atribuição Creative Commons Não-Comercial - Compartilhamento Igual - 4.0 Internacional”. É possível compartilhá-la gratuitamente para fins não comerciais, atribuindo o devido crédito e sob a mesma licença.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

F293 Federalismo, Proteção de Minorias e Binômio Liberdade-Igualdade [recurso eletrônico] / vários autores; organizado por Thomas Bustamante ... [et al.]. - Belo Horizonte : Initia Via, 2021.

505 p. ; PDF ; 3,2 MB. – (Anais do IV Congresso Internacional de Direito Constitucional e Filosofia Política (São Paulo, 2020) ; v.3)

Inclui bibliografia e índice.

ISBN: 978-65-86834-23-9 (Ebook)

1. Direito. 2. Direito Constitucional. 3. Anais de Congresso. 4. IV Congresso Internacional de Direito Constitucional. I. Bustamante, Thomas. II. Queiroz, Rafael Mafei Rabelo. III. Carvalho, Danyelle. III. Doering, Victor. IV. Título..

CDD 342

2021-3356

CDU 342

Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410

Índice para catálogo sistemático:

1. Direito Constitucional 342

Instituição Sede:

Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP).

Instituições Organizadoras:

Associação Brasileira de Direito Constitucional
e Filosofia Política (em constituição)

Programas de Pós-Graduação em Direito da Universidade
de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG) e Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Apoio Institucional:

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

Fapesp – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior/ Ministério da Educação

Comissão Organizadora:

Rafael Mafei Rabelo Queiroz (Coordenação Científica)
Thomas da Rosa de Bustamante (Coordenação Científica)
Emílio Peluso Neder Meyer
Katya Kozicki
Marcelo Cattoni Andrade de Oliveira

Vera Karam de Chueiri

Comissão Avaliadora / Seleção dos Trabalhos:

Adamo Dias Alves – UFMG
Adriana Marques Aidar – Universidade de Uberaba
André Bueno da Silveira – UNIP e ESMPU
Cândice Lisbôa Alves – UFU
Carla Henriete Bevilacqua Piccolo – Pesquisadora FAPESP
Daniel Capecchi Nunes - UFRJ
David Francisco Lopes Gomes – UFMG
Evanilda Nascimento de Godoi Bustamante - UFV
Francisco de Castilho Prates – UFMG
Franklin Vinícius Marques Dutra – UFRJ
Joana de Souza Machado - UFJF
Juliana Cesario Alvim Gomes – UFMG
Heloísa Fernandes Câmara – UFPR
Leonardo Gomes Penteadado Rosa – UFLA
Loiane da Ponte Souza Prado Verbicario - UFPA
Lucas Fucci Amato – USP
Nathália Lipovetsky e Silva - UFMG
Rafael Mafei Rabelo Queiroz – USP
Raphaela Rocha Ribeiro - UFLA
Saulo Monteiro Martinho de Matos – UFPA
Tathiane dos Santos Piscitelli – FGV

Melo Oliveira dos Santos e Luciano Pineli Chaveiro

15. A liberdade de imprensa e as fake News no contexto brasileiro - Abner Arias Fugaça e Daniela Urtado

16. Reflexões sobre a liberdade de imprensa e a responsabilização jornalística - Bernardo Gonçalves Alfredo Fernandes; João Henrique Rocha Bonillo

IV. Tributação e Desigualdade

17. Tributação e mulher: uma perspectiva de Justiça Social – Maria Carolina Carvalho Motta

18. Serviços de *streaming* em matéria tributária e a postura do fisco diante destas novas ferramentas - Vitória Aires e Silva e Fernanda de Paula Ferreira Moi

19. Políticas públicas, tributação e desenvolvimento - Maria Lucia de Paula Oliveira

SUMÁRIO

I. Federalismo: Perspectivas filosóficas, comparadas e nacionais	12
Capítulo 1 – Senado e Federação: o estudo do modelo brasileiro	13
Capítulo 2 – Por que não os Estados? Levando o federalismo a sério: razões normativas, comparadas, históricas e pragmáticas por um federalismo efetivo	41
Capítulo 3 – Federalismo, democracia e controle de constitucionalidade: a centralização federativa e a mitigação do autogoverno coletivo	71
Capítulo 4 – Federalismo e direitos do consumidor: o plano subnacional de proteção de direitos e a efetividade de normas regionais consumeristas	99
Capítulo 5 – Federalismo e afirmação dos direitos das mulheres na prática constitucional brasileira: a efetivação do direito à assistência obstétrica de qualidade a partir das experiências legislativas subnacionais e locais	124

I. Proteção de Minorias e Direito Constitucional	149
Capítulo 6 – A situação carcerária brasileira e a efetivação de direitos fundamentais: por uma releitura constitucional e convencional do indulto	150
Capítulo 7– População em situação de rua no Brasil, políticas públicas inclusivas e o dilema da efetivação do direito social à moradia	184
Capítulo 8 – Direito e Literatura: da naturalização à desnaturalização da hipersexualização e da violência sexual contra a mulher negra brasileira	210
Capítulo 9 – O direito à liberdade de crença e de pensamento como fundamento moral e legal para a solidificação de um Estado laico, à luz da vida e o pensamento de Baruch de Spinoza	236
Capítulo 10 – Processo de criminalização da homofobia e afins: uma análise à luz da violência simbólica e o ativismo do Supremo Tribunal Federal	248
Capítulo 11 – Políticas de prevenção e tratamento de HIV-AIDS no Brasil e Portugal: direito à saúde e crise econômica	273
Capítulo 12 – O perfil do condenado por tráfico de drogas: subsídios para reflexão sobre a lei de drogas e o estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário brasileiro	298
III. Liberdades democráticas e suas restrições	332
Capítulo 13 – A hipervulnerabilidade do consumidor no ciberespaço e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais	333

Capítulo 14 – O direito constitucional à adoção: uma análise do Cadastro Nacional de Adoção no Brasil	356
Capítulo 15 – A liberdade de imprensa e as <i>fake news</i> no contexto brasileiro	381
Capítulo 16 – Reflexões sobre a liberdade de imprensa e a responsabilização jornalística	402
IV. Tributação e Desigualdade	427
Capítulo 17 – Tributação e mulher: Uma perspectiva de Justiça Social	428
Capítulo 18 – Serviços de <i>streaming</i> em matéria tributária e a postura do fisco diante destas novas ferramentas	452
Capítulo 19 – Políticas públicas, tributação e desenvolvimento	481

Políticas de prevenção e tratamento de HIV-AIDS no Brasil e Portugal: direito à saúde e crise econômica

POLICIES FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF HIV-AIDS IN BRAZIL AND PORTUGAL: RIGHT TO HEALTH AND ECONOMIC CRISIS

Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia¹

Rainer Bomfim²

Resumo: O Brasil foi uma referência mundial no tratamento de HIV; mas não mais. Dois fatores podem ser destacados: a ascensão de religiosos conservadores na política e a crise econômica. Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), pós-crise, garante amplo tratamento a baixos custos. A hipótese é que o Brasil vive um período de retrocesso similar – mas mais grave – ao que seu par passou anos atrás, o que coloca em risco o tratamento de LGBT que vivem com HIV (além do risco do aumento de infecções). A Metodologia usa o comparativismo integrado e a interdisciplinaridade (entre Direito e Saúde).

Palavras-chave: Direito à Saúde; HIV-AIDS; LGBT; Brasil e

1 Doutor em Direito Constitucional pela UFMG. Pós-doutor pela Universidade do Porto - Portugal. Prof. Associado na UFOP e IBMEC-BH. Professor do PPGD-UFOP. Bolsista de Produtividade do CNPq. *E-mail:* alexandre@ufop.edu.br.

2 Doutorando em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, com bolsa CAPES. Mestre em Direito pelo Programa “Novos Direitos, Novos Sujeitos”, da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Professor de Direito da Faculdade Doctum de João Monlevade/MG. Membro do Grupo de Pesquisa CNPq “RESSABER- Estudos Decoloniais” (UFOP) e o “Retrabalhando o Direito” (RED) da PUC/MG. *E-mail:* rainerbomfim@outlook.com.

Portugal; Sistema Público de Saúde; Crise Econômica.

Abstract. Brazil was a world reference in the treatment of HIV; but not more. Two factors can be highlighted: the rise of conservative religious in politics and the economic crisis. In Portugal, the post-crisis National Health System (NHS) guarantees broad treatment at low costs. The hypothesis is that Brazil is experiencing a similar - but more serious - period of retrogression to what its partners spent years ago, which puts the treatment of LGBT people living with HIV (beyond the risk of increased infections) at risk. The Methodology uses integrated comparativism and interdisciplinarity (between Law and Health).

Keywords: Right to Health; HIV-AIDS; LGBT; Brazil and Portugal; Public Health System; Economic Crisis.

1. Introdução

Antes de mais nada cabe responder à pergunta: cabe ainda se falar em HIV-AIDS no Brasil? Não seria esse um problema superado, ou ao menos, residual? Nos últimos anos nos acostumamos no Brasil a pensar que esse já não era um problema que merecesse grande atenção, a uma porque tínhamos um programa exemplar, reconhecido mundialmente, e, de outro, que, após tantos anos de campanhas e desenvolvimento de tratamentos, a AIDS deixou de ser uma doença mortal para se tornar um problema crônico de um número cada vez menor de pessoas. Sem embargo, estamos mesmo perto do “fim da AIDS”?³ Como procuraremos mostrar aqui, ainda que haja verdade em algumas das assertivas acima, de outro lado, há que se considerar ou seu anacronismo e/ou ideologia.

A AIDS, de fato, se tornou uma doença “somente” crônica (como se isso não fosse ainda um problema), realmente o Brasil foi, entre os anos 1990 e 2000 um exemplo mundial de prevenção e tratamento e é verdade que têm surgido novos medicamentos, in-

3 Concordamos com a questão e com as críticas sobre isso postas por Richard Parker (2015).

clusivo para impedir a possibilidade de contágio – a PrEP, com 95% de eficiência.

No entanto, há problemas sérios que precisam ser enfrentados: a política nacional deixou de ser um modelo há algum tempo, uma vez que, por exemplo, o país enfrenta uma nova onda de infecções principalmente entre os mais jovens; não há mais grandes campanhas e/ou discussões governamentais sobre prevenção que sejam diretas, abertas e/ou dirigidas para as chamadas populações-chave; muito da retração se dá por cortes de orçamento público devido à “crise econômica” mas também devido ao aumento do conservadorismo na política; os mais jovens não têm usado preservativos (ou adotado alguma outra forma de prevenção ou de redução de risco) com a frequência necessária e que se poderia pensar em um país com a tradição que temos sobre o tema. Estamos, enfim, diante de um grave problema que toca o Direito Fundamental à Saúde e a Saúde Pública-coletiva. Na agenda de pesquisa contemporânea, mais especificamente, na interface entre o Direito e a Saúde Coletiva, destaca-se um problema que suscita especial atenção pelos desafios que erige ao Direito Universal à Saúde, tanto no Brasil, quanto em Portugal: uma complexidade que envolve coletivos locais que, apesar de cidadãos formalmente reconhecidos como iguais, são vitimizados por processos sistemáticos de violência estrutural que incluem diferentes expressões de discriminação em função da desigualdade quanto à orientação sexual e identidade de gênero; um quadro agravado por enfermidades que, ainda que não sejam exclusividade dos LGBT, encontram nesse grupo um número proporcionalmente muito maior de acometidos. A infecção por HIV (VIH), além de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – como Hepatite, HPV, sífilis etc.⁴ – afeta de forma desigual a população LGBT. Podem ser apontadas várias causas, mas entre elas está, certamente, a marginalização estrutural pela qual passa essa população, relegada ao obscurantismo e exposta a situações de risco muito maiores, inclusive porque, durante anos, não puderam expressar livremente sua sexualidade ou relações românticas de forma sadia e aberta⁵. Ainda que o foco do estudo não sejam as causas pela maior incidência – e

4 Por uma questão metodológica a pesquisa é focada em HIV-AIDS, o que não exclui a urgência na revisão das políticas também sobre outras DST.

5 Cf. MORAES, 2105, MORAES; BAHIA, 2014, SOUSA, 2013, SOUSA, 2017 e FERNANDES, 2017.

menor proteção – desse grupo frente àquelas enfermidades, essas são questões que inevitavelmente aparecerão na pesquisa.

Em que pesem a magnitude e a transcendência dos problemas colocados, a pesquisa em torno deles na interface entre o Direito e a Saúde ainda é incipiente. Destaca-se que, nesse sentido, tanto a proposta de saúde da Constituição Brasileira de 1988 quanto a Constituição de Portugal de 1976 apresentam a questão da universalidade do direito à saúde.

No Brasil, desde a Constituição de 1988, a saúde se tornou um direito de acesso universal e independente de contribuição. Ele é um direito fundamental, de cumprimento progressivo e cogente, sendo vedados o retrocesso e quaisquer tentativas de tentar diminuí-lo, já que protegido como cláusula pétrea (art. 60, §4º – CR/88). O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das grandes conquistas da atual ordem jurídico-constitucional, o maior sistema público de saúde do mundo em número de atendimentos/procedimentos⁶. Ademais, o Brasil, por muitos anos, foi mencionado como uma referência mundial no tratamento de HIV-AIDS. Isso, no entanto, vem mudando por influências de pelo menos duas ordens: a ascensão de grupos religiosos conservadores na política e, ultimamente, a crise econômica – esta última que fez ser aprovada a EC 95/2016, que limitou os (e até permite o retrocesso dos) gastos com saúde. As consequências do primeiro fator, somado ao segundo já resultam em críticas da UNAIDS ao Brasil⁷ e, objetivamente, no surpreendente aumento do número de infecções entre os mais jovens – na contramão do que vinha ocorrendo até alguns anos e dos demais países ocidentais (excetuando-se a África)⁸ – e em dificuldades encontradas por pessoas vivendo com HIV para o acesso pleno ao tratamento – igualmente um dado surpreendente entre nós que tínhamos um modelo tido como referência⁹. Consideramos, com Dworkin¹⁰ que, sendo um Direito Fundamental, a saúde deve se constituir em um trunfo do qual podem se valer os cidadãos em geral – e as minorias em particular – contra argumentos que fogem à lógica do direito: argumentos re-

6 Cf. e.g., GIOVANELLA *et al.* (2018).

7 ARRUDA, 2012a e 2012b.

8 O Relatório do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2018 revela um aumento de 700% de casos de HIV entre jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2018).

9 ROSA, 2017.

10 DWORKIN, 2001.

ligiosos e/ou econômicos. Na lógica do direito razões pragmático-econômicas (como o problema dos custos) não podem definir se, por exemplo, o Estado pode optar entre cuidar da saúde da coletividade em detrimento de uma pessoa/grupo, uma vez que ninguém pode ser usado como meio para se obter fins maiores – essa é, aliás, uma das principais decorrências do princípio da dignidade humana – art. 1º, III da Constituição de 1988.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é “tendencialmente gratuito” nos termos da Constituição; contudo, durante os anos de vigência da “Troika”, contrariou-se tal intento ao se majorar as taxas moderadoras¹¹ para muitas especialidades e procedimentos médicos – Decreto-lei n. 113/2011; norma que sofreu alterações recentes sob o novo governo de coalisão, à esquerda, mudando alguns aspectos do “Memorando de Atendimento” determinado pelo FMI à época – política conhecida como “Troika”¹². O atendimento, para a maioria dos casos, é feito segundo a divisão em “cuidados de saúde primários” e “cuidados de saúde secundários”: a entrada no SNS ocorre através da primeira classe, constituída por Centros de Saúde, Postos Médicos e consultórios de algumas especialidades. A segunda classe inclui a maior parte dos tratamentos em hospitais, ambulatórios e internações. É nessa segunda classe que estão os infectologistas (“infeciologistas”), responsáveis pelo tratamento dos pacientes, e não estão disponíveis em todos os hospitais do SNS: quem tem um teste positivo para o HIV (ou VIH, em Portugal) é encaminhado a um Centro de Saúde e este o encaminha para um hospital de referência (Lei n. 48/1990). Os pacientes têm direito de acesso gratuito às consultas, a antirretrovirais, a exames e tratamentos relacionados à infecção independentemente de sua condição econômica¹³.

Este é um texto inicial de uma pesquisa de mais longo prazo. Para a pesquisa, pretende-se fazer um estudo comparado entre os sistemas de tratamento para HIV-AIDS (VIH-SIDA) de Brasil e Portugal considerando avanços e retrocessos em ambos países, a partir especialmente dos momentos de crise econômica (atual do Brasil e

11 Em Portugal, assim como em outros países da União Europeia, considera-se a condição econômica e social do utente, havendo tabelas de custos que aquele pode ser obrigado a pagar pelo uso do serviço médico. Esses valores são chamados de taxas moderadoras.

12 Cf. PORTUGAL, 2011 e, sobre o texto, em português, do “Memorando de Entendimento”, ver IMF, 2011.

13 Cf. PORTUGAL, 2007, CPLP/UNAIDS, 2010, CUNHA-OLIVEIRA; CUNHA-OLIVEIRA; CARDOSO, 2016. p. 143. Sobre a situação dos imigrantes ilegais em Portugal e o problema do HIV, ver: DIAS; MARQUES; MARTINS, 2014.

anterior de Portugal) e possíveis avanços recentes no país lusitano desde a chegada ao poder da atual coalisão de governo liderada pelos socialistas. A hipótese é que o Brasil vive um período de retrocesso similar –porém mais grave, já que conta com adversidades histórico-culturais mais profundas¹⁴ – ao que seu par passou anos atrás, o que fragiliza e põe em risco o tratamento de milhares de pessoas que vivem com HIV (além do risco do aumento de infecções). Outrossim, trabalha-se com a hipótese de que podemos aprender com a experiência portuguesa, tanto com os retrocessos dos tempos da “Troika”, quanto com a retomada dos direitos sociais atuais.

Para demonstrar as hipóteses pretende-se valer de estudos prévios publicados em livros e periódicos, legislações dos dois países e notícias de veículos especializados. Os dados sobre políticas de prevenção, infecção e tratamento de HIV-AIDS no Brasil serão obtidos a partir de literatura especializada, publicações institucionais e de ONG’s, além de pesquisa empírica através de perguntas semiestruturadas a serem aplicadas a pessoas LGBT – particularmente as que vivem com a doença –, além de agentes de saúde. O Departamento de Medicina da UFOP terá um papel especial para obtenção de pesquisas e dados sobre saúde pública, epidemiologia, prevenção e tratamento de HIV-AIDS.

De outro lado, as pesquisas e a experiência do ISPUP – Instituto de Saúde Pública, da Universidade do Porto/Portugal – serão fundamentais para trazer o conhecimento específico da área da saúde, que se somarão a relatórios que se pretende fazer junto a profissionais da saúde e representantes de ONG’s que lidam com a temática. Aliar a análise normativo-institucional, a expertise científica e de pesquisa do ISPUP e a vivência dos profissionais de saúde e dos atendidos pelas políticas constitui, para a presente, um somatório essencial para se fazer um estudo comparado em profundidade, pois que alia pesquisa teórica e prática.

O texto apresenta o início dessa pesquisa, que, até o momento, reuniu bibliografia, normas e outros dados secundários e aguarda o período de estadia de seis meses na Universidade do Porto para avançar.

14 O problema do financiamento da saúde é um dos grandes destaques quando se fala em qualquer política acerca desse direito. Há vasta literatura sobre o problema, v.g.: DRESH, 2015; PIOLA, 2013; PINTO; BAHIA; SANTOS, 2017.

2. A Política de HIV-AIDS sob Ameaça no Brasil – uma Comparação Inicial com Portugal

O Direito, representado internamente pela Constituição e demais leis de um país, e externamente por Normas Internacionais, prevê, há muito, a obrigação dos Estados de promover a saúde integral dos cidadãos. Esse é um Direito Humano e Fundamental reconhecido por várias normas de diferentes extratos. **A obrigação legal do cuidado com a saúde se revela particularmente relevante quando se trata de minorias e grupos vulneráveis.** Aquelas/es que estão à margem da proteção seja de renda, seja da inserção social, são os **mais vulneráveis** ao desenvolvimento de enfermidades crônicas¹⁵.

No Brasil, o programa de prevenção e tratamento do HIV-AIDS, fomentado pelas três esferas da Federação no esforço comum do SUS¹⁶ é de fundamental importância à garantia da saúde mediante políticas sociais, nos termos do artigo 196 da Constituição brasileira de 1988. Não obstante, há problemas crescentes na realização dessas políticas, particularmente, nesse caso, do tratamento do HIV. Assim, diante da omissão dos sujeitos competentes para promoção das referidas medidas voltadas à garantia da saúde da população, o presente trabalho se mostra pertinente na medida em que evidencia o cerceamento de um direito e, ainda, analisa a relação entre uma mudança de postura do Estado face a pressões de bancadas religiosas e da crise econômica (cf. abaixo). Diferentemente de outros problemas relacionados à efetivação de Direitos Fundamentais no Brasil, a questão aqui não é de falta de normas: desde a Constituição, passando por leis e várias normas administrativas tratam do dever do Estado brasileiro para com a questão. Vale mencionar: a **lei 9.313/96** como um marco de extrema importância para a garantia do tratamento de HIV-AIDS no Brasil a partir de fornecimento gratuito de todos os medicamentos necessários; o “**Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis**”, do Ministério

¹⁵ CIDH, 2015.

¹⁶ Sobre os problemas no sistema de financiamento da saúde no Brasil cf. SANTOS, 2013, PINTO; BAHIA; SANTOS, 2017, BAHIA *et al.*, 2015, DRESCH, 2015 e DUARTE, 2012.

da Saúde, de 2007¹⁷ – um grande estudo com dados, objetivos e diretrizes de ação; a Portaria do Ministério da Saúde, de 2011 (**Portaria n. 2.836**) que, especificamente, “[i]nstitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)”¹⁸, que possui, entre seus objetivos (art. 2º):

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (...)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (...)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (...)

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT

Não obstante, apesar dessas e outras normas serem bastante abrangentes sobre várias questões de saúde da população LGBT – destacamos acima apenas alguns aspectos –, **a realidade é que, salvo o fornecimento de medicamentos, elas não têm sido aplicadas (ou têm sido pouco aplicadas)**¹⁹.

As razões estão relacionadas, pois, a **escolhas políticas**. A pesquisa pretende destacar os resultados negativos decorrentes da redução das ações preventivas do vírus/doença, visto que essas ações preservam as condições de saúde das pessoas e, para além, evitam custos maiores no futuro com ações de saúde reparadoras²⁰.

Apesar das históricas lutas em favor da igualdade como princípio jurídico-político e constitucional, na contemporaneidade impõe-se a necessidade de defender a diversidade para tornar factível aquela, guiando-se pelo seguinte argumento: a materialização do princípio da igualdade exige um redimensionamento para considerar os tratamentos desiguais não como um objeto de discriminação excludente, mas, ao contrário, como forma de incluir setores sociais desfavorecidos²¹. Quando os órgãos legislativo e executivo falham,

17 BRASIL, 2007.

18 Vale a pena conferir, também do Min. da Saúde, a Portaria n. 1.820/09 (BRASIL, 2009).

19 PRADO, 2017, p. 65 e MELLO (*et al.*), 201.

20 BARCELOS, 2014, p. 163.

21 GALINDO, 2012, p. 19-20.

seja por omissão legal, seja por ineficiência/seletividade administrativa no sentido de garantir este princípio da igualdade pela diferença, tal como formulado por Taylor²², o Judiciário surge como instância contramajoritária a fazer cumprir as normas e equalizar o sistema²³.

No presente será abordado o contexto de vulnerabilidade que tem suscitado o interesse de pesquisadores do campo do direito e da saúde coletiva, bem como de juristas que atuam no campo do Direito Sanitário quanto à população LGBT e o problema do tratamento de portadores de HIV-AIDS considerando que, em razão de questões históricas fincadas em cultura, racismo institucional, machismo, religião, problemas econômicos etc., foram excluídos ou menos beneficiados pelos aparelhos e recursos do Estado quanto à saúde²⁴.

Se no passado o Brasil já foi considerado uma referência mundial no tratamento de HIV-AIDS²⁵, tal situação se alterou nos últimos anos.

Em relação ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no país, o primeiro programa oficial foi implantado em São Paulo, em 1983, caracterizado pela participação da comunidade gay organizada junto aos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde. Na busca de uma resposta de âmbito nacional, o Estado brasileiro criou o Programa Nacional de Aids em 1986. Em 1985 e 1986 surgiram as primeiras organizações não governamentais (ONGs) voltadas para o enfrentamento da epidemia: Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) em São Paulo e Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), no Rio de Janeiro. A partir de então foram desenvolvidas várias campanhas de prevenção e iniciativas de luta contra a discriminação e o preconceito, bem como a busca pela solidariedade. A busca por tratamento também se tornou uma demanda crescente. O primeiro medicamento para o tratamento da AIDS foi a zidovudina (AZT), inicialmente

22 TAYLOR, 2011.

23 SANTOS, 2010. A judicialização da saúde, conquanto seja um problema central para qualquer discussão sobre a efetividade do direito à saúde, escapa do objeto principal do presente – podendo aparecer como consequência da omissão/retração do Estado no tratamento.

24 Problemas similares são verificados em outros países da América Latina, Caribe e mesmo em um país desenvolvido como os EUA, como se pode ver de Relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2015. p. 136-137).

25 MELLO (*et al.*), 2011.

aprovado para essa indicação em 1987, pela agência reguladora de medicamentos e alimentos estadunidense (FDA). A sua disponibilização pelo Ministério da Saúde brasileiro foi efetivada em 1991. Paralelamente ao início da utilização em larga escala do AZT no Brasil, as empresas farmacêuticas transnacionais lançaram novos medicamentos para o controle da AIDS. A monoterapia com AZT passou a ser considerada ineficiente, marcando o início da recomendação de terapia combinada (conhecida como “coquetel”) em nível internacional. (...). Ainda em 1996, em ambiente de forte mobilização social e demanda da Coordenação Nacional de AIDS, foi aprovada a Lei 9.313 (...), fortalecendo o marco legal já existente para a garantia do acesso a ARVs. A aprovação desta lei foi determinante para a melhor estruturação do Programa Nacional de AIDS no que se refere à compra de medicamentos²⁶.

Como mencionado acima, há dois fatores a influenciar o dado da retração: **a ascensão política de bancadas parlamentares fundamentalistas religiosas nas duas últimas décadas²⁷ e a recente crise econômica²⁸**. Tudo isso tem já surtido efeitos sobre o número de infecções e sobre o acesso ao tratamento²⁹. Tal realidade vai contra o grande esforço de construção do Sistema Único de Saúde e ao direito universal à saúde construídos/garantidos pela Constituição de 1988.

Por seu turno, Portugal vem se tornando um exemplo mun-

26 CHAVES, VIEIRA, REIS, 2008, p. 173. Ver também: BRASIL, 1999 e BONETI, 2016.

27 A ascensão de bancadas religiosas (de orientação fundamentalista, predominantemente) no Parlamento brasileiro desde os anos 1990 tem barrando projetos de lei a respeito de pautas sensíveis tanto aos direitos reprodutivos da mulher quanto aos direitos de LGBT: apesar de não serem numericamente maioria (ainda), constituem em movimento organizado que, somado à incapacidade da maioria dos partidos no Brasil de tomarem posições claras sobre temas *fraturantes*, eles têm sido responsáveis por “vetar” pautas progressistas e também ditar limitações/retrocessos em políticas já assentadas, como, no caso aqui, políticas de prevenção ao HIV e outras DST’s baseadas na distribuição de preservativos e campanhas publicitárias. Um exemplo é o relato do infectologista Dirceu Greco, que dirigiu o departamento de DST/Aids entre 2010 e 2013 citado em matéria da Revista Época, que diz que a diminuição de campanhas com prevenção é motivada não só por avanços médicos mas também “**pelo avanço do conservadorismo no Congresso. ‘Fomos impedidos de fazer campanha’** (...)”. Ele foi exonerado após ter autorizado, sem aval do ministério, uma campanha voltada para profissionais do sexo que tinha como tema ‘Sou feliz por ser prostituta’. ‘**Não pode falar de gay, não pode ensinar prevenção na escola, não pode falar sobre sexualidade**’, afirma Greco” (BUSCATO, 2016; grifos nossos). Ver também: FRESTON, 2006, MORAES, 2015, MORAES; BAHIA, 2010 e 2014 e ARAÚJO, 2013.

28 CEE-FIOCRUZ, 2016.

29 Cf. UNAIDS, 2017, ROSA, 2017, LOPES, 2017, BRASIL, 2018.

dial no tratamento de HIV-AIDS³⁰. Após passar pela grave crise econômica de anos atrás, o país retomou investimentos sociais e vem consolidando o acesso universal à saúde pública. Quanto ao tratamento contra o vírus, se ainda há problemas – muitos deles herança dos tempos de “austeridade fiscal” –, estes não afetam a hipótese de que o País é hoje um referencial de boas práticas para vários países, inclusive o Brasil. Particularmente, o Instituto de Saúde Pública (ISPUP) de Portugal se constitui em locus privilegiado para se repensar a saúde pública coletiva, universal e integral para o Brasil. O ISPUP reúne o que há de mais avançado no que toca à pesquisa e produção sobre saúde pública naquele país, com expertise em epidemiologia e, especificamente, com estudos sobre HIV-AIDS – e.g., a pesquisa “European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS)”, a respeito de contaminação por HIV e outras DST, cuja etapa portuguesa foi realizada sob a coordenação científica do ISPUP³¹. Outro estudo sobre HIV (e outras DST’s) com participação do ISPUP é o “Relatório: Rede de Rastreamento Comunitária: Resultados”: “[o] maior estudo português sobre o VIH, hepatites víricas e infecções sexualmente transmissíveis”³².

O Brasil pode aprender com a experiência portuguesa no sentido de mudar o rumo que vem dando a essa política de saúde, uma vez que a invisibilização de políticas de prevenção e cortes no tratamento já começam a produzir resultados ruins: aumento dos casos de infecção entre os mais jovens, na contramão dos países ocidentais: “[a]bout 90% of new infections in 2016 in Latin America occurred in seven countries, with nearly half (49%) in Brazil”³³. Nesse sentido é preciso:

30 “Portugal já atingiu uma das metas para 2020 definidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida – ONUSIDA. Das 45.501 pessoas que se supõe estarem infectadas com o VIH, 90,3% estão já diagnosticadas. As chamadas metas 90-90-90 da ONUSIDA estabelecem o seguinte: em 2020, 90% das pessoas infectadas devem estar diagnosticadas; destas, 90% devem estar em tratamento e, neste grupo, 90% devem ter uma carga viral indetectável, não podendo assim infectar terceiros. (...) Entre as condições que catapultam Portugal para um lugar de destaque, Luiz Loures destacou a legislação existente, ‘provavelmente a mais avançada do mundo’, porque protege contra a discriminação, e a colaboração entre as autoridades e a sociedade civil na luta contra a epidemia” (VIANA, 2017).

31 MARTINS, 2010. O ISPUP está auxiliando na versão latino-americana do estudo (LAMIS – 2018), atualmente em curso – <<https://www.estudiolamis.org/portugues>>.

32 MEIRELES, 2016.

33 UNAIDS, 2017, p. 134. Ver também: LOPES, 2017 e BRASIL, 2018.

- (i) Construir modelos metodológicos de comparação interdisciplinar (Direito e Saúde) e comparada (Brasil e Portugal) de forma a se projetar futuras pesquisas e intercâmbios entre pesquisadores dos dois países a partir da proposta que ora se apresenta;
- (ii) Estabelecer os marcos de desafios, carências, potencialidades e ações necessárias à realidade da saúde pública para prevenção e tratamento de HIV no Brasil quando comparada com Portugal; tal quadro deve ser pensado com a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa e o pesquisador;
- (iii) Iniciar as bases para a construção de um Grupo de Trabalho entre pesquisadores do Programa de Mestrado em Direito da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), os Departamentos de Direito e Medicina da UFOP e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, de forma a estreitar as pesquisas e fomentar novos estudos, pesquisas, e desenvolvimento de soluções para o Brasil.

3. Metodologia

A pesquisa possui viés de comparação, tanto de direito comparado – entre Brasil e Portugal – quanto ao direito à saúde, especificamente ao tratamento de HIV-AIDS da população LGBT quanto de comparação de perspectivas de diferentes ciências: o Direito e a Saúde (portanto, em perspectiva interdisciplinar). O desafio está em estabelecer marcos de comparação entre as legislações dos dois países de forma a não se repetir perspectivas tradicionais de “centro e periferia”, pois que ambos países, na temática, possuem vantagens e desvantagens, avanços e desafios. Assim, parte de considerar o **paradigma do Estado Democrático de Direito** (Estado de Direito Democrático como se convencionou chamar em Portugal) tal qual enunciado por autores como Habermas³⁴, paradigma válido tanto para os dois países e, então, questionar as exigências daquele

34 HABERMAS (1998). Sobre a concepção das mudanças no Estado de Direito Moderno a partir da ideia de paradigma ver também: BAHIA, 2012 e CATTONI DE OLIVEIRA, 2006. p.187.

face ao acesso universal e gratuito à saúde, notadamente quanto ao tratamento de HIV-AIDS e, mais particularmente, considerando o acesso de uma população historicamente discriminada, a saber, os LGBT às políticas de prevenção e tratamento daquela doença. Ademais, a metodologia comparada não se resume à contraposição de normas em abstrato, mas parte de um “**comparativismo integrado**” que percebe o papel dos direitos fundamentais como norte de análise entre sistemas³⁵.

Quanto à **interdisciplinaridade**, tanto o Direito quanto a Saúde podem aprender um com o outro, estabelecendo pontes através das quais saberes de um podem ser utilizados para resolver problemas e aporias verificados no outro. As contribuições da **Saúde Pública** (e, nestas, também da Epidemiologia e da Medicina Preventiva) são essenciais para o conhecimento e o dimensionamento dos problemas aqui elencados. Nesse sentido o chamado **Direito Sanitário** se constitui em uma ponte que une os saberes do Direito com a área médica – como se pode ver do levantamento bibliográfico já empreendido.

Tratando-se de pesquisa zetética, pretende-se executar a proposta de forma **interdisciplinar**³⁶. Segundo Maria Paula Dallari Bucci, “definir as políticas públicas como campo de estudo jurídico é um movimento que faz parte de uma abertura do direito para a interdisciplinaridade”³⁷.

No caso das Saúde, damos razão ao excerto da pesquisa de Apostólico citado por Egry (*et al.*):

O estudo de Apostólico (2011) concluiu que não basta utilizar ferramentas se a assistência não corresponder às expectativas e às necessidades da população. Em outras palavras, o reconhecimento das necessidades em saúde antecede a utilização de instrumentos e a busca pelo “passar por cima”. Ir

35 Como defendem Dierle Nunes (2010) e Michele Taruffo (2006).

36 DOMINGUES, 2005.

37 BUCCI, 2006, p. 1. No mesmo sentido: “Somente a análise interdisciplinar permite examinar as relações entre as políticas públicas e o direito, os vazios que podem explicar más implementações. Só ela pode permitir descobrir o tempo e enunciar os riscos de derrapagem consecutivos à tentação de impor políticas, quando se pesquisa a eficácia máxima, sem respeitar escrupulosamente todos os constrangimentos do Estado de direito. Só ela pode permitir medir o impacto de cada tipo de regulação na implementação das políticas públicas e sugerir a substituição de um tipo de regulação previsto por um outro tipo – substituir, por exemplo, uma regulação jurídica por uma regulação social ou inversamente” (ARNAUD e DULCE, 2000, p. 244-245).

além das necessidades necessárias torna-se um desafio para sistemas de saúde como o brasileiro. Termos como interseccionalidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, transformação da realidade, superação de contradições, necessidades e vulnerabilidades como objetos de assistência, entre outros, deverão fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, como pilares sólidos e determinantes das transformações necessárias à realidade³⁸.

o bibliográfico será realizado mediante critérios de aderência em relação ao tema a ser estudado, delimitando-se como grandes áreas (i) o direito à saúde e os sistemas de saúde pública no Brasil e Portugal: legislação, normas e diretivas administrativas do SUS e SNS; (ii) o tratamento de HIV-AIDS no Brasil e Portugal: avanços e retrocessos; (iii) Discriminação contra LGBT no Brasil e Portugal e exposição a situações de risco; (iv) Protocolos médicos de saúde coletiva, especialmente de atendimento à população LGBT e o tratamento de HIV-AIDS. As pesquisas e repositório bibliográfico e documental do Instituto de Saúde Pública serão fundamentais para a realização dessa etapa.

Ao mesmo tempo em que se faz o levantamento normativo e bibliográfico pretende-se acompanhar aulas e atividades de pesquisa realizadas tanto no Departamento de Medicina da UFOP quanto no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto que possam contribuir para compreender a realidade sobre a investigação em Saúde Pública no Brasil (antes e agora durante a crise) e em Portugal (durante e após a “Troika”). Pretende-se fazer contato com Centros de Saúde e Hospitais, além de Organizações Não-Governamentais (ONG’s) que trabalhem com LGBT e/ou tratamento de HIV-AIDS no Brasil e em Portugal para conhecer o dia a dia da política no país. Com tais contatos pretende-se conceber um retrato da Saúde Pública no Brasil e em Portugal (em geral) e, especialmente, o tratamento de HIV-AIDS para LGBT no tocante:

(a) à estrutura dos serviços de saúde, avanços e eventuais deficiências;

(b) aos protocolos de atendimento da população que procura os serviços de saúde pública desde a busca por exame; encaminhamento para Centros de Saúde e, de lá, para Hospitais de referên-

38 EGRY (*et al.*), 2017, p. 132.

cia e o contato com o infectologista; fornecimento de medicamentos, e acompanhamento médico com novos exames e novas consultas;

(c) à percepção dos pesquisadores de saúde pública sobre a realidade da política;

(d) à forma como diferentes profissionais envolvidos na política pública descrevem o contato com os pacientes;

(e) à forma como os cidadãos, destinatários da política, descrevem seu tratamento e o atendimento.

Tal levantamento se dará de forma a se obter **dados qualitativos sobre o problema narrado**³⁹. Não se tem a pretensão de uma pesquisa exaustiva (quantitativa) e as indicações de profissionais e de ONG's se dará a partir de levantamento junto a órgãos governamentais e não-governamentais. O proponente se guiará pela submissão de questionários e/ou entrevistas semiestruturadas a Comitês de Ética, no Brasil e em Portugal, inclusive sobre a necessidade de assinatura prévia de **TCLE** (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) dos envolvidos⁴⁰. A pesquisa de dados junto aos sujeitos da pesquisa visa demonstrar, qualitativamente, questões como conhecimento e acesso a meios de prevenção e tratamento, por exemplo. Os questionários se destinam à população LGBT – particularmente com os que vivem com o HIV –, profissionais de saúde e membros de ONG's que lidam com a temática.

Quanto à relevância da pesquisa empírica, o **método indutivo**⁴¹ permite que, a partir de dados de experiência locais (agentes envolvidos na temática na Região do Porto – Portugal e na Região Metropolitana de Belo Horizonte), premissas postas na bibliografia e em outras pesquisas similares possam ser testadas, de forma que conclusões locais possam ser generalizadas. A correção de tal generalização se dá pelo confronto com outras fontes, como ressaltado, de forma a que a experiência local revele um contexto maior.

A proposta, então, é de uma **pesquisa explicativa** do tipo **pesquisa-ação**⁴² que visa, a partir da interligação disciplinar e do le-

39 COSTA, 2017.

40 No Brasil, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 (BRASIL, 2012). Em Portugal, nos termos do Decreto-Lei n. 80/2018 (PORTUGAL, 2018), do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho (UNIÃO EUROPEIA, 2016) e outras normativas. Nesse sentido, e.g.: SEVERINO, 2014 e CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 2014.

41 GIL, 2008. p. 10-11.

42 GIL, 2008, p. 28, THIOLENT, 1986, p. 14-19.

vantamento bibliográfico e a prática observada, relatar boas práticas na área dos cuidados de saúde de LGBT no tratamento de HIV-AIDS em Portugal, como referenciais para o reforço de acessibilidade e qualidade dos cuidados à saúde, nos mesmos termos, no Brasil, respeitadas as diferenças culturais e econômicas; para isso pretende, em colaboração com os sujeitos da pesquisa, mostrar possíveis razões para retrocessos das políticas de saúde sobre HIV no Brasil e como isso tem impactado a população LGBT. A participação dos sujeitos da pesquisa (**pesquisa-ação**) – a comunidade LGBT e as comunidades médica e jurídica – é essencial para que aquela não se resuma a um Relatório e/ou publicações. Assim é que não apenas os sujeitos da pesquisa deverão fornecer subsídios, mas também se propõe seu engajamento para a propositura e estabelecimento de soluções para os problemas apontados.

As fontes – bibliografia, dados oficiais e os resultados de pesquisas empíricas com agentes envolvidos na temática – servirão para confirmar ou refutar as hipóteses.

De igual sorte, a metodologia que se propõe visa a construção de um **método multissistemático** de avaliação das necessidades como um ponto de partida essencial para a concepção e planejamento de intervenções para responder a necessidades pontuais dos LGBT, tendo em conta as características específicas de cada subgrupo contido naquela sigla e de cada contexto social particular, considerando, ainda, o atual estado de retrocesso de políticas públicas no Brasil.

4. Considerações Finais

O presente texto é uma apresentação inicial de uma pesquisa de mais longo prazo. A pesquisa almeja fazer um diagnóstico dos retrocessos nas políticas de saúde pública do Brasil quanto às questões envolvendo HIV-AIDS, particularmente quanto à minoria LGBTI. Para isso faz uma comparação entre os Sistemas Públicos de Saúde do Brasil e de Portugal tendo como eixos a crise econômica experimentada pelos dois países em tempos recentes e a ascensão de grupos religiosos conservadores na política brasileira. Uma das hipóteses é a de que os dois fatores têm contribuído para o referido

retrocesso e que este já tem provocado resultados: diminuição do orçamento e da autonomia do setor, aumento no número de infecções entre os mais jovens e problemas com a gratuidade de exames e medicamentos.

Parte-se da ideia da saúde como um direito fundamental e sobre o qual valem as reservas da vedação do retrocesso e da intangibilidade das cláusulas pétreas. Assim, não está à livre disposição de maiorias eventuais no Congresso e mesmo em caso de crises econômicas não pode ser deixado de lado/menosprezado, pois que se trata de uma questão de princípio, intangível por questões de política – no sentido de Dworkin⁴³. A questão ainda é mais preocupante quando se considera que a minoria LGBTI é particularmente afetada pelos retrocessos quanto à questão, por sua posição de marginalidade estrutural e por nela haver maior comportamento de risco.

Os dados sobre novos casos de infecção entre os mais jovens contrasta com uma era de amplo acesso à informação, particularmente por aquele grupo e mostra que são necessárias ações específicas de governos (locais, regionais e central) para esse público. Isso tem ocorrido, entre outras razões, pela diminuição dos recursos de campanhas de prevenção e esclarecimento sobre HIV-AIDS e outras IST em razão de argumentos religioso-conservadores e/ou econômicos. No entanto, a saúde e o direito à vida não podem ser negociados em razão de apoios políticos de bancadas conservadoras e/ou de ajustes econômicos.

Portugal passou por uma grave crise econômica cuja solução inicial foi um pacote de austeridade chamado de “Troika”, que, por exemplo, limitou o acesso à saúde pública pelo aumento de taxas que os cidadãos precisam pagar quando usam o sistema. No entanto, mudou sua orientação há alguns anos, aumentando os gastos sociais e, com isso, não apenas tendo resultados econômicos muito melhores – inclusive sobre as contas públicas –, como também diminuiu os custos de acesso a tratamentos e ampliou as políticas sobre HIV-AIDS.

A pesquisa visa, pois, fazer um estudo de comparativismo integrado entre os dois países, se valendo de fontes primárias e secundárias – inclusive de pesquisa empírica junto a agentes de saúde e outros envolvidos nas políticas, inclusive pacientes. A pesquisa

43 DWORKIN, 2001.

também é interdisciplinar, pois visa colocar em diálogo o Direito e a Saúde Pública, de forma que os saberes produzidos em cada ramo possam dialogar e contribuir com os resultados. O objetivo aqui foi apresentar as ideias centrais da proposta para submeter a pesquisa à crítica científica, de forma a obter sugestões e corrigir rumos.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Thais. Pressão de religiosos prejudicou prevenção a Aids, diz especialista. **Carta Capital**, 01.12.2013. Disponível em: <https://goo.gl/VGAEH1>. Acesso em 10/06/2019.

ARNAUD, André-Jean; DULCE, María José Fariñas. **Introdução à análise sociológica dos sistemas jurídicos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

ARRUDA, Roldão. Representante do programa de Aids da ONU critica governo por ceder a pressões de grupos religiosos. **Estado de São Paulo**, 13.06.2012a. Disponível em: <https://goo.gl/ToaS5e>. Acesso em 10/06/2019.

ARRUDA, Roldão. No Brasil, pressão de religiosos sobre governo ameaça caráter laico do Estado, diz representante do Unaid. **Estado de São Paulo**, 13.07.2012b. Disponível em: <https://goo.gl/Qd1Mc2>. Acesso em 10/06/2019.

BAHIA, Alexandre. Fundamentos de Teoria da Constituição: a dinâmica constitucional no Estado Democrático de Direito brasileiro. *In*: FIGUEIREDO, Eduardo H. Lopes; MÔNACO, Gustavo F. de Campos; MAGALHÃES, José L. Quadros de (orgs.). **Constitucionalismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 101-126.

BAHIA, Alexandre (*et al.*) (orgs.). **Processo e Constituição**: estudos sobre a judicialização da saúde, da educação e dos direitos homoafetivos. Florianópolis: Empório do Direito, 2015.

BARCELOS, Ana Paula de. O Direito à Saúde nos 25 Anos da Constituição de 1988. *In*: CLÈVE; FREIRE (coords.). **Direitos Funda-**

mentais e Jurisdição Constitucional: análise, crítica e contribuições. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 159-182.

BONETI, Lindomar W. Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania. **JURIS**, Rio Grande, v. 26, p. 189-204, 2016. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/juris/article/view/6297/4133>. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12/12/2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e Aids. Terapia anti-retroviral** e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira. Brasília, 1999. Disponível em: <https://goo.gl/JKZ-J5n>. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/hp6Eah>. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1820, de 13/08/2009**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.836, de 01/12/2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – HIV Aids – Julho de 2017 a junho de 2018**, v. 49, n. 53, 2018.

BUCCI, Maria P. Dallari (org.). **Políticas públicas:** reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSCATO, Marcela. O que deu errado no combate à aids. **Revista Época**, 05/12/2016 (atualizado em 25/01/2017). Disponível em: <https://goo.gl/3kx59w>. Acesso em 10/06/2019.

FERNANDES, Nathan. Síndrome do preconceito: como o estigma contribui para o aumento da epidemia de aids. **Galileu**, 01/11/2017.

Disponível em: <https://goo.gl/tuevzL>. Acesso em 10/06/2019.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. **Devido Processo Legislativo**: uma justificação democrática do controle jurisdicional de constitucionalidade das leis e do processo legislativo. 2ª ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2006.

CEE-FIOCRUZ. **Neoliberalismo, acesso a medicamentos e o desmonte da resposta brasileira ao HIV/AIDS**. Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/464>. Acesso em 10/06/2019.

CHAVES, Gabriela C.; VIEIRA, Marcela F.; REIS, Renata. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **Sur, Rev. Int. Direitos Humanos**, vol. 5 n. 8, p. 170-198, Junho 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100009>. Acesso em 10/06/2019.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Violência contra a população LGBTI**. OEA. 2015. Disponível em <https://goo.gl/kJ5oum>. Acesso em 10/06/2019.

CPLP/UNAIDS. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; ONUSIDA-Brasil, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/yBrNiv>. Acesso em 10/06/2019.

ONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. **Bioética nos Países de Língua Oficial Portuguesa – Justiça e Solidariedade**. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/FHSbNC>. Acesso em 10/06/2019.

COSTA, António Pedro (*et al.*). **A prática na Investigação Qualitativa**: exemplos de estudos. 1ª parte. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2017.

CUNHA-OLIVEIRA, Aliete; CUNHA-OLIVEIRA José; CARDOSO, Salvador M. VIH/Sida: situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. **Debater a Europa**, n. 14, p. 141-174, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://goo.gl/WGDhA1>. Acesso em 10/06/2019.

DIAS, S.; MARQUES, A., Gama, A.; MARTINS, M. O. HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: a cross-sectional study in Lisbon, Portugal. **Int J Environ Res Public Health**, 20; 11(8), p. 8552-8566, 2014.

DOMINGUES, Ivan (org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

DRESCH, Renato Luís. A Garantia de Acesso à Saúde e as Regras de Repartição da Competência entre os Gestores. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 19-44, 2015.

DUARTE, Bernardo A. Ferreira. **Direito à Saúde e Teoria da Interpretação: em busca da legitimidade dos discursos jurisdicionais**. BH: Arraes, 2012.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EGRY, Emiko Yoshikawa (*et al.*). O Coletivo como Objeto do Cuidado de Enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: COSTA, Antônio Pedro (*et al.*). **A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos**. 1ª parte. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2017.

FRESTON, Paul. **Religião e Política, Sim; Estado e Igreja, Não: os evangélicos e a participação política**. Viçosa: Ultimato, 2006.

GALINDO, Bruno. Cidadania complexa e direito à diferença: repensando o princípio da igualdade no Estado constitucional contemporâneo. In: FERRAZ, C. Valença (*et al.*) (orgs.). **Cidadania plural e diversidade: A construção do princípio fundamental da igualdade nas diferenças**. São Paulo: Verbatim, 2012.

GIL, Antônio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. SP: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia (*et al.*). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6, p. 1763-1776, 2018.

HABERMAS, Jürgen. **Facticidad y Validez**: sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso. Madrid: Trotta, 1998.

IMF. **Memorando de Políticas Económicas e Financeiras**. 2011. Disponível em: <https://www.imf.org/external/np/loi/2011/prt/por/051711p.pdf>. Acesso em 10/06/2019.

LOPES, Valquíria. Alerta para HIV em BH cresce entre mais jovens. **Estado de Minas**, 19.08.2017. Disponível em: <https://goo.gl/L9RrnL>. Acesso em 10/06/2019.

MARTINS, Ana F. (*et al.*). **Portugal – Homens que têm Sexo com Homens**: Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS). European Comission/ISPUP/GAT, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/72yXEo>. Acesso em 10/06/2019.

MEIRELES, Paula (*et al.*). **Relatorio**: Rede de Rastreo Comunitaria: Resultados. GAT/ISPUP/São João/AHF Europe, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/VvL2HB>. Acesso em 10/06/2019.

MELLO, Luiz (*et al.*). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dec. 2011. Disponível em: <https://goo.gl/DZAe1T>. Acesso em 10/06/2019.

MORAES, Daniel Melo Franco de. **Eurocentrismo, estado nacional e humanos direitos**: por que o Brasil não tem sido capaz de garantir os direitos das pessoas LGBTTTTI? Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da PUC-Minas, 2015.

MORAES, Daniel Melo Franco de; BAHIA, Alexandre. Discriminação contra minorias sexuais, religião e o constitucionalismo brasileiro pós-88. **Revista General de Derecho Constitucional** (Iustel), Vol. 10, octubre 2010, RI §409-431.

MORAES, Daniel Melo Franco de; BAHIA, Alexandre. (In)capa-

cidade do Estado-nação moderno reconhecer direitos da minoria LGBTTT. **V Congresso ABraSD - Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito**. Vitória: Anais do V Congresso da ABRASD, 2014.

NUNES, Dierle José Coelho. **Processo Jurisdicional Democrático: uma análise crítica das reformas processuais**. 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2010.

PEREIRA, Gerson (*et al.*). Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 27(4):e2017374, 2018.

PIOLA, Sérgio (*et al.*). **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília: IPEA, julho de 2013. Disponível em: <https://goo.gl/5nkSan>. Acesso em 10/06/2019.

PINTO, Êlida Graziane; BAHIA, Alexandre; SANTOS, Lenir. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 16, p. 209-237, 2017.

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010: um compromisso com o futuro**. Lisboa. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/YGAAeC>. Acesso em 10/06/2019.

PORTUGAL. **Decreto-lei n. 113, de 29 de novembro de 2011**. Disponível em: <https://goo.gl/2twh4n>. Acesso em 10/06/2019.

PORTUGAL. **Decreto-lei n. 80, de 15/10/2018**. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116673880/details/maximized?p_p_auth=iTh3je6s. Acesso em 10/06/2019.

PRADO, Marco A. Máximo (*et al.*). Travestilidades, Transexualidades e Saúde: acessos, restrições e vulnerabilizações do cuidado integral. In: RAMOS, Marcelo M.; NICOLI, Pedro A. Gravatá; ALKMIN, Gabriela Campos. **Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos: perspectivas multidisciplinares**. BH: Initia Via, 2017, p. 63-82.

ROSA, Ana Beatriz. Brasil enfrenta racionamento de exames e medicamentos para HIV-aids. **Huffpost Brasil**, 22.07.2017. Disponível em: <https://goo.gl/uXAk1q>. Acesso em 10/06/2019.

SANTOS, Boaventura de S. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Lenir. **Os desafios da gestão interfederativa do SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SEVERINO, A. J. Dimensão ética da investigação científica. **Práxis Educativa**, v. 9, n. 1, p. 199-208, jan./jun., 2014. Disponível em: <https://goo.gl/oVMa4i>. Acesso em 10/06/2019.

SOUSA, Laio Magno Santos de. **Estigma e vulnerabilidade de travestis e mulheres transexuais ao HIV/AIDS**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva defendida na UFBA, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado. 2017.

SOUSA, Patrícia Juliana de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso; SÁ, Janilson Barros de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 8, p. 2239-2251, 2013.

TARUFFO, Michele. **Sobre las fronteras: escritos sobre la justicia civil**. Bogotá: Marcial Pons, 2006.

TAYLOR, Charles. **A Ética da Autenticidade**. São Paulo: Realizações Editora, 2011.

THIOLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.

UNAIDS. **Ending AIDS Progress towards the 90-90-90 targets**. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/pmFqQB>. Acesso em 10/06/2019.

UNIÃO EUROPEIA. **Regulamento do Parlamento e do Conselho Europeu n. 679, de 27/04/2016**. Disponível em: <https://www.ceic.pt/documents/20727/38724/Regulamenta%ff%ff%ff%ffo%2bProte%ff%ff%ff%ffo%2bde%2bDados%2bPessoais/114fa964-2e04-42e7-b29e-72c72d714e05>. Acesso em

10/06/2019.

VIANA, Clara. No combate ao VIH, Portugal já atingiu uma das metas da ONU para 2020. **Público**, 30.05.2017. Disponível em: <https://goo.gl/DM3k9P>. Acesso em 10/06/2019.