

Manual Para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos:

Acção para combater o HIV/SIDA em face do
seu impacto devastador sobre os aspectos humano,
económico e social



ONUSIDA
AIDU • UNICEF • FMA • PMA • PMA • PMA • UNDOC
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



INTER - PARLIAMENTARY
UNION

Colecção Boas Práticas da ONUSIDA
MATERIAL ESSENCIAL

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ONUSIDA/99.48E - (Original em inglês: Novembro de 1999)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) 1999.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA). Reservados todos os direitos. Este documento, que não é uma publicação formal do ONUSIDA, pode ser livremente comentado, citado, reproduzido ou traduzido, parcial ou integralmente, desde que se mencione a sua origem. Não poderá ser vendido nem utilizado com fins comerciais sem autorização prévia por escrito do ONUSIDA (contacto: Centro de Informação do ONUSIDA, Genebra).

As denominações empregues nesta publicação e a forma sob a qual são apresentados os dados que

nela figuram não implicam, por parte da OMS e do ONUSIDA, nenhum juízo sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, ou sobre as suas autoridades, nem sobre o traçado das suas fronteiras ou limites.

A referência a certas empresas ou produtos comerciais não implica que a OMS e o ONUSIDA os aprove ou recomende de preferência em relação a outros da mesma natureza que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, uma letra inicial maiúscula nos nomes dos produtos indica que são de marca registada.

ONUSIDA - 20 Avenue Appia - 1211 Genebra 27 - Suíça
Telef.: (+41 22) 791 46 51 - Fax (+41 22) 791 41 87
E-mail: unaid@unaid.org - Internet: www.unaid.org

Reprodução Financiada pela Embaixada da Dinamarca, em Maputo

Manual Para Legisladores em Matéria de HIV/ SIDA, Legislação e Direitos Humanos:

**Acção para combater o HIV/SIDA em face do seu impacto
devastador sobre os aspectos humano, económico e social**

Manual Para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos:

**Acção para combater o HIV/SIDA em face do seu impacto
devastador sobre os aspectos humano, económico e social**

ONUSIDA/BANCO MUNDIAL

Genebra, Suíça

Março de 2001

PREFÁCIO

Prefácio

À medida que o século XX se aproxima do seu fim, o HIV e o SIDA continuam a semear a destruição em número sempre crescente de indivíduos, casais, famílias e comunidades. Mais de 90% dos 33.6 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA no final de 1999 situavam-se no mundo em desenvolvimento. Em muitos países em desenvolvimento, a epidemia começou a representar uma ameaça à própria segurança humana. Sem poupar crianças ou pais, nem professores, trabalhadores da área de saúde, agricultores ou outros membros activos da sociedade, o SIDA está a eliminar os avanços no desenvolvimento social e económico.

Todos os anos, líderes que antes estavam confiantes de que as suas populações eram de algum modo imunes ao HIV, em razão da cultura, religião ou localização geográfica, descobrem que os seus países estão gravemente afectados. Os políticos de alguns países ignoraram a ameaça do SIDA, talvez por temerem que as discussões sobre sexo mais seguro, redução de danos em utilizadores de drogas injectáveis e outros assuntos delicados poderiam alienar um ou outro segmento dos seus apoiantes.

Noutros lugares, porém, os líderes políticos assumiram corajosamente a epidemia, colocando-se a si próprios na vanguarda daqueles que lutam nas formas mais eficazes ao seu alcance para fazer recuar o HIV/SIDA. As maiores realizações na prevenção da propagação do HIV e no alívio do impacto da SIDA foram conseguidas nos países cujos líderes demonstram um firme compromisso e vontade política.

O propósito deste *Manual* é apoiar os parlamentares e outros funcionários eleitos na promulgação e na aplicação efectiva de legislação e na implementação de uma reforma legal apropriada para a luta contra o SIDA. Seja por meio de emendas constitucionais para proibir a discriminação contra os que vivem com HIV/SIDA ou contra os que são mais vulneráveis à infecção, seja por meio de medidas legislativas que assegurem o direito das crianças da escola a serem educadas sobre como se protegerem quando se tornarem mais velhas, para citar apenas algumas áreas de atenção, o engajamento total dos legisladores é fundamental para garantir respostas eficazes à epidemia e recursos fiscais e outros para apoiar.

O *Manual* proporciona exemplos de boas práticas legislativas e de regulamentação tomados de todas as partes do mundo. Essas boas práticas ilustram cada uma das doze linhas de orientação contidas nas *Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e os Direitos Humanos*, publicadas em 1998 pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA). Este *Manual* apresenta medidas concretas que os legisladores podem tomar para a protecção dos direitos humanos e promoção da saúde pública na resposta à epidemia.

Este *Manual* é o produto de uma crescente parceria entre a *União Interparlamentar* (IPU) e o ONUSIDA, que partilham o compromisso do respeito, protecção e cumprimento dos direitos humanos como um valor em si mesmo e como valor fundamental para atingir os seus objectivos e as suas metas institucionais.

Esperamos que os parlamentares e outros funcionários eleitos em todo o mundo sejam capazes de fazer uso deste *Manual* no decurso das suas respostas nacionais e comunitárias ao SIDA, e instamo-los a declararem ou renovarem os seus compromissos políticos para prevenir a expansão e mitigar o impacto desta terrível epidemia.



Peter Piot
 Director Executivo
 Programa Conjunto das Nações
 Unidas sobre o HIV/SIDA



Anders Johnsson
 Secretário Geral
 União Interparlamentar

CONTENT

Agradecimentos

A IPU e o ONUSIDA agradecem calorosamente a Sra Helen Watchirs (Austrália), a principal autora do *Manual para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos* (O Manual), pelo seu profundo engajamento neste trabalho e pesquisa abrangente.

A forma e a substância do *Manual* foram melhoradas através de uma consulta de legisladores organizadas pela IPU e pelo ONUSIDA em Genebra, em Fevereiro de 1999. Estamos agradecidos aos parlamentares abaixo mencionados, que participaram nesta consulta, pelas suas contribuições para este *Manual*:

Dr. Carolyn Bennett
Canadian IPU Group
40 Elgin, Suite 1033
Ottawa, Ontario K1 A 0A 4
Canada

Mr David Borrow
House of Commons
London SW 1 A 0 AA
United Kingdom

Mr Victor Chernykh
Noviy Arbat, 19
Moscow
Russian Federation

Mr Alexandre Waota Coulibaly
Assemblée Nationale de Côte d'Ivoire
Boîte Postale 01 B.P 1 381
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

Mr Juan M. Flavio, Senator
C/o Inter Parliamentary Relations and Protocol Service
Senate of the Republic of the Philippines
Room 604, GSIS Headquarters, Roxas Blvd
Pasay City
Philippines

Mme Catherine Génisson
Palais Bourbon
75355 Paris 07 SP
France

Dr Paul Günter
Délégation suisse auprès de l'Union interparlementaire

3003 Berne
Switzerland

Dr (Smt) Najma Heptulla
President of the Council of the Interparliamentary Union
4, Akbar Road
New Delhi
India

Mr Essop Essack Jassat
All Party Parliamentarian Group on AIDS
Portfolio Committee on AIDS
National Assembly
Cape Town 8000
South Africa

Mr O. M. Kgosipula
National Assembly
P.O Box 240
Gaborone
Botswana

Dr Newton Kulundu
C/ o Secretary / Treasurer
IPU Kenya Group
National Assembly
Parliament Buildings
P.O Box 41842
Nairobi
Kenya

Ms Zury Ríos Montt
2" calle A 13-77 zona 15
Colonia Tecún-Umán
Guatemala City
Guatemala

Agradecimentos especiais vão para o pessoal dos recursos da consulta, designadamente Art Hendriks (Holanda), Mark Heywood (Chefe do Projecto da Lei do SIDA, África do Sul), Julian Fleet e Miriam Maluwa (Consultores do ONUSIDA para os Direitos Humanos, Suíça), e Alain Valtat (Secretariado da IPU, Suíça) pela sua assessoria e sugestões valiosas.

Por último, mas não menos, a IPU e o ONUSIDA agradecem a muitas outras pessoas, em especial David FitzSimons e Andrea Verwohlt (Centro de Informação do ONUSIDA), sem cujo apoio a preparação deste manual não teria sido possível.

SUMÁRIO

ÍNDICE	
Prefácio	4
Agradecimentos	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	11
I. INTRODUÇÃO	19
(i) Gravidade do problema global	19
(ii) O impacto sobre o desenvolvimento	19
(iii) Propósito deste Manual	20
II. ANTECEDENTES	23
(i) Resolução de Windhoek da IPU sobre o HIV/SIDA	23
(ii) Questões para parlamentares	24
- Exemplos de iniciativas regionais e nacionais	26
(iii) Legislação, políticas e direitos humanos referentes ao HIV/SIDA	28
- Directrizes Internacionais	28
- Cumprimento das obrigações internacionais	29
- Excepções	32
III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS	33
(A) Responsabilidades e Processos Institucionais	34
(1) Estrutura nacional	34
- Comitês interministeriais	34
- Comitês parlamentares sobre o HIV/SIDA	36
- Órgãos consultivos multisectoriais	37
- Actividades de nível local: estudo de caso de descentralização	38
(2) Apoiar a parceria comunitária	39
- A abordagem em parceira	39
- Estudos de caso	39
(B) Revisão e Reforma da Legislação e Serviços de Apoio	41
(3) Lesgilação de saúde pública	41
- Exemplos nacionais de reforma	41
- Testes voluntários e consentimento informado	45
- Notificação de informação codificada	49
- Notificação do parceiro	49
- Detenção ou isolamento/quarentena	50
- Segurança sanguínea	52
- Controle da infecção	53
(4) Leis criminais e sistemas correcionais	56
- Crimes de transmissão/exposição	56
- Troca de agulhas e seringas	59
- Actos sexuais	61

- Trabalho sexual e prostituição	62
- Prisões	68
(5) Leis antidiscriminatórias e protectoras	72
- Legislação antidiscriminatória	72
- Impacto discriminatório de leis que afectem grupos populacionais vulneráveis	77
- Privacidade	81
- Legislação laboral	84
(6) Regulamentação de bens, serviços e informação	87
- Regulamentação de bens e serviços terapêuticos	87
- Pesquisa ética	91
- Direito à educação e à informação	93
- Liberdade de expressão e associação	94
(7) Serviços de assistência jurídica	96
C) Promoção de um Ambiente Favorável e de Apoio	98
(8) Mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis	98
- Género e direitos reprodutivos	99
- Crianças e jovens	103
- Minorias religiosas	105
(9) Mudar as atitudes discriminatórias - educação, formação e comunicação social	106
(10) Desenvolvimento dos padrões/mecanismos públicos/privado de implementação	109
(11) Monitorização e vinculação dos direitos humanos por parte do Estado	110
(12) Cooperação internacional	112
- Mecanismos de monitoração da conformidade internacional	113
- Mobilização de ONG	115
- Líderes religiosos	115
IV. CONCLUSÃO	117
ANEXOS	118
Anexo A Factos médicos	118
Iniciativas recentes no desenvolvimento de vacina e acesso ao tratamento	119
Anexo B Resolução adoptada por unanimidade pela 99ª Conferência da União Interparlamentar (Windhoek, 10 de Abril de 1998)	122
Anexo C Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos	126
Anexo D Sobre o ONUSIDA	147
Anexo E Sobre a União Interparlamentar	149
Notas	151

SUMÁRIO EXECUTIVO

Abreviaturas

ACCSI	Acção dos Cidadãos Contra o SIDA
APPGA	All-Party Parliamentary Group on AIDS (Grupo Parlamentar de todos os Partidos sobre o SIDA)
ASO	AIDS Service Organization (Organização de Serviços para o SIDA)
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-estar Familiar do Brasil
OBC	Organização Baseada na Comunidade
CCD	Centros para o Controle e Prevenção de Doenças
CI	Caritas Internationalis
CIDE	Centro de Informacion e Desarrelo de la Mujer
CIOMS	Council for International Organizations for Medical Services (Conselho das Organizações Internacionais para Serviços Médicos)
DFID	Department for International Development (Departamento para o Desenvolvimento Internacional)
HREOR	Human Rights and Equal Opportunity Commission (Comissão dos Direitos Humanos e Igualdade de Oportunidades)
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative (Iniciativa Internacional de Vacina contra SIDA)
ICASO	International Council of AIDS Service Organizations (Conselho Internacional de Organizações de serviços para o SIDA)
IPU	International Parliamentary Union (União Interparlamentar)
LACCASO	Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (Conselho de Organizações de serviços para o SIDA da América Latina e Caraíbas)
MAP	Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network (Rede de Monitoração da Pandemia do SIDA)
MTV	Music Television International
NEP	Needle exchange programme (Programa de Troca de Agulhas)
ONG	Organização não Governamental
PVHS	Pessoa Vivendo com HIV/SIDA
PNAC	Philippines National AIDS Council (Conselho Nacional para o SIDA das Filipinas)
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation (Associação Sul Asiática para a Cooperação Regional)
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
RAS	Região Administrativa Especial da China
TASO	The AIDS Support Organization (Organização de Apoio para o SIDA)
THT	Terence Higgins Trust
UNDAW	United Nations Division for Advancement of Women (Divisão das Nações Unidas para o Avanço da Mulher)
UNDCP	United Nations International Drug Control Programme (Programa das Nações Unidas para o Controle da Droga)
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)

SUMÁRIO EXECUTIVO

A Introdução a este relatório apresenta as estatísticas chocantes da epidemia – 33.4 milhões de pessoas estão actualmente a viver com o HIV/SIDA. Exige-se uma resposta eficaz para inverter a devastação causada às comunidades no mundo inteiro pela epidemia. Este impacto é sentido desproporcionalmente nos países em desenvolvimento e nas populações vulneráveis (aquelas cujos direitos humanos não são respeitados integralmente).

Os Antecedentes destacam características importantes da Resolução de Windhoek da União Inter-Parlamentar (IPU) (1998). Fornecem exemplos de líderes políticos que fizeram declarações públicas de apoio e iniciativas nacionais/regionais de parlamentares que fizeram a correlação entre o HIV/SIDA e os direitos humanos.

É fornecido um breve resumo das bases do direito internacional em que assentam as *Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos*. Estas directrizes exigem que os organismos dos Estados referentes aos tratados de direitos humanos revejam, e se necessário alterem, as suas leis, políticas e práticas para assegurar o cumprimento das normas definidas. Certos direitos, incluindo a saúde, não discriminação, privacidade, educação, informação, autonomia, liberdade, liberdade de expressão e associação, e o direito a não ser tratado ou punido de forma desumana e degradante são então examinados especificamente no contexto de HIV/SIDA.

O Manual analisa cada uma das 12 Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos e fornece exemplos de boas práticas na sua implementação, em termos de conteúdo e/ou processo, a nível nacional e algumas vezes a nível local e regional.

(A) Responsabilidades e Processos Institucionais

Directriz 1 - Estrutura nacional(páginas 32-36)

O Manual indica várias formas nas quais as políticas e os programas podem ser integrados em todos os ramos e níveis relevantes do governo.

(1) Comitês Interministeriais

As pastas relevantes (saúde, educação, justiça, acção social, habitação, transporte, turismo, etc.) devem ser incluídos em tais organismos e sub-comitês do Governo para assegurar a coordenação a alto nível das estratégias do HIV/SIDA. São fornecidos exemplos de tais organismos em vários países, incluindo um chefiado pelo Primeiro Ministro da Tailândia.

SUMÁRIO EXECUTIVO

(2) Comitês parlamentares sobre o HIV/SIDA

Foram recomendados comitês legislativos especiais na resolução da Namíbia com vista a providenciar um fórum não partidário para os parlamentares aprofundarem a sua compreensão das questões do HIV/SIDA e promover o consenso. O ALL-Party Parliamentary Group on AIDS (Grupo Parlamentar de Todos os Partidos do Reino Unido sobre o SIDA) é um bom exemplo de tais comitês.

(3) Organismos multissetoriais de assessoria

A representação profissional e comunitária é fundamental nos organismos que assessoram o governo sobre questões genéricas (por ex. o Conselho da Malásia para o SIDA) e especialmente os que abordam as questões jurídicas e éticas (por ex. comitês na África do Sul e no Canadá).

Directriz 2 - Apoiar a parceria comunitária (páginas 37-39)

A abordagem de parceria em todos os estágios de concepção de política, implementação e avaliação do programa foi defendida pela Resolução de Windhoek. A representação nos comitês de assessoria é um mecanismo para implementar esta Directriz. O Manual fornece exemplos de várias ONG bem sucedidas, tais como a TASO no Uganda.

(B) Revisão e Reforma da Legislação e Serviços de Apoio

Esta secção é a de maior peso e a mais técnica do Manual. Estão incluídos no texto guiões de revisão legislativa em dez áreas para ajudar na implementação. O processo em curso de reforma da legislação sobre o HIV/SIDA e direitos humanos é muito importante. O Manual fornece exemplos de boas práticas quanto a como isso foi conseguido em vários países, incluindo a *Lei de Prevenção e Controle do SIDA das Filipinas de 1998*.

Directriz 3 - Legislação sobre saúde pública (páginas 39-53)

O Manual destaca o reconhecimento da saúde pública como uma responsabilidade do governo e o seu reflexo nas leis que obrigam ao fornecimento de serviços de prevenção, tratamento e cuidados. Infelizmente, algumas leis antigas relativas a doenças infecciosas foram automaticamente alargadas para o HIV/SIDA com resultados absurdamente inapropriados, tais como proibir pessoas vivendo com HIV/SIDA de utilizar o transporte público ou de trabalhar em certas indústrias.

(1) Teste

É analisada a necessidade do consentimento informado específico com aconselhamento antes e depois do teste. São discutidos os mecanismos ligados a este objectivo – tais como dar força legislativa às fichas de requisição laboratorial

pela sua inclusão nos regulamentos de saúde pública. São também estabelecidas as razões de política pública para não obrigar populações alvo a testes.

(2) Notificação/Notificação do parceiro

É reconhecida a necessidade de recolha de dados por motivos de saúde pública, mas são sugeridas formas de protecção da privacidade, tais como a utilização de dados codificados para notificar as autoridades de saúde de novos casos de infecção pelo HIV. Em circunstâncias especiais, são também discutidos os protocolos para a notificação de parceiros sexuais de pessoas infectadas pelo HIV sem o seu consentimento.

(3) Detenção

É enfatizada a ausência, em termos de saúde pública, de justificação para isolar pessoas somente na base do seu estado em relação ao HIV. Onde a liberdade é restringida, ela deve ser na base do comportamento em casos excepcionais e com os devidos processos de protecção.

(4) Segurança sanguínea

O manual destaca a urgência de assegurar um fornecimento de sangue seguro gerido por um serviço nacional responsável, com doadores voluntários e despitte de HIV. São apresentados estudos de casos bem sucedidos do Uganda e do Zimbabwe.

(5) Precauções universais

A necessidade de controle da infecção nos estabelecimentos de cuidados de saúde e noutros que envolvem a exposição a sangue e fluidos corporais é essencial. As exigências detalhadas são codificadas na legislação de saúde pública em algumas jurisdições, tais como nos Estados Unidos.

Directriz 4 - Legislação criminal e sistemas correcionais (páginas 54-65)

Esta é uma área da lei onde a legislação repressiva pode impedir os programas de prevenção ao tornar os educadores sobre o HIV/SIDA susceptíveis de ajudar ou instigar ofensas criminais.

(1) Crimes de Transmissão/ Exposição

Tais leis são comuns (em parte por serem vistas como sendo “vigorosas” contra o crime), mas elas não são recomendadas e só devem ser utilizadas com um último recurso. Se forem promulgadas elas devem ser genéricas, em vez de específicas para o HIV, e devem ter defesas apropriadas tais como por consentimento ou uso de medidas protectoras (por ex. preservativos). Os protocolos entre o cumprimento da lei e as autoridades de saúde pública são fundamentais para que casos inapropriados não sejam trazidos para os tribunais sem informação científica.

SUMÁRIO EXECUTIVO

(2) Troca de agulhas e seringas

Os programas de troca de agulhas e seringas são parte de uma abordagem de redução do dano e têm sido bem sucedidos na limitação do alastramento do vírus em utilizadores de drogas injectáveis. São apresentados vários estudos de caso, incluindo o de uma ONG em São Petersburgo.

(3) Actos sexuais

Os actos sexuais secretos tais como o adultério, sodomia e fornicação são proibidos em alguns países para tentar proteger a moralidade pública. A saúde pública exige que tais leis sejam rejeitadas, sob pena de o comportamento de risco se tornar clandestino.

(4) Trabalho de sexo (prostituição)

Os objectivos de saúde pública são mais susceptíveis de serem alcançados através da regulamentação de trabalho sexual como uma indústria de serviço pessoal, focalizando a gestão através da obrigação de precauções universais (por ex. preservativos). Muitos estudos de caso foram documentados, incluindo Sonagachi, em Calcutá.

(5) Prisões

A prevalência de HIV esta a aumentar nas prisões por causa do comportamento não seguro. As intervenções de educação e informação, tais como as do Brasil, têm sido bem sucedidas, contrariamente à mera repressão. A falta de tais programas condenam os prisioneiros e as comunidades a que eles voltarão mais tarde à infecção pelo HIV.

Directriz 5 - Leis antidiscriminatórias e protectoras (páginas 70-84)

(1) Legislação antidiscriminatória

O Manual refere-se ao caso aterrador de uma voluntária de uma ONG morto por uma multidão na África do Sul logo após ter feito um testemunho sobre o seu estado em relação ao HIV no Dia Mundial do SIDA. As leis antidiscriminatórias são comuns em muitos países, tais como o Canadá, a França, a África do Sul e o Reino Unido. As agências administrativas, como as comissões de direitos humanos, investigam e geralmente conciliam as reclamações de discriminação sob várias razões, com o HIV muitas vezes a ser incluído como uma inabilidade/deficiência.

(2) Impacto da discriminação sobre populações vulneráveis

As leis podem ser a fonte da discriminação sistemática contra mulheres, jovens e homossexuais por os não proteger contra a violência sexual, leis de propriedade injustas e por não reconhecerem as relações domésticas (por ex. as relações de facto, independentemente da sexualidade).

(3) Privacidade

A sensibilidade da informação relativa ao HIV existe por causa do estigma que envolve a epidemia. As leis protegendo a privacidade são comuns na Europa Ocidental e no Canadá, com os dados médicos muitas vezes a receberem uma protecção especial. As agências administrativas, tais como comissariados para a privacidade, geralmente funcionam como comissões dos direitos humanos.

(4) Legislação laboral

É necessária protecção contra os testes obrigatórios e a discriminação injusta no local de trabalho. O impacto é acrescentado onde as pessoas são infectadas nos primórdios da sua idade produtiva, mas são despedidas, apesar da sua habilidade para trabalhar por muito tempo (especialmente com a existência de tratamento antiretroviral). A Worksafe Australia Code of Practice for Health Care Workers é citada como um estudo de um caso de boas práticas de saúde ocupacional e padrões de segurança.

Directriz 6 - Regulamentação de bens, serviços e informação (Páginas 85-93)

(1) Legislação sobre bens terapêuticos

Tais leis salvaguardam o padrão e disponibilidade de bens tais como *kits* de teste, preservativos e medicamentos. O Manual refere-se ao êxito do levantamento de barreiras à distribuição de preservativos na França em 1987.

(2) Pesquisa ética

A necessidade de protecção dos participantes humanos na pesquisa relacionada com o HIV é essencial. O Manual resume o funcionamento dos comités de revisão ética e apresenta estudos de caso sobre desenvolvimento de vacina no Brasil, Tailândia e Uganda. São descritas iniciativas para melhorar o acesso ao tratamento em vários países.

(3) Educação e informação

O material explícito é essencial, mas os padrões de transmissão podem ser uma barreira para os meios de comunicação de massas em geral e para as campanhas direccionadas, a não ser que haja excepções para os materiais educacionais.

(4) Expressão e associação

As ONG, especialmente as que representam as populações vulneráveis, tais como os homossexuais, profissionais de sexo e utilizadores de drogas injectáveis, podem ser dificultadas por leis que restrinjam a sua associação – os motivos dados pelos governos para a recusa de registo podem ser tanto o seu comportamento ilegal como o facto de eles serem críticos em relação à inacção do governo.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Directriz 7 - Os serviços de assistência jurídica (Páginas 94-95)

São descritos estudos de casos de boas práticas de serviços que vão para além da reforma legal, ao ajudar as pessoas a tornarem vinculatórios os seus direitos. Os exemplos são de vários países incluindo a Venezuela.

(C) AMBIENTE FAVORÁVEL

Directriz 8 - Mulheres, crianças e outras populações vulneráveis (Páginas 96-104)

Melhorar o estatuto social e jurídico das populações cujos direitos humanos não são integralmente respeitados é um empreendimento grande, mas necessário. A vulnerabilidade depende das condições jurídicas, económicas e sociais, bem como da natureza da epidemia em cada país. Os grupos geralmente mais afectados são as mulheres, crianças, minorias étnicas e religiosas, populações indígenas, migrantes, refugiados, deslocados internos, pessoas portadoras de deficiências, grupos economicamente em desvantagem, trabalhadores itinerantes, homossexuais, utilizadores de drogas injectáveis e profissionais de sexo. São considerados programas direccionados para três áreas principais.

(1) Género

Os projectos que reduzem o analfabetismo, melhoram a educação e a situação financeira das mulheres existem em muitos países, tais como o Nepal. Reformas importantes ocorreram em muitos países a nível institucional, por ex. Gabinetes ou Ministérios de Assuntos da Mulher, e através da legislação, por ex proibindo a mutilação genital feminina. É enfatizada a necessidade de incluir homens em projectos que pretendam influenciar as relações baseadas no género.

(2) Jovens

Mais de metade de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) foram infectadas antes delas terem 25 anos de idade. Por volta de 2010, o ONUSIDA espera que existam 40 milhões de crianças órfãs devido ao SIDA. Os factores que aumentam a vulnerabilidade dos jovens incluem a pobreza, violência, falta de habilidades e normas sociais prejudiciais relacionadas com as relações sexuais. Projectos que trabalham com jovens para os habilitar com os conhecimentos necessários, habilidades de vida e serviços são explorados em vários contextos, por ex. educação de pares na Zâmbia as crianças da rua no Brasil.

(3) Minorias religiosas

É apresentado um estudo de caso de boas práticas de um projecto de educação e prevenção com uma população minoritária no Uganda.

Directriz 9 - Mudar as atitudes discriminatórias através da educação, formação e meios de comunicação (Páginas 104-106)

Mudar atitudes discriminatórias exige mais do que a legislação. As actividades públicas de pessoas como a falecida Princesa Diana de Gales foram bem longe na tentativa de alcançar este objectivo. As declarações públicas de parlamentares

são também uma força poderosa para enfrentar o preconceito. Campanhas financiadas pelo governo nos meios de comunicação social, como a da Austrália, que é descrita, também têm influência.

Directriz 10 - Desenvolvimento de padrões do sector público e privado e mecanismos para os implementar (Páginas 107-108)

O Manual dá exemplos de parcerias inovadoras entre o sector público e privado para responder eficientemente à epidemia . O Código de Conduta sobre HIV/ SIDA e Emprego da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral é um exemplo de boas práticas. Outras áreas relevantes incluem cuidados de saúde e os meios de comunicação social.

Directriz 11 - Monitorização e vinculação de direitos humanos pelo estado (Páginas 108-110)

O Manual resume os Princípios de Paris sobre as instituições nacionais de direitos humanos que enfatizam a necessidade de as comissões de direitos humanos serem independentes, acessíveis e responsáveis. São fornecidos exemplos de comissões de direitos humanos do Uganda e da Índia.

Directriz 12 - Cooperação Internacional (Páginas 110-113)

(1) Mecanismos de cumprimento

São destacadas actividades do ONUSIDA que têm impacto sobre organizações, tais como os organismos das Nações Unidas estabelecidas no âmbito dos tratados dos direitos humanos.

(2) Mobilização de ONG

Integrar o HIV/SIDA no trabalho das ONG sobre direitos humanos e sensibilizar as organizações de serviço para o SIDA para os direitos humanos são actividades fundamentais.

(3) Líderes religiosos

Fortalecer as ligações com organismos religiosos que estão envolvidos no tratamento e cuidados desde o princípio da epidemia é uma actividade vital por muitos motivos. Apresenta-se o exemplo da Caritas Internacionalis.

ANEXOS

O primeiro anexo apresenta factos médicos sobre o HIV/SIDA e iniciativas recentes no desenvolvimento de vacinas e melhoria do acesso ao tratamento, especialmente nos países em desenvolvimento. O segundo e o terceiro anexos incluem a Resolução de Windhoek da IPU e as Directrizes Internacionais sobre HIV/ SIDA para fins de referência. O quarto e quinto anexos proporcionam breves descrições de parceiros responsáveis pelo desenvolvimento deste Manual: o ONUSIDA e a IPU.

I. INTRODUÇÃO

(i) Gravidade do problema global

No final de 1998, o ONUSIDA e a OMS estimavam que 33.4 milhões de pessoas estavam a viver com a infecção pelo HIV em todo o mundo. Dentre elas, 13.8 milhões eram mulheres (43%) e 1.2 milhões, crianças¹. A maioria dessas pessoas não sabe sequer que está infectada. A vasta maioria das pessoas vivendo com HIV/SIDA estão em países em desenvolvimento - 22.5 milhões de pessoas na África sub-sahariana (50% das quais são mulheres), 6.7 milhões no sul e sudeste da Ásia e 1.4 milhões na América Latina. O Anexo A apresenta factos médicos e iniciativas recentes relevantes para o HIV/SIDA.

Uma estimativa de 2.5 milhões de pessoas morreram de SIDA em 1998, incluindo 900 000 mulheres e 510 000 crianças. Dos 47.3 milhões de pessoas que foram infectadas desde que a epidemia teve início há 2 décadas, perto de 14 milhões já faleceram. 95% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento. Ao longo de 1998, ocorreram 6 milhões de novas infecções pelo HIV (isto é, 16.000 pessoas infectadas diariamente, o que representa um aumento de 10% em relação ao ano anterior). Perto da metade desses novos casos ocorrem em jovens com idade abaixo de 24 anos. Se essa tendência continuar, estima-se que mais de 40 milhões de pessoas estarão infectadas pelo HIV por volta do ano 2000. Os governos, particularmente os dos países em desenvolvimento onde a epidemia é principalmente focalizada, não podem ignorar estas estatísticas – intervenções precoces eficazes podem salvar milhões de vidas e influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas já infectadas pelo HIV.

(ii) O Impacto no desenvolvimento

Medidas públicas bem sucedidas estabilizaram a epidemia em muitos países desenvolvidos, mas isto é verdade apenas para alguns países desenvolvidos. Muitos países em desenvolvimento estão a experimentar um crescimento exponencial de casos de HIV/SIDA. Os gastos globais com os cuidados, investigação e prevenção do HIV/SIDA reflectem esta disparidade – os países em desenvolvimento apenas recebem 12% de tais recursos, apesar de comportarem 95% dos casos. Os factores socioeconómicos que contribuem para o alastramento do HIV/SIDA e que têm desproporcionalmente um impacto sobre os países em desenvolvimento incluem: a pobreza, o analfabetismo, desigualdade de género, grande mobilidade das populações dentro e entre países e a rápida industrialização envolvendo o movimento de trabalhadores de aldeias para cidades e a consequente ruptura dos valores tradicionais².

I. INTRODUÇÃO

Devido ao facto de que o HIV/SIDA está concentrado em jovens adultos que estão em geral no apogeu de sua produtividade económica e que são frequentemente chefes de famílias, a epidemia exerce um impacto imenso na esperança de vida, exacerba as desigualdades (ex.: órfãos sobreviventes) e aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde. A governação, o desenvolvimento e os direitos humanos estão crescentemente a ser reconhecidos como sendo interdependentes³, à medida que o HIV/SIDA mina as recentes conquistas do desenvolvimento. Em poucos anos de acelerado alastramento, o SIDA tornou-se a principal causa de morte entre adultos em alguns países em desenvolvimento e pode ser a mais importante determinante macroeconómica e social do bem estar e da pobreza humana⁴. O risco de os projectos de desenvolvimento piorarem a epidemia em áreas de alta prevalência pode ser invertido por respostas governamentais eficazes. Um dos exemplos é o oleoduto Tchad-Camarões, apoiado pelo Banco Mundial, que incorporou intervenções de prevenção do HIV/SIDA⁵.

(iii) Propósito deste Manual

O objectivo deste Manual é apoiar os legisladores a tomarem acção e a tomarem decisões sobre a reforma da legislação e das políticas relativas ao HIV, através do fornecimento da informação sobre o papel essencial dos direitos humanos na resposta geral à epidemia. É providenciada uma orientação prática e detalhada sobre a reforma da política e legislação relacionada com o HIV/SIDA. O Manual fornece exemplos práticos vindos de todo o mundo da implementação das *Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos*. Tem havido uma tendência por parte de alguns governos para simplificar ou fazer uma reforma legislativa *ad hoc* sem consultar a comunidade ou considerar os assuntos pertinentes ligados aos direitos humanos. Apesar de o foco do Manual incidir sobre questões legais, são encorajados outros métodos de implementação administrativa das normas de direitos humanos, tais como o desenvolvimento de políticas e a cooperação intergovernamental. Garantias legais de direitos podem não ser adequadas onde os direitos não podem ser facilmente testados num tribunal. A legislação não seria um meio eficaz de implementação prática de direitos humanos em algumas circunstâncias e países, devido à falta de estruturas sociais ou económicas e de recursos que sejam a pré-condição para o seu cumprimento. A legislação é apenas um de um leque de instrumentos, incluindo a educação, pelos quais se pode conseguir uma mudança conducente à contenção da epidemia.

Leis que proibem o comportamento secreto consensual passível de transmitir o HIV podem acelerar o alastramento da epidemia, uma vez que agem como impedimentos aos programas de educação, prevenção e cuidados. O *WHO Directory of Legal Instruments Dealing with HIV/AIDS* (Directório de Instrumentos Legais que Lidam com o HIV/SIDA da OMS)⁶ contém muitos exemplos de tais leis estabelecidas precipitadamente por políticos desejosos de serem vistos como estando a tomar uma acção vigorosa contra o SIDA. Este Manual tem a intenção de auxiliar os legisladores e outros reponsáveis pela formulação de políticas a de-

envolverem leis que sejam consistentes com os princípios de saúde pública e dos direitos humanos. O Manual não fornece leis modelo devido à grande variedade de sistemas legais nos diferentes países. São encorajadas diversas e inovadoras respostas à epidemia desde que elas respeitem as normas internacionais dos direitos humanos. O Manual identifica exemplos de boas práticas⁷ deste rico recurso de variados valores e práticas económicas, sociais e culturais e tradições do mundo inteiro. São principalmente descritos e analisados estudos de caso positivos para mostrar como o cumprimento pode ser alcançado. Ocasionalmente, são usados exemplos negativos para mostrar por que e como algumas medidas ineficazes não funcionaram, bem como o que estimulou a sua alteração ou abandono.

II. ANTECEDENTES

i) Resolução de Windhoek da IPU sobre o HIV/SIDA

A resolução adoptada pela 99ª Conferência da União Interparlamentar (IPU), em Windhoek, Namíbia é apresentada no Anexo B. Ela destaca a necessidade de uma acção conjunta pela comunidade internacional e organizações por causa do impacto da epidemia no desenvolvimento económico internacional e na estabilidade social e política. A Resolução insta os parlamentares a demonstrarem o seu empenhamento político para uma resposta efectiva à epidemia através da intensificação das suas funções legislativas, orçamentais e de supervisão. Algumas das recomendações específicas são:

- ter uma abordagem de parceria através do envolvimento, o mais vasto possível, de parceiros relevantes, incluindo pessoas vivendo com o HIV / SIDA e a comunidade, nos processos de tomada de decisões, bem como na partilha de informações.
- ter a educação e medidas preventivas dirigidas como componentes chave das estratégias nacionais de sucesso relativas ao SIDA.
- estabelecer grupos parlamentares não partidários para assegurar um diálogo contínuo, *briefings* e debates, bem como actividades de formação, com vista a aprofundar a compreensão da pandemia e a promover um consenso sobre políticas nacionais;
- assegurar o fornecimento de sangue e produtos de sanguíneos seguros;
- manter as precauções universais de controle da infecção;
- estabelecer trocas de agulhas e seringas;
- desenvolver uma vacina eficaz; e
- possibilitar o acesso equitativo a novos tratamentos, particularmente em países em desenvolvimento que estão afectados de forma desproporcional pela epidemia.

A Resolução apela ao exercício da solidariedade internacional no fornecimento de assistência financeira e técnica e apoio social, bem como assistência ao desenvolvimento ligada aos programas do SIDA nos países em desenvolvimento.

A Resolução chama atenção para a necessidade de pôr em prática as *Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos*, particularmente os que lidam com:

- legislação de saúde pública;
- legislação criminal e sistemas prisionais;
- legislação anti-discriminatória;

II. ANTECEDENTES

- privacidade, confidencialidade e ética, incluindo na condução de pesquisa científica; e
- padrões do sector público e privado e mecanismos para a implementação das directrizes.

Na base destas Directrizes e compromissos que os Estados Signatários já levaram a cabo, no âmbito da legislação internacional de direitos humanos, a Resolução requeria ao ONUSIDA, em cooperação com a IPU, que concebessem este Manual e o disseminassem como um instrumento de referência para o estabelecimento de padrões jurídicos apropriados. Um esboço deste Manual foi apreciado por um Grupo de Trabalho do ONUSIDA/IPU de parlamentares de doze países diferentes que se reuniram em Genebra em Fevereiro de 1999.

(ii) Questões para os parlamentares

Os legisladores e fazedores da política governamental, por causa da sua responsabilidade no planeamento e implementação das políticas do HIV/SIDA, são a principal audiência à qual as *Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos* são destinadas. Os parlamentares podem avançar questões do HIV/SIDA e direitos humanos em geral a nível local, nacional e regional, em vários dos seus papéis:

- como líderes políticos, eles podem influenciar a opinião pública e podem aumentar o conhecimento público de questões relevantes;
- como legisladores, eles estão em actos do parlamento e podem assegurar que a legislação protege os direitos humanos e promover programas efectivos de prevenção e cuidados;
- como advogados, eles podem mobilizar o envolvimento do governo, do sector privado e da sociedade civil para cumprirem com a sua responsabilidade social de responder de forma apropriada à epidemia; e
- como mobilizadores de recursos, eles podem alocar recursos financeiros para apoiar e reforçar programas efectivos de HIV/SIDA que sejam consistentes com os princípios dos direitos humanos.

Os parlamentares podem, especificamente, apoiar a implementação das Directrizes Internacionais, do seguinte modo:

- educando os seus pares sobre as directrizes a nível nacional, provincial e local para encorajar a promulgação, aceitação e endosso;
- delinear uma estratégia para disseminação das Directrizes para actores-chave e desenvolver planos de acção para a monitoração e implementação de questões prioritárias; e
- participar em consultas para a revisão e reforma das leis, através de propostas de lei, quer apoiadas pelo governo, quer pelo sector privado.

São necessários processos que assegurem que todos os ramos do governo sigam uma resposta à epidemia baseada nos direitos humanos, incluindo a legislatura. Os parlamentares democraticamente eleitos estão numa posição única para influenciar a opinião pública e conduzir o seu eleitorado em direcção a atitudes de apoio a uma resposta nacional efectiva à epidemia. O empenho político é um ingrediente essencial para uma resposta ao HIV/SIDA, baseada nos direitos para a alocação de recursos adequados para a implementar. O Departamento de Estado dos EUA recentemente descreveu o SIDA como uma questão importante da política externa:

“Importante para alterar a situação é o conhecimento governamental e o cometimento político para a acção nacional e internacional... O cometimento político ao mais alto nível do governo nacional faz a diferença fundamental. Muitos governos continuam lentos no reconhecimento e na resposta com medidas apropriadas... É necessária uma liderança forte ao mais alto nível para trabalhar com instituições internacionais, outros países e sectores não-governamentais e juntar-se à luta através da partilha dos conhecimentos especializados necessários no apoio dos interesses globais para o combate à pandemia do SIDA”⁸

Os líderes de alguns países mais afectados da África mostraram uma crescente consciência e abertura em relação às questões do HIV/SIDA:

- no Botswana, o Presidente Festus G. Mogae anunciou em 1998 um subsídio governamental mensal (*means-tested*) para as pessoas vivendo com o HIV;
- o então Presidente Nelson Mandela da África do Sul, Presidente Honorário do Global Business Council on HIV/AIDS realizado em Edimburgo, em Outubro de 1997, disse:

“Muitas pessoas vivem com o HIV e com o SIDA e muitos estão em risco de se infectarem. Não obstante, a realidade é que os direitos que deviam protegê-los das vulnerabilidades por que passam aqueles que sofrem do SIDA não são adequadamente respeitados. Precisamos de enfrentar essa realidade e manifestarmo-nos contra ela”⁹.

- o então Vice-presidente da África do Sul, Thabo Mbeki, lançou uma campanha nacional de consciencialização pública em Outubro de 1998. A muitos trabalhadores foi dado um dia de folga para ouvirem o seu discurso televisionado, e as bandeiras foram hasteadas em meia haste nos edifícios governamentais¹⁰.

Em vários países, questões do HIV/SIDA são incluídas em muitos ou mesmo em todos os discursos dos mais altos líderes políticos, como, por exemplo, os presidentes da Zâmbia¹¹ e do Uganda. Liderança individual é uma importante força mobilizadora nos seguintes exemplos:

II. ANTECEDENTES

- o Presidente Bill Clinton dos EUA apelou para o desenvolvimento urgente de uma vacina para o SIDA:

“Só uma vacina preventiva, verdadeiramente eficaz, pode limitar e eventualmente eliminar a ameaça do SIDA... Vamos então adoptar um novo objectivo nacional para a ciência na era da biologia. Hoje, vamo-nos comprometer com o desenvolvimento de uma vacina para o SIDA dentro da próxima década... [S]e o século XXI vai ser o século da biologia, vamos fazer de uma vacina para o SIDA o seu primeiro triunfo”¹².

- o Presidente da Guatemala lançou o Dia Mundial do SIDA vários anos;
- o Presidente do Uruguai, Júlio Maria Sanguinetti, discursou no Dia Mundial do SIDA, em 1998, e um enorme laço vermelho foi colocado à volta do Palácio da Justiça;
- o antigo Primeiro-Ministro indiano, Shri Atal Bihari Vajpayee, a 12 de Dezembro de 1998, apelou aos parlamentares para tomarem a consciência sobre o SIDA como uma prioridade dos seus mandatos¹³;
- a primeira dama das Filipinas, Amelita M. Ramos, mobilizou o sector privado para construir alojamentos para pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

Exemplos de iniciativas regionais e nacionais

O apoio de pares para os parlamentares é um mecanismo vital para desenvolver respostas nacionais eficazes ao HIV/SIDA que respeitem os direitos humanos. É importante para os parlamentares terem conhecimento sobre HIV/SIDA e serem parceiros chave no desenvolvimento de políticas, programas e legislação que aumente a prevenção e cuidados eficazes para pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS). É encorajador o facto de na década passada ter havido participação crescente de parlamentares em formas especiais e gerais, normalmente com representação da comunidade para dar uma imagem fiel das dimensões humanas da epidemia. Exemplos de fóruns regionais incluem os seguintes:

- A Conferência de Parlamentares Europeus sobre o HIV/SIDA fez uma Declaração Final na sua reunião de Barcelona em Maio de 1995. A Declaração afirma o desejo de a Conferência criar uma associação cooperativa de parlamentares:

“Comprometemo-nos tanto a recrutar os nossos colegas parlamentares individualmente e a trabalhar em direcção à afiliação de comités relevantes ou grupos de estudo nos nossos parlamentos... [N]ós comprometemo-nos a manter vivas estas questões nos nossos parlamentos e a realçar a sua importância nos nossos governos com vista a assegurar o melhor uso dos recur-

sos em cuidados e tratamentos, a máxima eficiência da prevenção e a necessária base de pesquisa para o avanço contínuo tanto na profilaxia e em direcção à cura”.

A Conferência fez um número de recomendações práticas, incluindo acções para programas de minimização de danos causados pela droga, início da educação sexual nas escolas antes do início da actividade sexual e isenção do imposto de valor acrescentado para os meios de prevenção do HIV, especialmente os preservativos.

- Na Décima Conferência Internacional sobre as DTS/SIDA em África, foi formada uma Aliança de presidentes dos municípios e líderes municipais que elaborou a Declaração de Abidjan em 9 de Dezembro de 1997. A Declaração afirma que a Aliança se compromete a procurar soluções relevantes para as necessidades e realidades locais, de acordo com os princípios das Nações Unidas e leis e regulamentos nacionais, com vista a responder mais eficazmente à epidemia. A criação da Aliança é:

“para maximizar o empenho, participação, liderança, capacidade e experiência a nível comunitário em resposta ao desafio da epidemia do HIV/SIDA em África”.

- Parlamentares Médicos da Associação da Ásia do Sul para a Cooperação Regional realizaram uma reunião sobre Saúde Reprodutiva, DTS e HIV/SIDA em Katmandu, em Maio de 1998, que produziu uma Declaração sobre a Prevenção e Controle do HIV/SIDA. Ela apelou aos parlamentares a terem um papel forte de advocacia e acção a nível regional, nacional e comunitário. Recomendações específicas incluíam o estabelecimento de um Fórum Regional de Parlamentares da SAARC e mecanismos para rever e reformular leis e políticas nacionais.

Exemplos de iniciativas nacionais incluem as seguintes:

- O Grupo Parlamentar Inter-americano sobre População e Desenvolvimento realizou, em Março de 1997, uma conferência regional de parlamentares e chefes dos programas nacionais sobre o HIV/SIDA em Manágua, Nicarágua. Foi realizado um seminário sobre HIV e direitos humanos no Parlamento da Nicarágua durante uma sessão em Março de 1996. Este seminário foi preparado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Programa do HIV e Desenvolvimento e incluiu parceiros tais como membros da Rede sobre Ética, Direitos Humanos e Aspectos Judiciais do HIV, e o Latin America and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO). A sessão especial foi aberta pelo Presidente da Assembleia Nacional e encerrada pelo Vice-Presidente. O sucesso do seminário foi demonstrado pelo posterior estabelecimento da Lei no. 238 (Promoção, Protecção e Defesa dos Direitos Humanos em face do SIDA)¹⁴.
- Em Dhaka, Bangladesh, um *workshop* para parlamentares sobre HIV/SIDA e DTS foi realizado com sucesso em Setembro-Outubro de 1997, pela

II. ANTECEDENTES

ACTIONAID, uma ONG local, e pelo Programa do Governo para a Prevenção e Controle do SIDA. O *workshop* incluiu uma apresentação feita por educadores de pares de trabalhadoras do sexo do bordel de Tangail¹⁵. Foram dados *kits* de informação aos legisladores antes dos dois colóquios de um dia – sendo o primeiro geral, e o segundo para membros femininos do parlamento. Os objectivos eram: criar um ambiente onde os participantes se sentissem à vontade para falar; estabelecer uma ponte entre os legisladores e os activistas; partilhar intervenções de prevenção e gestão, e identificar áreas onde os legisladores pudessem contribuir a nível de políticas, no Parlamento e na área local que eles representam. O Ministro da Saúde e Bem-Estar da Família, com um grupo de outros 21 parlamentares de várias regiões e dos principais partidos políticos, assinaram a Declaração de Empenho Social para trabalhar para a prevenção do HIV/SIDA como legisladores. Os participantes do *workshop* concordaram em participar num comité parlamentar especial para formular políticas, programas e actividades de implementação, monitorização e avaliação.

Iniciativas similares foram realizadas em países tais como a Índia¹⁶, Nepal¹⁷, México¹⁸ e Malawi¹⁹.

(iii) Legislação, políticas e direitos humanos referentes ao HIV/SIDA – Directrizes Internacionais

Usar o quadro dos direitos humanos numa resposta alargada à epidemia dá “um significado do concreto para lá do mero entendimento de direitos enumerados como um fim em si mesmos”²⁰. Uma abordagem de prevenção baseada nos direitos reconhece a vulnerabilidade social ao HIV/SIDA, não apenas o comportamento individual de risco. Ela também reconhece a vulnerabilidade em diferentes contextos de populações estigmatizadas ou desprovidas de poder, tais como mulheres, crianças, homossexuais masculinos, utilizadores de drogas injectáveis e trabalhadoras do sexo. As normas internacionais dos direitos humanos fornecem um quadro coerente e normativo para a análise do problema do HIV/SIDA. Elas também proporcionam fundamentos legalmente vinculatórios com mecanismos processuais e institucionais e com outras garantias para abordar a base social da vulnerabilidade e implementar a mudança²¹.

A falta da protecção dos direitos humanos estimula a epidemia pelo menos de três maneiras:

- a discriminação aumenta o impacto da epidemia em pessoas vivendo com o HIV/SIDA e nas que se crê estarem infectadas, bem como nas suas famílias e amigos. Por exemplo, uma pessoa que é despedida do seu emprego por ser HIV positiva enfrenta muitos problemas, incluindo o fardo económico extra dos cuidados de saúde, bem como o sustento de familiares dependentes.

- as pessoas são mais vulneráveis à infecção quando os seus direitos económicos, sociais ou culturais não são respeitados. Por exemplo, um refugiado pode ser separado das suas anteriores fontes de apoio (tal como a família) e tornar-se mais susceptível de envolver-se em actividades que colocam a sua saúde em risco (tal como sexo não seguro); e
- onde os direitos civis e políticos não são respeitados e a liberdade de expressão e associação é restringida, é difícil ou impossível à sociedade civil responder efectivamente à epidemia. Em alguns países, a educação de pares é dificultada por leis que recusam o registo oficial a grupos com certo tipo de membros (por exemplo, trabalhadoras do sexo). Nestes casos, uma reunião de uma ONG ou organização baseada na comunidade com tal tipo de membros pode ser vista como uma actividade ilegal.

Deste modo, a saúde pública e os direitos humanos são objectivos complementares e não conflitantes. A protecção da saúde pública não deve ser usada como um pretexto para justificar medidas punitivas. Essas medidas podem conduzir as pessoas mais necessitadas de serviços de prevenção e cuidados a esconderem-se, bloqueando assim o alcance dos objectivos desejados de prevenir novas infecções e assegurar cuidados e apoio para pessoas vivendo com HIV/SIDA. O HIV/SIDA não é apenas um problema médico – ele requer uma resposta mais vasta e multifacetada.

Em Setembro de 1996, foi convocada pelo ONUSIDA e pelo Gabinete do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos a Segunda Consulta Internacional sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos. A Consulta envolveu 35 especialistas de governos, organismos de voluntários, organizações de serviços do SIDA, redes de pessoas e organismos e agências regionais. A Consulta concebeu *Directrizes Internacionais sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos*²² que foram acolhidas em 1997 pelas resoluções da Comissão dos Direitos Humanos²³ e pela Sub-Comissão para a Prevenção da Discriminação e Protecção das Minorias²⁴. Em 1998, o ONUSIDA e o Gabinete do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos publicaram as Directrizes nas seis línguas oficiais das Nações Unidas, nomeadamente Árabe, Chinês, Inglês, Francês, Russo e Espanhol²⁵.

Cumprimento das obrigações internacionais

As Directrizes fornecem indicadores explícitos para implementar e medir o desempenho no desenvolvimento de uma resposta eficaz à epidemia, baseada nos direitos. A ênfase nas Directrizes está nos governos, uma vez que eles são as partes do Estado responsáveis sob instrumentos internacionais relevantes dos direitos humanos, mas é importante reconhecer que a parceria com outras partes essenciais da sociedade é crucial para uma resposta eficaz à epidemia. As Directrizes sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos clarificam as obrigações contidas nos instrumentos dos direitos humanos existentes, tais como:

II. ANTECEDENTES

- a Carta das Nações Unidas;
- a Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- a Convenção Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais;
- a Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos;
- a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial;
- a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres;
- a Convenção sobre os Direitos da Criança;
- a Convenção contra a Tortura e Outras Formas de Tratamento ou Punição Cruéis, Desumanas ou Degradantes; e
- várias convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho.

Como membros das Nações Unidas, os Estados são obrigados a promover e a encorajar o respeito pelos direitos humanos sem discriminação de acordo com a Carta das Nações Unidas. Embora a Declaração Universal não seja um tratado como o é a Carta das Nações Unidas, ela é largamente considerada como vinculatória no quadro do direito internacional costumeiro²⁶. Os tratados acima mencionados são vinculatórios para os Estados Signatários, que assinaram e ratificaram. Mecanismos especiais das Nações Unidas foram estabelecidos sobre esses tratados com vista a monitorar o cumprimento dos Estados através da obrigatoriedade de fornecer relatórios regulares que são estudados pelos Comités de Tratados em diálogo com os Estados individuais.

A Declaração de Viena e o Programa de Acção afirma que os direitos humanos, quer civis, políticos, económicos, sociais ou culturais, são universais e indivisíveis²⁷. Os Estados têm o dever de respeitar, proteger e cumprir esses direitos humanos e liberdades fundamentais dentro dos seus próprios sistemas políticos, económicos e culturais. A obrigação de respeitar os direitos requer dos Estados que se abstenham de interferir com a liberdade dos indivíduos; a obrigação de proteger os direitos requer dos Estados que previnam que outros indivíduos interfiram com os direitos de um indivíduo; e a obrigação de cumprir com os direitos requer dos Estados que tomem as medidas necessárias para garantir a concretização dos direitos que não podem ser garantidos pelos esforços pessoais de um indivíduo²⁸.

É importante notar que em 1996 a Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas decidiu que a expressão “ou outro estado”, usado em vários instrumentos de direitos humanos “devia ser interpretado como incluindo o HIV/SIDA” e que a discriminação com base no estado em relação ao HIV/SIDA real ou presumido fosse proibido²⁹. O dever de cumprir integralmente as obrigações dos direitos humanos pode ser abordado de várias maneiras. Aos Estados é dada uma

certa liberdade de acção no modo real de levar a cabo a realização dos direitos, uma vez que não são prescritas medidas apropriadas. Direitos humanos básicos, com exemplos da sua aplicação específica no contexto do HIV/SIDA são:

- não discriminação e igualdade perante a lei, por exemplo, eliminar a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/SIDA nas áreas de cuidados de saúde, emprego, educação, imigração, viagens internacionais, alojamento e segurança social;
- saúde, por exemplo, assegurar acesso igual e adequado aos meios de prevenção, tratamento e cuidados, tais como para populações vulneráveis com estatuto social e legal baixo (por exemplo, mulheres e crianças);
- privacidade, tanto informativa como física, por exemplo, assegurar a confidencialidade dos resultados do teste do HIV e proibir testes obrigatórios ou compulsivos;
- educação e informação, por exemplo, assegurar acesso igual e adequado à educação e informação de prevenção, como materiais dirigidos a minorias étnicas;
- liberdade contra tratamento ou punição desumana ou degradante, por exemplo, proibir o isolamento automático de prisioneiros HIV - positivos;
- autonomia, liberdade e segurança da pessoa, por exemplo, proibir o teste do HIV ou pesquisa sem o consentimento informado e proibir a detenção ou quarentena com base apenas no estado em relação ao HIV;
- partilha de avanços científicos e seus benefícios, por exemplo, assegurar acesso igual e adequado ao fornecimento de sangue seguro e aos protocolos universais do controlo de infecções ou medicamentos para tratamento;
- trabalho, por exemplo, proibir o despedimento do pessoal apenas na base do seu estado em relação ao HIV;
- liberdade de expressão, reunião e associação, por exemplo, assegurar a disponibilidade de registo para grupos de pessoas vivendo com HIV/SIDA, tais como trabalhadoras do sexo ou homens que têm sexo com outros homens;
- participação na vida política e cultural, por exemplo, assegurar a participação de pessoas vivendo com HIV/SIDA na formulação, implementação e avaliação de políticas;
- casar ou constituir família, por exemplo proibir o teste obrigatório pré-nupcial e abortos e esterilizações coercivas.

II. ANTECEDENTES

Excepções

Os Estados podem impor limitações ao exercício de alguns direitos humanos no âmbito do direito internacional, em situações circunscritas. Direitos absolutos, tais como liberdade de não sofrer tortura ou escravidão, não podem nunca ser abolidos no âmbito do direito internacional. A saúde pública é muitas vezes citada como uma justificação para limitar o cumprimento dos direitos humanos de indivíduos ou grupos – por exemplo, quando a liberdade é restringida por leis de isolamento ou quarentena e quando a privacidade é violada através da notificação do estado em relação ao HIV de um indivíduo às autoridades de saúde sem o seu consentimento. Contudo, a saúde pública é apenas uma base legítima para excepções ao exercício de alguns destes direitos em circunstâncias muito limitadas, e não deve ser usada como um pretexto para autorizar medidas punitivas. A saúde pública e os direitos humanos são normalmente mais complementares do que conflitantes.

Outras bases de restrição estabelecidas nos tratados internacionais dos direitos humanos são: os direitos e liberdades dos outros; moralidade; ordem pública; o bem estar geral numa sociedade democrática e segurança nacional. As restrições baseadas na protecção da saúde pública e estas outras bases apenas são legítimas³⁰ onde elas são:

- prescritas por lei (isto é, não arbitrárias). Legislação específica deve ser acessível, clara e precisa de modo a que os indivíduos possam regular a sua conduta de acordo com ela; e
- necessárias numa sociedade democrática (isto é, o produto da legislatura com o consenso da comunidade) para proteger uma necessidade social e proporcional com essa necessidade (isto é, medidas pouco intrusivas e restritivas que irão, de facto, alcançar esse interesse, tal como a saúde). Deve existir um equilíbrio entre os benefícios esperados da medida e as suas consequências adversas para as pessoas envolvidas, bem como o interesse público no livre exercício do direito que está sendo restringido³¹.

As áreas de potenciais reformas legislativas identificadas nas Directrizes Internacionais são discutidas abaixo. A discussão está enquadrada em termos daqueles padrões de direitos humanos que se aplicam às questões do HIV/SIDA. Também se oferecem considerações sobre se existem quaisquer possíveis casos para restrições legítimas aos direitos humanos. As Directrizes servem para orientar os legisladores quando querem propor reformas legislativas ou políticas que afectam pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

Os Estados Signatários dos tratados dos direitos humanos acima mencionados têm o dever de rever e, se necessário, revogar e alterar as suas leis, políticas e práticas que violam as obrigações e dar os passos necessários para adoptar legislação ou outras medidas para assegurar o respeito e dar efectividade aos direitos do seu âmbito.

III. DIRECTRIZES INTERNACIONAIS COMENTADAS

Esta parte substancial do Manual analisa o conteúdo das 12 Directrizes Internacionais estabelecidas pelo Segundo Conselho Consultivo Internacional sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos, de Setembro de 1996. As directrizes são enquadradas em três grandes abordagens interligadas.

- (A) a melhoria das respostas governamentais em termos de responsabilidade multisectorial e fiabilidade dos processos;
- (B) ampla reforma legislativa e serviços de apoio jurídico centrando-se na antidiscriminação, protecção da saúde pública, privacidade, direito criminal e melhoria do estatuto legal das mulheres, crianças e grupos marginalizados; e
- (C) apoio a uma participação acrescida do sector privado e das comunidades na resposta à epidemia, incluindo o estabelecimento da capacidades e da responsabilidade da sociedade civil para responder eticamente e eficazmente ao HIV/SIDA.

Apesar de que as três áreas são igualmente importantes, pelo facto de este Manual ser dirigido a legisladores dá-se maior enfoque às duas primeiras áreas. Este Manual tem o objectivo de dar uma dimensão política adicional às Directrizes através de uma contextualização, interpretação e discussão detalhadas (especialmente na área da reforma legislativa) do porquê da necessidade de implementação. Também apresenta estudos de caso práticos de todo o mundo para mostrar como foi alcançado sucesso numa variedade de contextos nacionais. As áreas identificadas na Resolução de Windhoek da IPU sobre HIV/SIDA em 1998 são de interesse particular para os parlamentares e, por isso, foram destacadas.

(A) Responsabilidades e Processos Institucionais

Directriz 1: Estrutura nacional

Os Estados devem estabelecer uma estrutura nacional eficaz para a sua resposta ao HIV/SIDA, que assegure uma abordagem coordenada, participativa, transparente e responsável, integrando a política e as responsabilidades do programa respeitante ao HIV/SIDA em todos os ramos do Governo.

DIRETRIZES 1

DIRETRIZES INTERNACIONAIS
ANOTADAS

Para que haja uma estrutura nacional eficiente, é necessário que as políticas e programas relativos ao HIV/SIDA sejam integrados em todos os ramos executivos, legislativos e judiciais do governo. Só uma tal abordagem pode clarificar os papéis respectivos e assegurar que os direitos humanos são adequadamente considerados em todas as responsabilidades das diferentes pastas - doutro modo, algumas questões específicas podem ser ignoradas ou vistas como estando sob a alçada de outros sectores. Abaixo se apresentam mecanismos para fortalecer a coordenação, participação e responsabilidade com alguns exemplos de iniciativas nacionais. Uma consideração prática para garantir a eficiência de operação destes organismos ou comités foi alocar-lhes orçamentos “fechados”, para evitar que eles sejam desviados para outras prioridades financeiras concorrentes. Actividades complementares a nível local são igualmente importantes, uma vez que a responsabilidade pelo trabalho concreto de implementação geralmente cabe ao nível da comunidade. Os comités nacionais e os organismos de assessoria devem ter uma réplica neste nível local sempre que possível, uma vez que os governos estaduais/provinciais têm fortes poderes legislativos e orçamentais na tomada de decisões com impacto sobre a epidemia.

Comités interministeriais

Os comités interministeriais podem assegurar o desenvolvimento integrado e a coordenação a alto nível os planos de acção nacional dos ministérios particulares e monitorar e implementar estratégias posteriores em relação ao HIV/SIDA³², dos planos de acção de cada um dos ministérios, além de facilitar a monitoria e a implementação de estratégias referentes ao HIV/SIDA³³. Modelos de boas práticas destas estruturas existem em muitos países:

- o Comité Nacional Tailandês de Prevenção e Controle do SIDA tem sido chefiado pelo Primeiro-Ministro desde 1991³⁴. A coligação Tailandesa de ONG para o SIDA é membro do Comité;
- o Governo da África do Sul estabeleceu um comité interministerial especial de 10 membros dependente do vice-presidente que lida com o HIV/SIDA nas seguintes pastas: educação, saúde, bem-estar e população, interior, serviços correcionais, defesa, cultura, ciência e tecnologia, agricultura e assuntos da terra e transporte³⁵;
- um Comité interministerial francês foi formado em 1994 para coordenar a resposta nacional ao SIDA;
- o Comité do Gabinete Especial Britânico para o SIDA foi criado em 1986 com um orçamento significativo quando o SIDA se tornou foco de uma campanha política de grande envergadura³⁶, e
- o Sub-comité do Governo do Malawi para o HIV/SIDA é chefiado pelo Vice-presidente.

Há comités semelhantes na Índia e no Botswana. A existência de tais comités não deve impedir que os assuntos do HIV/SIDA sejam considerados pelos *fora* ministeriais permanentes já existentes, tais como os das pastas acima mencionadas. Há também razões positivas para ligar as considerações relativas ao HIV/SIDA com outras doenças infecciosas, tais como as Hepatites B e C, onde for apropriado. Isto inclui o não isolamento do HIV/SIDA como um caso especial e de preferência para a intervenção governamental e encaminhamento de recursos.

É preferível que tais comités sejam compostos pelos ministros das áreas relevantes, mas em alguns países os membros são burocratas dos ministérios apropriados que podem ser eficientes em níveis de tomada de decisão mais baixos e de menor dimensão política. É importante que todos os ministérios relevantes sejam incluídos. Na Zâmbia, as actividades intersectoriais que se seguem ocorreram em áreas específicas que não a do SIDA:

- o Ministério da Defesa criou um fundo para órfãos para a manutenção e educação dos antigos trabalhadores;
- o Ministério da Agricultura, Alimentação e Pescas está a formar trabalhadores de extensão em técnicas de mobilização social para a prevenção e cuidados com o HIV/SIDA em áreas rurais;
- o Ministério do Governo Local e Habitação está a estabelecer gabinetes para o SIDA em todas as suas unidades; e
- o Ministério do Turismo está a incorporar o tema HIV/SIDA nos currículos de formação e educação³⁷.

Comités parlamentares sobre o HIV/SIDA

Comités parlamentares ou legislativos especiais sobre o HIV/SIDA podem constituir um fórum permanente para os parlamentares aprofundarem a sua compreensão da epidemia através de *briefings* regulares e discussão de políticas. Estes comités podem também servir como veículos para a reforma legislativa. A Resolução da IPU de 1998 sobre o SIDA recomenda a formação destes comités. Ao incluir representantes tanto dos partidos maioritários como dos minoritários em tais comités, pode ser promovido o apoio não partidário às políticas, programas e leis sobre o HIV/SIDA... Exemplo bem-sucedidos de tais grupos de ligação parlamentar podem ser encontrados em países como a Grã-Bretanha³⁸ e a Austrália³⁹. No Reino Unido, o Grupo Parlamentar de Todos os Partidos para o SIDA (APPGA) foi estabelecido em 1986 e actualmente conta com aproximadamente 170 membros. Ele existe “para evitar que o SIDA seja esquecido sob o peso de todas as outras distrações que surgem todos os dias” no Parlamento⁴⁰. O APPGA identificou como seus alvos e objectivos:

- aumentar a consciência para as questões referentes ao HIV/SIDA no Parlamento e encorajar políticas equilibradas com base em informações precisas;
- actuar como ponte entre o Parlamento, os sectores estatutários e voluntários, proporcionando um fórum para o intercâmbio de informações;
- assegurar que o HIV/SIDA seja mantido na agenda política através de debates e questionamentos parlamentares e reuniões com ministros;
- ligar-se a outras agências para identificar e conduzir a atenção para as lacunas quanto à provisão; e
- Monitorar a legislação para assegurar que as questões sobre HIV/SIDA recebam a devida consideração (por ex.: o Projecto de Lei sobre os Prestadores de Cuidados, o Projecto de Lei sobre Pessoas Deficientes, o Projecto de Lei sobre Discriminação contra Deficientes, o Projecto de Lei sobre Habitação, o Projecto de Lei sobre Crimes contra as Pessoas e o Projecto de Lei sobre Pensões)⁴¹.

O APPGA opera através de um conjunto de actividades que:

- realizar reuniões em que proeminentes especialistas científicos e outros dão informações aos parlamentares sobre tópicos tais como educação sexual, desenvolvimento internacional e tratamentos;
- colaborar com outros grupos do mesmo género (por ex.: os que lidam com Assuntos Penais, Falta de Casa, Saúde Mental, Deficiência e Uso Indevido de Drogas);

- participar em audiências parlamentares (por ex.: para responder às necessidades sempre crescentes das pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e projectar estratégias nacionais para satisfazer essas necessidades);
- preparar *briefings* parlamentares e documentos para debates, e apoiar no esboço de Questões Parlamentares, tais como os respeitantes ao teste de HIV, troca de agulhas e seringas, prevenção e prisões;
- realizar seminários sobre como trabalhar eficientemente no Parlamento, incluindo procedimentos, influência sobre a legislação e política e abordagem e *lobbies* perante os membros do parlamento;
- organizar visitas a organizações de serviço relacionado com o HIV/SIDA no intuito de assegurar que os parlamentares sejam conhecedores do que se passa no terreno; e
- proporcionar aos parlamentares informação e aconselhamento sobre todos os aspectos do HIV/SIDA, a partir de perspectivas médicas, sociais e económicas⁴².

Órgãos consultivos multisectoriais

Órgãos consultivos multisectoriais com representantes profissionais e comunitários, generalistas e especialistas em questões legais e éticas, podem abordar assuntos de revisão e reforma. Na área da reforma legislativa, esses órgãos consultivos podem ser governamentais (tal como o *Australian Legal Working Party of the Intergovernmental Committee of AIDS*⁴³ - Grupo de Trabalho para Questões Legais do Comité Intergovernamental para o SIDA da Austrália), ou não-governamentais (tal como o *Project on Legal and Ethical Issues Raised by HIV/AIDS* – Projecto Conjunto sobre Questões Legais e Éticas Levantadas pelo HIV/SIDA – do *Canadian HIV/AIDS Legal Network* – Rede Jurídica Canadiana do HIV/SIDA – e do *Canadian AIDS Society* – Sociedade Canadiana do SIDA – e ainda do *AIDS Law Project* – Projecto de Lei para o SIDA) – da África do Sul)⁴⁴. O Conselho do SIDA na Malásia, uma organização que integra 27 grupos, tem um subcomité legal e ético, que elaborou uma Carta do SIDA: Direitos Partilhados, Responsabilidades Partilhadas em 1995. O Comité Multisectorial de Coordenação da Prevenção das DTS/HIV/SIDA da Quirguísia estabeleceu um Grupo de Consultoria Técnica sobre Políticas e Legislação, que realizou consultas em 1996 conducentes à revisão da Lei Nacional do SIDA pelo Parlamento em Março de 1997.

Outros exemplos de órgãos consultivos ou informativos multisectoriais nomeados por governos incluem:

- a *US Presidential Commission on the HIV Epidemic* (Comissão Presidencial dos Estados Unidos para a Epidemia do HIV), que funcionou em 1988;
- a *British Parliamentary Select for the Social Services* (Comissão Parlamentar Britânica de Inquérito para os Serviços Sociais), que trabalhou em 1989;

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- o *Canadian ad hoc Parliamentary Committee on AIDS* (Comité Parlamentar Ad Hoc Canadiano para o SIDA), que publicou o seu relatório em 1990;
- a Comissão de Inquérito sobre o SIDA do Parlamento Federal Alemão;
- o *Kenyan Parliamentary Sessional Paper on AIDS* (Documento da Sessão Parlamentar do Quénia sobre o SIDA), que começou com o desenvolvimento de políticas nacionais em 1994 e foi publicado em 1996;
- o *Malawi National AIDS Committee* (Comité Nacional do Malawi para o SIDA), que é um órgão interdisciplinar, presidido pelo Ministro da Justiça; e
- o *Phillippines National AIDS Committee* (Comité Nacional das Filipinas para o SIDA), que deve, por exigência da lei, ser composto por 26 membros, incluindo vários parlamentares, representantes de seis ONG e uma pessoa vivendo com HIV/SIDA, duas organizações médicas e chefes dos seguintes ministérios ou órgãos: saúde, educação, emprego, bem-estar social, interior e governo local, justiça, desenvolvimento económico, turismo, gestão orçamental, relações exteriores e informação.

Actividades a nível local: estudo de caso de descentralização

Um exemplo bem-sucedido de descentralização ocorreu no programa de HIV/SIDA do Norte da Tailândia em meados dos anos 1990⁴⁵. A epidemia afectara gravemente o Norte da Tailândia, onde se concentravam perto de metade dos casos nacionais de HIV/SIDA, devido, em parte, aos altos níveis de uso de drogas injectáveis e da indústria do sexo comercial. A iniciativa foi a de partilhar as responsabilidades de concepção de políticas, desenvolvimento, planificação, orçamentação, tomada de decisões e consultas com os órgãos de nível provincial através de:

- estabelecimento do *Upper Northern HIV/AIDS Prevention Committee* (Comité do Extremo Norte para a Prevenção do HIV/SIDA) para coordenar a implementação da estratégia em seis províncias;
- provisão directa de pacotes de verbas para a região do extremo norte⁴⁶ para facilitar o uso mais apropriado, mais rápido e mais flexível do orçamento para o programa planeado, em vez de tomadas de decisão centralizadas num processo de alocação de recursos altamente politizado e competitivo;
- provisão de fundos a uma ONG com comités de pré-selecção estabelecidos na região, de modo que as decisões sejam tomadas por pessoas que se encontram em contacto directo com a situação local. As ONG candidatam-se aos fundos; e
- promoção e apoio da actuação das ONG e outras organizações baseadas na comunidade na prevenção e em intervenções de cuidados, demonstrando a eficácia da abordagem de parceria na contenção da expansão da epidemia⁴⁷.

Directriz 2: Apoiar a parceria comunitária

Os Estados devem assegurar, por meio de apoio político e financeiro, que a consulta à comunidade ocorra em todas as fases da formulação de políticas, implementação e avaliação do programa de HIV/SIDA, e devem assegurar que as organizações comunitárias sejam capazes de levar a cabo eficazmente as suas actividades, incluindo nos campos ético, legal e de direitos humanos.

A abordagem de parceria

Há uma necessidade crucial de que os governos envolvam e engajem activamente as comunidades em risco e as afectadas pela epidemia. Estas comunidades gozam de uma confiança particular e têm conhecimento e experiência directa sobre como ocorreu a infecção⁴⁸. As organizações baseadas na comunidade estão melhor posicionadas que as agências governamentais penetrar e atingir as populações vulneráveis. É necessário criar mecanismos estruturais que permitam a consulta à comunidade em todas as fases da formulação de políticas e implementação e avaliação de programas de HIV/SIDA. Isso pode ser feito por meio da inclusão de representantes da comunidade nos *fora* ministeriais, parlamentares e consultivos acima mencionados, de preferência através da participação formal, mas também através do convite para apresentar comunicações escritas.

A protecção dos direitos humanos deve ser um aspecto central deste compromisso, na medida em que o medo da discriminação e da revelação pública do estado em relação ao HIV das pessoas actuam como impedimentos significativos à mobilização e advocacia comunitária. Por isso, é necessário que haja um financiamento adequado às organizações comunitárias e capacitação para apoiar uma verdadeira parceria com vista a tirar benefício do seu conhecimento e experiência de trabalho com pessoas directamente afectadas pelo HIV/SIDA. As respostas mais eficazes à epidemia vêm da acção das pessoas dentro dos seus próprios contextos comunitário e nacional⁴⁹.

Estudos de caso

Numerosos grupos comunitários foram estabelecidos em muitos países para trabalhar com pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) de diferentes formas, tais como a gestão de linhas de telefone especial, centros de acolhimento, casas seguras e apoio de pares⁵⁰. O apoio dos governos, especialmente se acompanhado de

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

subvenções, é importante para o sucesso sustentado de tais organizações. Em 1987, no Uganda, a organização de apoio ao SIDA (The AIDS Support Organization - TASO) foi fundada como um pequeno grupo de auto-ajuda e hoje já cresceu a ponto de contar com 150 funcionários e quase 2000 voluntários⁵¹. A Tailândia também conta com algumas organizações de apoio de base bem sucedidas, tais como o Wednesday Friend's Club (Clube dos Amigos da Quarta-feira), gerido pela Cruz Vermelha, a Duang Prateep Foundation (Fundação Duang Prateep), em Banguecoque, e os New Life Friends (Amigos da Nova Vida), em Chiang Mai. No norte da Tailândia, foi usado um Distrito Modelo nas aldeias pela CARE. O Distrito Modelo proporciona cuidados comunitários abrangentes e centra-se no fortalecimento da parceria e propriedade comunitária, com programação integrada, incluindo o desenvolvendo de políticas antidiscriminatórias claras no processo de formação⁵².

O PNUD financiou um estudo de caso sobre a interação entre o governo e a sociedade civil ao nível da formulação de uma política nacional para o HIV/SIDA e a sua implementação local nas Filipinas⁵³. O Conselho Nacional para o SIDA das Filipinas foi formado em 1992 como um organismo multisectorial para aconselhar o Presidente na formulação da política e coordenar a implementação da Estratégia Nacional. O conselho é constituído por 13 representantes do Governo e 7 de ONG, incluindo o presidente da organização das PVHS. O Conselho formulou uma Estratégia Nacional de Prevenção do SIDA usando um processo de consulta nacional, com respeito pelos direitos humanos. A conquista-chave desta Estratégia é o encaminhamento da informação e educação sobre SIDA para as pastas do Governo responsáveis pela educação e assuntos internos. A Olongapo City AIDS Foundation (Fundação da Cidade de Olongapo para o SIDA), estabelecida em 1992 a nível local, tem uma abordagem comunitária bem-sucedida nas suas campanhas massivas de informação e nos programas de apoio e cuidados. A Inter-Agency HIV/AIDS Network (Rede Inter-agências para o HIV/SIDA) foi formada em 1995 na Província de Palawan, onde não há casos reportados de HIV/SIDA. A Rede consiste em cinco organizações governamentais, quatro privadas e cinco não-governamentais e usa informação de prevenção e campanhas de educação, mobiliza uma resposta adequada da comunidade, congrega especialistas de diferentes sectores e e integra o HIV/SIDA nos programas de cada um dos seus membros⁵⁴.

Por outro lado, um estudo do PNUD de 1997 sobre o envolvimento de PVHS no desenvolvimento de políticas e programas⁵⁵ na Ásia constatou uma incapacidade geral para compreender, séria falta de consideração e desinteresse por parte dos burocratas e profissionais médicos em relação ao envolvimento de PVHS. Em muitos países não houve qualquer envolvimento de PVHS para além da condição de simples pacientes e beneficiários dos serviços. Noutros países, como a Tailândia, o desenvolvimento do movimento local de PVHS foi facilitado pela vontade do governo de trabalhar com essas pessoas como parceiras, proporcionando-lhes liderança política, alocando fundos e organizando encontros para os órgãos de tomada de decisões num ambiente de apoio e capacitação vide a Parte C abaixo).

(B) Revisão e Reforma da Legislação e Serviços de Apoio

As seguintes áreas da legislação foram identificadas, com base na experiência e em estudos de caso a nível mundial. Como as mais susceptíveis eram questões de direitos humanos, vão trazer à tona qual o seu impacto sobre a epidemia. Incluem-se listas de verificação legislativa que requerem respostas afirmativas ou negativas para apoiar na implementação desta área técnica. As dez listas de verificação identificam áreas que requerem reforma legislativa nas cinco directrizes cobertas pela Parte (B) e na Directriz 10, que está relacionada, (Código de Conduta), que está na Parte (C) - Promoção de um Ambiente Favorável e Apoiante. O processo real da reforma legislativa que promove o respeito pelos direitos humanos em vários países é descrito abaixo.

Directriz 3: Legislação de Saúde Pública

Os Estados devem fazer a revisão e a reforma da legislação de saúde pública para assegurar que as questões levantadas pelo HIV/SIDA sejam abordadas de forma adequada, que as disposições aplicáveis a doenças casualmente transmitidas não sejam aplicadas de maneira imprópria ao HIV/SIDA e que essa legislação seja coerente com as obrigações internacionais de direitos humanos.

Exemplos nacionais de reforma

Nicarágua

Na Nicarágua, foi esboçada uma lei sobre direitos humanos e SIDA por duas ONG: a Fundação Nimehuatzin e o Centro para os Direitos Constitucionais. Em 1996, foram realizados *workshops* sobre diversos esboços pela Rede sobre Ética, Direitos Humanos e Aspectos Jurídicos do HIV, que contaram com a participação de representantes destas duas ONG e outras ONG de direitos humanos, membros do Parlamento, comunidade das PVHS afectadas, um grupo de prevenção da comunidade homossexual, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Organização Panamericana de Saúde e Programa Nacional do SIDA. A Rede proporcionou conhecimento especializado aos parlamentares, assim como sensibilizou várias organizações da comunidade e o público em geral para a questão dos direitos humanos. Foi também utilizada uma estratégia de

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

comunicação que incluiu a produção de um vídeo ilustrativo sobre os aspectos éticos e de direitos humanos da legislação e do HIV/SIDA, através de representações dramáticas. Os principais canais de televisão, assim como alguns serviços de anúncios públicos apresentaram o vídeo pela televisão e cartazes. Desde que a lei foi promulgada⁵⁶, o vídeo tem sido usado para efeitos de formação. A rede conta agora com uma equipe técnica que trabalha na elaboração de regulamentos de acordo com a lei, o que abrange questões como antidiscriminação, confidencialidade e autonomia da pessoa⁵⁷. Nesse sentido, a sessão especial do Parlamento da Nicarágua sobre esta questão foi um estímulo e apoio importante para a legislação.

México

No México, uma lei para a prevenção e controle da infecção pelo HIV começou a vigorar em 17 de Janeiro de 1995. Teve a sua origem numa cooperação sem precedentes entre 17 órgãos governamentais e 19 ONG⁵⁸. A lei está incorporada na Constituição e tem precedência sobre a legislação provincial ou estadual. Ela aborda questões como confidencialidade e proíbe teste obrigatório e discriminação em áreas específicas de actividade ou serviços - casamento, emprego, educação, tratamento médico, acomodação, imigração ou emigração.

Argentina

Na Argentina, foi aprovada uma lei nacional sobre o SIDA que promovia o respeito pelos direitos humanos, em 1990, a seguir à promulgação de muitas leis coercivas ao nível provincial. A lei abrange questões de discriminação, confidencialidade (sujeita a excepções, tais como propósitos de tratamento e cuidados, casos criminais, de direito da família ou de adopção) e consentimento informado para testes (sujeito a excepções tais como doação de sangue e imigração)⁵⁹.

Filipinas

O Conselho Nacional para o SIDA das Filipinas CNSF) inclui a representação tanto das duas Câmaras do Parlamento (os presidentes das respectivas Comissões de Saúde), assim como os presidentes das Ligas de Governadores e Presidentes de Câmara das Cidades. O Senado das Filipinas criou um comité *ad hoc* para o SIDA que fez a proposta da *Lei de Prevenção e Controle do SIDA* de 1998, sendo que o Comité do Senado para a Saúde assegurou a sua promulgação. Alguns dos aspectos dessa Lei abrangente que confere uma base legislativa ao Conselho Nacional para o SIDA incluem:

- a exigência de consentimento informado por escrito e a proibição de testes compulsivos de HIV (para emprego, viagem, serviços médicos e admissão em instituições de educação), excepto em casos autorizados pela Lei (ex: doação de sangue e órgãos);
- a garantia do direito à confidencialidade, sujeita a certas excepções, como por exemplo, processos judiciais (mas com o requisito de que os registos médicos sejam selados e abertos apenas pelo juiz);

- a proibição da discriminação com base no estado em relação ao HIV real, percebido ou suspeito, nas áreas de emprego, educação, viagem, serviços públicos, crédito e seguro, cuidados sanitários e serviços funerários;
- estabelecimento de directrizes universais de controle da infecção para procedimentos cirúrgicos, dentais, de embalsamação, de tatuagem e similares;
- a proibição de publicidade enganosa de medicamentos e outros produtos para prevenção, tratamento ou cura do HIV/SIDA;
- a exigência de que as autoridades educacionais integrem a educação para a prevenção do HIV/SIDA nos níveis intermédio, secundário e terciário (embora sejam colocados limites no uso de material explícito e na promoção do controle da natalidade);
- a obrigação de que a informação sobre HIV/SIDA seja considerada um serviço do saúde e a exigência de programas específicos no local de trabalho, nos governos locais, para viajantes estrangeiros, turistas e outras comunidades; e
- o reconhecimento do papel e aproveitamento da experiência das pessoas afectadas em campanhas de informação e educação, assim como garantia de acesso a cuidados de saúde, serviços de base comunitária e programas de auto-ajuda.

Canadá

A reforma legislativa foi abordada de forma abrangente pela Rede Jurídica Canadiana do HIV/SIDA e pela Sociedade Canadiana do SIDA. Estas ONG iniciaram, em 1995, um Projecto Conjunto sobre Questões Legais e Éticas Levantadas pelo HIV/SIDA e têm realizado muitos *workshops* para avaliar as respostas da comunidade. O Projecto emitiu uma resenha de literatura, um boletim informativo, documentos de discussão e relatórios sobre vários assuntos, incluindo prisões, discriminação, lei penal, teste e confidencialidade, questões legais sobre homossexuais e lésbicas e comunidades aborígenes (discriminação, teste e confidencialidade). Estes documentos de alta qualidade foram usados como recursos e para propósitos de advocacia, bem como para a construção de consensos na promoção da reforma da lei

Austrália

Um processo de reforma da lei similar ao que teve lugar no Canadá ocorreu na Austrália, mas foi conduzido pelo governo e não por ONG. O Legal Working Party (LWP) of the Intergovernmental Committee of AIDS (Grupo de Trabalho para Questões Legais do Comité Intergovernamental para o SIDA) emitiu nove documentos de discussão entre 1990 e 1992 sobre tópicos referentes a saúde pública, uso de drogas injectáveis, homossexualidade, trabalho de sexo, lei do emprego, responsabilidade civil, lei da imprensa e legislação de bens terapêuticos. O LWP foi estabelecido no âmbito da Primeira Estratégia Nacional para o HIV/SIDA e foi o primeiro órgão bi-sectorial (saúde e Procuradoria Geral) da reforma

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

legal com força em todas as jurisdições, isto é, dos governos Federal, Estadual e Territorial. Emitiu um Relatório Final na sequência de contribuições públicas sobre as opções preferidas de entre as apresentadas nos documentos de trabalho de 1992. Delas aproximadamente metade foram implementadas⁶⁰. Ambos os estudos de caso apresentados, o do Canadá e o da Austrália, usam o modelo inglês de comissão de reforma legal de pesquisa abrangente e consulta da comunidade para conseguir recomendações equilibradas. É discutível se a centralização dos órgãos da reforma legal em ONG ou governos influencia a implementação eficiente dos resultados.

Estados Unidos da América

Embora não tenha havido projectos de reforma legal nacional similares nos EUA, tem havido projectos que monitoram os desenvolvimentos legais na área do HIV / SIDA – o *AIDS Litigation Project* (Projecto do Litígio sobre o SIDA) financiado pelo Departamento da Saúde e Serviços Humanos fez um levantamento dos resultados de cerca de 600 casos de tribunais e de comissões de direitos humanos durante o período de 1991 a 1997⁶¹, e o Projecto Intergovernamental de Políticas de Saúde da Universidade George Washington anualmente resume as leis sobre SIDA das sessões legislativas dos 50 estados.

Índia

Resultados positivos podem vir também de esforços de oposição à legislação, como aconteceu com o bloqueio do *Projecto de Lei de Prevenção do SIDA da Índia* de 1989, que tinha disposições coercivas similares as da *Lei da Lepra* de 1898⁶².

A saúde pública foi reconhecida pelo menos desde o século XIX como uma função do Governo. Além da gestão das doenças contagiosas, a saúde pública ocupa-se do acesso a serviços médicos, do ambiente físico, biológico e social (por exemplo, regulação da poluição, padrões de alimentação, segurança de medicamentos, higiene da água e saneamento)⁶³. Os movimentos de saúde pública e saneamento, que enfatizaram a obrigação da sociedade de garantir as condições para que as pessoas sejam saudáveis, promoveram a responsabilidade colectiva em vez da responsabilidade individual para a saúde. Sob princípios utilitários foram levadas a cabo intervenções positivas (por. ex., tratamento) para proteger o bem estar dos cidadãos e foram exigidas acções preventivas (por. ex., vacinações) para que outros não fossem prejudicados. O conhecimento científico foi a base das iniciativas que inverteram o crescimento de epidemias, tais como a peste, a lepra, a cólera, a pólio, a varíola, doenças venéreas e tuberculose. Infelizmente, ao longo da História tem-se havido uma associação estigmatizada entre doenças epidémicas e grupos marginalizados – os pobres, imigrantes e grupos étnicos e sociais específicos têm sido os bodes expiatórios várias vezes e em vários lugares⁶⁴.

Legislação antiquada inicialmente formulada no século passado para enfrentar doenças como a lepra e a cólera têm agora sido inadequadamente estendidas para o HIV/SIDA. Isto não é adequado porque o HIV não é transmitido casualmente. Um exemplo de transmissão casual é a infecção por gotículas, que ocorre

quando alguém espirra, tosse ou partilha utensílios (ex.: copos ou talheres). Leis que proíbem as pessoas com HIV de trabalhar em certas indústrias (como as de processamento de alimentos), ou de usar transportes públicos⁶⁵, não são nem necessárias nem eficazes para lidar com a epidemia. Por outro lado, os princípios e estratégias formuladas nas Diretrizes Internacionais para o HIV/SIDA e os Direitos Humanos podem ser vinculados ao controle de outras doenças contagiosas, tais como as de transmissão sexual, quando for apropriado. Pode haver benefícios em integrar o SIDA, em vez de dar tratá-lo como um caso excepcional, nas áreas relevantes tanto da lei como da implementação administrativa.

Os governos têm tanto a capacidade como a responsabilidade de liderar a produção de respostas legislativas de saúde pública adequadas à epidemia, a fim de cumprir o direito individual do cidadão à saúde. É adequado que a legislação de saúde financie e capacite explicitamente as autoridades para proporcionarem uma gama abrangente de serviços de prevenção e tratamento como a que se segue:

- informação e educação para o público em geral e populações-alvo;
- aconselhamento e teste voluntário;
- serviços para DTS e de saúde sexual reprodutiva para todos;
- preservativos e outros meios de prevenção, tais como desinfecção e equipamento de injeção limpo;
- tratamento para drogas;
- cuidados e tratamentos para doenças relacionadas com o SIDA, inclusive profilaxia da dor; e
- vigilância epidemiológica.

Testes voluntários e consentimento informado

A lei deve exigir um consentimento informado específico antes de que o teste seja realizado. Caso contrário a liberdade e a privacidade de uma pessoa estão em risco de serem violadas. As potenciais consequências económicas e sociais de um diagnóstico positivo nas pessoas, incluindo a possível discriminação, torna essencial que a sua decisão de ser testada seja feita com prévio conhecimento pleno. A disponibilidade de medicamentos nos países industrializados proporciona um forte incentivo para as pessoas que estão em risco de infecção procurarem fazer o teste de HIV de modo a terem acesso à medicação numa etapa precoce da infecção. O aconselhamento pré e pós teste é essencial, não só por razões psicológicas, mas para maximizar as mensagens e os serviços de prevenção e cuidados. A Legislação em vários países exige que os resultados dos testes seja entregue pessoalmente (em vez de serem dados via telefone) ao indivíduo que está a ser testado, e em privado para garantir a confidencialidade e o apoio adequado. Vai ser necessário fazer adaptações às condições culturais e sociais locais – por exemplo, na Holanda existe um direito legalmente vinculatório de não ser informado do resultado do teste⁶⁶.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Em muitos países, há locais que oferecem testes anónimos de modo que a pessoa não precisa de revelar a sua identidade. Esta protecção da privacidade foi subvertida em alguns países por uma legislação que a defende apenas se os resultados forem negativos⁶⁷. Onde *kits* caseiros de teste estão legalmente disponíveis, os governos devem assegurar o controle de qualidade no âmbito da legislação sobre bens terapêuticos, ao mesmo tempo que proporcionam aconselhamento e serviços de referência para as pessoas que usam tais kits. Os mecanismos para evitar o uso indevido dos testes, por empregadores ou seguradoras, por exemplo, devem ser cobertos pela legislação anti-discriminação.

A existência ainda de paternalismo na profissão médica em alguns países tem permitido testes obrigatórios generalizados sob o pretexto de consentimento geral para efeitos médicos. O Tribunal Europeu de Justiça considerou que sujeitar um candidato a emprego a um teste dissimulado de HIV sem o consentimento informado é ilegal:

Xv. Comission.

Medidas práticas contra testes não autorizados de HIV, tais como testes encobertos de sangue e outros fluidos corporais (por. ex. urina) deviam ser dispostas na legislação. Alguns países exigem que os profissionais médicos usem formulários de consentimento (incluídos como anexo à legislação, tal como os regulamentos de saúde pública) como parte dos requisitos para o laboratório efectuar o teste, de modo a fornecer prova de um específico consentimento informado. Estes formulários podem proteger os médicos contra processos judiciais, mas devem ser estruturados de tal maneira que a privacidade da pessoa testada seja preservada. Por vezes é usado um formulário com duas partes – uma parte tem o nome assinado da pessoa que consente o teste e é mantida nos arquivos do médico, enquanto a segunda é enviada ao laboratório com informação da identidade oculta por meio de códigos alfanuméricos (por. ex. a data do nascimento, o sexo e/ou as iniciais do nome da pessoa).

A legislação de saúde pública pode influenciar positivamente as práticas médicas, mas a legislação também deve fazer aplicar mecanismos para que os indivíduos possam obter compensações. Exemplos de mecanismos bem-sucedidos incluem funcionários encarregues de investigar queixas de indivíduos contra autoridades públicas e autoridades para lidar com reclamações do sector da saúde estabelecidas por lei. Isto tende a ser mais acessível, simples, rápido e barato que os tribunais. Este mecanismo não impede que as autoridades sanitárias abram processos judiciais de acordo com a legislação de saúde pública, ou processos disciplinares em organismos de registo profissional. Da mesma forma, os indivíduos devem gozar da prerrogativa de serem compensados ao abrigo da lei de responsabilidade civil.

Os testes obrigatórios⁶⁸, isto é, testes sem consentimento informado, têm sido direccionados, em alguns países, a certos grupos, entre eles:

- imigrantes, refugiados ou viajantes;
- pessoal militar;
- mulheres grávidas;
- crianças que estão a ser adoptadas ou sujeitas a pedidos de custódia / ordens de acesso;
- casais que desejam casar-se;
- pessoas que buscam seguro / aposentadoria, ou alojamento;
- participantes em certas modalidades desportivas como o boxe);
- pacientes em hospitais (por. ex., antes de cirurgia ou quando trabalhadores de saúde forem feridos por agulhas);
- reclusos de instituições como prisões e hospitais para doentes mentais, pessoas com atraso de desenvolvimento ou pessoas com graves deficiências físicas;
- trabalhadores, com ênfase particular em certas ocupações tais como os da saúde, pilotos, animadores, motoristas de camião, pescadores; e
- pessoas sujeitas à lei criminal, tais como profissionais do sexo, utilizadores de drogas injectáveis e homens que têm sexo com outros homens.

A testagem dos membros desses grupos viola o princípio da não discriminação preconizado pela lei internacional dos direitos humanos. A única excepção clara seria para o caso de doação de sangue e tecidos / órgão humanos, onde existe um imperativo óbvio da saúde pública para realizar o teste de HIV, e um dever legal de cuidar dos receptores potenciais. O banimento de testes involuntários não significa que os testes voluntários não devam ser activamente encorajados. Muito pelo contrário, há muito boas razões para promover o teste voluntário em certos grupos, como mulheres grávidas, em prol tanto da saúde da mãe como da saúde da criança (por exemplo, para ter um bom acesso ao tratamento com antrivirais).

Há também fundamentos de política pública fortes para não realização de testes involuntários:

- custo e ineficácia, uma vez que se desviam os poucos recursos dos programas de prevenção e cuidados;
- a informação obtida pode não ser confiável, a menos que o teste seja repetido num estágio posterior, uma vez que a pessoa a ser testada pode estar no “período de janela” (em que ainda não produz anticorpos) e que, portanto, apresenta um resultado negativo;
- contraproducente, uma vez que faz com que as pessoas escondam o comportamento que as pode ter colocado em risco de infecção por HIV, tornando o contacto com programas de prevenção e cuidados muito mais difíceis;

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- em alguns cenários é fácil contorná-los, como no caso de licença para casamento, pois o casal pode casar-se em outra jurisdição ou simplesmente viver numa união de facto, ou ainda noutros casos onde podem ser obtidos falsos “Certificados de HIV negativo”, para trabalho de sexo ou viagem;
- uso para propósitos discriminatórios, tais como recusa de emprego, segregação de prisioneiros HIV - positivos, ou recusa de candidaturas à emigração. Esse tipo de fenómeno ignora o longo período assintomático durante o qual o indivíduo infectado pode trabalhar (e inclusive pagar impostos). Por outro lado, é indevido porque não há teste para outras doenças que causam encargos iguais ou maiores ao sistema de cuidados de saúde;
- corrói a responsabilidade individual de evitar a infecção, uma vez que as pessoas passam a acreditar na suposição de que as outras são HIV-negativas;
- enfraquece o cumprimento das precauções universais contra a infecção por gerar a falsa expectativa de que sempre terão o conhecimento prévio do estado em relação ao HIV dos outros, donde a ocorrência de práticas menos cuidadosas; e
- dá à comunidade uma mensagem errônea, a de que o HIV/SIDA é um problema dos “grupos de risco”, promovendo uma mentalidade de “nós e eles” e criando maior medo, negação e estigma.

O uso de amostras de sangue fornecidas com outros propósitos que não a testagem do HIV no exame de certos grupos (ex.: recém-nascidos) pode levantar problemas éticos que devem ser resolvidos a um nível nacional. É necessário estabelecer um equilíbrio entre o direito individual à privacidade em relação ao sangue dado pela pessoa para outros propósitos e o valor, para a comunidade, de obter dados sobre o curso da epidemia que doutro modo não poderiam ser obtidos.

No Uganda, a prevalência da infecção pelo HIV foi monitorada usando uma vigilância sentinela, que indicou que a taxa em mulheres grávidas de áreas urbanas está a decair (os dados foram apoiados por inquéritos sobre mudanças de comportamento sexual)⁶⁹. “A vigilância sentinela é a realização de testes de anticorpos de HIV em amostras de sangue originalmente colhidas para outro propósito legítimo em grupos populacionais seleccionados, como doentes em consultas de DTS, utilizadores de drogas injectáveis e mulheres grávidas, que podem fornecer indicações sobre as tendências do HIV associadas a comportamentos e práticas de risco específicas de cada categoria. Os elementos de identificação pessoal são removidos e os resultados não podem ser ligados à pessoa cujo sangue foi testado.” Por outro lado, no Código Civil da Holanda está consagrado o direito à integridade corporal que se opõe à pesquisa sobre substâncias corporais das pessoas, o que significa que as pessoas podem opor-se ao teste de sentinela do seu sangue se assim o desejarem⁷⁰.

Notificação de informação codificada

Existe, do ponto de vista da saúde pública, uma necessidade de colher dados por diversas razões – para possibilitar:

- a acção sobre casos individuais para evitar mais infecções através da interrupção da cadeia de transmissão, por exemplo, seguindo pistas de contacto;
- a vigilância das tendências das doenças infecciosas em relação ao seu acompanhamento do curso da epidemia;
- a monitoração da incidência e prevalência a fim de planear e avaliar os programas de prevenção;
- a aplicação rentável de recursos para controlar a epidemia, através da garantia de uma planificação eficiente que tome em conta dados epidemiológicos precisos.

Tirando a primeira situação (que vai ser considerada na próxima secção), os dados codificados podem servir para todos os propósitos acima mencionados. O diagnóstico da infecção pelo HIV é geralmente feito por laboratórios, enquanto o SIDA é um diagnóstico clínico feito por médicos, enfermeiros ou outros fornecedores qualificados de cuidados de saúde. Exigir a notificação de dados codificados sobre casos *confirmados* de HIV às autoridades no âmbito da legislação sobre saúde pública protege os direitos humanos, pois apoia o direito à saúde, vida e informação. Alguns países (como, por exemplo, a Noruega) exigem que os laboratórios enviem um formulário que é incluído como anexo aos regulamentos de saúde pública. Esta exigência tem a vantagem de tornar os dados uniformizados e de fácil utilização para propósitos epidemiológicos (e impede propósitos não autorizados, uma vez que a informação irrelevante, tal como as marcas de identificação pessoal, não é recolhida). É ainda necessário um controle estrito da protecção dos dados para afastar o receio de que os códigos possam de algum modo ser quebrados. O uso de dados identificáveis, por outro lado, levanta receios que devem ser considerados.

Notificação do parceiro

A questão sobre se as pessoas que vivem com HIV/SIDA devem ser sujeitas a estratégias coercivas de saúde pública, particularmente a notificação do parceiro, tem sido debatida em muitos sistemas jurídicos. Em muitas comunidades existe uma história de os profissionais médicos terem obrigação ética e muitas vezes legal de proteger os outros da infecção pelo seguimento de pistas dos contactos dos que estão infectados por doenças graves, particularmente onde tais pessoas não poderiam de outro modo estar conscientes da sua infecção.

Por outro lado, a confidencialidade do paciente é parte central do relacionamento médico-paciente, de acordo com a lei, e é a base na qual o indivíduo fornece

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

voluntariamente informações sensíveis relevantes para o seu estado de saúde. A questão da confidencialidade do paciente também se aplica a outros profissionais de cuidados de saúde com obrigações de guardar sigilo, como enfermeiros, trabalhadores da providência social e conselheiros. É reconhecido que estratégias de coerção são inapropriadas, ineficazes e contraproducentes, uma vez que impedem que aqueles que correm risco de infecção se apresentem precocemente ao aconselhamento, teste, tratamento e apoio. Os modelos coercivos de notificação usados na área das doenças de transmissão sexual (DTS) ou tuberculose (TB) são inadequados por muitas razões, dentre as quais o facto de que não há cura para o HIV. O rastreio abrangente dos contactos no caso do HIV seria praticamente impossível sem técnicas extensivas e dispendiosas de vigilância, que poderiam colocar limites inaceitáveis às liberdades civis.

As Directrizes Internacionais para o HIV/SIDA e os Direitos Humanos apoiam a notificação voluntária de parceiros, mas com cláusulas para casos excepcionais. Recomendam que a legislação de saúde pública deve autorizar, mas não exigir, os profissionais de cuidados de saúde a notificar os parceiros sexuais dos seus pacientes HIV - positivos em situações cuidadosamente definidas. Em algumas jurisdições, o protocolo de notificação do parceiro codificado ao abrigo da legislação de saúde pública requer consulta de pares, ou ainda a solicitação de conselho de outros profissionais ou de um corpo de especialistas especialmente estabelecido pelas autoridades sanitárias para fornecer orientação ética nos casos de notificação de parceiros. A discricção concedida aos profissionais de cuidados de saúde poderia também protegê-los contra a perda de confiança por parte dos seus pacientes e contra a responsabilidade civil pelo fracasso na notificação de um parceiro.

Detenção ou isolamento/quarentena

Não há justificação de saúde pública para impôr a detenção civil na base somente do estado em relação ao HIV, em vez de o ser na base do comportamento individual. Várias jurisdições requerem que certos estabelecimentos (como casas de banho) que são vistos como lugares de propagação do HIV sejam fechados pelas autoridades, em vez de aproveitar a oportunidade para os usar como locais privilegiados para realizar educação relativa ao sexo mais seguro. Em alguns países, disposições de quarentena ou detenção aplicáveis a doenças casualmente transmitidas e geralmente curáveis são inadequadamente estendidas para incluir o HIV. A liberdade das pessoas que vivem com o HIV deve ser restrita somente em casos excepcionais de comportamento ilegal, e as devidas protecções processuais devem ser garantidas.

Os poderes definidos na legislação de saúde pública para colocar restrições nas circunstâncias de residência e emprego de pessoas HIV - positivas que põem os outros em risco de infecção devem ser graduados de acordo com as circunstâncias excepcionais do caso. O isolamento deve ser apenas usado em último caso e por períodos de tempo limitados, e não indeterminados. É preferível que tais

medidas sejam ordenadas por um tribunal, ou, no mínimo, autorizadas por um tribunal num curto período de tempo (por exemplo, três dias de trabalho, depois dos quais as medidas caducam a não ser que sejam revalidadas pelo tribunal), em vez de serem tomadas simplesmente pelas autoridades de saúde. São recomendadas intervenções graduais. Por exemplo, numa primeira vez devia ser emitida uma advertência escrita pelas autoridades de saúde apresentando as razões pelas quais a pessoa deve deixar de se comportar de forma irresponsável e avisando - a de que se o não fizer poderão ser instaurados procedimentos formais. O critério para o exercício de poderes coercivos devem ser estruturados da forma mais objectiva possível – que a pessoa:

- se tenha comportado no passado de forma voluntária e consciente de maneira a expor os outros em risco significativo de infecção;
- mostre susceptibilidade de continuar com tal comportamento no futuro;
- tenha sido aconselhada sem sucesso a encetar uma mudança para um comportamento apropriado e responsável; e
- representa um perigo para outras pessoas.

O tipo de intervenções graduais que podem ser aplicadas em estágios posteriores ao incumprimento da primeira advertência incluem: orientação para tomar precauções, tais como sexo mais seguro; aviso para deixar algumas actividades, como a partilha de instrumentos de injeção de drogas; residência em lugar específico, como, por exemplo, alojamento subsidiado gerido por uma ONG; supervisão por parte de autoridades sanitárias ou praticantes de medicina; exames médicos regulares, tais como testes de DTS para assegurar que não ocorreu sexo sem protecção; abstenção de trabalhos específicos, tais como a trabalho de sexo sem protecção. As protecções processuais importantes incluem:

- a notificação adequada dos procedimentos;
- o direito inalienável à revisão/apelação por um tribunal de instância superior;
- o direito à representação legal;
- a notificação dos direitos, com explicação da natureza das ordens e obrigações relevantes, assim como dos direitos de revisão/apelação.

Alguns países asseguram, de acordo com a legislação que os direitos legais incluem intérpretes, assistência jurídica e revisão ou apelação gratuita ou de baixo custo. Os procedimentos, de acordo com a legislação de saúde pública, devem ser normalmente *in camera* (isto é, em privado, e não em público), devido ao grande estigma associado ao HIV/SIDA e às consequências sociais e económicas que podem derivar da publicitação não autorizada do estado em relação ao HIV de um indivíduo. Um pressuposto dos procedimentos privados pode ser preterido quando os interesses do indivíduo e da justiça são melhor servidos por uma audiência aberta, por exemplo, quando uma figura pública pretende publicitar o seu próprio caso. Muitos procedimentos legais (devem existir excepções para casos de menores, saúde mental e casos conjugais) são tomados em público para

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

que se veja que a justiça foi feita, bem como efectivamente feita. Esta importante salvaguarda contra o abuso de poder pode ser mantida por uma redução das protecções de privacidade, tais como ordens de não publicação, por exemplo, da identidade das partes que será protegida pelo uso de pseudónimos nos relatórios publicados do processo.

Segurança sanguínea

Tanto as Directizes Internacionais como a Resolução da IPU de 1998 reconhecem que a legislação de saúde pública deve assegurar que a provisão de sangue/tecidos/órgãos esteja livre de HIV e outros agentes patogénicos de origem sanguínea, a fim de proteger totalmente o direito à saúde⁷¹. O risco de infecção pela transfusão de sangue contaminado ultrapassa os 90%. De acordo com o ONUSIDA, até 4 milhões de doações de sangue por ano não são testadas em relação ao HIV ou outras infecções em todo o mundo⁷². Isso pode ser evitado através de exames adequados do sangue e pedindo aos doadores uma declaração de que não se envolveram em comportamentos que os pudessem ter posto em risco de infecção. Esta declaração pode ser feita por meio de um questionário. É importante que as questões se relacionem com o comportamento real da pessoa, em vez da pertença a um grupo particular. O consentimento informado pelo receptor da doação é importante por muitas razões de direitos humanos individuais, mas também devido à necessidade de a comunidade evitar a utilização desnecessária dos recursos.

Muitos países têm uma legislação de defesa do sangue que protege os hospitais, bancos de sangue, fornecedores de órgãos/tecidos, profissionais de cuidados de saúde, empregados e doadores de responsabilidade quando os procedimentos codificados tenham sido cumpridos, isto é, teste do sangue e declarações do doador assinadas dentro do período prescrito, como 12 horas antes da doação. A compensação deve ser dada apenas quando haja evidência de negligência, conduta errada voluntária ou falsas declarações. É importante que as jurisdições tenham uma legislação complementar de modo que a cobertura seja uniforme onde haja movimento intra e inter-países de sangue, produtos sanguíneos (geralmente para tratar a hemofilia), sêmen, provisão de células/órgãos para transfusão ou transplante. As razões de política para limitar a responsabilidade são: a provisão de sangue é essencial para salvar vidas; apesar de que o exame é normalmente fiável, ele não pode detectar a infecção quando a pessoa está no “período de janela”; o sangue geralmente não pode ser substituído por substâncias sintéticas mais seguras (por exemplo, expansores de plasma); em muitos países o sangue é doado.

Apesar de que muitos países têm legislação que regula as doações, análises e transfusões de sangue, ela não é muitas vezes devidamente tornada obrigatória. O ONUSIDA identifica três elementos vitais para a provisão de sangue seguro:

- um serviço nacional de transfusão de sangue não lucrativo dependente do governo e integrado dentro do quadro do serviço nacional de saúde, como na Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbábwe;
- uso de doadores voluntários (não-remunerados), em oposição a profissionais pagos, com baixo risco de infecção;
- o sangue doado deve ser testado em relação ao HIV e outras doenças (hepatite B e C e sífilis)⁷³.

As razões para excluir os doadores pagos é que frequentemente provêm dos sectores mais vulneráveis da sociedade, têm uma saúde precária e podem estar em risco de contrair várias infecções devido a comportamentos como partilha de agulhas e seringas, sendo que o principal objectivo da venda do sangue é a compra de droga. Os doadores voluntários, por seu turno, doam em intervalos apropriados, sem arriscar a sua saúde. As razões para um exame deficiente em muitos países são financeiras e/ou logísticas – o exame apenas é feito nas maiores cidades e não nas zonas rurais; problemas de conservação (por exemplo, a falta de electricidade para a refrigeração); falta de pessoal formado e organização deficiente da distribuição e armazenamento dos reagentes e outros materiais usados na análise do sangue. O compromisso político é essencial para alterar a situação através da provisão de orçamentos adequados, gestão de recursos e monitoria independente regular das instituições que fornecem o serviço.

Um estudo do Serviço de Transfusão de Sangue do Uganda de 1993 mostrou a relação custo - eficácia do subsídio, por parte do governo, do exame adequado de HIV, ao evitar 1863 casos primários e uma estimativa de 415 secundários de infecção nesse ano⁷⁴. Um estudo similar no Zimbábwe avaliou o custo - eficácia de combinar o retardamento do doador e a análise do sangue⁷⁵. Na Índia, o Tribunal Supremo ordenou a criação de um Conselho Nacional de Transfusão de Sangue, o licenciamento de bancos de sangue e o eventual fim da venda profissional de sangue na sequência de uma petição de uma ONG contra agências governamentais responsáveis por segurança sanguínea⁷⁶.

Controle da infecção

As precauções universais de controle da infecção devem ser obrigatórias nos estabelecimentos de cuidados de saúde e outros onde possa haver exposição a sangue e outros fluidos corporais. A implementação desta exigência no âmbito da legislação de saúde pública (como, por exemplo, exige em algumas jurisdições tais como Alberta, no Canadá; Califórnia, nos EUA, e New South Wales, na Austrália) deve ser apoiada por recursos para a formação apropriada do pessoal, bem como pelo fornecimento de equipamento adequado como luvas, seringas e agulhas descartáveis, esterilizadores e outros utensílios de limpeza. Na Argentina, laboratórios onde foram reutilizados materiais descartáveis foram encerrados ou postos sob controle judicial, na sequência de uma queixa de um sindicato quando um trabalhador foi alegadamente infectado⁷⁷. Em algumas jurisdições,

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

foi elaborado um guia detalhado sobre estas precauções pelas autoridades sanitárias, em consulta com profissionais e comunidades, e codificado de modo a funcionar como um padrão de cuidados aplicável em acções de negligência. São necessárias campanhas de educação para apoiar tais programas, particularmente em países onde a medicação injectável é popular, mas a esterilização feita pelos praticantes, como médicos tradicionais, não é adequada⁷⁸.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – LEGISLAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA

1. A legislação concede poderes às autoridades de saúde pública para fornecer os seguintes serviços abrangentes de prevenção e tratamento:

- informação e educação;
- aconselhamento e testes voluntários;
- serviços de saúde para DTS, saúde sexual e reprodutiva;
- meios de prevenção, isto é, preservativos e equipamento de injeção seguro; medicação, incluindo para profilaxia da dor?

2. A legislação requer consentimento informado específico, com aconselhamento pré e pós-teste para os indivíduos a serem testados ao HIV em circunstâncias em que vão receber o resultado (isto é, sem ser nos casos de vigilância sentinela)? A legislação prevê testes individuais sem consentimento informado somente com autorização judicial?

3. A legislação apenas autoriza a restrição da liberdade/detenção de pessoas vivendo com HIV/SIDA na base do seu comportamento de exposição de outras pessoas a um risco real de transmissão (isto é, não casual, como o uso de transporte público), em oposição ao seu mero estado em relação ao HIV?

4. A legislação prevê, em tais casos, as seguintes proteções processuais:

- notificação razoável do caso ao indivíduo;
- direitos de revisão/apelação contra decisões adversas;
- períodos fixados de duração de ordens restritivas (isto é, não indefinidos); direito de representação legal?

5. A legislação autoriza profissionais de cuidados de saúde a notificarem os parceiros sexuais dos seus pacientes sobre o seu estado em relação ao HIV, de acordo com os seguintes critérios:

- o aconselhamento do paciente HIV positivo não conseguiu atingir uma mudança comportamental apropriada;
- o paciente HIV positivo recusou-se a notificar ou consentir a notificação do parceiro;
- existe um risco real de transmissão de HIV ao parceiro;
- a identidade do paciente HIV positivo é escondida ao parceiro quando isto for possível;
- é proporcionado um acompanhamento de apoio necessário aos envolvidos?

6. A legislação prevê protecção da provisão de sangue, tecidos e órgãos contra a contaminação por HIV (isto é, requer o teste de HIV para todos os componentes)?

DIRETRIZES 3

DIRETRIZES INTERNACIONAIS
ANOTADAS

Directriz 4: Leis criminais e sistemas correcionais

Os Estados devem fazer a revisão e a reforma das leis criminais e dos sistemas correcionais para assegurarem que eles sejam consistentes com as obrigações internacionais de direitos humanos e não sejam usados indevidamente no contexto do HIV/SIDA ou dirigidos contra grupos vulneráveis.

Crimes de transmissão/exposição

Muitos países têm delitos criminais específicos para exposição ou transmissão intencional do HIV. A existência destes crimes tem pouco impacto na propagação do vírus, dado que a vasta maioria dos casos de transmissão ocorrem num momento em que a pessoa infectada não está consciente da sua própria infecção. Tais leis desviam a atenção e os recursos de medidas que fazem a diferença na inversão do curso da epidemia e podem ser contraproducentes por causa da futura estigmatização de grupos já considerados marginais pela sociedade. Ao culpar uma parte, uma lei criminal mina as campanhas públicas com o objectivo de colocar a responsabilidade pela adopção de medidas preventivas em ambas as partes envolvidas no comportamento de risco.

A coerção é um instrumento primitivo na educação para a mudança de comportamento, particularmente em áreas de actividade íntima como o sexo. Inevitavelmente, serão as minorias marginalizadas que servirão de bode expiatório, e as pessoas que vivem com HIV são vistas no entendimento público como criminosos potenciais. O tipo de casos com probabilidade de chegar à atenção dos promotores públicos geralmente envolvem membros de grupos vulneráveis, que são do interesse das autoridades por uma série de razões (ex.: doença mental), e provavelmente desamparados e/ou pobres. O cumprimento variável ou dirigido da lei pode ser arbitrário, e as minorias são frequentemente sujeitas a práticas intrusivas de policiamento⁷⁹. Existem potenciais abusos no cumprimento da lei para populações vulneráveis, tais como homens que têm sexo com outros homens e profissionais do sexo, devido ao julgamento discriminatório e suposições sobre os seus estilos de vida.

Penalidades criminais aos doadores de sangue por fazerem declarações falsas não têm as mesmas implicações políticas como no comportamento privado em que pode ocorrer a transmissão. Isso é devido ao facto de que o direito à saúde é claramente violado pelo uso de sangue contaminado e não há interesse público equivalente ou legítimo em doar sangue infectado.

Por outro lado, não há geralmente delito nas transmissões perinatais, devido ao enorme interesse com relação ao nascimento de crianças. O risco de a mãe transmitir o HIV para o filho durante o parto ou através da amamentação é estimado como estando entre 13% e 48% e pode ser reduzido drasticamente pela administração de terapia antiretroviral (ex.: zidovudine). Esta evidência científica sobre o risco real de transmissão deve ser seriamente considerada pelos estados que obrigam rotineiramente as mulheres HIV - positivas a fazerem esterilizações ou abortos, violando o direito humano de constituir uma família.

A punição no âmbito da legislação penal ou de saúde pública deve ser reservada para o comportamento culpável inadequado mais grave⁸⁰. As acusações relevantes para exposição/transmissão de HIV incluem tentativa de homicídio, assalto e agressão, dano corporal ou outros delitos relativos a atentados à moral pública, actos perigosos e actividades doentias. A sociedade e os indivíduos envolvidos podem não ser bem servidos com a prisão dos infractores no âmbito de tais leis, por um certo número de razões. O risco de transmissão do HIV aumenta na prisão, como resultado de um comportamento de maior risco sem acesso a informações e medidas preventivas. A prisão tem menor probabilidade de ajudar na mudança de comportamento do que o aconselhamento e o apoio social. Além disso, cuidados de saúde adequados e outras facilidades ou privilégios podem não estar disponíveis para os prisioneiros HIV - positivos em algumas prisões.

É preferível que tais casos sejam tratados no âmbito das disposições da lei criminal geral, de saúde pública ou mental, desde que tal aplicação seja apropriada. Em determinado país, o crescente abuso sexual de menores por perpetradores que queriam evitar a infecção pelo HIV incitou os legisladores a fazer da violação um crime capital em 1990. Isso não só era contrário às obrigações internacionais de direitos humanos, como também a lei foi contraproducente, na medida em que o número de casos cresceu⁸¹.

Se for estabelecido um novo delito, devem ser consideradas as seguintes questões:

- o delito deve ser genérico em vez de especificamente relacionado com o HIV e outras doenças transmissíveis graves, mas com distinção na sentença baseada na curabilidade da doença, como por exemplo as DTS;
- as dificuldades relacionadas com questões de prova devem ser abordadas, tais como previsibilidade (isto é, que o acusado sabia que estava cometendo era criminoso), intenção (*mens rea*), causalidade (isto é, que a conduta do acusado de facto infectou a vítima, em oposição a uma outra fonte ou contacto) e consentimento. A responsabilidade criminal é geralmente baseada na capacidade do indivíduo de fazer opções voluntárias e intencionais relativas a actos cujo significado compreende;
- a extensão deve ser limitada a actos deliberados ou intencionais. Alguns países têm delitos referentes a comportamento imprudente, negligente ou de ignorância voluntária e intencional em relação a actividade perigosa, com o fim de assegurar que a culpabilidade não é evitada pela recusa em

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

ser testado para o HIV. O teste geral para a imprudência é se o acusado previu o resultado do seu acto, mas, ainda assim, arriscou-se a efectuá-lo. Há o perigo de que quaisquer disposições criminais cujo impacto seja o teste (visto por alguns comentadores como “camuflagem” do teste obrigatório e de punição da mera ignorância⁸²) possam funcionar como meio de intimidar e de minar a saúde pública.

- as consequências do comportamento criminoso devem ser especificadas. Em alguns países a legislação pune o risco sem infecção real, devido à natureza dissuasiva de tais leis e o facto de se evitarem os problemas relacionados com a evidência na prova do dano. O principal argumento dessa legislação é o de que quando as medidas de saúde pública tendentes à mudança no comportamento falham, a intervenção de uma lei criminal, como último recurso, não deve esperar até que a infecção ocorra;
- é importante que sejam utilizados critérios objectivos com base na evidência científica para medir o grau de risco real envolvido no comportamento em questão. Por exemplo, casos movidos contra pessoas HIV - positivas por cuspirem não são adequados, já que não há risco real de transmissão. Um protocolo deve ser estabelecido entre as autoridades sanitárias e as de execução da lei para assegurar que somente os casos com risco de infecção cientificamente estabelecidos sejam levados aos tribunais;
- devem ser tomadas precauções ao classificar uma seringa cheia de sangue infectado por HIV como uma “arma mortal”, para assegurar que isso não desencoraje a entrega do equipamento usado para a troca de agulhas e seringas; e
- as formas de transmissão devem ser especificadas – geralmente actos sexuais, tal como outros modos de transmissão, como compartilhar agulhas e seringas, podem não estar incluídos devido às questões de políticas públicas relativas ao consentimento do uso de drogas ilegais.

A legislação civil que procura impedir a transgressão e compensar os prejudicados por ela é algumas vezes usada para dar alívio aos indivíduos agravados. Embora ela tenha um padrão de prova inferior ao da lei criminal, há muitos obstáculos práticos para provar o acto ilícito no litígio civil, tais como encargos legais e atrasos, que podem fazer com que não valha a pena processar um réu não segurado.

Defesas

Deve haver defesas para tais delitos. Muitos crimes contra a saúde pública contêm defesas específicas no caso de consentimento informado por um parceiro (esta classe não deveria ser restrita aos casais *de jure* ou *de facto*, mas extensiva a qualquer par que tenha relações sexuais). Em algumas jurisdições, o casamento é uma defesa completa, havendo ou não consentimento⁸³. Tal dispositivo legal faz a discriminação injusta entre pessoas casadas e não casadas que têm actividade sexual, e implica que não há necessidade de sexo seguro no caso de indivíduos

casados. Isto coloca as mulheres casadas em desvantagem na negociação de sexo seguro, em geral, e na capacidade de insistir no uso de medidas de protecção.

Tem sido argumentado que o consentimento não deve constituir uma defesa, uma vez que a infecção provoca um onus para a saúde e para o bem-estar da comunidade. Isso, entretanto, ignora interesses importantes de privacidade e autonomia dos indivíduos para escolherem envolver-se em actividades sexuais sem a intervenção do estado. Medidas draconianas que proíbem pessoas com HIV de terem relações sexuais, mesmo com consentimento informado, são impossíveis de serem executadas e minam as campanhas de saúde pública concebidas para encorajar as pessoas a apresentarem-se precocemente para aconselhamento, teste, tratamento e apoio. O uso de medidas preventivas deve constituir uma defesa efectiva contra acusações de exposição sem consentimento – tanto implicitamente, porque não pode haver a intenção de exposição à infecção em casos onde é usado o preservativo, como explicitamente. Mais problemáticos são os casos raros em que medidas preventivas são utilizadas, mas falham, como por exemplo, os preservativos rompem e ocorre a infecção. Deve ser dado reconhecimento legal ao uso de medidas preventivas, proporcionando assim um incentivo à sua utilização. Uma solução possível é criar uma defesa parcial para tais delitos ou graduá-los de acordo com a sua gravidade.

Troca de agulhas e seringas

A lei criminal pode impedir esforços para reduzir o alto risco de transmissão do HIV entre utilizadores de drogas injectáveis e a disposição de tratamento e cuidados relacionados com o HIV. Uma abordagem de redução do risco admite que o uso de drogas ilícitas grassa em muitos países (uma estimativa de 5 milhões de utilizadores de drogas injectáveis em 120 países⁸⁴). Isso diz respeito à diminuição dos custos sanitários, sociais e económicos, como a tarefa principal, com a redução do fornecimento de drogas apenas como um dos meios para atingir esse resultado. Vários países (Nepal, Austrália, Nova Zelândia e partes da Europa Ocidental, como a Suíça e a Holanda) introduziram um programa de troca de agulhas e seringas com autorização legal, proporcionando imunidade contra o crime relacionado com drogas.

Um exemplo de um projecto de extensão de uma ONG é o da Fundação de Retorno de São Petersburgo, que usou um autocarro de turismo que percorria a cidade fazendo troca de agulhas, prestando aconselhamento sobre o uso de drogas e dando assistência médica⁸⁵. As ONG podem ter vínculos bem sucedidos com parceiros do sector privado. Por exemplo, o Lindesmith Center (Centro Lindesmith) do New York Open Society Institute (Instituto da Sociedade Aberta de Nova Iorque) colaborou para o estabelecimento de projectos de redução de danos na Ucrânia e na República da Moldávia⁸⁶. Várias jurisdições também descriminalizaram ou removeram os impedimentos legais à posse e à distribuição de agulhas e seringas. Uma alternativa politicamente menos controversa é o uso de desinfectante para esterilizar o equipamento usado. Uma das interpretações da redução do dano tem sido a descriminalização do uso de droga, com

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

tentativas de fornecimento de doses legais de heroína na Suíça e na Holanda para os utilizadores que não obtiveram sucesso em tratamentos anteriores⁸⁷.

Países que têm uma abordagem de redução do dano tendem a evitar a alta incidência de HIV entre utilizadores de drogas injectáveis do que nos outros países. Essa abordagem tem como objectivo educar os utentes sobre a necessidade de comportamento seguro relativo à injeção e facilitar este comportamento, proporcionando fácil acesso a equipamento injectável limpo. A delicadeza no debate em torno da introdução de tais programas relaciona-se com a manutenção da condição ilegal das drogas que são injectadas por meio de equipamento esterilizado, colocando-se a questão de se a existência de tais programas não estará implicitamente a tolerar ou a encorajar actos criminosos. As avaliações de tais programas têm mostrado que eles não encorajaram um maior uso de drogas, mas, de facto, aumentaram a demanda por tratamento contra as drogas, diminuíram o número de casos de descarte inseguro do equipamento usado e ajudaram a conter a epidemia de HIV/SIDA⁸⁸. Um estudo realizado na América do Norte, Europa, Ásia e Pacífico Sul em 29 cidades com programas de troca de seringas e agulhas constatou um declínio na incidência de HIV em cerca de 5.8%, enquanto 52 cidades sem estes programas acusaram um aumento de 59%⁸⁹. Um exemplo bem sucedido é o programa de troca de agulhas e seringas estabelecido por uma ONG no Nepal em 1992, que conteve uma prevalência de HIV abaixo de 2%, enquanto nos países vizinhos aumentou cerca de 70% entre utilizadores de drogas injectáveis (a Província de Yunnan, na China, e o Estado de Manipur, na Índia)⁹⁰.

Para que as trocas de agulhas e seringas funcionem eficazmente, a legislação deve abordar as seguintes questões:

- a classe de pessoas às quais ela se aplica deve ser identificada – funcionários que lidam com troca de agulhas e seringas, farmacêuticos, praticantes de medicina e até mesmo facilitadores que só oferecem apoio ao programa (isto é, voluntários associados ou outros utilizadores, ao invés dos fornecedores);
- a gama de actividades deve ser suficientemente ampla para cobrir a troca real de agulhas e seringas, assim como tarefas educacionais relacionadas, tais como a produção e distribuição de materiais (panfletos e vídeos) e equipamento relevante (desinfectante, mechas de algodão e água esterilizada), divulgação da existência da troca (por exemplo, um roteiro indicando onde e quando está disponível, nos casos em que o serviço é móvel) e encorajamento de práticas mais seguras de injeção;
- proporcionar imunidade contra acusações menores referentes a drogas (por exemplo posse), quando as agulhas e seringas usadas são descartadas em recipientes aprovados, pois, de outro modo, elementos com vestígios de drogas ilegais encontrados nelas poderiam ser usados como prova;
- proibir o uso como evidência de informações relativas ao suprimento de agulhas e seringas esterilizadas em processos criminais referentes a drogas, evitando que os registos ou os trabalhadores de programas sejam intimados pela polícia;

- assegurar que haja uma ligação e uma formação apropriada com a polícia de forma que as autoridades sanitárias possam explicar a importância do programa, e que sejam dadas directivas administrativas claras em apoio ao programa, a fim de que os utentes não fiquem inibidos pelo medo de repressão por parte da polícia ou da vigia policial nos locais de troca de agulhas e seringas, e
- o uso de máquinas de venda desse material com uso de senhas especiais para evitar o uso não autorizado (por exemplo, de crianças), promoção de vínculos com serviços de apoio onde as senhas estariam disponíveis e que garantiriam o anonimato e facilidade de acesso, particularmente fora do horário comercial.

Outras questões que necessitam de revisão são os delitos por posse de equipamento não injectável (por exemplo, de fumo), que acabam levando os utentes às drogas injectáveis. Questões mais amplas, tais como o desvio dos autores de crimes menores relacionados com drogas do sistema prisional, devido ao alto risco de práticas não seguras de injeção nesse ambiente, e o uso de sentenças de não reclusão são importantes, mas estão para lá do âmbito deste Manual.

Actos sexuais

Leis criminais que proibindo actividade sexual específica secreta com consentimento entre adultos, tal como o adultério, sodomia, fornicação ou actos “contra a ordem da natureza” ou contra a ordem social ou moralidade podem impedir o fornecimento de programas de prevenção e cuidados relativos ao HIV/SIDA. Muitas jurisdições revogaram essas leis porque são ineficazes e extemporâneas e, mais recente e urgentemente, com fundamentos de saúde pública. Um exemplo é o da Federação Russa, onde a legislação que penalizava a homossexualidade (promulgada há mais de setenta anos) foi revogada em 1992. A protecção dos direitos humanos de privacidade e igualdade também apoia a revogação dessa legislação. No caso *Toonan vs Austrália*, o Comité de Direitos Humanos estabeleceu que o direito à privacidade foi violado por leis que penalizam actos homossexuais privados entre adultos com consentimento entre eles, notando que:

“... a penalização de práticas homossexuais não pode ser considerada um meio razoável ou medida proporcional para atingir o objectivo de prevenir a expansão do HIV/SIDA... levando à clandestinidade muitas pessoas em risco de infecção... [ela] parece opor-se à implementação de programas de educação eficazes com respeito à prevenção do HIV/SIDA.”⁹¹

Alguns países negam a existência de práticas homossexuais ou alegam que elas são uma construção ou importação do Ocidente, apesar de estudos constatarem a evidência da extensão do fenómeno de homens que fazem sexo com outros homens⁹². Penalizar o comportamento força os indivíduos a levarem “vida-dupla” para o esconderem (particularmente em comunidades isoladas ou rurais,

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

onde a ameaça de identificação é real), tornando mais difícil o acesso a programas educacionais. Tais leis colocam os funcionários de saúde e educadores em risco de serem considerados como apoiantes e cúmplices de crimes, pois podem ser acusados de promover ou encorajar esses actos sexuais, quando, de facto, eles estão meramente a aconselhar as pessoas a realizá-los de forma segura. Essa situação tende a criar suspeita e hostilidade entre funcionários da saúde, comunidades e autoridades, em vez de uma atmosfera de confiança e cooperação.

Nos países industrializados, em particular, as leis que penalizam os homens que fazem sexo com outros homens foram revogadas porque impedem os programas de educação e levam à clandestinidade os que estão em risco de infecção. Na África do Sul, os direitos das minorias sexuais foram incorporados na Constituição de 1996 e recentemente defendidos num desafio perante os tribunais⁹³. Há uma correlação positiva entre homossexuais masculinos que se assumem e estão ligados à comunidade *gay* com a sua cultura de sexo mais seguro, educação informal e apoio de pares e a adopção sustentada de mudança de comportamento⁹⁴. Líderes religiosos em algumas comunidades têm admitido que o apoio de indivíduos é um valor fundamental da fé, independentemente da sua orientação sexual.

Trabalho sexual ou prostituição

A legislação criminal na área de prostituição impede a oferta de prevenção e cuidados com o HIV/SIDA ao conduzir à clandestinidade as pessoas se dedicam a este trabalho. Tais leis devem ser revistas, com o objectivo de despenalizar o trabalho sexual, quando não envolve vitimização, e regulamentar as condições de saúde e segurança ocupacional para proteger as trabalhadoras do sexo e seus clientes⁹⁵. Criminalizar é estigmatizar e pode ser reforçado por outras leis, tais como reduções automáticas em penalidades por estupro de prostitutas⁹⁶. Em alguns países os direitos humanos das trabalhadoras do sexo são violados quando eles são detidos em centros de reabilitação ou programas médicos contra a sua vontade; forçados a residir no seu local de trabalho ou declarar a sua residência em áreas definidas; impedidos de casar-se enquanto estiverem registados; obrigados a usarem cartões de identidade especiais ou terem a sua ocupação marcada nos seus documentos, como passaportes⁹⁷.

A vitimização, incluindo o uso de crianças como trabalhadores sexuais e adultos que são objecto de tráfico ou coagidos, por qualquer outro meio, a entrar para este trabalho, continuam a ser sujeitos a penalidades criminais. As vítimas não devem ser perseguidas por sua participação, mas afastadas desse trabalho e a elas devem ser proporcionados serviços de apoio psicossocial e médicos, incluindo os relativos ao HIV. A maioria das leis sobre prostituição é fundamentada nas noções de moralidade do século XIX e foram ineficazes nessa altura, assim como agora, para erradicar essa actividade, enquanto continuar a existir um mercado dirigido pela procura. Tratando as trabalhadoras do sexo como uma indústria de serviço pessoal, que não é condenada nem tolerada, é bem provável que os objectivos de saúde pública sejam atingidos mais facilmente do que sob leis criminais.

Para ser eficaz na prevenção da transmissão, as leis que regulam esse negócio devem centrar-se nas responsabilidades de gestão. Ao eliminar o medo de processo judicial ou perseguição pela polícia devido a uma série de crimes (sejam os de envolvimento na profissão, ou crimes associados de sobrevivência à custa dela), encoraja-se um fluxo mais livre de informação e educação, com uma maior probabilidade de os profissionais se apresentarem regularmente para aconselhamento, teste e tratamento. Ao reconhecer a indústria através da sua regulamentação, algum do estigma associado ao trabalho do sexo pode ser eliminado. Isto poderia tornar o acesso mais facilitado para os educadores de saúde com os programas dirigidos e perderia o medo da identificação pública, que, ironicamente, torna o abandono da profissão mais difícil. Ao melhorar as condições de trabalho, pode ser promovida uma cultura de sexo mais seguro na indústria e encorajado um comportamento responsável entre os trabalhadores, clientes e gestores. Os aspectos da legislação que foram bem sucedidos na regulação da indústria do sexo em algumas jurisdições incluem:

- o controle sobre proprietários/operadores não deve ser tão oneroso que permita a criação de um segundo sector informal, inacessível aos educadores da saúde. Os controles sobre o uso de terrenos para instalações utilizadas para prostituição e protecção contra o atentado à moral pública (por exemplo, estacionamento para clientes, poluição sonora e horário de funcionamento) devem ser análogos aos de outros negócios de serviço pessoal;
- a identificação individual ou o teste obrigatório de HIV para trabalhadores deve ser proibido, bem como a produção ou exibição de quaisquer certificados médicos/evidências de realização de testes de HIV;
- os gerentes e clientes devem ser proibidos de exigir sexo não seguro;
- deve haver regulamentação específica sobre as condições de trabalho (por exemplo, códigos de conduta) exigindo que a administração forneça preservativos grátis e material educativo sobre saúde sexual⁹⁸.
- Os trabalhadores devem ser classificados como empregados em vez de contratantes independentes, de modo a obterem benefícios laborais (ex: férias e licença por motivo de doença, reforma e indemnização), assim como contribuir com obrigações (por exemplo, impostos);
- não devem ser considerados delitos especiais as trabalhadoras do sexo HIV - positivos. Devem ser aplicadas as medidas gerais de saúde pública para casos excepcionais de comportamento irresponsável, independentemente se ele ocorre em contexto comercial. Delitos dirigidos incriminam a indústria e justificam o teste obrigatório de trabalhadores e prejudica o senso de responsabilidade dos clientes para utilizar preservativos.

Nos países onde a despenalização não é uma opção política realista a curto prazo, devem ser consideradas opções mais suaves. A legislação em algumas jurisdições proíbe o uso do porte de preservativos ou de material de educação e prevenção do HIV/SIDA como evidência do cometimento de qualquer crime relacionado com

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

prostituição⁹⁹. Sem tal protecção, trabalhadores do sexo geralmente têm medo de levar consigo preservativos (por exemplo, em bolsas de mão) ou de guardar provisões nos lugares onde trabalham, para o caso de incursões policiais.

Tem havido vários esforços bem sucedidos para quebrar os tabus associados à sexualidade, particularmente na sua relação com o HIV/SIDA e a indústria do sexo. Muita investigação tem-se centrado nos participantes na indústria do sexo como “populações ponte”, ligações entre pessoas com comportamentos de alto risco e as de baixo risco. O Banco Mundial cita o exemplo de clientes de trabalhadores do sexo que se recusam a usar preservativos e cujos parceiros monogâmicos estão conseqüentemente em risco de contrair a infecção pelo HIV, infecção essa a que não estariam expostos de outro modo¹⁰⁰.

Os parlamentares podem engajar-se num diálogo produtivo com a indústria do sexo. Na Índia, o Fórum das trabalhadoras do sexo de Calcutá fez um *lobby* junto a parlamentares sobre questões relativas ao HIV/SIDA e ao reconhecimento legal dos direitos dos trabalhadores. A Conferência Nacional dos Trabalhadores de Sexo de Novembro de 1997, foi assistida pelo então Ministro Residente da União.

Estudos de Caso

Há muitos programas e projectos bem sucedidos para tornar o trabalho sexual seguro, mediante a melhoria das condições e/ou afastando as pessoas da indústria de sexo. Programas de desenvolvimento económico podem apoiar os trabalhadores ou potenciais trabalhadores de sexo proporcionando-lhes fontes adicionais de rendimentos, de forma que estejam em melhores condições de optar por sexo seguro, melhorar as oportunidades e/ou ter menos clientes. Esquemas alternativos de geração de rendimentos podem também permitir às mulheres abandonar ou serem afastadas da indústria. Estes não precisam de ser chamados de programas de “resgate ou reabilitação” que limitam ou controlam mulheres que não são tratadas como iguais. A auto-organização das profissionais do sexo é um mecanismo poderoso para promover e sustentar o sexo seguro e as condições de trabalho, aumentando o controle das trabalhadoras sobre o seu ambiente de trabalho.

- A EMPOWER¹⁰¹ é uma ONG tailandesa bem sucedida fundada em 1985 que trabalha com trabalhadoras do sexo. Nos seus centros de encontro em Banguecoque e Chiang Mai são oferecidas aulas em áreas, tais como inglês, expressão criativa e habilidades (por exemplo, costura, dactilografia) e é proporcionado um ambiente isento de julgamento às mulheres para se reunirem numa comunidade para mudar a sua situação na indústria. A consciencialização sobre o HIV/SIDA é incorporada em todos os projectos, incluindo um jornal que aborda as experiências e preocupações das trabalhadoras, trabalho de extensão em que se distribuem preservativos e informação nos locais de trabalho e projectos para fazer valer os direitos dessas mulheres¹⁰².

- Um projecto chamado TAMPEP envolvendo 4 países europeus (Holanda, Itália, Alemanha e Áustria) abrange 23 grupos diferentes de imigrantes do Leste Europeu, Sudeste Asiático, África e América Latina¹⁰³. As trabalhadoras do sexo imigrantes podem estar mais isoladas e ser menos acessíveis a informações sobre saúde e programas de educação. Este projecto proporciona educação, recursos e materiais sobre DTS e HIV apropriados às trabalhadoras do sexo, assim como instrui os médicos e assistentes sociais a dar melhor resposta às necessidades de saúde das trabalhadoras. Dois profissionais do TAMPEP são designados para cada grupo cultural alvo. Uma educadora de pares é formada para transmitir mensagens e capacitar as suas companheiras. Um mediador ou negociador da comunidade de imigrantes acompanha as trabalhadoras para as consultas, proporcionando traduções e explicações sobre cuidados de saúde, prometendo manter a confidencialidade do serviço¹⁰⁴. Aulas de línguas são oferecidas às trabalhadoras para lhes permitir falar com os clientes, incluindo a negociação de práticas sexuais.
- O Projecto de Intervenção de DTS/HIV do distrito da luz vermelha de Sonagashi, em Calcutá, na Índia, destaca o vínculo entre o aumento de poder conferido às trabalhadoras e a prevenção da doença. O projecto foi iniciado em 1992 pela Organização Nacional de Controle do SIDA, com o patrocínio da OMS. Foram realizados inquéritos sobre práticas sexuais e infecções de DTS e HIV. O uso geral de preservativos pelas trabalhadoras do sexo aumentou de 2.7%, em 1992, para 69%, em 1993, e para 81%, em 1995. Foi verificado um declínio na prevalência de úlceras genitais e DTS. A mudança do comportamento sexual não poderia ser atingida a partir meramente de intervenção médica, pelo que o projecto tentou focalizar questões socioeconómicas mais amplas. A abordagem básica do projecto foi chamada de “confiança, respeito e reconhecimento” e os envolvidos defendiam os princípios de democracia, confidencialidade e profissionalismo¹⁰⁵. Um Centro de Serviços de Saúde foi aberto na área para fornecer serviço às trabalhadoras do sexo e suas famílias durante o dia e para clientes à noite, e foi oferecido tratamento gratuito para a saúde geral, assim como sexual. Foram formadas educadoras de pares para fornecer informação (por exemplo, usando *flipcharts*) e trabalho de campo de comunicação, incluindo distribuição de preservativos. A educação para promover alfabetização e conhecimentos na área da lei foi incluída depois de solicitada pelas educadoras de pares. A melhoria do seu estatuto e da auto-estima fez com que as trabalhadoras do sexo se tornassem capazes de melhor comunicar umas com as outras, com os seus clientes e em contactos exteriores, como funcionários que implementam a lei. Os educadores de saúde tornaram-se “líderes da comunidade e mobilizadores da comunidade e agentes de mudança social”¹⁰⁶. Uma sociedade cooperativa foi formada em 1995 para dar assistência económica e social às trabalhadoras do sexo, sob a forma de poupanças e empréstimo, *marketing* social de preservativos e programas para crianças, como, por exemplo, eventos culturais e desportivos e creches geridas por ex-trabalhadoras do sexo mais velhas.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- No Quênia, a KVOWRC dá formação e empréstimos a mulheres para começarem pequenos empreendimentos e participarem em cooperativas para compra de terra¹⁰⁷. O projecto também capacita as mulheres com conhecimentos, atitudes e habilidades para negociarem sexo mais seguro e forma educadoras de pares.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO –LEGISLAÇÃO CRIMINAL

1. A legislação provê a operação legal de troca de agulhas e seringas? Os intermediários (isto é, clientes que distribuem a terceiros) são cobertos por tal protecção e será que é restrito o uso como evidência de agulhas e seringas com resquícios de drogas ilegais (por exemplo, imunidade para o conteúdo de recipientes para descarte aprovados)?

2. A lei permite os seguintes actos sexuais secretos entre adultos com consentimento mútuo:

- actos homossexuais, (por exemplo, sodomia);
- fornicação ou adultério;
- trabalho sexual nas ruas; e
- trabalho sexual de bordel ou de acompanhamento?

3. Se o trabalho sexual é proibido, ou há delitos relativos à prostituição, há alguma excepção para a prevenção e serviços de cuidados de HIV (por exemplo, imunidade do uso do porte de preservativos como prova)?

4. A legislação regula a saúde e segurança ocupacional na indústria do sexo para exigir que práticas sexuais mais seguras sejam:

- cumpridas pelos clientes;
- cumpridas pelas trabalhadoras; e
- promovidas por proprietários/gerentes (incluindo a proibição da exigência de sexo não seguro)?

5. A legislação protege as trabalhadoras do sexo, incluindo crianças, da coerção e tráfico? O objectivo de tal protecção é a retirada e apoio de tais trabalhadoras, em vez de penalizar o seu comportamento como o oposto ao comportamento responsável (isto é, proprietários ou intermediários)?

6. A legislação tem disposições gerais, em vez de crimes específicos para a transmissão deliberada ou intencional do HIV?

DIRETRIZES 4

DIRETRIZES INTERNACIONAIS
ANOTADAS

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Prisões

A prevalência de HIV nas prisões é frequentemente muito mais alta do que na comunidade em geral. O risco e a incidência real de transmissão é maior devido ao potencial comportamento de risco que ocorre durante o sexo (consentido ou coercivo), tatuagem e troca de agulhas e seringas, particularmente porque um grande número de condenações são relacionadas com a drogas. Embora tal actividade seja ilegal nas prisões, e apesar das tentativas de reprimi-la, ela é uma realidade e deve ser reconhecida como tal. Prisioneiros são condenados pelos seus crimes, mas não são condenados à transmissão do HIV e as autoridades prisionais têm o dever legal de assegurar que tal facto não ocorra.

A perda da liberdade não implica perda dos direitos humanos, incluindo a saúde. O ambiente das prisões, frequentemente fechado, superlotado, violento e inseguro, gera uma responsabilidade maior para as autoridades prisionais protegerem a saúde dos prisioneiros. O teste obrigatório para prisioneiros não é uma solução, dado que viola os seus direitos e meramente cria um estigma e falta de confidencialidade para prisioneiros HIV positivos, sem fornecer qualquer protecção aos prisioneiros que não estão infectados. Medidas adequadas, que respeitem os direitos humanos incluem a provisão recursos humanos suficientes para permitir uma vigilância eficaz e medidas disciplinares apropriadas para proteger os prisioneiros de estupro, violência sexual e coerção.

Conforme declarado pelo ONUSIDA à Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos:

“Os prisioneiros são a comunidade. Eles vêm da comunidade e retornam a ela. A protecção dos prisioneiros é a protecção das nossas comunidades”.¹⁰⁸

Alta rotatividade significa que os prisioneiros retornam à comunidade após tempo suficiente para terem contraído o HIV. Eles podem infectar os seus parceiros fora das prisões, que podem não estar conscientes do comportamento de alto risco que ocorreu na prisão.

Os serviços para prisioneiros como um grupo populacional cativo devem ser equivalentes à educação, tratamento, cuidados e apoio recebidos pela população em geral¹⁰⁹. Isso significa proporcionar acesso à informação, educação, programas contínuos de pares, testes voluntários (incluindo anónimos) e aconselhamento relativos à prevenção do HIV e os meios reais para os implementar (preservativos, protecções dentais, lubrificantes aquosos e desinfectantes). O acesso fácil aos meios de prevenção é fundamental, uma vez que a disponibilização de itens como preservativos apenas mediante pedido não é eficiente (particularmente no modo como identifica os prisioneiros, revelando dessa forma o seu envolvimento em comportamento sexual ilegal).

A consulta com prisioneiros, guardas e seus sindicatos é essencial para o sucesso de qualquer programa se se pretende que seja aceite por todas as partes – uma estratégia utilizada pelos legisladores na tentativa de mudar o controverso ambiente prisional têm sido projectos de experiência para obter apoio de prováveis oponentes, como os funcionários. As iniciativas vindas de todo o mundo incluem:

- a distribuição de 100.000 preservativos por mês a prisioneiros pelo Governo do Estado de São Paulo, no Brasil;
- um projecto de educação de pares chamado “Tereza” levado a cabo pelo Núcleo de Saúde Social e Orientação, Rio de Janeiro, Brasil; e
- desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais dos prisioneiros, para aumentar o auto-respeito e os estilos de vida de não reincidência, tais como o que foi desenvolvido por uma ONG chamada ILPES em San José, Costa Rica¹¹⁰.

As Directrizes de 1993 da OMS sobre a infecção pelo HIV e SIDA nas prisões têm sido implementadas esporadicamente pelo mundo. Foram apoiadas sem reservas na Holanda pelo Comité Nacional de Controle do SIDA¹¹¹ e pelo Programa Conjunto Canadano para os Assuntos Legais e Éticos¹¹² e parcialmente apoiadas pelo Serviço de Prisões da Inglaterra e País de Gales (apenas recomendava a distribuição de preservativos “mediante prescrição”)¹¹³. Na Argentina, o relatório fundamental de um juiz, em 1987, para o Tribunal Nacional de Recurso Criminal e Correccional levou a que mais tarde se proporcionassem condições mais humanas. Um outro juiz ordenou a cessação da prática de acorrentar os pacientes de SIDA em hospitais da prisão, enquanto o direito constitucional de um prisioneiro HIV - positivo casar com a sua parceira HIV - positiva grávida era afirmado por um tribunal em 1992¹¹⁴.

A recusa em dar tratamento, cuidados e aceitar a participação voluntária em experiências de pesquisa clínica pode ser vista como uma forma de tratamento ou punição desumanos e degradantes¹¹⁵. Assim pode também ser vista a negação de privilégios ou facilidades e a segregação com base somente no estado em relação ao HIV, em oposição a um comportamento recalcitrante, ou para protecção de prisioneiros HIV - positivos contra o dano. A segregação *per se* revela o estado em relação ao HIV a outros prisioneiros e guardas, proporcionando uma desculpa para abusos e ameaças, que podem aumentar o estigma e o isolamento mesmo depois da libertação e regresso à comunidade. Testes obrigatórios e divulgação não autorizada do estado em relação ao HIV nas prisões devem ser proibidos. Tanto os testes obrigatórios como a segregação levam a um falso sentido de segurança. A segregação é estigmatizante e implica que o contacto casual com pessoas vivendo com HIV é inseguro, assim como não tem impacto sobre o comportamento violento ou perigoso não relacionado com o estado em relação ao HIV. A segregação pode resultar na negação de licença de trabalho e actividades de “workshop”, assim como na mistura de prisioneiros de segurança máxima e mínima na mesma unidade, por razões de economia, simplesmente devido à sua localização física¹¹⁶.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Ao sentenciar prisioneiros por delitos gerais, os tribunais têm algumas vezes considerado o HIV como factor atenuante. A libertação precoce compassiva de prisioneiros com SIDA tem sido recomendada em alguns países (por exemplo, Polónia e Argentina), na base de que deve ser tratada como outras doenças fatais¹¹⁷.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – PRISÕES/LEIS CORRECCIONAIS

1. A legislação prevê acesso igual ao da comunidade exterior para os seguintes serviços de cuidados e prevenção do HIV nas prisões ou instalações correcionais:
- informação e educação;
 - testes voluntários e aconselhamento;
 - meios de prevenção, isto é, preservativos, desinfectantes e equipamento de injeção limpo;
 - tratamento (por exemplo, profilaxia pós-exposição); participação em experiências clínicas (se disponíveis)

2. A legislação prevê protecção dos prisioneiros contra actos involuntários que possam transmitir o vírus, isto é, estupro, violência sexual ou coerção?

3. A legislação prevê a confidencialidade das informações médicas e/ou pessoais dos prisioneiros, incluindo o estado em relação ao HIV?

4. A legislação não exige a segregação de prisioneiros de acordo apenas com o seu estado em relação ao HIV, em oposição à que é baseada no comportamento?

5. A legislação (por exemplo, na sentença) prevê condições médicas tais como SIDA, como fundamento para uma libertação precoce compassiva ou aplicação de outras alternativas que não sejam o encarceramento?

6. A legislação prevê acesso não discriminatório a instalações e privilégios para prisioneiros HIV - positivos?

DIRETRIZES 4

DIRETRIZES INTERNACIONAIS
ANOTADAS

Directriz 5: Leis protectoras e antidiscriminatórias

Os Estados devem promulgar ou fortalecer leis antidiscriminatórias e outras leis que protejam grupos vulneráveis, pessoas vivendo com HIV/SIDA e pessoas portadoras de deficiência contra a discriminação, tanto nos sectores público como privado, que assegurem a privacidade, a confidencialidade e a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizem a educação e a conciliação e proporcionem soluções civis e administrativas eficazes e rápidas.

Legislação antidiscriminatória

A discriminação é um dos abusos mais significativos contra os direitos humanos na área de HIV/SIDA. Um exemplo deprimente recente é o assassinato de uma voluntária de uma ONG que havia reconhecido publicamente o seu estado em relação ao HIV no Dia Mundial do SIDA, em 1998¹¹⁸. A discriminação também impede a total participação e integração de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) na comunidade. A solução legal mais eficaz é a promulgação de uma legislação antidiscriminatória, que proíba distinções injustas e irrelevantes fundadas em bases específicas, incluindo deficiências físicas. Tais leis existem na Austrália, Canadá, Hong Kong (SAR), Nova Zelândia, África do Sul, EUA e Europa Ocidental (ex.: França e Reino Unido), sob várias formas, tanto com base constitucional como no âmbito de legislação especial civil ou penal. É preferível que o HIV/SIDA seja coberto no âmbito de uma legislação genérica de forma que seja tratado como outras doenças análogas, e tenha o benefício de um lobby comunitário de base mais ampla.

Os seguintes exemplos destacam o processo de promulgação de tal legislação.

- Na Argentina, uma Comissão para a Não-Discriminação de Pessoas Infectadas com SIDA foi criada, em 1992, pelo Sub-Secretariado dos Direitos Humanos do Ministério do Interior. Isso foi feito em consulta com uma ONG, e seguiu-se a vários casos bem sucedidos de discriminação na lei laboral perante os tribunais¹¹⁹.
- O *Regulamento de Hong Kong contra Discriminação de Deficientes Físicos* foi promulgado em 1995. A Fundação de Hong Kong para o SIDA trabalhou com outras organizações sobre o SIDA para formar a Coligação das Organizações sobre SIDA contra a Discriminação. Ela fez *lobby* por meio de contactos pessoais com parlamentares e audiências públicas e desenvolveu campanhas comunitárias, por exemplo, apresentando ao Conselho Legislativo uma petição com assinaturas dos apoiantes quando o projecto

de lei foi debatido. A publicidade foi despoletada por PVHS que escreveram testemunhos pessoais anónimos dirigidos ao público, apoiados pela compassiva e compreensiva cobertura dos meios de comunicação social. O pessoal da Fundação realizou uma pesquisa detalhada sobre a questão da discriminação, incluindo a consideração de modelos de legislação de outros países¹²⁰.

- Nos Estados Unidos, uma coaligação para apoiar a *Americans with Disabilities Act, 1990* (ADA) (Lei Americanos com Deficiência), foi criada estabelecendo a ligação entre a deficiência e os movimentos de direitos cívicos. Algumas das razões para o sucesso em promulgar a lei incluíram a disposição para compromissos políticos no seu conteúdo (por exemplo, em vez de abolir testes de HIV, foi mantido um processo de duas etapas)¹²¹ e precedentes legais – os seus princípios substanciais foram baseados em casos existentes no âmbito da anterior, embora mais restrita, Lei da Reabilitação, de 1973, e os requisitos processuais foram tirados da Lei de Direitos Cívicos, de 1964.

O enfoque das leis antidiscriminatórias é mais educativo do que punitivo. Os órgãos que administram a legislação geralmente operam investigando e conciliando as queixas. Soluções de tribunais ou conselhos que realizam audiências formais aparecem como último recurso, quando a conciliação não resolve as queixas. A jurisdição é geralmente circunscrita pela extensão da legislação internacional de direitos humanos. Ao levar a cabo acções para acabar com a discriminação com fundamentos específicos, os estados são obrigados a proteger os indivíduos contra a discriminação não apenas por autoridades públicas, mas pelo sector privado e por indivíduos particulares em actividades públicas. Embora actos privados, como amizade não sejam cobertos, tais leis propiciam um ambiente para sensibilizar a opinião pública, expor estereótipos e mudar attitudes e comportamento.

A área de actuação de tal legislação deve ser a mais ampla possível para englobar as pessoas vivendo com HIV/SIDA (particularmente devido ao facto de que o portador do HIV pode ser assintomático)¹²², os que são suspeitos ou supostamente infectados, tais como os membros de populações vulneráveis e os que a eles se associam ou a sua família. As áreas a serem consideradas devem incluir:

- Cuidados de saúde;
- emprego;
- benefícios de providência e segurança social;
- educação e formação;
- Desporto;
- associações e clubes;
- alojamento;
- sindicatos e órgãos de qualificação;

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- acesso a transporte;
- reforma e seguro; e
- provisão de bens e serviços.

Tanto a discriminação directa quanto a indirecta devem ser cobertas por essa legislação. A discriminação directa ocorre quando uma pessoa trata uma outra de maneira não favorável, em comparação com a maneira como trataria uma terceira pessoa nas mesmas circunstâncias, ou atribui características que se julgam estar geralmente relacionadas ou que são geralmente imputadas a pessoas de um estatuto particular, i. e., estereótipos. A discriminação indirecta ocorre quando condições ou exigências desmedidas e não razoáveis, tais como testes obrigatórios de HIV, são aplicadas e que uma proporção substancialmente mais alta de pessoas de uma condição diferente pode ser mais capaz de cumprir do que as pessoas da mesma condição daquelas que se queixam de ter sido discriminadas¹²³. As lacunas na legislação laboral que devem ser evitadas incluem: a delegação de responsabilidade, para que empregadores, directores e sócios sejam cobertos pela legislação, e os “problemas de comparabilidade” pelos quais discriminadores podem argumentar que a deficiência criou uma diferença na maneira como uma pessoa realiza uma tarefa¹²⁴.

Algumas jurisdições baniram a calúnia relacionada com o HIV/SIDA¹²⁵. A calúnia consiste em fazer declarações com base em estereótipos de um grupo, o que faz com que seus membros sejam alvo de ódio, ridicularização ou desdém.

Outra característica inovadora da legislação antidiscriminatória é capacitar uma “acção afirmativa”, de forma que, por exemplo, um grupo comunitário possa dar preferência no emprego a pessoas HIV - positivas, porque são membros de uma classe protegida que tem sido sujeita à discriminação geral.

Padrões para provar a discriminação devem ser abordados pela legislação. Tornar a deficiência física relativa ao HIV/SIDA apenas uma das várias razões para efectuar um acto discriminatório deve ser suficiente para fundamentar um caso. Também, fazer uma conexão causal, em vez de fazer prova de intenção, entre a conduta discriminatória e a deficiência por HIV/SIDA deve ser um requisito para fundamentar um caso no âmbito dessa legislação.

Procedimentos administrativos eficazes para apresentar queixas são essenciais. Deveriam existir canais independentes, informais e rápidos de solução, tais como comissões de direitos humanos, que tenham procedimentos especiais para o rápido encaminhamento dos casos quando o autor da acção está em fase terminal da doença, caso contrário os acusados podem procurar atrasar os procedimentos até que o autor da acção morra. Protecções especiais devem existir para permitir queixas representativas, de forma que o caso não expire quando o queixoso morre, e também para capacitar grupos comunitários ou sindicatos para apresentarem queixa em nome de seus constituintes. Deve haver soluções jurídicas para a discriminação sistémica feita por acusados colectivos (por exemplo, órgãos), em

vez de se limitar apenas a casos individuais que têm aplicação limitada. Pode ser necessário investir os órgãos que administram a legislação (isto é, uma instituição nacional de direitos humanos) de poderes de investigação mais amplos para abordar essas questões mais amplas. Para além de gastar tempo e energia dos queixosos, os procedimentos podem resultar em publicidade e vitimização, pelo que a legislação deve possibilitar aos autores usarem pseudónimos para protegerem a sua identidade.

A maioria das legislações antidiscriminatórias contém excepções e isenções e é importante que estas estejam estreitamente estruturadas para evitar que o propósito da legislação seja frustrado. O emprego é uma área importante de disputa. Deve existir uma exigência que determine que a pessoa seja capaz de executar os requisitos inerentes ao trabalho¹²⁶, e os empregadores devem ser obrigados a proporcionar uma acomodação razoável, mas não ao ponto de causar constrangimentos injustificáveis. O uso do termo “razoável” requer um teste objectivo, mais do que subjectivo. Excepções muito largas, que se encontram em outras legislações, podem ser problemáticas, pois isso poderia autorizar medidas discriminatórias, tais como teste pré-nupcial. Na área da reforma e seguro, a única excepção deve ser com base em dados actuariais razoáveis, de forma que o HIV / SIDA não seja tratado diferentemente de outras condições médicas análogas.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – LEGISLAÇÃO ANTIDISCRIMINATÓRIA

1. A legislação prevê protecção contra a discriminação com base em deficiências amplamente definidas para incluir o HIV/SIDA?

2. A legislação prevê protecção contra a discriminação com base na pertença a um grupo tornado mais vulnerável ao HIV/SIDA (por exemplo, género, homossexualidade)?

3. A legislação contém as seguintes características essenciais:

- cobertura da discriminação directa e indirecta;
- cobertura dos que se supõe estejam infectados, assim como os que deles cuidam, parceiros, família ou associados;
- cobertura da calúnia;
- o fundamento da queixa apenas precisa de ser uma de diversas razões para o acto discriminatório;
- isenções e excepção estritas (por exemplo, reforma e seguro de vida com base em dados actuariais razoáveis)
- ampla jurisdição nos sectores público e privado (por exemplo, cuidados de saúde, emprego, educação, alojamento)?

4. A legislação prevê as seguintes características administrativas:

- independência de um órgão de acusação;
- acusações representativas (por exemplo, organizações de interesse público em nome de indivíduos);
- compensação rápida (por exemplo, garantia de processamento dos casos dentro de um período razoável ou encaminhamento rápido dos casos em que o autor da acção está em fase terminal da doença;
- acesso a assistência legal gratuita;
- poderes de investigação para abordar discriminação sistémica;
- protecção de confidencialidade (por exemplo, uso de pseudónimos ao reportar os casos)?

5. A legislação prevê que as instituições que administram a legislação (por exemplo, comissão de direitos humanos ou funcionários que lidam com queixas individuais contra autoridades públicas) tenham as seguintes funções:

- educação e promoção dos direitos humanos;
- aconselhamento do governo sobre questões de direitos humanos;
- monitoria da compatibilidade da legislação interna com os tratados e normas internacionais;
- investigação, conciliação, resolução ou arbitragem de queixas individuais; manutenção de dados/estatísticas de casos e relatório de actividades?

Impacto discriminatório de leis que afectam populações vulneráveis

O impacto desproporcional do HIV / SIDA sobre populações vulneráveis torna fundamental a melhoria da sua condição legal e o cumprimento dos seus direitos humanos. As populações vulneráveis incluem mulheres, crianças, populações indígenas, pessoas com deficiências e homens que têm sexo com outros homens. Sem o respeito integral pelos direitos humanos, as populações vulneráveis não estão em posição de evitar a infecção, ou porque não recebem educação e informação para prevenção ou não podem agir sobre a mesma e, quando estão infectadas, não têm poder para fazer face ao impacto. Os sistemas legais têm servido, em alguns países, como fonte e reflexo de discriminação sistemática. Em alguns países, a realização de um inquérito nacional relacionado com os direitos humanos de uma população particular tem sido um veículo útil para sensibilizar o público e tem sido instrumento de *lobby*. Frequentemente estes inquéritos têm sido reunidos por uma figura pública independente bem respeitada, tal como um membro da comissão de direitos humanos. Também se deve ter como referência a Directriz 8, que discute a necessidade de promoção de um ambiente de apoio e de capacitação para grupos vulneráveis, para além da reforma legislativa.

Mulheres

Em relação às mulheres, as leis devem ser revistas e reformuladas para assegurar a igualdade de tratamento com respeito a:

- propriedade – posse, herança, entrada em contratos, obtenção de financiamentos e crédito;
- relações matrimoniais – contrair matrimónio, iniciar procedimentos de separação e divórcio, divisão equitativa de bens e ficar com a custódia dos filhos por ocasião da separação e divórcio;
- remuneração igual para homens e mulheres por trabalho de igual valor;
- facilitação do cumprimento, por parte dos empregados, das suas responsabilidades familiares (por exemplo, licença por maternidade e paternidade e cuidados de qualidade para as crianças); e
- protecção contra a violência e assédio sexual, incluindo o reconhecimento do estupro marital (por exemplo, Peru)¹²⁷ e a proibição da mutilação genital (por exemplo, Costa do Marfim).

Devem ser promulgadas leis especiais se a prática administrativa não assegura:

- acesso igual ao sustento, educação, emprego e oportunidades económicas; e
- direitos reprodutivos e sexuais, incluindo:
 - acesso independente a informações e serviços de saúde reprodutiva e DTS;

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- livre escolha dos meios de controle da natalidade, como o aborto;
- escolha do número de filhos e do espaçamento entre eles;
- exigência de práticas sexuais mais seguras; e
- recusa de relações sexuais.

A educação das mulheres sobre os seus direitos legais nestas áreas é igualmente importante para que elas sejam capazes de se proteger em relações sexuais e outros, ao afirmar os seus direitos na prática.

Crianças

Para as crianças, em alguns países, não só é negada a protecção especial garantida na legislação internacional de direitos humanos, como também alguns direitos básicos exercidos por adultos. As leis devem ser revistas e reformuladas, se necessário, para assegurar protecção adequada contra a transmissão do HIV nas seguintes áreas:

- protecção contra tráfico, prostituição, exploração e abuso sexual, com a provisão de reabilitação em vez de penalização das vítimas – alguns países têm dado à legislação relativa à exploração de crianças para propósitos sexuais operacionalidade extraterritorial para estender o alcance das disposições relevantes;
- direito de receber informação e educação dirigida para crianças sobre como evitar a infecção e como fazer frente a ela, caso sejam infectadas, dentro ou fora da escola;
- acesso a testes voluntários e aconselhamento com o consentimento do pai ou mãe / tutor ou da própria criança de acordo com a sua capacidade relativa ao seu grau de evolução;
- protecção especial e assistência, se estas estiverem privadas do ambiente familiar, incluindo cuidados alternativos, protecção e adopção, especialmente para os órfãos devido ao SIDA; e
- envolvimento e capacitação das crianças na elaboração e na implementação de programas dirigidos a elas.

Os direitos à não discriminação e à privacidade são importantes nas decisões referentes a custódia e adopção – os maiores interesses da criança são supremos em tais casos, mas não devem ser usados como pretexto para testes obrigatórios. O estado em relação ao HIV da criança deve ser confidencial, mas se esse estado HIV da criança ou do pai ou mãe já é conhecido, ele deve ser tratado como outras condições médicas análogas.

Sexualidade

Não há justificação para diferenciar discriminatoriamente as idades de consentimento para relação homossexual ou heterossexual, ou entre homens e mulheres.

A idade de consentimento deve ser consistente, independentemente da orientação sexual ou gênero¹²⁸. A idade de consentimento para o casamento também é importante, porque os casamentos precoces de crianças do sexo feminino podem ser prejudiciais para a sua saúde.

Algumas jurisdições¹²⁹ têm conferido reconhecimento legal a relações domésticas não tradicionais, para incluir tanto as uniões de facto homossexuais¹³⁰ como as heterossexuais¹³¹. Esta legislação pode englobar questões como direitos automáticos de herança, reforma, seguros, assistência jurídica e possíveis vantagens e responsabilidades fiscais e de segurança social. O fundamento lógico disso, para além da igualdade de tratamento em relação a casais unidos pelo matrimônio, é o de que o aumento da auto-estima aumenta o cometimento com a mudança comportamental, bem como diminui o ónus financeiro dos problemas legais do HIV/SIDA (por exemplo, falta de testamento, acordos de propriedade e benefícios de reforma/seguro de vida). Em alguns países, são negados esses direitos às mulheres casadas, devido à sua condição jurídica de subordinação.

As práticas policiais em relação a assaltos contra homossexuais masculinos foram consideradas discriminatórias em alguns países, isto é, as queixas não são levadas a sério ou são ignoradas, e os agressores são implicitamente tolerados na sua violação da lei. Para além de ser uma negação do direito humano à segurança da pessoa, esta não aplicação discriminatória da lei aumenta a vulnerabilidade dos homossexuais masculinos à violência sexual e pode contribuir para minar a auto-estima necessária para possibilitar a negociação de sexo mais seguro.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – IGUALDADE DO ESTATUTO LEGAL POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

1. A lei assegura estatuto legal igual para homens e mulheres nas seguintes áreas:

- posse de propriedade e herança;
- relações maritais (por exemplo, divórcio e custódia);
- capacidade de realizar contratos, hipotecas, crédito e operações financeiras;
- acesso a informação e serviços sobre saúde reprodutiva e DTS;
- protecção contra a violência sexual e outra, incluindo estupro no casamento;
- reconhecimento de uniões de facto;
- proibição de práticas tradicionais prejudiciais (por exemplo, mutilação genital feminina)?

2. A legislação proíbe testes obrigatórios de grupos-alvo ou vulneráveis, tais como órfãos, pobres, trabalhadoras do sexo, minorias, populações indígenas, imigrantes, refugiados, deslocados internos, pessoas com deficiências, homens que têm sexo com outros homens e utilizadores de drogas injectáveis.

3. A lei requer que as crianças recebam informações, educação e meios de prevenção apropriados para a idade?

4. A lei capacita crianças e adolescentes para serem envolvidos na tomada de decisões, de acordo com a sua capacidade relativa ao seu grau de evolução, em relação ao:

- consentimento para testes voluntários com pré e pós aconselhamento; acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva confidenciais?

5. A lei proporciona protecção contra o abuso e a exploração sexual de crianças? Será que o objectivo de tal legislação é a reabilitação e o apoio dos sobreviventes, em vez de os vitimizar, sujeitando-os a penalidades?

6. A lei estabelece uma idade de consentimento igual para actos heterossexuais e homossexuais? A lei reconhece casamentos ou relações domésticas entre pessoas do mesmo sexo?

Privacidade

Devido à existência de discriminação, a delicadeza que envolve as informações relativas ao HIV é maior do que a dos outros dados médicos. Esse tipo de informação inclui: registos de saúde, fichas pessoais, candidaturas a benefícios (por exemplo, segurança social; registos de tribunais e de polícia; e fichas de aconselhamento). Os dados pessoais relativos ao HIV devem ser amplamente definidos para incluírem informações que identifiquem um indivíduo ou levanten a suspeita de que essa pessoa:

- esteja ou possa estar infectada pelo HIV ou ter SIDA ou alguma condição relacionada com o SIDA;
- tenha realizado teste de HIV;
- esteja a receber ou tenha recebido certa terapia que sugira que ela possa ter com HIV/ SIDA;
- tenha sido solicitada ou aconselhada a realizar um teste de HIV ou tenha recebido aconselhamento sobre o teste;
- se tenha sido envolvido em comportamento que a possa ter colocado em risco de contrair HIV; ou
- seja ou tenha sido associada a outra pessoa com HIV/SIDA (por exemplo, um parceiro).

É necessário promulgar leis gerais de confidencialidade e privacidade que abranjam adequadamente o HIV/SIDA. Em alguns países os dados médicos são especificamente regulados – por exemplo, na Hungria, a *Lei da Protecção e Gestão dos Dados Relativos à saúde, de 1997*, inclui o HIV/SIDA numa categoria de doenças infecciosas que são geralmente reportadas às autoridades de saúde pública sem dados pessoais (embora isso possa ser requerido em determinadas circunstâncias). Legislação de protecção de dados e de privacidade existe em vários países, tais como Austrália, Canadá, Nova Zelândia e os da Europa Ocidental. Ela é aplicada através do estabelecimento de órgãos independentes, tais como comissões de privacidade, que recebem e investigam acusações, e que têm poder para determinar compensações nos casos em que a conciliação falha. É preferível que tais leis englobem tanto o sector privado como o sector público, devido à grande variedade de registos relacionados com o HIV.

Os princípios de privacidade cobertos por essas leis incluem:

- quando as informações pessoais devem ser recolhidas por órgãos abrangidos pela legislação (isto é, públicos e/ou privados, dependendo da lei nacional), tais como quando é necessário exercer uma função legal;
- o tipo de medidas de segurança exigidas para proteger dados pessoais, especialmente quando são computarizados;

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- quando os indivíduos são autorizados a ver as suas próprias fichas e fazer emendas para assegurar que elas são correctas, relevantes, completas e actualizadas;
- o uso, com protecções adequadas, de informações para pesquisas médicas ou sociais;
- o propósito para o qual essas informações poderão ser usadas ou divulgadas, além da razão original pela qual foram obtidas. As excepções a este princípio em relação ao propósito original são:
 - consentimento informado
 - requerimento legal especial ou ordem judicial, como, por exemplo, em processos criminais relativos à transmissão de HIV (vide acima)
 - notificação do parceiro (vide acima).

Em qualquer dos casos (o propósito original ou outros propósitos de uso e revelação), os benefícios ou benefícios potenciais resultantes do uso ou revelação das informações devem ter a probabilidade de superar os prejuízos ou os potenciais prejuízos.

No Canadá, o Comissariado da Privacidade publicou um relatório, em 1989, com directrizes para a estreita regulamentação da recolha, armazenagem e uso de informações pessoais relacionadas com o HIV/SIDA. Esta abordagem também foi seguida pela maior província do Canadá, Ontário, em 1990¹³². Foram emitidas também directrizes na Austrália, em 1992¹³³, mas só foram implementadas legislativamente num estado (a *Lei das Medidas de Prevenção do HIV/SIDA da Tasmânia, de 1993*).

Na Holanda, o Código Penal tem disposições sobre procedimentos (que podem ser feitos mesmo em nome de um paciente já falecido) com base na violação do segredo profissional¹³⁴. Uma acção judicial por difamação foi ganha em 1987 pelos pais de uma mulher que morreu de SIDA no Japão, num caso em que os meios de comunicação a tinham identificado por meio de fotos e reportado que ela trabalhava como prostituta¹³⁵. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos observou que a publicação da identidade de uma pessoa e do seu estado em relação ao HIV pode violar o direito ao respeito pela vida privada e familiar¹³⁶. Outras medidas, além da legislação, podem ajudar a criar uma cultura que respeite a privacidade. Órgãos profissionais, como os dos prestadores de cuidados de saúde e os dos jornalistas devem ser capazes de disciplinar a quebra da confidencialidade¹³⁷ ou a invasão não racional da privacidade como mau procedimento profissional no âmbito de códigos especificamente delineados (ver Directriz 10). No caso de processos judiciais devia ser possível a qualquer tribunal emitir ordens de privacidade ou confidencialidade, protegendo a identidade em casos em que é provável que seja levantado o estado em relação ao HIV de um indivíduo¹³⁸. Em alguns países, as leis de evidência exigem que as vítimas de estupro divulguem o seu estado em relação ao HIV¹³⁹ para estabelecer casos de lesão corporal agravada.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – LEIS DE PRIVACIDADE/CONFIDENCIALIDADE

1. A legislação prevê protecção geral da privacidade ou confidencialidade para informações médicas e/ou pessoais, amplamente definida de forma a incluir dados relativos ao HIV?

2. A legislação proíbe o uso e a revelação não autorizados de tais dados?

3. A legislação prevê que o indivíduo que é sujeito da informação tenha acesso aos seus próprios registos e o direito de exigir que os seus dados sejam:

- precisos;
- relevantes;
- completos;
- actualizados?

4. A legislação prevê que os órgãos de administração da lei (por exemplo, membro da comissão de protecção da privacidade ou dos dados) tenham as seguintes funções:

- educar e promover a privacidade;
- aconselhar o governo em assuntos ligados à privacidade;
- monitorar a compatibilidade da legislação interna com tratados e normas internacionais;
- guardar dados/estatísticas de casos e fazer relatórios das suas actividades?

5. Outra legislação geral ou de saúde pública prevê o direito de pessoas HIV positivas terem a sua privacidade e/ou identidade protegida em processos judiciais (por exemplo, audiências à porta fechada e/ou uso de pseudónimos)?

6. A legislação de saúde pública prevê que casos de HIV/SIDA sejam reportados às autoridades de saúde pública para propósitos epidemiológicos com protecção adequada da privacidade (por exemplo, uso de dados codificados em vez de nominais)?

Legislação laboral

Algumas áreas de preocupação na legislação laboral são: que trabalhadores com HIV/SIDA não sejam sujeitos a discriminação injusta; que medidas de prevenção apropriadas estejam disponíveis por razões de saúde ocupacional e segurança, e que seja disponibilizada compensação adequada aos trabalhadores que sejam no âmbito da sua ocupação. Empregados com HIV/SIDA são capazes de levar vidas razoavelmente longas e produtivas, particularmente com os recentes avanços em tratamentos anti-retrovirais nos países industrializados. Tentativas de excluir prematuramente da força de trabalho as pessoas que vivem com HIV/SIDA são injustas e violam os direitos humanos. Essas tentativas são, por outro lado, potencialmente anti-económicas, na medida em que excluem arbitrariamente a pessoa mais qualificada de uma posição e criam uma sobrecarga desnecessária para o sistema de segurança social.

Os riscos para a segurança pública causados pela deterioração da capacidade de realizar certas tarefas devido ao complexo de demência provocado pelo SIDA, por exemplo, entre pilotos, são melhor prevenidos pela prática geral de testes de funcionamento neurológico e espacial, para determinar se o dano é devido a outras causas que não o HIV (por exemplo, o abuso de substâncias, *stress* / fadiga ou tumor cerebral). Não deve haver obrigação¹⁴⁰ de que os trabalhadores revelem o seu estado em relação ao HIV aos empregadores, embora se possa lidar com casos excepcionais, envolvendo comportamento irresponsável, de acordo com dispositivos da legislação de saúde pública. O desempenho de procedimentos invasivos por trabalhadores da saúde infectados pelo HIV é adequadamente regulamentado pelo clínico sob cujo tratamento se encontram, por painéis de peritos especialmente formados, ou órgãos de registo profissional numa base individual de caso a caso. Quando os trabalhadores HIV-positivos são incapazes de trabalhar devido à sua doença, devem ser aplicadas as políticas que se aplicam a doenças análogas (por exemplo, dispensa por motivo de doença).

As leis devem ser revistas para assegurar que incluam as seguintes protecções:

- proibição do exame de HIV para propósitos de emprego (isto é, recrutamento ou dispensa do emprego), promoção ou formação. As leis e acções antidiscriminatórias em caso de dispensa injusta podem ser suficientes, mas algumas jurisdições proibiram especificamente testes de HIV¹⁴¹. Entretanto, pode ser do interesse do trabalhador realizar testes de ponto de partida, imediatamente após uma exposição no local de trabalho, por exemplo, um ferimento com agulha, para ter assistência na preparação de uma possível acção judicial compensatória.
- protecção contra a discriminação quando o estado em relação ao HIV de um trabalhador é conhecido ou questionado por colegas de trabalho, clientes e sindicatos (por exemplo, o dever de representar, de forma justa, todos os membros, como é imposto pela legislação dos EUA para evitar a discriminação racial), assim como pelos empregadores. Isso seria feito através da legislação anti-discriminatória, com o dever de os empregadores

acomodarem razoavelmente os trabalhadores com deficiências ou a criação de um novo fundamento discriminatório para a ocupação, em que os trabalhadores são estigmatizados devido ao trabalho que exercem – tal como trabalho que a sociedade pode adversamente associar ao HIV devido ao risco ocupacional de transmissão (por exemplo, cuidados de saúde, trabalho sexual e possivelmente os serviços funerários);

- confidencialidade da informação médica, incluindo o estado em relação ao HIV, particularmente durante o curso de uma acção judicial de compensação (por exemplo, permitindo a protecção da identidade durante os processos judiciais);
- acesso a programas de informação geral e educação, incluindo a provisão de preservativos, aconselhamento relevante (por exemplo, recomendando sexo mais seguro após um ferimento com agulha para prevenir possíveis infecções secundárias e explicando os benefícios e riscos, isto é, toxicidade, de tomar zidovudina como profilaxia)¹⁴² e serviços de referência;
- cobertura adequada para a transmissão ocupacional, incluindo o reconhecimento do longo período de latência da infecção;
- acesso adequado aos cuidados de saúde e a outras fontes de apoio financeiro quando o trabalhador já não é capaz de trabalhar (por exemplo, segurança social, seguro, reforma, rescisão de contrato, benefícios por doença e morte); e
- a clarificação das obrigações dos empregadores nas práticas diárias de trabalho para cuidarem de forma razoável da saúde e da segurança dos trabalhadores, por meio da formulação de regulamentos para os sectores onde há riscos específicos de infecção ocupacional e em geral (por exemplo, prática de primeiros socorros).

Um exemplo de boas práticas do último ponto citado acima é a formulação, em 1993, pela *Worksafe Australia* (a Comissão Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional) do Código de Conduta sobre o HIV/SIDA para Trabalhadores de Cuidados de Saúde e Outros em Risco. A Administração da Segurança e Saúde Ocupacional dos EUA formulou regulamentos semelhantes. Eles dispõem de padrões nacionais uniformes de precauções universais de controle da infecção (isto é, evitar fechar as agulhas usadas com a mão, descarte adequado de agulhas usadas e cobrir a pele, especialmente onde ela não está intacta). Os trabalhadores e instituições devem seguir estas precauções para se protegerem da transmissão do HIV. A existência destes padrões pode evitar o uso de argumentos relativos à saúde e segurança ocupacional como pretexto para testes de HIV discriminatórios. Tais códigos ou regulamentos devem substituir leis de saúde pública ultrapassadas ou não apropriadas que proíbem pessoas HIV positivas de trabalhar, ou mesmo de serem clientes, em certos lugares de trabalho (por exemplo, manuseio de alimentos, manufatura de medicamentos ou penetração da pele, isto é, tatuagem, furo no corpo, acumpunctura, depilação e restauração capilar).

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – LEGISLAÇÃO LABORAL

1. A legislação proíbe exames de HIV para propósitos genéricos de emprego, isto é, contratação, promoção, formação e benefícios?

2. A legislação proíbe testes compulsórios de grupos profissionais específicos como, por exemplo, militares, trabalhadores de transportes, trabalhadores da indústria de hotelaria/turismo e profissionais do sexo?

3. A legislação exige a implementação das medidas universais de controle da infecção, incluindo formação e provisão de equipamento em todos os sectores que envolvem exposição a sangue/fluidos corporais (por exemplo, primeiros-socorros e trabalho de cuidados de saúde)?

4. A legislação exige que se proporcione acesso a informação e educação sobre HIV/SIDA por razões de saúde e segurança ocupacional (por exemplo, a trabalhadores em viagem para áreas de alta incidência)?

5. A legislação prevê: segurança de emprego enquanto os trabalhadores HIV positivos forem capazes de trabalhar (por exemplo, regras de dispensa injusta); e segurança social e outros benefícios para trabalhadores que já não são capazes de trabalhar?

6. A legislação prevê a confidencialidade das informações médicas e pessoais dos trabalhadores, incluindo o estado em relação ao HIV?

7. A legislação sobre a compensação dos trabalhadores reconhece a transmissão ocupacional do HIV?

Directriz 6:

Regulamentação de bens, serviços e informação

Os Estados devem aprovar legislação que permita a regulamentação de bens, serviços e informação relacionados com o HIV de modo a assegurar uma ampla disponibilidade de medidas e serviços de prevenção de qualidade, informação de prevenção e cuidados adequados para o HIV e medicação segura e eficaz a um preço acessível.

Regulamentação de bens e serviços terapêuticos

Enquanto não existe cura ou vacina para o HIV, a medida mais eficaz para controlar a epidemia é através da educação e informação sobre as maneiras e meios de prevenir a transmissão. Em alguns países foi aprovada legislação para assegurar a ampla disponibilidade e qualidade dos bens e serviços relacionados com o HIV. Muitos países, como o Canadá e a África do Sul, criaram mecanismos para obter aprovação rápida pelas autoridades para a aplicação de bens terapêuticos em situações especiais, tais como tratamentos do HIV/SIDA.

Apesar de as leis até agora terem tido um impacto limitado nos preços do mercado, há espaço para rever os direitos, alfândegas e impostos de valor acrescentado de modo a torná-los mais acessíveis. No caso dos preservativos, os governos de certos países fornecem-nos gratuitamente ou mediante um valor simbólico.

Kits de Teste

As leis e regulamentos na área de bens terapêuticos podem salvaguardar os padrões (i. e., precisão e confiança) e o uso de *kits* de testes (por exemplo, usados apenas por pessoal médico em laboratórios aprovados) e tendo um processo de autorização e autoridades de saúde para fazer cumprir. Há perigos em autorizar *kits* de testes rápidos e domiciliários por causa de: a perda de oportunidade de aconselhamento, quer nas áreas de mudança de comportamento, quer na capacidade de enfrentar o impacto de um resultado positivo; a possibilidade de uma má interpretação (por exemplo, a necessidade de um teste confirmativo) dos resultados; perda de dados epidemiológicos valiosos e o uso secreto e inapropriado, por exemplo, por empregadores ou seguradoras. Se os governos permitem o uso de *kits* de testes rápidos e/ou domiciliários no mercado por razões tais como a promoção de testes anónimos, então essas consequências adversas têm de ser tomadas em conta. O estabelecimento de serviços legais e sociais de

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

aconselhamento e apoio (por exemplo, acessíveis a partir de casa por telefone ou computador) para proteger os indivíduos dos abusos seria um método.

Preservativos

Preservativos de alta qualidade e baixo custo deviam estar tão amplamente disponíveis quanto possível por causa do seu uso como uma barreira à infecção do HIV e DTS, e do seu papel central nos programas de educação de sexo seguro. O *marketing* social dos preservativos é reforçado pelo seu amplo acesso em locais usados comumente, tais como clubes nocturnos, restaurantes, aeroportos e outras estações de transportes, casas de banho, dormitórios de universidades ou escolas secundárias, supermercados, farmácias e outras lojas, como quiosques de venda de jornais. Outros métodos de distribuição, que têm a vantagem adicional de proteger o anonimato, incluem pedidos pelos correios, internet e máquinas de venda. Esse *marketing* pode atingir clientes de trabalhadoras do sexo, reforçar programas de intervenção, como o programa 100% de uso do preservativo da Tailândia, visando a indústria do comércio do sexo. Um amplo *marketing* pode complementar programas integrados de planeamento familiar e saúde reprodutiva, que normalmente não atingem jovens sexualmente activos. Os líderes religiosos devem ser consultados ao desenvolverem-se tais programas, caso contrário, a falta de sensibilidade pode conduzir ao banimento da publicidade do preservativo nos órgãos de informação, como ocorreu no Uganda entre 1991 e 1995.

Barreiras legislativas que restringem a distribuição, promoção publicidade ou venda de preservativos devem ser revistas e, se necessário, revogadas (por exemplo, como ocorreu em 1987 na Bélgica e na França). Uma revisão similar de impedimentos à disponibilidade de outros produtos que previnem a transmissão do HIV, como agulhas e seringas esterilizadas e desinfectantes têm sido recomendados em relação ao uso de drogas injectáveis (ver acima).

A falha nos preservativos deve-se normalmente ao não cumprimento das instruções acerca do seu uso apropriado, o que pode ser ultrapassado com campanhas de informação e educação, ou a defeito do produto, i. e., rompimento ou fuga. O controle legal da qualidade deve ser assegurado pelo cumprimento dos padrões internacionais do preservativo¹⁴³, com as autoridades de monitorização a levarem a cabo inspecções contínuas, testes dos produtos, recolha de notificações de adversidades e de amostras aleatórias nas fábricas e no mercado. A legislação de protecção ao consumidor deve ser revista e, se necessário, alterada para assegurar que produtos de qualidade inferior, como, por exemplo, aqueles que estão fora do prazo, sejam obrigatoriamente retirados da cadeia de abastecimento. É necessário advertir as pessoas acerca do uso do preservativo com lubrificantes à base de óleo e petróleo em vez de lubrificantes à base de silicone e água e também da falta de protecção contra o HIV nos preservativos de membranas naturais (por exemplo, feitos de pele de cordeiro, para pessoas alérgicas ao látex) se eles não forem banidos.

Tratamentos

A legislação de protecção do consumidor, fiabilidade de produtos ou bens terapêuticos deve também assegurar que reclamações fraudulentas referentes à qualidade, segurança e eficácia de drogas, vacinas e dispositivos médicos relacionados com o HIV sejam proibidas e efectivamente cumpridas. Isto não deve ter um impacto adverso sobre a disponibilidade de alternativas, remédios tradicionais e de ervas que fazem reivindicações gerais sobre a melhoria do funcionamento do sistema imunitário.

A questão do preço é particularmente problemática nos países em desenvolvimento, onde o custo de medicamentos seguros e tratamento eficaz, particularmente terapia antiretroviral tripla, é uma barreira significativa ao seu acesso (ver Anexo A). Esta tem sido, recentemente, uma área de grande atenção:

- Na Costa Rica, o governo é obrigado, por ordem do tribunal supremo, a fornecer tratamento gratuito de HIV/SIDA no seu sistema nacional de saúde.
- Normas idênticas, ao abrigo da Constituição ou por ordem de leis especiais, foram feitas na Albânia e no Brasil¹⁴⁴.
- Na Espanha, uma ONG chamada Fundación AntiSida de España (FASE) tem estado a trabalhar há cinco anos para fazer com que o SIDA, e agora a infecção do HIV, seja considerado “doença crónica” de acordo com a lei. Isto permitiu aos pacientes comprar medicamentos não antiretrovirais por 10% do seu custo desde Dezembro de 1995 (medicamentos antiretrovirais são actualmente gratuitos). A FASE faz também campanha para aumentar o acesso à tripla terapia e, em 1996, foi passada uma resolução no parlamento encorajando o Ministério da Saúde a prestar tratamento a qualquer um que precise¹⁴⁵.
- Em 1996 oito ONG argentinas apresentaram uma petição para a protecção do estado, ao abrigo do Artigo 43 da Constituição, contra o Ministério da Saúde. Os tribunais concluíram de forma consistente que o Ministério está sob a obrigação legal de fornecer tratamento completo, incluindo medicamentos antiretrovirais e cuidados gratuitos a pessoas vivendo com o HIV/SIDA que não são capazes de pagar e que não estão cobertas pela segurança social¹⁴⁶.

Em alguns países, o tratamento gratuito está disponível para HIV/SIDA porque ela foi classificada como uma doença infecciosa, mas isso também implica estar sujeito a medidas coercivas¹⁴⁷.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO - BENS TERAPÊUTICOS, LEIS DE PROTECÇÃO DO CONSUMIDOR

1. A legislação regulamenta a qualidade, precisão e disponibilidade dos testes do HIV (incluindo testes rápidos ou domiciliários, se estiverem aprovados?)

2. A legislação prevê a aprovação para que sejam colocados para venda, distribuição e marketing apenas fármacos, vacinas e dispositivos médicos se eles forem:

- seguros e
- eficazes?

3. A legislação garante aos consumidores protecção contra reclamações fraudulentas relativas à segurança e eficácia das drogas, vacinas e dispositivos médicos?

4. A legislação regulamenta a qualidade dos preservativos? Essa regulamentação inclui o cumprimento de monitorização de acordo com os Padrões Internacionais dos Preservativos?

5. A legislação assegura o acesso e a disponibilidade gratuita das seguintes medidas de prevenção:

- preservativos;
- desinfectantes;
- agulhas e seringas?

6. A legislação torna acessível o preço da medicação relacionada com o HIV/SIDA, i. e., a inclusão nos esquemas de subsídios para certos fármacos e a isenção de direitos/impostos alfandegários?

DIRETRIZES 6

DIRETRIZES INTERNACIONAIS
ANOTADAS

Pesquisa ética

São necessárias leis para a protecção legal e ética dos participantes humanos em pesquisa relacionada com HIV, como no desenvolvimento de fármacos seguros e eficazes, vacinas e dispositivos médicos. Comitês de revisão ética gerais e locais, independentes, bem como internacionais, têm de ser estabelecidos e as suas capacidades reforçadas com vista a seguir princípios relevantes, tais como:

- o Código de Nuremberga de 1947¹⁴⁸;
- a Declaração de Helsínquia de 1964¹⁴⁹;
- as *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Sujeitos Humanos) do *Council for International Organizations of Medical Sciences* (Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas) de 1993;
- as *World Health Organization Guidelines for Good Clinical Practice for Trials on Pharmaceutical Products* (Directrizes da Organização Mundial da Saúde para a Boa Prática Clínica em Experiências de Produtos Farmacêuticos) de 1995¹⁵⁰; e
- a *Convention on Human Rights and Biomedicine* (Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina) do Conselho da Europa de 1997.

Os princípios de particular relevância relacionados com a pesquisa do HIV são:

- consulta às comunidades na concepção, implementação e avaliação da pesquisa, bem como na publicação e uso dos seus resultados;
- selecção não discriminatória dos participantes, por exemplo, mulheres, crianças e minorias;
- consentimento informado;
- confidencialidade;
- igualdade de acesso à informação e benefícios resultantes da pesquisa; e
- protecção contra a discriminação.

A OMS e o ONUSIDA oferecem assistência técnica no estabelecimento e operação contínua de comitês eficientes de revisão ética a nível nacional.

A selecção do Brasil, Tailândia e Uganda como locais de testes de vacinas experimentais (ver Anexo A) envolveu a participação da comunidade em programas de pesquisa. O ONUSIDA realizou recentemente *workshops* regionais de comunidades usando propostas hipotéticas de pesquisa em cada um desses países para promover o consenso sobre directrizes éticas para a condução de testes da vacina, posteriormente acordados em Genebra, em Junho de 1998. Comitês nacionais sobre vacinas nos ministérios da saúde produziram planos nacionais que reconhecem a necessidade de abordar questões éticas no Brasil, Tailândia e

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Uganda. Em São Paulo, os pesquisadores trabalharam com voluntários para facilitar a criação de comunidades através de *workshops* regulares sobre questões correntes dos homossexuais, como, por exemplo, dia do orgulho do homossexual e projecção de filmes¹⁵¹. Uma preocupação particular foi o potencial aumento da discriminação contra as populações minoritárias que participam nos testes.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO – PESQUISA HUMANA ÉTICA

1. A lei garante protecção legal para os sujeitos humanos que participam na pesquisa do HIV/SIDA? A legislação exige o estabelecimento de comités de revisão ética para assegurar a avaliação contínua e independente da pesquisa? Os critérios usados nessa avaliação incluem a validade científica e conduta ética da pesquisa?

2. A legislação exige que se proporcione aos sujeitos antes, durante e depois da participação:

- aconselhamento;
- protecção contra discriminação;
- serviços de saúde e de apoio?

3. A legislação garante que seja obtido o consentimento informado dos sujeitos?

4. A legislação garante a confidencialidade da informação pessoal obtida no processo de pesquisa?

5. A legislação prevê que aos sujeitos seja garantido acesso equitativo à informação e a benefícios da pesquisa?

6. A legislação garante a selecção não discriminatória dos sujeitos?

Direito à educação e à informação

Como a prevenção é um objectivo principal dos programas do HIV/SIDA, as pessoas precisam de informação e precisam de ser educadas acerca do vírus e da doença, modos de transmissão e meios de protecção. A informação acerca de tópicos privados e sensíveis, tais como sexo e o uso de drogas injectáveis deve ser explícita, em vez de inutilmente eufemística, antes de as pessoas estarem em posição de mudar o seu comportamento. O amplo uso dos meios de comunicação social é essencial. A informação pode ser fornecida através de panfletos, *posters*, boletins informativos, revistas, livros, instruções nos pacotes de preservativos, publicidade, rádio, televisão, filmes, vídeos, peças de teatro, internet, encontros de grupos e assembleias.

As leis na área da censura e os padrões de difusão podem colocar entraves a esses programas, sejam eles direccionados ao público em geral ou visando grupos específicos cujo comportamento os torna vulneráveis à infecção. Muitas dessas leis tiveram origem no século XIX e tinham como objectivos banir publicidade “depravada e corrupta” sobre contraceptivos e curas de doenças venéreas com o julgamento subjacente de que aqueles que quebram os padrões morais merecem ser punidos com doenças inomináveis. As sociedades devem considerar os valores morais e religiosos que sustentam essas leis e decidir se esses valores superam a necessidade de proteger os membros contra a transmissão do HIV. As garantias de direitos à informação/educação e liberdade de expressão/associação estão nos instrumentos internacionais dos direitos humanos, bem como em algumas constituições nacionais.

O julgamento do que é considerado obsceno varia de acordo com os valores morais e sociais prevalentes¹⁵². As leis de censura devem conter uma isenção específica para material educacional e científico genuíno. Ao considerar os padrões comunitários, é importante que o material seja julgado de acordo com a audiência para a qual é dirigido, tal como homossexuais, trabalhadoras do sexo ou utentes de drogas injectáveis, em oposição ao público em geral. A comunicação eficaz exige que uma audiência não seja gratuitamente ofendida ou desnecessariamente alienada pelo material, mas, em vez disso, que as campanhas sejam formuladas tendo como referências os valores e atitudes dos grupos.

A classificação do material em diferentes categorias de disponibilidade restrita e não restrita ocorre em muitos países, principalmente para proteger crianças de conteúdos sexuais inapropriados. A representação da comunidade no processo de regulamentação, por exemplo, licenciar e registar ou formulação de códigos de conduta para a indústria, podem assegurar que padrões apropriados sejam reflectidos na censura e decisão de difusão. O potencial para usar sistemas públicos de difusão para disseminar informação e educação sobre o HIV/SIDA não tem sido completamente utilizado em alguns países, como, por exemplo, a exigência de exibição gratuita de anúncios ao serviço da comunidade várias vezes, incluindo no horário nobre. A auto regulamentação da indústria dos meios de comunicação na área de publicidade pode apresentar problemas para materiais do HIV/SIDA

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

que sejam considerados ofensivos e de mau gosto. É importante que conselhos de especialistas independentes sobre HIV/SIDA sejam procurados pela indústria para prevenir que publicitários, inapropriadamente, recusem difundir essas mensagens.

Outras leis podem restringir campanhas de HIV/SIDA eficazes que tenham como alvo imigrantes e populações indígenas, como, por exemplo, leis que exigem o uso de línguas da maioria nas escolas. Essas leis devem ser revistas para assegurar que elas não coloquem um entrave às campanhas do HIV/SIDA. Se necessário, elas devem ser revogadas, ou, pelo menos, revistas para isentar material educacional sobre HIV/SIDA.

Liberdades de expressão e associação

A natureza ilegal das actividades como a prostituição, homossexualidade e o uso de drogas pode impedir a formação de organizações comunitárias baseadas na sua actividade comum. Alguns governos recusam o registo de todas as organizações não governamentais, ou especificamente aquelas que são críticas ao governo. Tal proibição sobre a educação e apoio de pares é uma significativa barreira a uma resposta eficaz à epidemia e interfere com os direitos humanos. A aceitação, mobilização e envolvimento da comunidade é importante, especialmente em áreas onde os governos não podem ou não irão atingir devido à falta de confiança ou compreensão de ambas as partes. A remoção de impedimentos legais e administrativos às associações de comunidades a trabalharem na área do HIV/SIDA deve ser uma prioridade urgente para os governos. Se uma reforma completa não é alcançada a curto prazo, devem existir excepções nas restrições legislativas e administrativas sobre associações para actividades educacionais e sanitárias.

A prevenção do HIV/SIDA requer, algumas vezes, que os educadores forneçam informação sobre como evitar contrair o HIV quando alguém se envolve num comportamento ilegal. Os educadores podem, conseqüentemente, ser acusados de ajudar e favorecer actividades ilegais. Se a reforma da legislação criminal não for alcançada a curto prazo, devem ser aplicadas excepções aos educadores nessas circunstâncias.

O retrato irresponsável e sensacionalista que os órgãos de comunicação social fazem das questões do HIV/SIDA tem contribuído para a histeria pública e o estigma em muitas circunstâncias. Os órgãos de comunicação social devem ser encorajados, através da educação e regulamentação, a tornarem-se sensíveis às questões do HIV/SIDA e dos direitos humanos, incluindo usar linguagem apropriada e evitar estereótipos na descrição de membros de grupos vulneráveis. Muitos países possuem Conselhos de Imprensa onde os indivíduos podem apresentar queixas contra os órgãos de informação que retratam as suas histórias. De forma idêntica, existem conselhos que regulamentam a conduta de profissionais como os jornalistas. A Directriz 10 discute a necessidade de códigos para o sector privado em áreas como a da comunicação social. O guião de verificação abaixo refere-se à Directriz 6 e parte da Directriz 10.

GUIÃO DE VERIFICAÇÃO ASSOCIAÇÃO, INFORMAÇÃO E CÓDIGOS DE CONDUTA

1. A lei permite o movimento livre de pessoas independentemente da sua associação a grupos vulneráveis, como, por exemplo, trabalhadoras do sexo?

2. A legislação permite a livre associação de membros de grupos vulneráveis, por exemplo, homossexuais masculinos?

3. A legislação sobre censura contém excepções para a educação e informação no geral e orientada para o HIV/SIDA?

4. Os padrões de difusão contém excepções para a educação e informação no geral e orientada para o HIV/SIDA?

5. A lei exige que os seguintes grupos profissionais criem e façam cumprir códigos de conduta apropriados para o HIV/SIDA?

- trabalhadores de cuidados de saúde;
- outras indústrias onde pode haver risco de transmissão, por exemplo, trabalhadoras do sexo e de serviços fúnebres;
- órgãos de comunicação social;
- aposentadoria e seguros;
- empregadores (num fórum tripartido envolvendo sindicatos e governo)?

6. Exige-se que esses códigos de conduta contenham os seguintes elementos:

- protecção da confidencialidade e privacidade;
- consentimento informado para testes do HIV;
- o dever de não discriminar injustamente;
- o dever de minimizar o risco de transmissão, como, por exemplo, padrões de saúde e segurança ocupacional, incluindo as precauções universais de controlo de infecção?

Directriz 7: Serviços de assistência jurídica

Os estados devem implementar e apoiar serviços de apoio legal que irão educar as pessoas afectadas pelo HIV/SIDA acerca dos seus direitos, garantir serviços legais gratuitos que façam cumprir esses direitos, criar conhecimento especializado em questões legais sobre HIV/SIDA e utilizar meios de protecção, para além dos tribunais, tais como gabinetes dos Ministérios da Justiça, funcionários encarregues de investigar queixas individuais contra autoridades, unidades de denúncias e comissões de direitos humanos.

A reforma legislativa por si só não pode alcançar a realização dos direitos humanos – ajudar os indivíduos a materializar os seus direitos na prática é crucial. Existem vários exemplos de serviços jurídicos bem sucedidos na área do HIV/SIDA. Muitos são financiados por privados, em vez de governos, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos.

- Na Venezuela A Acção dos Cidadãos Contra o SIDA (ACCSI) tem estado a operar desde 1987 para proporcionar assistência legal a pessoas vivendo com o HIV/SIDA, suas famílias e amigos. Ela tem três advogados que trabalham em casos e recursos tais como em áreas de discriminação no emprego, más práticas médicas ou problemas com os serviços sociais. Um exemplo de um litígio de interesse público é um desafio à exigência do governo de testes do HIV para candidatos a residência permanente. A ACCSI trabalha de perto com todos os sectores relevantes da sociedade, incluindo departamentos do governo (saúde, finanças, justiça, prisões, educação), grupos comunitários para o SIDA, organizações de direitos humanos e corporações do sector privado¹⁵³.
- O Lawyers Collective (Colectivo de Advogados), na Índia, é largamente auto financiado e tem estado a operar desde 1981 para fornecer ajuda jurídica a grupos marginalizados em litígios de interesse público. Desde o advento do HIV/SIDA ela assumiu com sucesso vários casos de grande importância, incluindo uma contestação Constitucional à Lei de Saúde Pública de Goa de acordo com a qual um homem foi detido por causa do seu estado em relação ao HIV, e um caso de despedimento injusto (*X v. Y*) em Mumbai. Membros do colectivo também fazem *lobbies* junto de políticos para conseguir reformas e formaram uma rede nacional de advogados em questões do HIV/SIDA¹⁵⁴. Recentemente o colectivo estabeleceu uma unidade de HIV/SIDA em Mumbai, com o apoio da Comissão Europeia. A organização oferece ajuda judiciária, aconselhamento e outros serviços a pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

- Nos EUA há uma variedade de serviços legais para pessoas vivendo com o HIV, em parte por causa de uma forte tradição de serviços de apoio gratuito, muitos dos quais foram usados como modelos em outros países. Alguns são parcialmente financiados pelo governo, ao abrigo da *Ryan White Care Act*. Esses serviços incluem organizações específicas e não específicas do SIDA, liberdades civis em geral, órgãos de litígios com impacto (casos de testes de interesse público), e serviços visando grupos vulneráveis tais como homens que têm sexo com outros homens:
 - a Gay Men's Health Crisis em Nova Iorque;
 - a Whitman-Walker Clinic em Washington;
 - o AIDS Project, Legal Service em Los Angeles;
 - os Gay and Lesbian Advocates and Defenders em Boston;
 - o Lambda Legal Defense and Education Fund, Inc. em várias cidades;
 - National Lawyers Guild, AIDS Network em São Francisco (como serviço de referência);
 - State AIDS Legal Services Organization, AIDS Legal Referral Panel em São Francisco
 - The American Civil Liberties Union, em várias localidades.
- No Reino Unido existem organizações de serviços de SIDA semelhantes, tais como a Terrence Higgins Trust (THT). A THT é a maior organização de caridade para o SIDA do Reino Unido e é parcialmente financiada pelo Departamento de Saúde. Ela possui um pequeno Centro Legal a tempo inteiro, assistido por advogados voluntários em *part-time* e conselheiros de direitos sociais. O aconselhamento é dado pessoalmente, por escrito ou através da linha telefónica Legal que opera numa clínica nocturna. O Centro Legal de Imunidade, financiado pelo London Borough Grants Schene, presta serviços legais, incluindo sessões de extensão em locais como o London Lighthouse, Landmark and Body Positive Centre.

Para aumentar o número de casos que podem ser tratados muitos desses serviços criaram mecanismos como documentos legais do tipo faça você próprio (por exemplo, testamentos), panfletos sobre questões específicas (por exemplo, emprego, alojamento, aposentação, imigração, dívidas, etc), listas de serviços legais¹⁵⁵, manuais de formação em advocacia para juristas voluntários¹⁵⁶ e assistentes jurídicos¹⁵⁷, registos de ocorrências para oficiais de justiça¹⁵⁸ e textos gerais¹⁵⁹.

(C) Promoção de um Ambiente Favorável e de Apoio

Directriz 8:

Mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis

Os Estados devem, em colaboração com e através da comunidade, promover um ambiente favorável e de apoio para mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis, abordando os preconceitos e as desigualdades subjacentes através do diálogo com a comunidade, serviços sociais e de saúde especialmente concebidos e apoio a grupos comunitários.

Esta Directriz é a mais difícil de implementar porque o seu impacto é de longo alcance. Conceder poder a populações vulneráveis para lidar com o HIV/SIDA melhorando o seu estatuto social e legal é um grande e necessário empreendimento, requerendo condições administrativas, sociais e económicas, bem como a natureza da epidemia em cada país. No entanto, os grupos mais comumente afectados são as mulheres, crianças, minorias religiosas ou étnicas, populações indígenas, imigrantes, refugiados, pessoas internamente deslocadas, pessoas com deficiências, grupos economicamente desfavorecidos, trabalhadores itinerantes, homossexuais, utentes de drogas injectáveis e trabalhadoras do sexo. Com vista a desenvolver programas específicos, há vantagens em os governos e comunidades identificarem esses grupos a nível nacional, na medida em que são garantidas protecções para diminuir o medo de estigmatização e de possíveis medidas coercivas. O envolvimento das comunidades vulneráveis é importante por muitas razões, incluindo o facto de que o envolvimento activo nos programas de prevenção, cuidados e apoio ajuda a assegurar a sua relevância e eficácia, uma vez que os membros têm uma grande compreensão das necessidades de mudança e factores influenciando o risco e vulnerabilidade.

Uma resposta alargada ao HIV/SIDA põe em evidência mais do que o comportamento de risco individual. A interacção complexa dos seguintes factores pode criar ou reforçar a vulnerabilidade individual e, por isso, colectiva: pessoal, por exemplo, história sexual; a qualidade e cobertura (i.e., acessibilidade, adequação e custo) dos serviços e programas virados para a prevenção, cuidados, apoio social e alívio do impacto; e sociedade, por exemplo, normas culturais, leis, crenças ou práticas sociais. Há um perigo em simplificar o paradigma da vulnerabilidade¹⁶⁰: por exemplo, em alguns países em desenvolvimento altas ta-

xas de infecção foram encontradas em grupos de maior escolaridade, especialmente homens, enquanto a educação de jovens mulheres tem usualmente melhorado os programas de prevenção.

Género e direitos reprodutivos

Além da maior susceptibilidade biológica à infecção, o estatuto de subordinação da mulher em muitos países limita as oportunidades de ser informada acerca do HIV/SIDA tornando-a mais vulnerável à infecção e enfraquecendo a sua capacidade de lidar com as possíveis consequências da infecção que exijam cuidados e apoio (por exemplo, violência e abandono pela família). A discriminação sistemática em todos os aspectos da vida, mas particularmente, na educação, cuidados de saúde e emprego, aumenta desproporcionalmente o risco de a mulher ficar infectada. Programas de prevenção e educação são dificultados onde as mulheres têm falta de habilidades para compreender, ou a capacidade de agir sobre, a informação neles contida. Algumas vezes as mulheres não podem negociar sexo seguro ou abandonar os seus parceiros por causa das normas sociais e legais e da dependência económica. Normas que promovem a maternidade como a forma ideal de auto-estima e identidade para as mulheres aumenta a vulnerabilidade ao HIV e restringe as opções reprodutivas para as mulheres HIV - positivas. Conceitos ambíguos acerca da castidade e fidelidade significam que muitas mulheres monogâmicas casadas não têm capacidade de evitar a infecção pelos seus maridos.

A violência sexual e outros tipos de violência dirigida às mulheres (incluindo dentro do casamento), bem como práticas tradicionais como a circuncisão e infibulação femininas, não são legalmente proibidas em alguns países. Tais actos, ou pelo menos o medo da ameaça de violência, causa o aumento dos riscos de infecção pelo HIV, bem como danos físicos e emocionais às mulheres. A Diretriz 6 discutiu o impacto discriminatório das leis como as que impedem a mulher de possuir terra ou outros bens, ou aquelas que perpetuam as desigualdades por não fornecer remuneração idêntica por trabalho de igual valor.

Melhorar o estatuto das mulheres

A desproporção das taxas de analfabetismo e pobreza em mulheres, que alimentam a epidemia, têm sido visada por vários projectos de capacitação.

- No Nepal, um programa de prevenção do SIDA baseado na comunidade e com a duração de três anos foi financiado pela American Foundation for AIDS Research¹⁶¹. Projectos de educação e geração de rendimentos têm sido intervenções bem sucedidas nas comunidades de Badi, Danuwar, Tamang e Tharu, que têm por tradição sido fortemente discriminadas. Os projectos tentam resolver o problema do baixo estatuto da mulher através da formação em liderança, advocacia em prol dos direitos e alfabetização, integrando informação sobre HIV nas aulas de saúde geral. Foram usados métodos inovadores, tais como teatro e educação não formal.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

- Na Zâmbia, mulheres vendedoras de peixe foram apoiadas por um projecto do ONUSIDA para formar uma cooperativa, a fim de obterem empréstimos isentos de juros. Isto reduzirá a necessidade de ter relações sexuais com pescadores e camionistas que controlam o seu acesso ao peixe e transporte¹⁶².

Projectos idênticos de educação e micro-finanças podem ser encontrados noutras partes do mundo, mas normalmente o objectivo é simplesmente aumentar o acesso das mulheres aos recursos económicos, mais do que serem especificamente preocupados com a prevenção do HIV/SIDA ou o alívio do impacto (embora seja possível que eles tenham um impacto).

A criação de organizações institucionais para abordar questões relacionadas com o género têm provado ser bem sucedidas. As três componentes para uma organização bem sucedida são: compromisso político publicamente declarado pelos líderes da organização; uma abordagem participativa para desenvolver mecanismos que abordam questões de género; incorporação do género em todos os programas, mais do que em unidades separadas, para evitar marginalização¹⁶³. Alguns países criaram instituições para promover os direitos da mulher, tais como:

- Brasil – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher;
- África do Sul – Secretaria do Estado para a Mulher;
- Colómbia – Direcção para a Igualdade de Género;
- Haiti – Ministério dos Assuntos e Direitos da Mulher;
- Jamaica – Comissão para a Igualdade Social e de Género;
- Peru – Comissão para os Direitos da Mulher; e
- Filipinas – Comissão Nacional sobre o Papel da Mulher Filipina.

Na África do Sul, unidades responsáveis pela questão do género foram também estabelecidas em vários Ministérios, bem como uma Comissão independente sobre o género para monitorar o progresso da estrutura nacional do género. Ter a questão do género como um tema abrangente tem sido um elemento de sucesso para os programas nacionais do SIDA. No Uganda, o género tem sido um tema central da abordagem multissetorial da Comissão do SIDA. No Malawi, o Grupo de Trabalho sobre o Género das Nações Unidas emitiu uma Declaração Conjunta sobre Políticas do Género das Nações Unidas para apoiar o Programa Nacional de Políticas para o Alívio da Pobreza¹⁶⁴.

Reforma Legislativa

A reforma legislativa é uma componente chave das campanhas para melhorar o estatuto da mulher. Inquéritos Nacionais sobre o impacto das leis actuais sobre as mulheres foram realizados em países como o Quênia (um grupo de trabalho criado em 1993 e encabeçado pelo juiz Effie Ownor)¹⁶⁵ e o Malawi. Os direitos reprodutivos são explicitamente garantidos nas Constituições de alguns países,

como o Chile, o México e a África do Sul. No Sri Lanka, uma Carta das Mulheres aprovada pelo governo reconhece o direito das mulheres de controlar as suas vidas reprodutivas. A reforma legal na área da herança tem tido algum sucesso no Malawi, Tanzânia e Zâmbia. No Uganda, uma ONG chamada ACORD trabalha com a Associação das Mulheres Juristas do Uganda nas questões dos direitos de terra e herança, de modo que as mulheres possam ficar com a propriedade depois da morte, por SIDA, do seu esposo¹⁶⁶. Uma ONG chamada Women in the Law and Development in Africa está a traduzir tais leis e a formar assistentes jurídicos para ensinar às mulheres sobre os seus direitos¹⁶⁷. Na Índia, o Centro Asiático realiza um curso de formação sobre a contribuição da mulher no processo de desenvolvimento para a Organização de Pesquisa (ACORD) a fim de sensibilizar as pessoas que trabalham com organizações de base em áreas de baixo rendimento. A avaliação do projecto mostrou um aumento no conhecimento, confiança e auto-estima dos participantes, com o módulo sobre os direitos legais a ter o maior impacto na mudança de atitudes e percepções¹⁶⁸.

O Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) estima que haja 130 milhões de mulheres a viver com as consequências da mutilação genital feminina (MGF)¹⁶⁹. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, declarou que a mutilação genital feminina era uma violação dos direitos humanos e uma ameaça, para toda a vida, à saúde das mulheres. Para além do risco do uso de instrumentos não esterilizados, as cicatrizes da mutilação genital feminina aumentam a eficácia de transmissão do HIV através do aumento do trauma e rasgões durante o acto sexual e durante o parto. Alguns países, como a Costa de Marfim, responderam com uma proibição a esta prática. A campanha para eliminar a mutilação genital feminina, à qual estão sujeitas 2 milhões de raparigas por ano, tem sido levada a cabo, de forma adequada por algumas ONG:

- no Quênia, a organização das mulheres Maendeleo Ya Wanawake desenvolveu programas baseados na comunidade;
- No Uganda, o programa Reprodução, Educação e Saúde Comunitária demonstrou que algumas práticas podem mudar sem comprometer valores¹⁷⁰;
- Em 1995 a Associação Ganesa para o Bem-Estar das Mulheres obteve sucessos na sua campanha para criminalizar a mutilação genital feminina e continua a realizar educação comunitária para acabar com essas práticas;
- Na Nigéria, um grupo de trabalho multisectorial incluindo representantes de ONG, os Ministérios da Saúde e da Justiça e agências internacionais concebeu uma política nacional e um plano de acção para acabar com a mutilação genital feminina¹⁷¹.

A aplicação da lei é uma questão tão importante quanto a sua aprovação. Muitos países estão a tentar reduzir a violência doméstica através de campanhas de educação pública (por exemplo, o Brasil), legislação (por exemplo, Bolívia, Costa Rica, Equador e Panamá) e estabelecimento de vínculos entre a polícia e ONG de mulheres (por exemplo, Nicarágua). Em alguns países (por exemplo, Índia) ofi-

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

ciais da polícia do sexo feminino trabalham em unidades de violência doméstica e abuso sexual para tornar essas unidades mais sensíveis e acessíveis às vítimas.

Cuidados de Saúde

A integração da prevenção do HIV/SIDA e do diagnóstico e tratamento de DTS no âmbito dos serviços de planeamento familiar e saúde reprodutiva é uma questão importante. Normas como recato em relação ao corpo e cuidados de saúde preferenciais para homens são barreiras ao acesso das mulheres aos serviços de saúde. DTS não diagnosticadas com consequentes inflamações e lesões genitais aumentam a eficácia da transmissão do HIV¹⁷². Um exemplo de uma boa prática de um serviço sensível ao género é a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM) que aborda os utentes com uma perspectiva holística de saúde e bem-estar globais¹⁷³. Duas clínicas idênticas operam na Bolívia. A clínica Casa de la Mujer (Casa da Mulher) oferece serviços de saúde reprodutiva, aconselhamento jurídico, cuidados psicológicos, educação, nutrição, saúde preventiva, cidadania e formação laboral. O Centro de Informacion y Desarrollo de la Mujer (Centro de Informação e Desenvolvimento da Mulher) (CIDEM)/clínica Kumar Warmi oferecem serviços integrados gratuitos e de baixo custo, tratando aspectos biológicos, jurídicos e aspectos psicológicos e socioculturais da saúde das mulheres¹⁷⁴.

Homens como parceiros

Tem havido um crescente reconhecimento de que para influenciar as relações de género, os homens devem também ser visados. O Programa Panos para o SIDA é de opinião de que os homens comandam a epidemia globalmente:

“...porque os homens têm mais parceiras sexuais do que as mulheres, porque os homens tendem a controlar a frequência e a forma das relações sexuais e porque as mulheres são mais fisiologicamente susceptíveis ao vírus, é o comportamento dos homens que determina o quão rápido e a quem o vírus se propaga... Esse comportamento não significa que os homens são “responsáveis” pela epidemia do SIDA. Os homens também estão em risco, uma vez que eles não podem transmitir o vírus a outros a menos que eles o contraíam primeiro”¹⁷⁵.

O enfoque da sétima Conferência Internacional da Sociedade das Mulheres contra o SIDA em África, realizada em Dakar, Senegal, em Dezembro de 1998 foi a intensificação da participação dos homens. A Declaração de Dakar apelou para o empenhamento e crescente diálogo entre homens e mulheres e instou os líderes políticos a “incansavelmente difundirem mensagens sobre a seriedade e urgência do problema do SIDA”. Em Jaipur, Índia, um projecto piloto envolvendo camionistas e suas esposas usou a abordagem do diálogo para a comunicação entre homens e mulheres – os seus resultados positivos facilitaram a expansão do projecto a outros locais¹⁷⁶. Um exemplo de um projecto inovador pode ser visto na Jamaica, onde uma aliança chamada Father’s Inc., foi criada para fazer face a

estereótipos negativos dos homens e fornecer aconselhamento a adolescentes acerca da paternidade, HIV/SIDA e DTS¹⁷⁷.

Crianças e jovens

Trabalhar em parceria com jovens é a melhor esperança para conter a epidemia. Para além de serem um recurso em que se pode confiar devido ao seu idealismo e energia, as ideias e valores dos jovens nem sempre estão estabelecidos e eles podem estar mais propensos a questionar e mudar as normas sociais e comportamentos do que os adultos¹⁷⁸. A sua vulnerabilidade é sublinhada pelo facto de que mais de metade das pessoas vivendo com o HIV/SIDA são infectadas antes de atingirem os 25 anos de idade. Os factores que aumentam a vulnerabilidade incluem a pobreza, violência, falta de habilidades e normas sociais prejudiciais tais como o machismo e início prematuro da vida sexual (quase sempre forçado, explorado e perigoso)¹⁷⁹. Os índices elevados de gravidez e doenças de transmissão sexual em adolescentes indicam níveis de existência de sexo não seguro. A vulnerabilidade é muito mais complexa do que casos óbvios e trágicos das crianças da rua, órfãos, dos quais o ONUSIDA estima virem a existir 40 milhões em 2010.

Em Fevereiro de 1999, a Campanha Mundial do SIDA com Crianças e Adolescentes, *Escuta, Aprende, Vive!* foi lançada pelo ONUSIDA e pelo presidente brasileiro, Fernando Henrique Cardoso. Ela assenta na campanha de 1997, *Crianças Vivendo num Mundo com SIDA* e na de 1998, *Força para a Mudança: Campanha do Dia Mundial do SIDA com Jovens*. Os parceiros nesta campanha incluem a Music Television International (MTV), a International Save The Children Alliance, a World Association of Girls Guides and Girls Scouts e a World Organization of The Scout Movement. Os sete principais elementos identificados numa estratégia global são:

- estabelecer/rever políticas nacionais para reduzir a vulnerabilidade e garantir os direitos humanos;
- promover a participação genuína dos jovens na expansão das respostas nacionais;
- apoiar grupos de jovens e seus pares a contribuírem para esta resposta;
- mobilizar os pais, os meios de comunicação, líderes religiosos e responsáveis pela tomada de decisões para influenciarem a opinião pública e as políticas;
- melhorar a qualidade de cobertura dos programas escolares que incluem o HIV/SIDA em contextos apropriados;
- expandir o acesso de serviços de saúde acolhedores e isentos de julgamentos para jovens; e
- assegurar os cuidados e apoio a órfãos e jovens vivendo com HIV/SIDA.

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Os jovens precisam de ser apetrechados com o conhecimento necessário, habilidades para a vida e serviços para adotarem um comportamento que os proteja. O diálogo aberto, incluindo o uso de técnicas modernas de *marketing*, é a característica chave para trabalhar com sucesso com os jovens.

Os programas incluem a Iniciativa Joga Seguro (*Play Safe*) do ONUSIDA/UNICEF que é liderada por Ronaldo, o jogador de futebol brasileiro. As escolas são o local mais importante para alcançar as crianças e os jovens. Em Kampala, no Uganda, a estação de rádio independente, Capital Rádio, oferece um fórum popular para os adolescentes discutirem abertamente sexo e HIV/SIDA com especialistas. O projecto de várias agências da CARICOM, Family Health and Life Education da América Latina oferece aulas integradas de saúde sexual, prevenção de drogas e educação sobre HIV/SIDA.

A educação de pares é uma estratégia de comunicação, particularmente para populações vulneráveis como os jovens. Os educadores de pares falam a mesma linguagem, partilham os mesmos valores e são eficientes para atingir os jovens. Em Lusaka, Zâmbia, 52 jovens foram formados como conselheiros de pares dentro das clínicas de cuidados primários de saúde, para fornecer serviços de apoio e servirem de ligação entre o pessoal de saúde e os jovens utentes. O programa aumentou o respeito mútuo entre adultos e jovens na comunidade e ajudou a quebrar o tabú nas discussões sobre sexo¹⁸⁰.

Boas práticas na protecção dos direitos humanos das crianças e redução da vulnerabilidade ao HIV foi demonstrado em vários projectos brasileiros. O Centro Brasileiro para os Direitos da Criança e Adolescentes, no Rio de Janeiro, opera numa área de elevada prevalência do HIV com crianças da rua. Ele fornece assistência básica em assuntos como obter uma certidão de nascimento – uma preocupação importante, porque a falta de certidão de nascimento cria dificuldades de ingresso nas escolas e tem um impacto negativo no emprego¹⁸¹. A Woman Life Collective no Brasil trabalha com sobreviventes de abuso sexual infantil no sentido de construir a auto-estima das raparigas e impedi-las de entrarem no trabalho sexual ou em *gangs* de rua. No Recife, casas seguras, como a Casa de Passagem, para raparigas, alivia-as das pressões das ruas e capacita-as a readquirirem sentimentos de segurança e controle das suas vidas¹⁸².

Colocar o HIV/SIDA na agenda dos fóruns ministeriais existentes é um meio prático de realçar os problemas. A primeira Conferência Mundial dos Ministros Responsáveis pelos Jovens, em Lisboa, Portugal, em Agosto de 1998, teve a participação de delegações de mais de 100 países.

Um impacto dramático foi feito na Austrália pelo National Inquiry into Homeless Children (Inquérito Nacional sobre Crianças sem Lar) levado a cabo pela Comissão dos Direitos Humanos e Igualdade de Oportunidades, em 1989. O inquérito realizou estudos, visitou instalações, realizou audições com testemunhas em muitas localidades e recebeu um grande número de sugestões. O inquérito foi capaz de convencer os governos de que os direitos humanos básicos estavam a ser negados a essas crianças e que uma resposta abrangente e urgente era neces-

sária. Uma das descobertas referia-se ao crescente risco de infecção do HIV porque muitas das crianças da rua estavam envolvidas na prostituição, sexo não seguro e uso de drogas injectáveis. Os governos aceitaram a maior parte das recomendações do inquérito depois de uma pressão contínua de muitas frentes, incluindo os órgãos de informação, grupos comunitários e ONG¹⁸³.

Minorias religiosas

Muitos grupos minoritários que são vulneráveis à infecção pelo HIV não possuem programas dirigidos. Os factores que influenciam a vulnerabilidade geralmente variam entre as populações minoritárias. Programas gerais podem não conseguir atingir as minorias por causa de barreiras de comunicação como a língua e normas sociais, o que pode levar as pessoas a pensarem que as mensagens de educação ou prevenção não são relevantes para elas.

Um estudo de caso de boa prática em relação a minorias religiosas, que também tem efeitos benéficos para mulheres e crianças é o projecto de Prevenção e Educação Familiar contra o SIDA através de Imãs que visa a população muçulmana do Uganda (16% do total de uma população de 20 milhões)¹⁸⁴. Em 1992, a Associação Médica Islâmica iniciou um projecto que é financiado por doadores internacionais¹⁸⁵, e formou e supervisionou mais de 8000 líderes religiosos e voluntários (número igual de mulheres e homens), atingindo mais de 100.000 famílias em 11 distritos. Os preservativos foram incluídos como um tópico dos *workshops* de formação no segundo ano do projecto, depois de um diálogo com os líderes acerca da necessidade de educação sobre o seu uso responsável. Receios de que a discussão sobre preservativos encorajaria relações sexuais extra-conjugais, que é contra a lei islâmica, foram acalmados¹⁸⁶.

Cada Imã (líder de uma mesquita) recebe uma bicicleta para si próprio e para a sua equipa de voluntários para facilitar as visitas, bem como os meios para iniciar uma actividade geradora de rendimentos para apoiar os participantes, como pequenos negócios de venda de comida. O maior impacto desta última actividade foi o potenciamento das mulheres, aumentando a sua auto-estima, independência financeira e encorajando-as a evitar comportamentos de alto risco. Isto facilita a tomada de importantes decisões para proteger a saúde das famílias, como, por exemplo, não procurando parceiros extra-conjugais para contribuir para o rendimento do lar e para a educação das crianças, maximizando assim as suas oportunidades de emprego e capacidade de compreender as mensagens sobre o HIV/SIDA.

Este projecto inovador ajuda os Imãs a incorporar informações precisas acerca do HIV/SIDA nos seus ensinamentos espirituais. As equipas de voluntários são capazes de fazer visitas domiciliárias individuais fornecendo educação, aconselhamento básico e motivação para mudança de comportamento. Certas práticas tradicionais têm o potencial de aumentar o risco de transmissão do HIV em certas circunstâncias, como a circuncisão masculina (por exemplo, instrumentos não esterilizados), ablução dos mortos (por exemplo, não usando luvas protectoras ao limpar os orifícios do corpo) e possivelmente a poligamia. Usan-

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

do membros de confiança da comunidade como modelos de comportamento permite que normas sociais sejam consideradas num contexto pessoal, como, por exemplo, a responsabilidade de não prejudicar os outros.

Um projecto associado existe nas escolas de madrassa (escolas informais de fim de semana ligadas à mesquita, onde se ensina a cultura e o comportamento islâmico). Foi concebido um currículo sobre SIDA adequado às idades para aulas de grupos de várias idades, no âmbito das quais 20.000 crianças muçulmanas foram educadas desde 1995.

Directriz 9: Mudar as atitudes discriminatórias através da educação, formação e meios de comunicação social

Os estados devem promover uma vasta e contínua distribuição de educação criativa, formação e programas de comunicação social explicitamente elaborados para mudança de atitudes de discriminação e estigmatização associada ao HIV/ SIDA para compreensão e aceitação.

Os programas de educação desenhados para mudar atitudes discriminatórias são um complemento essencial para a reforma da legislação anti-discriminatória. Reduzir o preconceito contra pessoas vivendo com o HIV/SIDA é importante e prático, uma vez que remove as barreiras a um diagnóstico atempado e ao tratamento.

Aproveitar o conhecimento existente é uma poderosa forma de mudar atitudes, como ficou demonstrado pelo vídeo da MTV

Staying Alive, que foi difundido mundialmente no Dia Mundial do SIDA, em 1998, e que visava jovens. Um outro exemplo efectivo foi o da falecida Princesa Diana de Gales, que, publicamente, teve contactos físicos com pessoas vivendo com o HIV/SIDA, abraçando, apertando a mão e beijando-as.

Projectos dirigidos

Foram realizados *workshops* para parlamentares nas Honduras, Quirguízia, Moçambique e Panamá para aumentar a consciência sobre as questões do HIV/SIDA e sensibilizar os políticos para questões dos direitos humanos. Esses *workshops* reconheceram o HIV/SIDA como uma questão interna bem como externa, e foram bem sucedidos na criação de um clima de não discriminação e abertura nos parlamentos. Na Zâmbia, o então presidente, S. Excia Kenneth Kaunda, deu a conhecer publicamente que o seu filho morrera de SIDA. Na In-

glaterra, um membro do parlamento falou da morte por SIDA do seu irmão. Em Outubro de 1996, um membro do Parlamento Japonês foi eleito na base da sua participação, como hemofílico, na guerra contra o governo e firmas farmacêuticas depois de ele infectar-se pelo HIV através de transfusão de sangue¹⁸⁷.

A área do judiciário também tem sido usada em alguns países – por exemplo, um *workshop* de dois dias sobre HIV/SIDA, Lei e Ética foi realizado pelo Colectivo de Advogados, na Índia, em Mumbai, em Janeiro de 1999¹⁸⁸. O objectivo era sensibilizar os juízes e criar consciência sobre questões do HIV/SIDA que possam emergir nos tribunais. Os tópicos cobertos incluíam: discriminação; grupos vulneráveis; saúde pública (testagem, aconselhamento e confidencialidade); sangue seguro; meios de comunicação social; e ética nas pesquisas. Os oradores chave incluíam juízes com interesse e conhecimento sobre questões do HIV/SIDA e direitos humanos, nomeadamente o Juiz Edwin Cameron, da África do Sul, e o Juiz Michael Kirby, da Austrália. Em 20 de Abril de 1999, o Juiz Cameron anunciou publicamente perante a comissão Sul Africana dos serviços judiciais que ele estava vivendo com o HIV.

Um projecto australiano visa trabalhadores de cuidados de saúde, revendo de forma sistemática assuntos institucionais e profissionais que podem estar ligados à discriminação (tal como o controle universal de infecções, consentimento informado e confidencialidade). Este projecto, em dois hospitais da cidade e dois hospitais rurais, retirou a ênfase da anti-discriminação, mas incorporou este objectivo em questões mais vastas como melhoria dos serviços prestados e integração de práticas recomendadas nas actividades institucionais de rotina, tornando-as, deste modo, mais sustentáveis. Os profissionais de cuidados de saúde envolveram-se na revisão, deste modo aumentando o seu cometimento e identificando problemas e soluções a um nível mais profundo do que teria sido alcançado usando pessoas de fora¹⁸⁹.

Campanhas genéricas nos meios de comunicação social

Campanhas genéricas de anti-discriminação que incluem HIV/SIDA como exemplos podem ser eficientes, como foi demonstrado em Espanha por uma campanha baseada no respeito generalizado pelas pessoas. O governo da Austrália durante os anos de 1992 e 1994 levou a cabo campanhas de educação pública chamada *o HIV não discrimina, as pessoas fazem-no e não julgues o que eu posso fazer pelo que tu pensas que eu não posso*. A primeira desafiava atitudes e estereótipos mostrando que era seguro ter contactos sociais diários com pessoas vivendo com o HIV/SIDA. Ela usava pessoas reais (com consentimento informado), em vez de actores, para dar testemunhos solidários de suas vidas, para mostrar que eles tinham relações normais com amigos, familiares, colegas de trabalho, vizinhos e parceiros. Nos casos em que as pessoas morressem após a primeira publicidade televisiva, as datas de nascimento e morte eram mostradas. A segunda campanha apoiava a *Disability Discrimination Act* (Lei da Discriminação por Deficiência) de 1992. A campanha foi precedida por um levantamento conceptual das causas subjacentes à discriminação, tendo-se descoberto que eram os medos associados ao contágio, uso de drogas, sexualidade e homofobia. Os trabalhadores

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

da saúde foram identificados como estabelecendo os parâmetros da compreensão da epidemia pela comunidade¹⁹⁰.

Outros projectos apoiaram essas campanhas de educação pública, visando minimizar a discriminação relacionada com o HIV. Um projecto informou as pessoas vivendo com HIV/SIDA acerca dos seus direitos através de *workshops*, aumento de habilidades de advocacia, educação de provedores de serviços acerca das necessidades das pessoas vivendo com HIV/SIDA e apoio às principais agências e comunidades (por exemplo, no local de trabalho e alojamentos públicos) na criação e desenvolvimento de um ambiente de apoio e panfletos sobre reforma, confidencialidade, direitos civis e planeamento dos bens. Houve um enfoque no desenvolvimento de pessoas vivendo com o HIV/SIDA como educadores. Foram criados gabinetes de conversa para dar uma face humana ao HIV/SIDA e aumentar a legitimidade e o impacto das mensagens anti-discriminatórias. Pessoas vivendo com o HIV/SIDA voluntárias estavam disponíveis para falar com grupos interessados, tais como escolas e outras instituições, estando, desta maneira, capazes de atacar os estereótipos. Os obstáculos identificados pelos projectos incluíam capacidade de ler e escrever, fluência na língua, etnicidade, classe, género, capacidade de se afirmar, outros factores conducentes à marginalização (como o uso de drogas), acesso e disponibilidade de serviços e isolamento rural¹⁹¹. Estas estratégias de amplo alcance revelaram a natureza complexa da discriminação e a falta de soluções simples para a resolver. Elas realçaram a necessidade de ter em conta os diversos factores pessoais e sociais que influenciam a experiência de ser HIV positivo, tais como a existência de outros factores estigmatizantes e a prioridade que a discriminação relacionada com o HIV tem na vida de uma pessoa quando comparada com outras questões, tais como emprego e alojamento¹⁹².

Quatro inquéritos quantitativos de seguimento foram levados a cabo para monitorar mudanças nos conhecimentos e atitudes sobre o HIV/SIDA. Eles constataram um decréscimo gradual nas atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com o HIV/SIDA e grupos vulneráveis, particularmente homossexuais, mas com uma excepção em relação aos utentes de drogas injectáveis¹⁹³. Um projecto complementar durante este período foi o desenvolvimento de um Guia para os meios de comunicação social sobre HIV/SIDA em 1995, o qual promove uma abordagem responsável e não sensacionalista, usando uma linguagem apropriada e não estigmatizante.

Directriz 10: Desenvolvimento dos Padrões do Sector Público e Privado e Mecanismos para a Implementação desses Padrões

Os estados devem assegurar que o governo e o sector privado desenvolvam códigos de conduta em relação às questões do HIV/SIDA que traduzam princípios dos direitos humanos em códigos de prática e responsabilidade profissional, acompanhados de mecanismos para implementar e fazer cumprir esses códigos.

A inovação é um tema chave no desenvolvimento de parcerias entre os sectores privado e público para responder eficazmente à epidemia¹⁹⁴. Uma área óbvia para a colaboração no desenvolvimento de códigos de conduta é a profissão médica, onde muito trabalho foi feito no mundo inteiro; por exemplo as Directrizes sobre HIV/SIDA do Conselho Médico e Dental da África do Sul e a Declaração sobre o SIDA da Associação Médica Britânica.

Uma outra área importante é a do emprego. Com vista a garantir os direitos a um local de trabalho seguro, saudável e não discriminatório, políticas nacionais sobre HIV/SIDA e emprego devem ser desenvolvidas por órgãos tripartidos, isto é, governos, empregadores e sindicatos. Um exemplo regional é o Código de Conduta sobre Emprego e HIV/SIDA da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC)¹⁹⁵. O principal princípio que sustenta o código é que o HIV/SIDA deve ser tratado como qualquer outra doença fatal comparável. Ele cobre questões como a discriminação, consentimento informado para o teste, confidencialidade, acesso aos benefícios, dispensa por doença, indemnização, resolução de disputas, queixas e procedimentos disciplinares. O código foi elaborado pelo Projecto SIDA e a Lei e pelo Consórcio sobre Direitos Legais e o SIDA, num processo que incluiu contribuições de sindicatos, empregadores e governos, numa campanha intensiva de *lobbies* e advocacia. Em Setembro de 1997, o Código foi formalmente aprovado pelos 15 chefes de governo dos países da SADC, que estão agora no processo de implementação nacional. Países como a Namíbia adoptaram o Código, à luz da sua Constituição¹⁹⁶. Ele também foi adoptado por um número de conselhos e companhias privadas, algumas das quais adaptaram-na ao seu próprio documento de política.

Exemplos a nível nacional existem em muitos países:

- A Câmara de Comércio e Indústria de Tóquio preparou um Manual para os seus membros. A Associação dos Empregadores da Indústria Automóvel adoptou as directrizes sobre educação sobre HIV/SIDA, privacidade e não discriminação em 1993. O Ministério de Trabalho japonês esboçou,

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

em 1995, directrizes que enfatizam a privacidade, confidencialidade e asseguram que ser HIV positivo não é uma causa para despedimento¹⁹⁷.

- Um pacote informativo sobre políticas sobre o SIDA no local de trabalho foi desenvolvido pela Confederação das Indústrias Indianas¹⁹⁸.
- A Coligação de Empresas da Tailândia para o SIDA, formada em 1994, produziu, entre outras actividades, um manual sobre HIV/SIDA no local de trabalho¹⁹⁹.

Uma outra área de possível colaboração são os meios de comunicação social. No Congresso dos Meios de Comunicação Social Africanos sobre HIV/SIDA e Saúde/Direitos Reprodutivos em 1998 foi elaborado um Código de Ética, o qual cobre questões como: a necessidade de compreensão de questões básicas do HIV/SIDA; privacidade; uso de terminologia correcta e não estigmatizante; ética e responsabilidade.

Directriz 11: Monitorização e cumprimento dos direitos humanos pelo Estado

Os estados devem assegurar mecanismos de monitorização e cumprimento para garantir direitos humanos relacionados com o HIV, incluindo os das pessoas que vivem com o HIV/SIDA, suas famílias e comunidades.

Os princípios relativos ao estabelecimento de instituições nacionais de direitos humanos foram determinados pela Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos, em Paris, em 1992. Estes Princípios reconhecem o papel de infraestruturas nacionais fortes e operando efectivamente na realização prática dos direitos humanos a nível de países. Existem cerca de 30 instituições desse tipo com variadas estruturas apropriadas à situação política, cultural e económica nacional, mas com objectivos e propósitos comuns em todo o mundo, incluindo a Austrália, Canadá, Malawi, Nova Zelândia, Filipinas, África de Sul, Sri Lanka, Reino Unido e EUA. Estas instituições estão melhor incorporadas na legislação, em vez de meras medidas administrativas. As funções comuns que elas realizam são:

- actividades de educação e de promoção;
- fornecimento de conselhos aos governos sobre questões dos direitos humanos;
- investigação, conciliação e/ou resolução/arbitragem de queixas individuais, normalmente acerca de discriminação baseada em fundamentos

enumerados, tais como deficiência, género e raça, contra agências públicas (algumas vezes privadas); e

- monitoração da subordinação da legislação doméstica aos tratados e normas internacionais dos direitos humanos.

Muita da legislação que cria instituições nacionais eficientes tem as seguintes características, baseadas nos Princípios de Paris²⁰⁰:

- independência em relação a outros órgãos de governo;
- jurisdição definida, como, por exemplo, estar baseada numa carta constitucional dos direitos ou instrumentos internacionais dos direitos humanos;
- acessibilidade – física (por exemplo, descentralizada) e visível, em termos de consciência da existência das instituições entre os potenciais utentes de grupos vulneráveis;
- cooperação com ONG e grupos comunitários, outras instituições nacionais e organizações intergovernamentais, como as Nações Unidas; e
- responsabilidade – obrigações de reportar directamente ao Parlamento com detalhes e frequência, questões a serem cobertas e procedimentos para submeter e examinar relatórios;

O ONUSIDA, o Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos e o PNUD iniciaram projectos de 2 anos no Uganda e na Índia para apoiar as instituições nacionais dos direitos humanos desses países a integrarem questões do HIV/SIDA. O resultado esperado é o aumento da conformidade, a nível nacional, com as obrigações dos tratados internacionais sobre direitos humanos e a construção de capacidades para reportar de forma precisa essa conformidade aos órgãos das Nações Unidas que monitoram o tratado.

A Comissão Ugandesa dos Direitos Humanos foi estabelecida em 1997, ao abrigo das secções 51-58 da Constituição de 1995. O Presidente da República, com a aprovação do Parlamento, aponta o presidente da comissão e outros três membros. A Comissão tem uma ampla jurisdição para tratar de qualquer questão de direitos humanos. Embora tenha poderes para investigar, em resposta a qualquer queixa e por sua própria iniciativa, a Comissão tem tido a tendência de investigar alegadas violações reportadas nos meios de comunicação social. Ela trabalha em colaboração com ONG em áreas tais como monitoração da conformidade com as obrigações dos direitos humanos internacionais e educação cívica. Ela também trabalha em colaboração com a Comissão Jurídica, a Sociedade Legal, sindicatos e outros grupos. O primeiro inquérito em violações sistemáticas dos direitos humanos em relação a crianças da rua já iniciou.

A Comissão Nacional dos Direitos Humanos da Índia foi estabelecida em 1993. Para além do presidente e outros quatro membros, há três membros *ex officio* – os presidentes das Comissões Nacionais para as Minorias, Castas e Tribos Catalogadas e Mulheres. O seu mandato inclui direitos cívicos, políticos, económicos, sociais e culturais. Ela pode também investigar queixas individuais ou fazê-lo

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

por sua própria iniciativa. Uma área importante de violação sistemática de direitos humanos que a Comissão tem tratado é a violência em custódia. Outras áreas significativas de trabalho incluem mulheres, crianças e pessoas com deficiências. A Comissão preside o Comité Internacional de Coordenação de Instituições Nacionais, que foi estabelecida na Conferência Mundial dos Direitos Humanos de 1993.

Um outro método para promover a observação dos direitos humanos a nível nacional tem sido a preparação pelos governos de Planos de Acção Nacional sobre Direitos Humanos que descrevem políticas correntes, analisam desafios futuros e propõem acções nacionais. Tais planos foram recomendados nas Conferências de Beijing e Viena e são promovidos pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos.

Directriz 12: Cooperação internacional

Os estados devem cooperar através de todos os programas e agências relevantes do sistema das Nações Unidas, incluindo o ONUSIDA, para partilharem conhecimentos e experiências relativas a questões dos direitos humanos relacionados com o HIV, e devem garantir mecanismos efectivos para proteger os direitos humanos no contexto do HIV/SIDA a nível internacional.

Os Grupos Temáticos das Nações Unidas sobre HIV/SIDA a nível de países oferecem uma estrutura que permite às agências coordenar em conjunto acções e apoios para programas nacionais do SIDA. Eles são responsáveis pela elaboração de políticas, advocacia, mobilização de recursos, fornecimento de apoio financeiro e técnico, recolha, análise e partilha de informação. As agências das Nações Unidas podem apoiar na obtenção do empenhamento, ao mais alto nível, dos governos nacionais, com vista a alcançar acção imediata e significativa. Em Moçambique, encontros de Grupos Temáticos das Nações Unidas com o Presidente e o Primeiro-Ministro levaram à inclusão do HIV/SIDA e questões de direitos humanos numa nova legislação laboral e acções de mitigação num novo planeamento de investimentos²⁰¹. Encontros regulares entre políticos e Grupos Temáticos das Nações Unidas noutros países também foram importantes, tais como encontros com o Vice-Primeiro Ministro na República Dominicana²⁰².

Uma sugestão inovadora foi feita, no interesse da globalização e partilha do fardo na comunidade internacional, no encontro do ONUSIDA e do Grupo de Trabalho da IPU, que apreciou um esboço deste Manual, em Fevereiro de 1999. Ela recomendou que os programas de assistência ao desenvolvimento devam fornecer

bolsas de estudo de curta duração para advogados para serem formados e sensibilizados para questões do HIV/SIDA e direitos humanos. Em 1995, o PNUD levou a cabo *workshops* de formação em Beijing (China), Nadi (Fiji) e Colombo (Sri Lanka) sobre Legislação sobre o HIV e Reforma Legislativa. Eles foram desenhados como exercícios de capacitação institucional que podiam ter um efeito catalizador a nível nacional²⁰³. O ONUSIDA e o Gabinete do Alto Comissariado para os Direitos Humanos já estão a trabalhar sobre a integração das questões do HIV/SIDA em projectos gerais de assistência técnica e formação em direitos humanos.

Mecanismos de monitoração da conformidade internacional

É bem reconhecido que existe uma necessidade de melhorar os mecanismos de monitoração dos direitos humanos a nível nacional e internacional. Agências das Nações Unidas, governos nacionais, ONG internacionais e nacionais, todos têm um papel a desempenhar nesta área. Os seis órgãos das Nações Unidas de monitoração do tratado estabelecido para monitorar a conformidade com os principais tratados dos direitos humanos precisam de ser melhor utilizados para garantir as respostas baseadas nos direitos apropriadas à epidemia, por parte dos estados signatários. No âmbito destes mecanismos de responsabilidade existentes, aos governos que são signatários dos tratados exige-se que submetam relatórios periódicos sobre o seu progresso na implementação dessas provisões. As ONG também podem submeter relatórios sombra em sessões especiais dos Comitês antes de eles dialogarem com o governo.

Um estudo destas Observações Finais de quatro Comitês (cobrindo direitos de mulheres, da criança, económicos, sociais e culturais, e direitos civis e políticos) revelou que o HIV/SIDA foi mencionado em 24% de um total de 211 relatórios produzidos entre 1993 e 1998. Desses, 43% consistiam em comentários, 22% de perguntas e 35% de recomendações. As recomendações mais comuns eram a necessidade de: reforçar ou adoptar programas de prevenção, isto é, informação, educação e serviços; adoptar medidas para pessoas vivendo com HIV/SIDA, principalmente para tratar da discriminação, ou, abordar o turismo sexual, envolver mulheres líderes políticas nas campanhas de informação e educação ou reunir dados sobre a incidência ou o seu impacto sobre populações vulneráveis²⁰⁴.

Já iniciou o trabalho para a melhoria da profundidade da análise das questões do HIV/SIDA pelos órgãos dos tratados.

- Em Dezembro de 1996 foi convocado um encontro em Glen Cove, Nova Iorque, em conjunto pelo FNUAP, Divisão das Nações Unidas para o Avanço das Mulheres e Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, para explorar abordagens da saúde das mulheres baseadas nos direitos humanos, com o foco em direitos reprodutivos e saúde sexual.
- O FNUAP e o ONUSIDA dirigiram-se ao encontro anual dos presidentes dos órgãos do tratado, em Genebra, em Setembro de 1997. O ONUSIDA encorajou os órgãos do tratado a aprofundarem a sua compreensão da relação entre direitos humanos e HIV/SIDA, a integrarem essas questões no seu trabalho, em particular no esboço de Directrizes para Relatórios,

III. DIRETRIZES INTERNACIONAIS ANOTADAS

Comentários Gerais e Recomendações e Conclusões Finais específicas do país. Foi oferecida cooperação e assistência técnica pelo ONUSIDA e ONG (com o ICASO, o Conselho Internacional de Organizações ao Serviço do SIDA, como ponto focal) para fornecer, aos órgãos do tratado, informação relacionada com o HIV, sobre situações nacionais e contribuições nos procedimentos de elaboração dos relatórios de volta.

- O ONUSIDA produziu um *Guia para os Mecanismos das Nações Unidas sobre Direitos Humanos* para organizações trabalhando com SIDA, PVHS e outras da área do HIV/SIDA e direitos humanos. O Guia do ONUSIDA é concebido para apoiar as organizações na compreensão dos trabalhos dos mecanismos das Nações Unidas para capacitá-las a participarem neles, documentando práticas e advogando por e com PVHS no respeitante aos direitos humanos.
- Em Outubro de 1998, o ONUSIDA coordenou o dia do tema geral para o Comité dos Direitos da Criança intitulado *Crianças Vivendo num Mundo com SIDA*.

Como os governos são os responsáveis dos Estados signatários pelo cumprimento com as normas internacionais dos direitos humanos a nível nacional, o papel dos mecanismos existentes de responsabilidade para monitorar o seu desempenho devem ser totalmente respeitados por eles. A melhoria da qualidade dos relatórios do país submetidos aos órgãos do tratado dos direitos humanos das Nações Unidas com respeito às questões do HIV/SIDA exige o esforço de pelo menos três sectores: o governo, que prepara o relatório; ONG nacionais e internacionais e os órgãos do tratado que o examinam. Todos estes órgãos devem também acompanhar a implementação das recomendações feitas em relação ao relatório.

O *Manual das Nações Unidas sobre Relatórios sobre Direitos Humanos*²⁰⁵ apoia os países fornecendo informação atempada e completa sobre medidas levadas a cabo para cumprir com as obrigações substantivas do tratado e facilita o cumprimento do processo de submissão dos relatórios. O Manual está baseado em experiências em cursos de formação regional dirigidos pelas Nações Unidas para funcionários nacionais responsáveis pela elaboração e submissão de relatórios periódicos aos órgãos do tratado. Ele reconhece que o relatório “está no centro da supervisão internacional da implementação doméstica das obrigações do tratado”.

O processo de submissão dos relatórios deve ser visto como uma oportunidade para um diálogo construtivo entre o Estado signatário e o grupo de especialistas internacionais independentes, mais do que um peso imposto com o propósito de minar a soberania nacional. O investimento em recursos para produzir um relatório de qualidade, que é parte de um contínuo processo de realização dos direitos humanos a nível nacional, pode apoiar a responsabilidade dos governos para com os seus cidadãos²⁰⁶. O ONUSIDA está empenhado em apoiar os países a abordar questões do HIV/SIDA nos seus relatórios, particularmente usando Grupos Temáticos apoiados por conselheiros do Programa do País e Equipas Técnicas Inter-países. O ONUSIDA planeia criar relatórios-modelo que abordem

adequadamente o HIV / SIDA num quadro de direitos humanos relacionados com as mulheres e crianças.

Mobilização de ONG

O ICASO desenvolveu um plano sobre Direitos Humanos, Igualdade Social e HIV / SIDA em Junho de 1998, a seguir a uma consulta inter-regional de Março de 1998. O Plano usa as Directrizes Internacionais como uma plataforma para o desenvolvimento de actividades e iniciativas de educação e advocacia. Várias regiões do ICASO já desenvolveram planos de trabalho específicos, mostrando como as questões dos direitos humanos serão incorporadas no seu trabalho. A maior dificuldade tem sido tentar melhorar os laços entre organizações do HIV / SIDA e ONG dos direitos humanos. Vários *workshops* e encontros na 12^a Conferência Mundial sobre o SIDA, em Genebra, em Junho-Julho de 1998, foram centrados nesta questão da melhoria dos laços entre as comunidades dos direitos humanos e do HIV / SIDA.

Líderes religiosos

A necessidade de reforçar os laços com os líderes religiosos numa resposta alargada ao HIV / SIDA tem sido um desafio que se deve perseguir, por várias razões. Muitas organizações religiosas têm estado envolvidas nas questões de tratamentos e cuidados desde os primeiros dias da pandemia. A profunda conexão que os religiosos têm com a comunidade também fez deles um grande recurso e apoio para actividades de educação e informação sobre o HIV / SIDA e direitos humanos. A oposição a materiais explícitos de educação sexual e a promoção de preservativos têm sido um potencial problema, que requer fóruns para o diálogo construtivo entre religiosos e grupos de saúde pública em muitos países²⁰⁷. O bem sucedido projecto dos imãs, levado a cabo nas comunidades islâmicas do Uganda, já foi descrito (p.103). Um outro projecto bem sucedido foi levado a cabo com a maioria das comunidades cristãs no Quênia pelo MAP International, uma ONG não lucrativa de ajuda e desenvolvimento, com financiamento do Projecto de Controle e Prevenção do SIDA (AIDSCAP)²⁰⁸.

Um significativo avanço foi a realização da primeira Conferência Internacional sobre Religião e SIDA em Dakar, Senegal, em 1997, que fez uma Declaração das Pessoas Vivendo com o HIV / SIDA. Um desenvolvimento recente nesta área foi a assinatura de um Memorando de Entendimento entre o ONUSIDA e a Caritas Internationalis (CI), uma das maiores redes de ONG do mundo. A Caritas Internationalis é uma confederação internacional católica de 146 membros com uma vasta rede de caridade envolvida na ajuda, desenvolvimento e trabalho social em 149 países e territórios. De acordo com o Memorando de Entendimento, ambas as partes acordaram em trabalhar em conjunto onde for possível para: promover a consciencialização sobre o HIV / SIDA; tratar de questões mais vastas do desenvolvimento realçadas pela pandemia e promover trabalho de advocacia²⁰⁹. A cooperação irá também apoiar com questões tais como acesso aos cuidados e desenvolvimento de políticas, bem como obtenção de informação precisa e abordar o impacto da epidemia, particularmente em membros vulneráveis da sociedade

IV. CONCLUSÃO

O objectivo deste Manual foi o de apoiar os legisladores a integrarem o HIV/SIDA e os direitos humanos nos seus mandatos parlamentares através do fornecimento de informação sobre os laços entre estas duas áreas de uma forma prática. Isto deve permitir a implementação da Resolução do IPU e das Directrizes Internacionais a nível nacional, onde as leis e os orçamentos são discutidos e elaborados. O papel do IPU nesta parceria com o ONUSIDA foi importante e irá continuar a ser na promoção do uso deste Manual.

Sem uma resposta baseada nos direitos o impacto da vulnerabilidade à infecção irá aumentar e a habilidade das comunidades responderem será dificultada.

Como sempre foi realçado pelo falecido Jonathan Mann, a protecção da maioria não infectada está inextricavelmente ligada ao apoio dos direitos das pessoas vivendo com HIV/SIDA.

O quadro dos direitos humanos existente contem normas obrigatórias e acordadas internacionalmente que são abrangentes e coerentes, bem como instituições para promover a responsabilidade. Ele fornece uma base poderosa e sólida para avaliar se as respostas têm sido efectivas na redução da vulnerabilidade de populações estigmatizadas e sem poder. Por exemplo, ele pode avaliar se esses grupos estão sendo atingidos por informação e educação para prevenção e o impacto naqueles já infectados ou afectados.

As questões controversas e complexas levantadas pelo HIV/SIDA podem ter diferentes relevâncias em países diversos. Os processos de consulta nacional e comunitária são necessários para alcançar um consenso viável, de modo a avaliar áreas prioritárias que requerem acção. Questões de saúde pública não devem ser obscurecidas pela moral.

Falta de cometimento político, rejeição e desinteresse pelas populações afectadas têm sido as características de respostas inadequadas à epidemia em alguns países. Sem o envolvimento intensivo e a longo termo dos parlamentares, que podem fazer a diferença, a epidemia continuará a crescer sem diminuir. O número de pessoas infectadas com o HIV já excedeu 33 milhões – a questão é, quantas mais vidas serão necessárias para o SIDA ser tratada, urgentemente e eficientemente em respostas alargadas, pelos governos?

ANEXO A

Factos médicos

O SIDA é o último estágio da infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e menos comum, HIV-2). O vírus foi primeiramente isolado em 1983 e desde 1985 testes de HIV estão disponíveis. Estes geralmente testam anticorpos ao vírus, em vez do próprio vírus. O vírus não pode ser transmitido por contacto casual. O vírus é transmitido através de:

- Relação sexual;
- Uso de agulhas e seringas contaminadas, quer através de procedimentos médicos quer através do uso de drogas injectáveis;
- Amamentação de mãe para filho ou perinatal; e
- Transfusão de sangue ou produtos sanguíneos.

Pensa-se que os picos da infecção coincidem com períodos de alta carga viral, durante o estágio agudo inicial da infecção e o fim do período assintomático.

Em todo o mundo, a transmissão sexual é responsável por cerca de 75% dos casos, e três quartos delas são através de sexo heterossexual e um quarto através de sexo entre homens. O principal método para prevenir a transmissão do HIV durante sexo com penetração é o tradicional preservativo “masculino”, e o recentemente desenvolvido preservativo “feminino”. O trabalho continua para o desenvolvimento de um microbicida efectivo para administração vaginal ou rectal para diminuir o risco da transmissão do HIV e das DTS²¹⁰. É extremamente importante desenvolver métodos de prevenção que são controlados pelo parceiro sexual receptivo para ultrapassar barreiras de negociação de sexo seguro onde existe um desequilíbrio de poder. A presença de doenças sintomáticas de transmissão sexual não tratadas (por exemplo herpes e sífilis) é um significativo co-factor, já que se pensa que úlceras genitais aumentam o risco de transmissão por exposição. Estima-se que ocorreram 340 milhões de novos casos de infecção com DTS em todo o mundo em 1995, de acordo com estimativas da OMS²¹¹.

Depois da transmissão, que é acompanhada por uma ou duas semanas de sintomas parecidos com a gripe (o estágio primário ou agudo), há um “período de janela” de cerca de 6 a 12 semanas quando anticorpos ao vírus ainda não foram produzidos. A infecção do HIV é assintomática, em média, por 10 anos, embora este período possa ser tão curto como cinco ou sete anos em alguns países em desenvolvimento geralmente por causa do estado pobre da saúde e nutrição, bem como a falta de tratamento para infecções oportunistas como a tuberculose (que causa cerca de 30% de todas as mortes por SIDA)²¹². A doença depois destrói o sistema imunitário na maioria dos casos, deixando as pessoas vulneráveis à doenças oportunistas (tais como a pneumonia e cancros associados à

SIDA) que normalmente são fatais dentro de 6 a 24 meses, dependendo da disponibilidade de tratamento. Embora a terapia de combinação anti-retroviral²¹³ tenha tido resultados promissores em países industrializados, ela está longe de ser acessível na maior parte do mundo em desenvolvimento, actualmente²¹⁴.

Iniciativas recentes no desenvolvimento de uma vacina e acesso ao tratamento

A Resolução de Windhoek da IPU identificou as maiores preocupações com a demora no desenvolvimento de uma vacina, e a diferença do acesso ao tratamento entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esta secção descreve as recentes iniciativas tomadas pelo ONUSIDA e outras para começarem a abordar essas questões.

Desenvolvimento de uma vacina

Em países em desenvolvimento, onde 95% dos casos de HIV / SIDA ocorreram, o tratamento anti-retroviral é muito caro para ser largamente implementado, embora tenham sido feitos alguns melhoramentos no acesso (ver abaixo). O desenvolvimento de uma vacina para prevenir a aquisição do HIV ou a progressão da doença naqueles já infectados é o meio mais realista para deter a pandemia a longo prazo (com informação, educação, programas de prevenção e cuidados ao mesmo tempo continuando).

O desenvolvimento de uma vacina segura, eficaz e acessível é um dos cinco objectivos globais do ONUSIDA e várias das actividades dos programas estão dirigidas em direcção ao alcance deste objectivo urgente. O ONUSIDA defende um rápido desenvolvimento de vacinas apropriadas aos países em desenvolvimento e promove a sua avaliação clínica com os mais elevados padrões científicos e éticos. O ONUSIDA fornece conselhos científicos e éticos independentes e autorizados a países que pensam em levar a cabo experiências em humanos. Como parte do seu papel normativo, o ONUSIDA desenvolveu recentemente um processo de consulta alargada e procura de consensos, durante 9 meses, envolvendo 200 pessoas de 30 países, directrizes éticas para a condução dessas experiências o que complementa a CIOMS²¹⁵ de 1993 e as Directrizes Éticas Internacionais da OMS para pesquisa Biomédica envolvendo sujeitos humanos.

O Dr. Peter Piot, Director Executivo do ONUSIDA, disse que as directrizes anunciam uma nova era de cooperação e capacitação institucional entre países:

“Chegamos a uma nova era na qual o paternalismo e o desequilíbrio de recursos está sendo substituído pela capacitação na tomada de decisão e igualdade em parcerias entre patrocinadores e hospedeiros de pesquisas científicas”.

O ONUSIDA também apoia países em desenvolvimento seleccionados a alcançar a sua capacidade de levar a cabo actividades de pesquisa da vacina. Planos

nacionais da vacina contra o SIDA estão a ser implementados no Brasil, Tailândia e Uganda e outros países estão a iniciar o mesmo processo. Esses planos oferecem orientações sobre políticas, procedimentos e recomendações específicas para a pesquisa relacionada com a vacina. Para além disso, várias experiências com vacinas da Fase I/II que foram levadas a cabo nos EUA e na Europa, várias experiências da vacina do HIV de pequena escala (Fase I/II) foram também levadas a cabo no Brasil e na Tailândia, e iniciarão em breve no Uganda. A primeira experiência da eficácia em larga escala Fase III iniciou na Tailândia e espera-se que em breve inicie nos EUA. Todas estas actividades são feitas em estreita colaboração e parceria com as autoridades nacionais e cientistas de países desenvolvidos, órgãos internacionais de pesquisa do SIDA, a indústria farmacêutica e ONG como a International AIDS Vaccine Initiative (IAVI).

Na Conferência dos países do G8 em Denver houve um acordo de agir com urgência em resposta ao desafio feito pelo presidente dos EUA para desenvolver uma vacina dentro de uma década²¹⁶. Do mesmo modo, a Conferência de Birmingham dos países do G8 prometeu fazer esforços internacionais para reduzir a pandemia através do desenvolvimento de uma vacina, programas preventivos, terapia apropriada e apoio para o ONUSIDA. O IAVI lançou recentemente uma campanha para a criação de um Fundo Mundial para a Compra da Vacina do HIV e o Banco Mundial está a explorar actualmente diferentes potenciais modelos²¹⁷.

Iniciativas de acesso a medicamentos

O ONUSIDA lançou a fase piloto da Iniciativa de Acesso aos Medicamentos do HIV, em Novembro de 1997 em quatro países em desenvolvimento – Chile, Costa do Marfim, Uganda e Vietname. A distribuição nos dois primeiros países foi anunciada na 12ª Conferência Mundial do SIDA, em 30 de Junho de 1998, onde o tema da Conferência foi *Bridging The Gap* (Reduzir a Diferença). A iniciativa é um esforço de colaboração pública e privada onde os países piloto irão adaptar as suas estruturas de cuidados de saúde e sistemas de distribuição de medicamentos ao contexto do HIV para assegurar um uso e distribuição efectiva de medicamentos para tratamento e as companhias farmacêuticas e de diagnóstico que participam irão subsidiar a compra dos medicamentos. Embora o programa piloto esteja limitado a dois anos, avaliações em curso irão monitorar a sua eficácia, a melhoria da distribuição geral dos cuidados de saúde, o crescente número de pessoas recebendo medicamentos e o impacto sobre a doença do HIV/SIDA e índices de mortes. Uma vez obtida informação acerca das formas de atacar os obstáculos, para assegurar uma distribuição efectiva de medicamentos relacionados com o HIV/SIDA nos países em desenvolvimento, os países estarão numa melhor posição de mobilizar recursos para o tratamento. A intenção é que a experiência colectiva forneça a base para um plano de acção para alargar o acesso de medicamentos relacionados com o HIV no mundo em desenvolvimento.

Em 1997, 550.000 bebés adquiriram a infecção do HIV quer por via perinatal, quer através da amamentação. A taxa de transmissão é de cerca de 25% mas a experiência clínica ACTG 076 de 1994 descobriu que, onde foi administrada zidovudina às mulheres HIV-positivas em países em desenvolvimento, o risco

de transmissão caiu para cerca de 8%²¹⁸. Este regime é caro porque requer vários meses de tratamento para a mãe e o bebé, incluindo doses intravenosas durante o trabalho de parto. Em Fevereiro de 1998, os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) anunciou que uma pequena dose oral de zidovudine dada no fim da gravidez e durante o parto reduziu a taxa da transmissão do HIV a bebés de mães infectadas em metade e o seu uso é seguro no mundo em desenvolvimento. O estudo foi levado a cabo na Tailândia desde 1996 e foi um dos dois estudos da CDC em prevenção pré-natal do HIV. O outro estudo, em Abidjan (Costa do Marfim), continua, mas a vertente de controle já não é necessária e a todas as mulheres em estudo é oferecido o regime de pequenas doses de zidovudina.

Na 12^a Conferência Internacional do SIDA, o ONUSIDA e dois dos seus patrocinadores, o UNICEF e a OMS, anunciaram o seu apoio a projectos pilotos para reduzir a transmissão de mãe para filho em 11 países de baixo rendimento em África, Ásia e América Latina, onde as mulheres têm elevadas taxas de infecção. A iniciativa terá por objectivo fornecer aconselhamento e testagem confidencial e voluntária para mulheres grávidas, medicamentos antiretrovirais para aquelas que tomarem conhecimento de que estão infectadas, melhores cuidados ao dar à luz, aconselhamento acerca de opções e fornecimento de métodos seguros para alimentação de bebés. Ela também fornecerá apoio para mães HIV - positivas que decidam não amamentar, o que pode resultar em estigmatização (porque a visibilidade de tal acto em países em desenvolvimento, leva a que se façam deduções acerca do estado HIV da mãe). A Glaxo Wellcome dará o primeiro fornecimento de zidovudine aos projectos piloto que procurarão apoiar aproximadamente 30.000 mulheres HIV-infectadas em cerca de 30 locais diferentes ao longo dos próximos 12-18 meses. A medida que a iniciativa se for alargando, a companhia oferecerá preços preferenciais a agências parceiras das Nações Unidas e outras para uso em países em desenvolvimento²¹⁹.

ANEXO B

Resolução unanimemente adoptada pela 99ª Conferência da União Inter-Parlamentar (Windhoek, 10 de Abril de 1998)

ACÇÃO PARA COMBATER O HIV/SIDA EM VISTA DO SEU IMPACTO HUMANO, ECONÓMICO E SOCIAL DEVASTADOR

**União Inter-Parlamentar
Place du petit-saconnex
1211 GENEBRA 19, SUÍÇA**

A 99ª Conferência Inter-Parlamentar,

Recordando as resoluções anteriores da União Inter-parlamentar relativas ao HIV / SIDA, particularmente a da 87ª Conferência (Yaoundé, Abril de 1992),

Preocupada com a velocidade com que se espalha a epidemia do HIV / SIDA em todo o mundo, particularmente entre mulheres e crianças,

Notando a crescente consciencialização da seriedade do SIDA como uma doença para a qual qualquer um pode estar exposto, independentemente da sua origem étnica, grupo etário, situação geográfica e nível de bem-estar social ou económico,

Enfatizando o impacto nefasto do SIDA na sociedade, economias e desenvolvimento, que põe em risco o crescimento económico mundial e ameaça a estabilidade política e social,

Reconhecendo que o equilíbrio dos direitos e responsabilidades de um amplo aspecto de pessoas é uma formidável mas necessária tarefa legislativa dos parlamentos,

Consciente que as mulheres e crianças, bem como grupos que são desfavorecidos social e economicamente ou em termos da lei, e os que não têm estatuto legal, estão menos consciencializados e, por isso, mais vulneráveis aos riscos da infecção pelo HIV / SIDA porque eles podem ser impedidos do acesso completo à educação, cuidados de saúde, serviços sociais e outros meios de prevenção e controle e, reconhecendo que eles sofrem desproporcionalmente das consequências económicas e sociais da epidemia do HIV / SIDA,

Convencida que tanto as autoridades como a sociedade como um todo não devem poupar esforços para prevenir e conter a alastramento do HIV/SIDA e reduzir o impacto desta pandemia em respeito aos direitos humanos e liberdades civis,

Profundamente preocupada pelo cada vez crescente fosso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento em termos de possibilidades, testagem, identificação, monitoração, tratamento e assegurar a integração social de pessoas com SIDA, que é o mais sério, uma vez que a grande maioria dos afectados vive em países em desenvolvimento,

Recordando aos Estados os compromissos que eles tomaram para promover e encorajar o respeito pelos direitos humanos em instrumentos tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Carta das Nações Unidas, a Convenção Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, a Convenção contra a Tortura e outras Formas Cruéis, Desumanas ou Degradantes de Tratamento ou Punição e a Convenção sobre os Direitos da Criança, bem como as convenções da Organização Internacional do Trabalho, a Declaração de Viena e o Programa de Acção, a Declaração de Beijing, resoluções 1994/24 e 1997/52 do Conselho Económico e Social das Nações Unidas, o Programa de Acção de Cairo, a Declaração da Cimeira de Paris de 1 de Dezembro de 1994, a Declaração Conjunta dos Ministros do Desenvolvimento do G7 de 1 de Dezembro de 1997 e a Resolução da Organização Inter-Parlamentar da ASEAN (AIPO) sobre a Manutenção da Saúde e Prevenção do Alastramento do HIV/SIDA adoptada na 18ª Assembleia Geral da AIPO em Bali, Indonésia, em Setembro de 1997,

Reconhecendo que o HIV/SIDA se alastra para além das fronteiras e deve ser combatido através da acção conjunta pela comunidade internacional e organizações internacionais, especialmente o ONUSIDA e os seus co-patrocinadores (UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS e Banco Mundial),

Reafirmando os princípios estabelecidos na Estratégia Mundial do SIDA adoptada pela OMS e aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, cujos principais objectivos são os seguintes:

- a) prevenir a infecção pelo HIV;
- b) reduzir os efeitos da infecção nos indivíduos e na sociedade;
- c) mobilizar e combinar esforços nacionais e internacionais para combater o SIDA.

Convencida da necessidade de agir numa escala global para assegurar que, apesar dos orçamentos públicos exíguos, nenhum esforço é poupado para reduzir o número de novos casos de HIV/SIDA,

ANEXOS

Recordando que a legislação adoptada sobre direitos e obrigações de pessoas é um dos primeiros deveres dos parlamentos,

1. *Insta* os parlamentares a avaliarem de forma apropriada o crescente impacto da epidemia do HIV/SIDA no desenvolvimento económico mundial e sobre a estabilidade social e política, e a tomarem consciência do resultado, violações diárias dos direitos inalienáveis das pessoas;
2. *Insta* os governos e ONG a adoptarem uma política de prevenção do SIDA a longo termo, atempada, coerente e integrada com programas de informação pública e educação que são especificamente desenhados para as necessidades dos vários grupos visados e que tome em conta sensibilidades culturais e religiosas, fornecendo assim informação, acessível universalmente, acerca das várias rotas de transmissão do HIV e destacar formas de evitar, ou pelo menos reduzir o risco de infecção;
3. *Apela* para os países mais ricos, de acordo com o princípio da solidariedade internacional, a ajudar os países menos desenvolvidos, a suportar de forma apropriada despesas adicionais, a oferecer assistência financeira e técnica e apoio social;
4. *Também apela* aos governos, organizações científicas e à indústria farmacêutica a cooperar no financiamento e reforço da pesquisa da vacina do SIDA, e convida a indústria farmacêutica em particular, a investir massivamente nessa pesquisa;
5. *Apela* para negociações entre países ricos e pobres para encontrarem formas de capacitarem todas as pessoas vivendo com o HIV/SIDA a beneficiarem dos melhores tratamentos possíveis à luz do actual conhecimento médico;
6. *Apela* aos países desenvolvidos, bem como às organizações internacionais e instituições financeiras, a destinar parte da sua assistência ao desenvolvimento para apoiar programas nacionais do SIDA no mundo em desenvolvimento;
7. *Insta* os governos a garantirem a protecção dos direitos humanos pondo em prática as directrizes adoptadas pela Segunda Consulta Internacional sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos (Setembro de 1996). Especial atenção deve ser prestada ao seguinte:
 - a) revisão e reforma das leis de saúde pública existentes de modo a assegurar que elas cubram as questões levantadas pelo HIV/SIDA e que estejam de acordo com as obrigações e direitos humanos internacionais (protecção da privacidade, confidencialidade, liberdade e segurança da pessoa) e que as disposições aplicáveis a outras doenças transmissíveis não sejam aplicadas de forma incorrecta;
 - b) revisão e reforma da legislação penal e sistemas prisionais de modo a assegurar que eles cumpram com as obrigações internacionais para a protecção dos direitos humanos, especialmente no que diz respeito ao HIV/SIDA;

- c) adoção de legislação que assegure que os direitos humanos das pessoas infectadas pelo HIV/SIDA sejam respeitados, banindo todas as formas de discriminação contra elas e estabelecendo o seu direito à educação, trabalho, alojamento e serviços sociais;
 - d) garantia do respeito pela privacidade, confidencialidade e ética na pesquisa científica em seres humanos (consentimento informado, educação e respeito pelas pessoas);
 - e) garantia de que as instituições públicas e o sector privado estabelecem regras concernentes ao HIV/SIDA que traduzam os princípios dos direitos humanos em códigos de responsabilidade e práticas profissionais e introduzam mecanismos de monitoração para garantir que eles sejam aplicados correctamente.
8. *Apela* aos parlamentares para encorajar o envolvimento de todos os sectores da sociedade promovendo a cooperação multi-sectorial e entre agências, incluindo parceiros entre o sector público e privado como um meio efectivo para responder à pandemia;
 9. *Insta* os parlamentares a intensificarem as suas funções legislativas, orçamentais e de supervisão em todas as áreas de actividades relevantes para o controle e prevenção do HIV/SIDA;
 10. *Requer* ao ONUSIDA que, em cooperação com o secretariado da IPU, consulte os parlamentares membros do IPU para finalizar o esboço do Manual sobre HIV/SIDA, legislação e direitos humanos e distribuí-lo como uma ferramenta de referência para o estabelecimento de padrões legais, como os progressos a serem reportados na próxima Conferência da IPU em Moscovo;
 11. *Insta* os legisladores a garantir que o HIV/SIDA seja abordado todas as vezes através de uma abordagem de parceria que envolva o mais amplo número possível de pessoas interessadas, incluindo pessoas a viver com SIDA, bem como a comunidade, nos processos de tomada de decisão e que garanta a partilha e disseminação de toda a informação relevante sobre políticas e questões sociais e médicas;
 12. *Apela* aos governos para bloquearem possíveis rotas de transmissão dentro dos serviços de saúde, utilizando apenas sangue e produtos sanguíneos que tenham a garantia de estar livres da infecção, utilizando agulhas hipodérmicas descartáveis e garantindo o estrito cumprimento de todas as outras regras de higiene, incluindo o estabelecimento de programas de troca de agulhas e seringas e instar os países desenvolvidos a fornecer apoio material e técnico aos países em desenvolvimento;
 13. *Apela* para o estabelecimento, em parlamentos membros da IPU, de grupos parlamentares não-partidários sobre o HIV/SIDA para assegurar o corrente diálogo, *briefings* e debates, bem como actividades de formação com vista a aprofundar a compreensão da pandemia e a promover um consenso sobre políticas nacionais do SIDA.

ANEXO C

Directrizes Internacionais sobre o HIV/SIDA e Direitos Humanos

(A) Responsabilidades e Processos Institucionais

Directriz 1: Estrutura nacional

Os Estados devem estabelecer uma estrutura nacional eficaz para a sua resposta ao HIV/SIDA, que assegure uma abordagem coordenada, participativa, transparente e responsável, integrando a política e as responsabilidades do programa respeitante ao HIV/SIDA em todos os ramos do Governo.

Dependendo das instituições existentes, o nível da epidemia e culturas institucionais, bem como a necessidade de evitar a sobreposição de responsabilidades, as seguintes respostas devem ser consideradas:

(a) Formação de um comité interministerial para assegurar o desenvolvimento integrado e alto nível de coordenação do plano de acção nacional em cada ministério e monitorar e implementar outras estratégias do HIV/SIDA, como a ordem abaixo indica. Em sistemas federais, um comité intergovernamental deve ser estabelecido com representação provincial/estatal, bem como nacional. Cada ministério deve assegurar que o HIV/SIDA e direitos humanos estão integrados em todos os seus planos e actividades relevantes, incluindo:

- educação
- lei e justiça, incluindo polícia e serviços correcionais
- ciência e pesquisa
- emprego e serviços públicos
- bem-estar, segurança social e habitação
- imigração, populações indígenas, negócios estrangeiros e desenvolvimento da cooperação

- saúde
 - tesouro e finanças
 - defesa, incluindo forças armadas.
- (b) Garantia da existência de um fórum informado e contínuo para briefings, discussão de políticas e reforma legislativa para aprofundar a compreensão da epidemia, no qual todos os pontos de vista políticos possam participar a níveis nacionais e subnacionais, por exemplo, estabelecendo comités parlamentares ou legislativos com representações dos grandes e pequenos partidos políticos.
- (c) Formação ou reforço de órgãos consultivos para aconselhar o governo sobre questões legais e éticas, tal como um sub-comité jurídico e ético do comité interministerial. A representação deve consistir de profissionais (saúde pública, legal e educacional, científico, social e biomédico), grupos religiosos e comunitários, organizações empregadoras e de trabalhadores, ONGs e ASOs, pessoas nomeadas/especialistas e pessoas vivendo com o HIV/SIDA.
- (d) Sensibilização do ramo judicial do governo, em formas consistentes com a independência judicial, sobre questões legais, éticas e direitos humanos relacionados com o HIV/SIDA, incluindo através de educação jurídica e o desenvolvimento de materiais jurídicos.
- (e) A contínua interacção dos ramos do governo com os Grupos Temáticos sobre HIV/SIDA das Nações Unidas e outros actores internacionais e bilaterais interessados, para assegurar que as respostas governamentais à epidemia do HIV/SIDA continuem a fazer o melhor uso da assistência disponibilizada pela comunidade internacional. Essa interacção deve, entre outros, reforçar a cooperação e assistência para áreas relacionadas com o HIV/SIDA e direitos humanos.

Directriz 2: Apoiar a parceria comunitária

Os Estados devem assegurar, por meio de apoio político e financeiro, que a consulta à comunidade ocorra em todas as fases da formulação de políticas, implementação e avaliação do programa de HIV/SIDA, e devem assegurar que as organizações comunitárias sejam capazes de levar a cabo eficazmente as suas actividades, incluindo nos campos ético, legal e de direitos humanos.

- (a) A representação comunitária deve compreender representantes de PVHS, CBO, ASO, ONG dos direitos humanos e de grupos vulneráveis. Mecanismos formais e informais devem ser estabelecidos para facilitar o diálogo contínuo com e contribuições desses representantes comunitários nas políticas e nos programas governamentais relacionados com HIV. Isto pode ser estabelecido através de relatórios regulares dos representantes comunitários aos vários ramos governamentais, parlamentares e judiciais descritos na Directriz 1, *workshops* conjuntos com representantes comunitários sobre políticas, planificação e avaliação das respostas do Estado e através de mecanismos para receber pedidos escritos da comunidade.
- (b) Deve ser alocado financiamento governamental suficiente de modo a apoiar, sustentar e aumentar as organizações comunitárias em áreas de apoio central, capacitação e implementação de actividades, incluindo em áreas relacionadas com HIV, ética, direitos humanos e justiça. Tais actividades devem envolver seminários de formação, *workshops*, criação de redes, desenvolvimento de materiais educacionais e de promoção, aconselhar utentes sobre os seus direitos humanos e legais, encaminhar utentes para órgãos relevantes onde reclamar, reconhecer dados sobre questões dos direitos humanos e advocacia de direitos humanos.

(B) Revisão e Reforma da Legislação e Serviços de Apoio

Directriz 3: Legislação de Saúde Pública

Os Estados devem fazer a revisão e a reforma da legislação de saúde pública para assegurar que as questões levantadas pelo HIV/SIDA sejam abordadas de forma adequada, que as disposições aplicáveis a doenças casualmente transmitidas não sejam aplicadas de maneira imprópria ao HIV/SIDA e que essa legislação seja coerente com as obrigações internacionais de direitos humanos.

A legislação da saúde pública deve conter as seguintes componentes:

- (a) A legislação de saúde pública deve financiar e capacitar as autoridades públicas de saúde para fornecer uma gama abrangente de serviços para a prevenção e tratamento do HIV/SIDA, incluindo informação e educação relevantes, acesso ao teste voluntário e aconselhamento. Serviços de saúde reprodutiva e sexual e DTS para homens e mulheres, preservativos e medicamentos para tratamento, serviços e materiais de infecção limpos, bem como tratamento adequado para doenças relacionadas com o HIV/SIDA, incluindo profilaxia para dores.
- (b) Para além dos testes para vigilância e outros testes não relacionados para fins epidemiológicos, a legislação de saúde pública deve assegurar que a testagem de pessoas ao HIV deve apenas ser feita com o consentimento informado específico dessa pessoa. Excepções ao teste voluntário precisarão de autorização judicial específica, fornecida apenas depois da devida avaliação das importantes considerações à privacidade e liberdade envolvidas.
- (c) Em vista da natureza séria do teste de HIV e com vista a maximizar a prevenção e cuidados, a legislação de saúde pública deve assegurar, sempre que possível, que o aconselhamento pré e pós-teste seja fornecido em todos os casos. Com a introdução de testes domésticos, os Estados devem assegurar o controle de qualidade, maximizar os serviços de aconselhamento e de referência para aqueles que usam esses testes e estabelecer serviços legais e de apoio para aqueles que são vítimas do uso indevido desses testes por outras pessoas.
- (d) A legislação de saúde pública deve assegurar que as pessoas não são sujeitas a medidas coercivas, tais como isolamento, detenção ou quarentena na base

ANEXOS

- do seu estado em relação ao HIV. Onde a liberdade de pessoas vivendo com o HIV é restringida devido ao seu comportamento ilegal, os devidos processos de protecção (por exemplo, aviso, direitos de revisão/apelo, períodos fixados em vez de indeterminados das ordens e direitos de representação) devem ser garantidos.
- (e) A legislação de saúde pública deve assegurar que os casos de HIV e SIDA reportados às autoridades públicas de saúde para fins epidemiológicos são sujeitos a regras restritas de protecção e confidencialidade de dados.
- (f) A legislação de saúde pública deve assegurar que a informação relacionada com o estado em relação ao HIV de uma pessoa é protegida de colecta, uso ou exposição não autorizada em locais de cuidados de saúde e outros, e que o uso de informação relacionada com o HIV requer consentimento informado.
- (g) A legislação de saúde pública deve autorizar, mas não exigir, que os profissionais de cuidados de saúde decidam, em face de cada caso individual e de considerações éticas, informem sobre o estado em relação ao HIV dos seus pacientes aos seus parceiros sexuais. Tal decisão deve apenas ser tomada de acordo com os seguintes critérios:
- a pessoa HIV positiva em questão foi largamente aconselhada,
 - o aconselhamento da pessoa HIV - positiva não alcançou as mudanças de comportamento apropriadas,
 - a pessoa HIV positiva recusou-se a notificar ou a consentir a notificação do seu(s) ou da sua(s) parceira(s),
 - existe um risco real de transmissão do HIV ao seu parceiro(s),
 - à pessoa HIV positiva é avisada com antecedência razoável,
 - a identidade da pessoa HIV positiva é ocultada ao(s) parceiro(s), se isso for possível,
 - é fornecido acompanhamento para assegurar apoio aos envolvidos, quando necessário.
- (h) a legislação de saúde pública deve assegurar que a provisão de sangue / tecidos / órgãos está livre do HIV e outros agentes patogénicos de origem sanguínea.
- (i) a lei de saúde pública deve exigir que os trabalhadores de cuidados de saúde recebam uma formação mínima de ética e / ou direitos humanos com vista a serem autorizados a praticar, e deve encorajar as associações profissionais dos trabalhadores de cuidados de saúde a desenvolverem e porem em prática códigos de conduta baseados em direitos humanos e ética, incluindo questões relacionadas com o HIV, tais como a confidencialidade e o dever de providenciar tratamento.

Directriz 4: Leis criminais e sistemas correcionais

Os Estados devem fazer a revisão e a reforma das leis criminais e dos sistemas correcionais para assegurarem que eles sejam consistentes com as obrigações internacionais de direitos humanos e não sejam usados indevidamente no contexto do HIV/SIDA ou dirigidos contra grupos vulneráveis.

- (a) A legislação de saúde pública e/ou criminal não deve incluir crimes específicos contra a transmissão deliberada ou intencional do HIV, pelo contrário, deve aplicar crimes gerais a esses casos excepcionais. Essa aplicação deve assegurar que os elementos de previsibilidade, intenção, casualidade e consentimento estão claramente e legalmente estabelecidos para apoiar o veredicto de culpa e/ou penas pesadas.
- (b) A lei criminal que proíbe actos sexuais secretos (incluindo adultério, sodomia, fornicação e encontros sexuais comerciais) entre adultos com consentimento, deve ser revista, com o objectivo de a repelir. De modo nenhum, se deve permitir que ela impeça a provisão de serviços de prevenção e cuidados do HIV/SIDA.
- (c) Em relação ao trabalho sexual de adultos que não envolve vitimização, a legislação criminal deve ser revista com o objectivo de descriminalizar e depois legalmente regular a saúde ocupacional e condições de segurança para proteger trabalhadoras do sexo e seus clientes, incluindo apoio para sexo seguro durante o trabalho do sexo. A legislação criminal não deve impedir a provisão de serviços de prevenção e cuidados do HIV/SIDA para as trabalhadoras do sexo e seus clientes. A legislação criminal deve assegurar que crianças e adultos profissionais do sexo que tenham sido traficados ou de outra forma forçados a serem trabalhadores do sexo sejam protegidos de trabalhar na indústria do sexo e que não sejam condenados por essa participação, mas que pelo contrário, sejam retirados do trabalho do sexo e assistidos por serviços de apoio médico e psicossocial, incluindo os relacionados com o HIV.
- (d) A legislação criminal não deve ser um impedimento a medidas tomadas pelos Estados para reduzir o risco da transmissão do HIV entre utentes de drogas injectáveis. A legislação criminal deve ser revista de modo a considerar:
 - A autorização ou legalização e promoção de programas de troca de agulhas e seringas;
 - A rejeição de leis que criminalizam a posse, distribuição e dispensa de agulhas e seringas.

- (e) As autoridades prisionais devem tomar todas as medidas necessárias, incluindo pessoal adequado, vigilância eficiente e medidas disciplinares apropriadas para proteger os prisioneiros de violação, violência sexual e coerção. As autoridades prisionais devem também fornecer aos prisioneiros (e pessoal da prisão conforme seja apropriado) acesso à informação e prevenção relacionada com o HIV, educação, testes voluntários e aconselhamento, meios de prevenção (preservativos, desinfectantes e equipamento de injeção limpo), tratamento e cuidados e participação voluntária em experiências clínicas relacionadas com o HIV, como deve também assegurar confidencialidade e deve proibir testes obrigatórios, segregação e recusa de acesso às instalações prisionais, privilégios e programas de publicações para prisioneiros HIV positivos. A libertação antecipada, por compaixão, de prisioneiros vivendo com o SIDA deve ser tomada em consideração.

Directriz 5: Leis protectoras e antidiscriminatórias

Os Estados devem promulgar ou fortalecer leis antidiscriminatórias e outras leis que protejam grupos vulneráveis, pessoas vivendo com HIV/SIDA e pessoas portadoras de deficiência contra a discriminação, tanto nos sectores público como privado, que assegurem a privacidade, a confidencialidade e a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizem a educação e a conciliação e proporcionem soluções civis e administrativas eficazes e rápidas.

- (a) Leis gerais antidiscriminatórias devem ser aprovadas ou revistas de modo a cobrirem pessoas vivendo com a infecção assintomática do HIV, pessoas vivendo com o SIDA e as meramente suspeitas de estarem infectadas pelo HIV ou SIDA. Tais leis devem também proteger grupos tornados mais vulneráveis pelo HIV/SIDA devido à discriminação que enfrentam. Leis para os deficientes devem também ser aprovadas ou revistas, de modo a incluírem HIV/SIDA na sua definição de deficiência. Tal legislação deve incluir o seguinte:
- As áreas cobertas devem ser as mais amplas possíveis, incluindo cuidados de saúde, segurança social, benefícios de bem-estar, emprego, educação, desporto, acomodação, clubes, sindicatos, órgãos de qualificação, acesso ao transporte e outros serviços;
 - Discriminação directa e indirecta deve ser coberta, como devem casos onde o HIV/SIDA é apenas uma das várias razões para um acto discriminatório, e a proibição do ultraje por causa do HIV/SIDA deve também ser considerada.

- Procedimentos legais e/ou administrativos eficazes, independentes e rápidos para a procura de compensação, contendo tais características como prioritárias para casos em que o queixoso é um doente terminal, poderes de investigação para abordar casos sistemáticos de discriminação em políticas e procedimentos, habilidade de trazer casos sob pseudónimo e representar queixosos, incluindo a possibilidade de organizações de interesse público trazerem casos em nome de pessoas vivendo com o HIV/SIDA;
 - Excepções para a reforma e seguro de vida devem apenas relacionar-se com dados actuariais de modo que o HIV/SIDA não seja tratado de modo diferente de outras condições médicas análogas.
- (b) Leis tradicionais e costumeiras que afectam o estatuto e tratamento de vários grupos da sociedade devem ser revistas à luz de leis antidiscriminatórias. Se necessário, elas devem ser reformadas para promover e proteger os direitos humanos, de modo que estejam disponíveis recursos legais, se essas leis forem mal usadas, e sejam levadas a cabo campanhas de informação, educação e mobilização da comunidade para mudar essas leis e as atitudes a elas associadas.
- (c) Leis gerais de confidencialidade e privacidade devem ser aprovadas. Informação relacionada com HIV sobre indivíduos devem ser incluídas nas definições de dados pessoais ou médicos sujeitos à protecção e devem proibir o uso não autorizado e/ou publicação de informação relacionada com HIV sobre indivíduos. A legislação sobre a privacidade deve permitir a um indivíduo ver o seu próprio ficheiro e exigir correcções para assegurar que tal informação é correcta, relevante, completa e actualizada. Uma agência independente deve ser estabelecida para compensar quebras de confidencialidade. Devem estabelecer-se disposições legais para associações profissionais para disciplinar casos de quebra de confidencialidade quando profissionais têm uma conduta imprópria do ponto de vista dos códigos de conduta discutidos abaixo. A invasão sem motivos da privacidade por órgãos de informação deve também ser incluída como uma componente dos códigos profissionais que orientam os jornalistas. As pessoas vivendo com o HIV/SIDA devem ser autorizadas a exigir que a sua identidade e privacidade sejam protegidas em procedimentos legais nos quais informações sobre esses assuntos seja levantada.
- (d) Leis, regulamentações e acordos colectivos devem ser aprovados ou alcançados de modo a garantir os seguintes direitos nos locais de trabalho:
- uma política nacional sobre o HIV/SIDA e o local de trabalho acordada por um órgão tripartido
 - liberdade de não ser testado para o HIV para fins de emprego, promoção, formação ou benefícios
 - confidencialidade em relação a todas as informações médicas, incluindo o estado HIV/SIDA

ANEXOS

- segurança no emprego para trabalhadores vivendo com HIV até não serem capazes de trabalhar, incluindo alternativas de trabalho razoáveis
 - práticas de segurança definidas para primeiros socorros e kits de primeiros socorros adequadamente equipados
 - protecção para a segurança social e outros benefícios para trabalhadores vivendo com HIV, incluindo seguro de vida, pensão, seguro de saúde, benefícios por morte e aposentação
 - cuidados de saúde adequados e acessíveis dentro ou perto do local de trabalho
 - fornecimento adequado de preservativos disponibilizados gratuitamente para trabalhadores no local de trabalho
 - participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão em questões relacionadas com HIV/SIDA no local de trabalho
 - acesso a programas de educação e informação sobre HIV/SIDA, bem como aconselhamento e referência adequada
 - protecção contra a estigmatização e discriminação por colegas, sindicatos, empregadores e clientes
 - inclusão apropriada na legislação de indemnização aos trabalhadores por transmissão ocupacional do HIV (por ex. feridas feitas por seringas), abordando esses assuntos como o período latente da infecção, testes, aconselhamento e confidencialidade
- (e) Devem ser aprovadas ou reforçadas leis protectoras que determinem a protecção legal e ética da participação humana em pesquisas, incluindo pesquisa relacionada com HIV, em relação a:
- selecção não discriminatória de participantes, por ex. mulheres, crianças e minorias
 - consentimento informado
 - confidencialidade de informação pessoal
 - acesso equitativo à informação e benefícios resultantes da pesquisa
 - aconselhamento, protecção contra a discriminação, serviços de apoio e de saúde fornecidos durante e depois da participação
 - o estabelecimento de comités locais e/ou nacionais de revisão ética para assegurar a revisão ética independente e contínua, com participação de membros do projecto de pesquisa da comunidade afectada
 - aprovação do uso seguro e eficaz de produtos farmacêuticos, vacinas e instrumentos médicos.
- (f) Leis protectoras e antidiscriminatórias devem ser aprovadas para reduzir a violação de direitos humanos contra mulheres no contexto do HIV/SIDA de modo a reduzir a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV e do impac-

to do HIV/SIDA. Em particular, as leis devem ser revistas e reformadas para assegurarem igualdade da mulher em relação à propriedade e relações maritais e acesso ao emprego e oportunidades económicas de modo a que as limitações discriminatórias sejam removidas no concernente a direitos de possuir e herdar propriedade, entrar em contratos e casamento, obter crédito e financiamentos, iniciar a separação ou divórcio, divisão equitativa de fundos durante o divórcio ou separação e retenção da custódia dos filhos. Devem também ser aprovadas leis para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, incluindo o direito de acesso independente à informação e serviços de saúde reprodutiva e DTS e meios de controle da natalidade, incluindo aborto legal e seguro e a liberdade de escolher entre estes, o direito de determinar o número e espaçamento das crianças, o direito de exigir práticas sexuais seguras e o direito à protecção legal contra a violência sexual, fora ou dentro do casamento, incluindo disposições legais para a violação dentro do casamento. A idade para a permissão de relações sexuais e casamento deve ser idêntica para homens e mulheres e o direito das mulheres e raparigas recusarem casamento ou relações sexuais deve ser protegido por lei. O estatuto HIV de um pai ou de uma criança não deve ser tratado de forma diferente de qualquer outra condição médica análoga ao se tomarem decisões relativas à custódia, alimentação ou adopção.

- (g) Leis protectoras e antidiscriminatórias devem ser aprovadas para reduzir a violação dos direitos humanos contra a criança no contexto do HIV/SIDA, de modo a reduzir a vulnerabilidade das crianças à infecção pelo HIV e ao impacto do HIV/SIDA. Essas leis devem garantir o acesso das crianças à informação relacionada com o HIV, educação e meios de prevenção dentro e fora da escola, o controle do acesso das crianças ao teste voluntário com consentimento das crianças ou pelos pais ou guardiões nomeados, quando apropriado, deve-se proteger a criança contra testes obrigatórios, particularmente quando é órfã de HIV/SIDA e garantir outros tipos de protecção no contexto da orfandade, incluindo herança e/ou apoio. Essa legislação deve também proteger as crianças contra o abuso sexual, garantir a sua reabilitação quando abusadas e assegurar que sejam consideradas vítimas de um comportamento errado e não as sujeitar a penas. Protecção no contexto da legislação para deficientes deve também ser assegurada para as crianças.
- (h) Devem ser aprovadas leis protectoras e antidiscriminatórias para reduzir a violação de direitos contra homens que têm sexo com outros homens, incluindo no contexto do HIV/SIDA, com vista a, entre outros, reduzir a vulnerabilidade dos homens que têm sexo com homens à infecção pelo HIV e ao impacto do HIV/SIDA. Essas medidas devem incluir penas por ultraje de pessoas que se empenham em relações do mesmo sexo, dando reconhecimento legal a casamentos de pessoas do mesmo sexo regulando esses relacionamentos e garantir que essas relações tenham disposições legais consistentes relativas à propriedade, divórcio e herança. A idade permitida para relações sexuais e casamento deve ser idêntica para relacionamentos heterossexuais e homossexuais. Práticas legais e políticas relacionadas com as-

saltos contra homens que têm sexo com homens devem ser revistas de modo a assegurar que protecção legal adequada é dada nessas situações.

- (i) Leis e regulamentações que estabeleçam restrições ao movimento ou associação de membros de grupos vulneráveis no contexto do HIV/SIDA devem ser retiradas tanto na lei (descriminalização) e cumprimento da lei.
- (j) Legislação sobre saúde pública, criminal e antidiscriminatória deve proibir testes obrigatórios a grupos visados, incluindo grupos vulneráveis.

Directriz 6:

Regulamentação de bens, serviços e informação

Os Estados devem aprovar legislação que permita a regulamentação de bens, serviços e informação relacionados com o HIV de modo a assegurar uma ampla disponibilidade de medidas e serviços de prevenção de qualidade, informação de prevenção e cuidados adequados para o HIV e medicação segura e eficaz a um preço acessível.

- (a) Devem ser aprovadas leis e/ou regulamentação para permitir a implementação de uma política de difusão e provisão de informação acerca do HIV/SIDA através de órgãos de informação de massas. Esta informação deve ser dirigida ao público em geral, bem como a vários grupos vulneráveis que podem ter dificuldades de aceder a essa informação. A informação sobre o HIV/SIDA deve ser eficaz para a sua audiência prevista e não ser de forma imprópria sujeita à censura ou outros padrões de difusão.
- (b) Devem ser aprovadas leis e/ou regulamentação para assegurar a qualidade e disponibilidade dos testes do HIV e aconselhamento. Se forem permitidos *kits* de testes domiciliários e/ou rápidos do HIV no mercado, eles devem ser estritamente regulamentados para assegurar a qualidade e eficácia. As consequências da perda de informação epidemiológica, a falta de aconselhamento a acompanhar o teste e o risco de usos não autorizados, tais como para emprego ou imigração, deve também ser abordado. Serviços de apoio legal e social devem ser estabelecidos para proteger os indivíduos contra abusos derivados de tais testes.
- (c) O controlo legal da qualidade dos preservativos deve ser obrigatório e o cumprimento dos padrões internacionais do preservativo deve ser monitorado na prática. Restrições sobre a disponibilidade de medidas preventivas, tais

- como preservativos, desinfetantes, agulhas e seringas limpas devem ser abolidas, e o fornecimento através de máquinas de vendas em locais apropriados deve ser tomado em consideração, à luz do aumento do acesso e garantia de anonimato para os clientes neste método de distribuição.
- (d) Direitos, leis alfandegárias e impostos de valor acrescentado devem ser revistos de modo a maximizar o acesso à medicação eficiente e segura a um preço acessível.
 - (e) Devem ser aprovadas ou reforçadas leis de protecção ao consumidor ou outra legislação relevante para prevenir queixas fraudulentas em relação à segurança e eficácia dos medicamentos, vacinas e instrumentos médicos, incluindo os relacionados com o HIV/SIDA

Directriz 7: Serviços de assistência jurídica

Os estados devem implementar e apoiar serviços de apoio legal que irão educar as pessoas afectadas pelo HIV/SIDA acerca dos seus direitos, garantir serviços legais gratuitos que façam cumprir esses direitos, criar conhecimento especializado em questões legais sobre HIV/SIDA e utilizar meios de protecção, para além dos tribunais, tais como gabinetes dos Ministérios da Justiça, funcionários encarregues de investigar queixas individuais contra autoridades, unidades de denúncias e comissões de direitos humanos.

Os estados devem ter em conta as seguintes características ao estabelecerem tais serviços:

- (a) O apoio do estado a sistemas de apoio jurídico especializado em causas judiciais sobre o HIV/SIDA, possivelmente envolvendo centros comunitários de apoio jurídico e ou serviços jurídicos baseado em ASO;
- (b) Apoio ou influência do estado (por exemplo, redução de impostos para firmas de advogados do sector privado para fornecer serviços gratuitos e de caridade a PVHS em áreas como antidiscriminação e deficiência, direitos a cuidados de saúde (confidencialidade e consentimento informado), propriedade (testamentos, herança) e lei de emprego.

ANEXOS

- (c) Apoio do Estado a programas para educar, elevar a consciência e construir a auto-estima entre PVHS no que diz respeito aos seus direitos e/ou capacidades a redigirem e disseminarem as suas próprias cartas/declarações de direitos legais e humanos; apoio do Estado à produção e disseminação de brochuras sobre direitos legais relacionados com o HIV/SIDA, listas de recursos de pessoal, manuais, manuais práticos, textos de estudantes, modelos de currículos para cursos de direito e educação jurídica contínua e boletins informativos para encorajar a troca de informações e intercâmbios devem também fornecidos. Tais publicações devem relatar casos jurídicos, reformas legislativas, cumprimento nacional e sistemas de monitoração de abusos de direitos humanos;
- (d) Apoio do Estado para serviços jurídicos relativos ao HIV e protecção através de uma variedade de Gabinetes, tais como em Ministérios da Justiça, Procuradoria e outros gabinetes jurídicos, unidades de reclamações da Saúde, funcionários nomeados para investigar queixas individuais contra autoridades públicas e Comissões de direitos humanos.

(C) Promoção de um ambiente favorável e apoiante

Directriz 8:

Mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis

Os Estados devem, em colaboração com e através da comunidade, promover um ambiente favorável e de apoio para mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis, abordando os preconceitos e as desigualdades subjacentes através do diálogo com a comunidade, serviços sociais e de saúde especialmente concebidos e apoio a grupos comunitários.

- (a) Os Estados devem apoiar o estabelecimento e sustentabilidade de associações comunitárias que incluam membros de diferentes grupos vulneráveis para educação de pares, capacitação, mudança para comportamento positivo e apoio social.
- (b) Os Estados devem apoiar o desenvolvimento de serviços de educação para a prevenção e cuidados, informação relacionada com o HIV por e para comunidades vulneráveis e deve envolver activamente aquelas comunidades na concepção e implementação desses programas.
- (c) Os Estados devem apoiar o estabelecimento de fóruns nacionais e locais para examinar o impacto da epidemia do HIV / SIDA sobre mulheres. Eles devem ser multissetoriais e incluir governos, profissionais, religiosos e representação e liderança comunitária e examinar questões como:
 - o papel da mulher em casa e na vida pública
 - os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e do homem, incluindo a habilidade da mulher em negociar sexo seguro e fazer escolhas reprodutivas
 - estratégias para aumentar as oportunidades educacionais e económicas das mulheres
 - sensibilizar os fornecedores de serviços a melhorar os cuidados de saúde e serviço de apoio social para mulheres
 - o impacto das tradições religiosas e culturais sobre as mulheres.

ANEXOS

- (d) Os Estados devem implementar o Programa de Acção do Cairo, da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento e a Declaração de Beijing e a Plataforma de Acção da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres. Em particular, serviços básicos de saúde, programas e campanhas de informação devem conter uma perspectiva de género. Práticas tradicionais nocivas, incluindo violência contra as mulheres, abuso sexual, exploração, casamentos prematuros e mutilação genital feminina devem ser eliminadas. Medidas positivas, incluindo programas de educação formal e informal, oportunidades de trabalho alargadas e serviços de apoio devem ser estabelecidas.
- (e) Os Estados devem apoiar organizações de mulheres a incorporar na sua programação questões do HIV/SIDA e direitos humanos.
- (f) Os Estados devem assegurar que todas as mulheres e raparigas em idade de procriar tenham acesso à informação precisa e abrangente, aconselhamento acerca da prevenção da transmissão do HIV e o risco de transmissão vertical do HIV, bem como o acesso a recursos disponíveis para minimizar esse risco, ou continuar a gerar filhos se assim o desejarem.
- (g) Os Estados devem garantir o acesso das crianças e adolescentes à informação e educação adequada sobre saúde, incluindo informação relacionada com a prevenção e cuidados do HIV/SIDA, dentro e fora da escola, que seja apropriadamente preparada para o nível etário e capacidades, que as capacite a lidar positivamente e de forma responsável com a sua sexualidade. Essa informação deve ter em conta os direitos da criança ao acesso à informação, privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento informado e meios de prevenção bem como as responsabilidades, direitos e deveres dos pais. Esforços para educar as crianças sobre os seus direitos devem incluir os direitos das pessoas, incluindo crianças, vivendo com o HIV/SIDA.
- (h) Os Estados devem assegurar que as crianças e adolescentes tenham acesso adequado a serviços de saúde sexual e reprodutiva confidenciais, incluindo informação sobre HIV/SIDA, aconselhamento, testagem e medidas preventivas, tais como preservativos e serviços de apoio social quando infectados pelo HIV/SIDA. O fornecimento desses serviços para crianças/adolescentes deve reflectir o equilíbrio apropriado entre os direitos da criança/adolescente a ser envolvido na tomada de decisão de acordo com as suas capacidades desenvolvidas e os direitos e deveres dos pais/guardiões para o bem estar da criança.
- (i) Os Estados devem assegurar às agências de cuidados das crianças, incluindo as de adopção e as de cuidados para crianças adoptadas, formação em relação a questões relacionadas com o HIV em crianças, de modo a serem capazes de ter em conta as necessidades especiais de crianças afectadas pelo HIV e protegê-las contra testes obrigatórios, discriminação e abandono.

- (j) Os Estados devem apoiar a implementação de programas de prevenção e cuidados do HIV, especialmente concebidos e orientados para aqueles que têm menor acesso a programas alargados devido a língua, pobreza, marginalização legal, social ou física, como, por exemplo, minorias, imigrantes, povos indígenas, refugiados e pessoas deslocadas internamente, pessoas com deficiências, prisioneiros, trabalhadoras do sexo, homens que têm sexo com outros homens e utentes de drogas injectáveis.

Directriz 9: Mudar as atitudes discriminatórias através da educação, formação e meios de comunicação social

Os estados devem promover uma vasta e contínua distribuição de educação criativa, formação e programas de comunicação social explicitamente elaborados para mudança de atitudes de discriminação e estigmatização associada ao HIV/ SIDA para compreensão e aceitação.

- (a) Os Estados devem apoiar entidades apropriadas, tais como grupos de comunicação social, ONG e redes de PVHS, a delinear e distribuir uma programação para promover o respeito pelos direitos e dignidade de PVHS e membros de grupos vulneráveis, usando uma vasta gama de meios de comunicação social (filmes, teatro, televisão, rádio, imprensa, representações dramáticas, testemunhos pessoais, internet, fotografias, *posters* nos autocarros). Essa programação não deve assentar em estereótipos acerca desses grupos, mas, pelo contrário, desfazer mitos e suposições acerca deles, retratando-os como amigos, familiares, colegas, vizinhos e parceiros. Assegurar o reforço quanto ao conhecimento dos modos de transmissão do vírus e a segurança dos contactos sociais do dia a dia.
- (b) Os Estados devem encorajar as instituições nacionais (escolas primárias e secundárias, universidades e outros colégios técnicos e terciários, educação contínua e de adultos), bem como sindicatos e locais de trabalho a incluírem questões do HIV/SIDA e direitos humanos/não discriminação nos seus currículos, tais como relações humanas, estudos sociais e de cidadania, estudos jurídicos, cuidados de saúde, cumprimento da lei, vida familiar e/ou educação sexual e cursos de aconselhamento e bem-estar.
- (c) Os Estados devem apoiar a formação e *workshops* relacionados com o HIV, direitos humanos e ética para funcionários do governo, polícia, pessoal prisional, políticos, bem como líderes de aldeias, comunitários, religiosos e profissionais.

- (d) Os Estados devem encorajar os meios de comunicação social e empresas publicitárias a serem sensíveis a questões do HIV/SIDA e direitos humanos e a reduzir o sensacionalismo nas reportagens e o uso não apropriado de estereótipos, especialmente em relação a grupos vulneráveis e em desvantagem. Nessa formação deve-se incluir a produção de recursos úteis, tais como manuais contendo terminologia apropriada, para eliminar o uso de linguagem estigmatizante, e um código de conduta profissional para garantir respeito pela confidencialidade e privacidade.
- (e) Os Estados devem apoiar formação orientada, educação de pares e troca de informação para PVHS, pessoal e voluntários de CBO e organização de serviço do SIDA e OSS e líderes de grupos vulneráveis para elevar a sua consciência dos direitos humanos e os meios para os fazer cumprir. Inversamente, deve ser fornecida educação e formação sobre questões específicas do HIV e direitos humanos para aqueles que trabalham sobre outras questões dos direitos humanos.
- (f) Os Estados devem apoiar o uso de esforços alternativos, tais como programas de rádio, ou facilitar discussões de grupos para ultrapassar problemas de acesso para indivíduos que estão localizados em áreas remotas ou rurais, analfabetos, os sem abrigo ou marginalizados, sem acesso à televisão, filmes e vídeos e minorias étnico-linguísticas específicas.

Directriz 10:

Desenvolvimento dos Padrões do Sector Público e Privado e Mecanismos para a Implementação desses Padrões

Os estados devem assegurar que o governo e o sector privado desenvolvam códigos de conduta em relação às questões do HIV/SIDA que traduzam princípios dos direitos humanos em códigos de prática e responsabilidade profissional, acompanhados de mecanismos para implementar e fazer cumprir esses códigos.

- (a) Os Estados devem pedir ou encorajar grupos profissionais, particularmente profissionais de saúde e outros sectores de empresas privadas (por exemplo, justiça, seguros) a criarem e porem em prática os seus próprios códigos de conduta em relação às questões dos direitos humanos no contexto do HIV/SIDA. Questões relevantes deveriam incluir confidencialidade, consentimento informado ao teste, o dever de tratar, o dever de assegurar locais de trabalho

seguros, redução da vulnerabilidade e discriminação e soluções práticas para quebras / má conduta.

- (b) Os Estados devem exigir que as pastas governamentais individualmente para estabelecerem como os padrões relacionados com o HIV e direitos humanos são cumpridos nas suas próprias políticas e práticas, bem como na legislação e regulamentações formais, a todos os níveis de prestação de serviços. A coordenação desses padrões deve ocorrer na estrutura nacional descrita na Directriz 1 e estar publicamente disponível, depois do envolvimento de grupos comunitários e de profissionais nesse processo.
- (c) Os Estados devem criar ou promover mecanismos multisectoriais para garantir a responsabilidade. Isto envolve a participação equitativa de todos os interessados (i.e., agências governamentais, representantes de indústrias, associações profissionais, ONG, consumidores, fornecedores de serviços e seus utentes). O objectivo comum deve ser o aumento dos padrões de serviço, reforço dos laços e comunicação e assegurar o livre fluxo de informação.

Directriz 11:

Monitorização e cumprimento dos direitos humanos pelo Estado

Os estados devem assegurar mecanismos de monitorização e cumprimento para garantir direitos humanos relacionados com o HIV, incluindo os das pessoas que vivem com o HIV/SIDA, suas famílias e comunidades.

- (a) Os Estados devem recolher informação sobre direitos humanos e HIV/SIDA e, usando essa informação como uma base para desenvolvimento e reforma de programas e políticas, reportar sobre questões do HIV relacionadas com os direitos humanos aos órgãos relevantes dos tratados das Nações Unidas como parte das suas obrigações no âmbito dos tratados sobre direitos humanos.
- (b) Os Estados devem estabelecer pontos focais sobre o HIV/SIDA nos órgãos relevantes do governo, incluindo programas nacionais do SIDA, departamentos da polícia e serviços correcionais, a justiça, prestadores de serviços de saúde e sociais e as forças armadas para monitorar abusos dos direitos humanos relacionados com o HIV e facilitar o acesso aos órgãos do governo por parte de grupos vulneráveis e em desvantagem. Indicadores e marcadores de desempenho mostrando o cumprimento específico dos padrões dos direitos humanos devem ser criados para políticas e programas relevantes.

- (c) Os Estados devem fornecer recursos e apoio político, humano e material às OSS e CBO organização de serviço do SIDA, capacitação no desenvolvimento de padrões dos direitos humanos e monitorização. Os Estados devem garantir apoio às ONG que trabalham na área de direitos humanos para capacitação e monitorização em padrões de direitos humanos relacionados com HIV.
- (d) Os Estados devem apoiar a criação de instituições nacionais independentes para a promoção e protecção dos direitos humanos, incluindo direitos relacionados com o HIV, tais como comissões dos direitos humanos e funcionários responsáveis por analisar queixas contra o estado, e/ou indicar funcionários para receber queixas sobre HIV/SIDA às agências independentes dos direitos humanos, órgãos judiciários nacionais e comissões de reforma da legislação.
- (e) Os Estados devem promover os direitos humanos relacionados com o HIV em fóruns internacionais e assegurar que eles são integrados nas políticas e programas de organizações internacionais, incluindo os órgãos dos direitos humanos das Nações Unidas, bem como em outras agências do sistema das Nações Unidas. Para além disso, os estados devem garantir, às organizações intergovernamentais, material e recursos humanos necessários para trabalhar com eficácia no terreno.

Directriz 12: Cooperação internacional

Os estados devem cooperar através de todos os programas e agências relevantes do sistema das Nações Unidas, incluindo o ONUSIDA, para partilharem conhecimentos e experiências relativas a questões dos direitos humanos relacionados com o HIV, e devem garantir mecanismos efectivos para proteger os direitos humanos no contexto do HIV/SIDA a nível internacional.

- (a) A Comissão dos Direitos Humanos deve tomar nota das presentes Directrizes e do relatório sobre a Segunda Consulta Internacional sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos e pedir aos Estados para cuidadosamente as tomarem em conta e implementá-las nas suas respostas ao HIV/SIDA e direitos humanos a nível nacional, subnacional e local.
- (b) A Comissão sobre os Direitos Humanos deve pedir aos órgãos do tratado dos direitos humanos, relatores especiais e representantes e seus grupos de

trabalho para tomarem em conta as Directrizes e incluir nas suas actividades e relatórios todas as questões levantadas pelas Directrizes que sejam relevantes para os seus mandatos.

- (c) A Comissão sobre os Direitos Humanos deve pedir ao ONUSIDA, seus copatrocinadores (UNICEF, FNUAP, UNDCP, UNESCO, OMS e Banco Mundial) e outros órgãos e agências relevantes das Nações Unidas a integrarem a promoção das Directrizes em todas as suas actividades.
- (d) A Comissão sobre os Direitos Humanos deve nomear um relator especial sobre direitos humanos e HIV/SIDA com o mandato, entre outros, de encorajar e monitorar a implementação das Directrizes por parte dos Estados, bem como a sua promoção pelo sistema das Nações Unidas, incluindo órgãos dos direitos humanos, quando praticável.
- (e) A Comissão sobre os Direitos Humanos deve encorajar o Alto Comissariado das Nações Unidas/Centro dos Direitos Humanos a assegurar que as Directrizes sejam disseminadas por todo o seu Escritório e o Centro e que sejam incorporadas em todas as suas actividades e programas de direitos humanos, particularmente aqueles que envolvem cooperação técnica, monitorização e apoio aos órgãos de direitos humanos.
- (f) Os Estados, no quadro das suas obrigações de enviar relatórios periódicos aos órgãos de monitorização do tratado das Nações Unidas e sob convenções regionais, devem enviar relatórios sobre a implementação das Directrizes e outras preocupações relevantes relacionadas com o HIV e direitos humanos, ao abrigo dos vários tratados.
- (g) Os Estados devem assegurar, a nível do país, que a sua cooperação com os Grupos Temáticos das Nações Unidas sobre HIV/SIDA inclua a promoção e implementação das Directrizes, incluindo a mobilização de apoio político e financeiro suficiente para essa implementação.
- (h) Os Estados devem trabalhar em colaboração com o ONUSIDA, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e organizações não-governamentais e outras que trabalham no campo dos direitos humanos e HIV/SIDA para:
 - apoiar a tradução das Directrizes em línguas nacionais ou de minorias.
 - criar um mecanismo amplo e acessível para a comunicação e coordenação para partilha de informação sobre as Directrizes e direitos humanos relacionados com o HIV.
 - apoiar o desenvolvimento de uma Lista de Consulta sobre declarações/tratados internacionais, bem como declarações políticas e relatórios sobre HIV/SIDA e direitos humanos, para reforçar o apoio para a implementação das Directrizes.

ANEXOS

- apoiar projectos de educação multicultural e de advocacia sobre HIV/SIDA e direitos humanos, incluindo educar grupos de direitos humanos sobre HIV/SIDA e educar organizações que trabalham com HIV/SIDA e grupos vulneráveis sobre questões dos direitos humanos no contexto do HIV/SIDA, usando as Directrizes como uma ferramenta educacional.
 - apoiar a criação de um mecanismo para permitir às organizações sobre direitos humanos existentes e organizações do HIV/SIDA a trabalharem estrategicamente juntas para promover e proteger os direitos humanos de pessoas vivendo com o HIV/SIDA e dos vulneráveis à infecção, através da implementação das Directrizes.
 - apoiar a criação de um mecanismo para monitorar e publicitar abusos de direitos humanos no contexto do HIV/SIDA.
 - apoiar o desenvolvimento de um mecanismo para mobilizar respostas de base para direitos humanos relacionados com o HIV e implementação das Directrizes, incluindo programas de troca e formação entre diferentes comunidades, tanto dentro como fora das regiões.
 - defender que os líderes religiosos e tradicionais se preocupem com os direitos humanos relacionados com o HIV e se tornem parte da implementação das Directrizes.
 - apoiar o desenvolvimento de um manual que ajudará as organizações de direitos humanos e que trabalham com o SIDA a defenderem a implementação das Directrizes.
 - apoiar a identificar e financiar ONG e organização de serviço do SIDA a nível do país para coordenar uma resposta nacional das ONG para a promoção das Directrizes.
 - apoiar, através de assistência técnica e financeira, iniciativas de redes de ONG nacionais e regionais sobre ética, legislação e direitos humanos para capacitá-las a disseminar as Directrizes e a defender a sua implementação.
- (i) Os Estados, através de mecanismos regionais de direitos humanos, devem promover a disseminação e implementação das Directrizes e a sua integração no trabalho desses órgãos.

ANEXO D

Sobre o ONUSIDA

O ONUSIDA é um programa conjunto sobre HIV/SIDA co-patrocinado por sete agências das Nações Unidas – UNICEF, PNUD, FNUAP, UNDCP, UNESCO, OMS e Banco Mundial. As suas operações iniciaram em Janeiro de 1996. O ONUSIDA é fundado sob o conceito de uma resposta alargada ao HIV/SIDA na qual as agências e outros actores relevantes podem contribuir com a sua especialidade e tratar daquelas questões que são relevantes para o seu mandato. O Plano Estratégico 1996-2000 afirma:

“Pensou-se que um programa conjunto que junta organizações das Nações Unidas com mandatos e especialidades complementares era justificado pela urgência e magnitude da epidemia, as suas complexas raízes sócio-económicas e culturais, a rejeição e complacência à volta do HIV e as suas rotas de transmissão e a discriminação e violações de direitos humanos enfrentadas pelos infectados ou ameaçados pelo HIV. O HIV/SIDA tende a espalhar-se ao longo das linhas de falhas pré-existentes na sociedade catalisadas por factores sociais e estruturais como a pobreza, desordem, discriminação e o estatuto de subordinação da mulher”.

Os direitos humanos são um tema básico para o ONUSIDA, e o Plano de Trabalho de 1998-99 identifica a área dos direitos humanos, ética e legislação como uma parte integrante do Programa. Uma resposta ao HIV/SIDA baseada nos direitos humanos, salvaguarda a dignidade humana e permite às comunidades e indivíduos responderem eficazmente ao HIV/SIDA, fornecendo um quadro legal e ético para facilitar o acesso equitativo aos programas de prevenção e cuidados.

Mais de um terço do pessoal do ONUSIDA está colocado em países seleccionados com 38 Consultores Nacionais do Programa e 14 Consultores Técnicos Inter-países trabalhando nos Grupos Temáticos sobre HIV/SIDA das Nações Unidas. Estes estão estabelecidos a nível de país pelo Coordenador Residente, normalmente do PNUD, e incluem representantes dos governos nacionais, bem como de co-patrocinadores do ONUSIDA. Os Grupos Temáticos das Nações Unidas são mecanismos de coordenação que permitem aos países fazer o melhor uso do apoio do sistema das Nações Unidas aos seus Programas nacionais do HIV/SIDA.

É tarefa do ONUSIDA coordenar, reforçar e apoiar actividades das Nações Unidas orientadas para a prevenção da transmissão do HIV, fornecendo cuidados e apoio, reduzindo a vulnerabilidade de pessoas e comunidades ao HIV e aliviando o impacto da epidemia. Ele tem um papel catalisador na formação de parcerias com actores relevantes tais como a IPU.

ANEXOS

Apesar de o ONUSIDA não ter um papel directo na implementação, pode influenciar a elaboração de políticas, através de:

- o seu poder de congregar, que pode resultar no estabelecimento de padrões;
- o seu papel de advocacia a nível global e de país;
- a sua capacidade de oferecer conhecimento técnico para actores como governos. Um aspecto desta função é o desenvolvimento de materiais de boas práticas que identificam, desenvolvem e recolhem exemplos reais de princípios, estratégias, políticas e actividades que funcionam e que se reconhece serem tecnicamente, eticamente e estrategicamente sãs, sustentáveis e replicáveis.

O endereço do ONUSIDA é: <http://www.unaids.org>

ANEXO E

Sobre a União Inter-Parlamentar

A União Inter-Parlamentar (IPU) foi estabelecida em 1889 como organização mundial de parlamentares de estados soberanos, e foi o primeiro fórum permanente para negociações políticas multilaterais. Nos finais de 1999, 139 parlamentos nacionais eram membros, e cinco assembleias parlamentares internacionais eram membros associados. O financiamento para a IPU é fornecido pelos seus membros a partir dos fundos públicos, e o seu quartel general é em Genebra, Suíça.

A IPU junta representantes de parlamentos nacionais para o estudo de problemas políticos, económicos, sociais e culturais de relevância internacional. É o ponto focal para o diálogo parlamentar em todo o mundo e trabalha para a paz e cooperação entre povos e para o firme estabelecimento da democracia representativa. A IPU apoia os esforços das Nações Unidas, cujos objectivos são partilhar e trabalhar em estreita colaboração com e em respeito dos seus papéis complementares.

Em Julho de 1996, concluiu um Acordo de Cooperação com as Nações Unidas para reforçar as relações entre as duas organizações mundiais, que foi acolhido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Outubro de 1996.

A IPU fomenta contactos, coordenação e troca de experiências entre parlamentos e parlamentares de todos os países. Estuda questões de preocupação e interesse internacional e expressa os seus pontos de vista sobre tais questões de modo a produzir acções por parte de parlamentos e parlamentares. Contribui para a defesa dos direitos humanos – um factor essencial da democracia parlamentar e do desenvolvimento. Finalmente, ela contribui para um melhor conhecimento do trabalho das instituições representativas e no reforço e desenvolvimento dos seus meios de acção.

A Conferência Estatutária da IPU reúne-se duas vezes por ano em locais diferentes e é o principal órgão estatutário que expressa os pontos de vista da IPU. As delegações que participam nas conferências normalmente incluem membros do parlamento de todos os partidos. Os direitos de voto variam de acordo com o número da população do Estado e os votos podem ser repartidos para reflectir as diferentes opiniões dos membros da delegação. Quatro comités de estudos plenários apoiam a conferência nos seus trabalhos, um dos quais é o Comité sobre Educação, Ciência, Cultura e Ambiente. Este Manual foi redigido com o apoio desse comité.

Os membros submetem às suas respectivas assembleias e governos as recomendações adoptadas pela IPU nas suas conferências e promovem a sua implementação. Numerosas medidas de natureza legislativa, política ou técnica foram tomadas em todo o mundo, como resultado. Na 87ª Conferência da IPU,

ANEXOS

em Yaoundé, Camarões, foi adoptada uma resolução sobre a natureza da pandemia do SIDA e a sua ameaça para o crescimento económico mundial e estabilidade política e social, e a promoção de políticas para transformar o conhecimento científico em política pública e empenhamento social e político para reduzir os seus efeitos. Uma resolução de seguimento foi tomada na 99ª Conferência, em Windhoek, Namíbia, sobre acções para combater o HIV/SIDA, tendo em vista o seu impacto humano, económico e social devastador. Este Manual foi desenvolvido de acordo com esta resolução.

O endereço da IPU é: <http://www.ipu.org>

NOTAS DE RODAPÉ

- ¹ AIDS epidemic update, December 1998, UNAIDS and WHO.
- ² The Business Response to HIV/SIDA: Innovation and Partnership, UNAIDS and Prince of Wales Leaders Forum, Geneva and London, 1997, Section 1, p 9.
- ³ Speth JG, Human Rights and Sustainable Human Development, Management Development and Governance Division, Bureau for Development Policy, UNDP Policy Document, Novembro de 1997 e Governance for Sustainable Human Development: UNDP Policy Document, Janeiro de 1997.
- ⁴ Namibian Human Development Report: The Impact of HIV and AIDS in Namíbia, UNDP with UNAIDS Cosponsors, 1997, Capítulo 6.
- ⁵ O projecto de 30 anos que começou em 1998 envolve o uso de 2000 trabalhadores , geralmente solteiros não acompanhados a viverem em acampamentos e 400 a 600 camionistas – Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic, Um Documento de Pesquisa de Políticas do Banco Mundial,1998, Caixa 1.3.
- ⁶ WHO/UNAIDS/HLE/97.1.
- ⁷ De acordo com o ONUSIDA, boas práticas significa acumular e aplicar conhecimentos acerca do que funciona ou não nos programas e projectos de prevenção, cuidados e apoio ao SIDA em diversas situações e contextos. São as lições aprendidas, assim como o processo contínuo de aprendizagem, retorno, reflexão e análise de práticas, as quais são sólidas, éticas, eficazes, sensíveis e replicáveis. A recolha, produção, disseminação e promoção de tais dados permitem que sejam partilhados e sejam aprendidas lições, antes da adaptação a outros países e regiões.
- ⁸ Kimble M. A/g Assistant Secretary, Bureau of Oceans and International Environmental and Scientific Affairs, US State Department, discurso intitulado “Political Will in the Response to the AIDS Epidemic”, ao National Council on International Health, Washington DC, 25 de Junho de 1998.
- ⁹ Logan D. The Business Response to HIV/SIDA: Innovation and Partnership, UNAIDS and Prince of Wales Leaders´ Forum, Geneva and London, 1997.
- ¹⁰ The Action Brief ,UNAIDS, Dezembro de 1998
- ¹¹ UNAIDS, Expanding the global response to HIV/SIDA through focused action-Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways, Key Material, Best Practice Collection.
- ¹² Discurso de Abertura, Morgan State University, Baltimore, Maryland a 18 de Maio de 1998.
- ¹³ UNAIDS, The Action Brief, Fevereiro de 1999
- ¹⁴ Contacto pessoal com Rita Arauz, Fundacion Nimehuatzibn, 9 de Junho de 1998
- ¹⁵ O Projecto SHAKTI da CARE financiado pela DFID.
- ¹⁶ Em Março de 1996, um workshop patrocinado pelo ONUSIDA foi realizado em Nova Deli pelo Parliamentarians Forum for Human Development on AIDS: Approaches to Prevention-Comunicações e Actas editados por Dr. N. Heptulla. Uma Conferência Mundial, AIDS- Law and Humanity, foi realizada pelo Indian Law Institute em Dezembro de 1995, em Nova Deli, Índia, tendo sido aberta pelo Presidente e pelo Primeiro-Ministro, bem como vários Ministros.
- ¹⁷ Workshops sobre o SIDA foram organizados para 35 Parlamentares do Population and Social Development Committee, em Setembro de 1997 e Agosto de 1998, pelo National Centre for AIDS and STD Control financiado pelo ONUSIDA.

NOTAS DE RODAPÉ

- ¹⁸ A Comissão de Saúde realizou um Fórum Internacional sobre HIV/SIDA e o Desafio Legislativo no México para a Câmara Baixa do Parlamento Nacional.
- ¹⁹ O Sub-comité do Governo do Malawi para o HIV/SIDA tem um Grupo Parlamentar para Mulheres.
- ²⁰ Whelan D. "Human Rights Approaches to an Expanded Response to Address Women's Vulnerability to HIV/AIDS" *Health and Human Rights* (1998) 3 (1), 21 a 23.
- ²¹ Mann J. And Tarantola D. "Responding to HIV/AIDS: A Historical Perspective" *Health and Human Rights* (1998) 2 (4), 5.
- ²² E/CN. 4/1997/37.
- ²³ 1997/33.
- ²⁴ 1997/40.
- ²⁵ HR/PUB/98/1.
- ²⁶ Gostin L and Lazzarini L. *Human Rights and Public Health in the AIDS pandemic*, Oxford University Press, New York, 1997, p4.
- ²⁷ Adoptado na Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, A/CONF.157/24 (Part 1), Capítulo III. Vide também a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento.
- ²⁸ Craven MCR. *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development*, Clarendon Press, Oxford, 1995, p 109.
- ²⁹ Resolução nº 1996/66 da Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas e também Resolução nº 1995/21 da Sub-Comissão da Prevenção da Discriminação e Protecção das.
- ³⁰ *Siracusa Principles* E/CN.4/1984/4.
- ³¹ Sieghart P. *AIDS and Human Rights: A UK Perspective*, British Medical Foundation for AIDS, London, 1989.
- ³² Isto pode incluir a representação provincial/ estadual bem como a nacional nos sistemas federais.
- ³³ Connecting lower HIV infection rates with changes in sexual behaviour in Thailand, *UNAIDS Case Study*, Junho de 1998.
- ³⁴ Citizen, 23 de Outubro de 1997.
- ³⁵ Street J and Weale a "Britain: Policy- in a hermetically Sealed System" in Kirp D. and Bayer R. (eds) *AIDS in the Industrialized Democracies – Passions, Politics and Policies*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1992, p 185.
- ³⁶ UNAIDS, *Expanding the global response to HIV /SIDA through focused action*, Key Material, Best Practice Collection., 1998.
- ³⁷ *ibid*, p 205.
- ³⁸ Ballard J. "Austrália: Participation and Innovation in a Federal System" *ibid.* , p 144.
- ³⁹ Marchand P. "The British Parliamentary Experience" discurso na Conferência Permanente de Parlamentares Europeus sobre HIV/SIDA, 19-20 de Maio de 1995, Barcelona, Espanha, "Conference Report, p 80.
- ⁴⁰ *All-Party Parliamentary Group on AIDS*, Annual Review, 1996, p 3.
- ⁴¹ *ibid.* e Annual Review, 1995.
- ⁴² Vide Watchirs H. "Law Reforms in Australia: The Legal Working Party, Intergovernmental Committee on AIDS" in *Human Rights and HIV / AIDS: Effective Community Responses*, Human Rights Internet (financiado pelo ONUSIDA), Ottawa, 1998.
- ⁴³ Wiseberg L. *Human Rights and HIV / AIDS: Effective Community Responses*, Human Rights Internet (financiado pelo ONUSIDA), Ottawa, 1998.

- ⁴⁴ O ímpeto para a iniciativa veio de: funcionários seniores nacionais e regionais; a percepção de que a epidemia estava a alastrar-se rapidamente conforme demonstrado por constatações dramáticas da vigilância sentinela; a compilação da evidência do valor da descentralização pela comunidade de assistência externa; e a pressão de um fórum convocado durante a 3ª Conferência Internacional sobre SIDA na Ásia e no Pacífico em Chiang Mai. – Dr Wiwat Rojanapithayakorn e Sr P. Cox, – “Interim Results of a Case Study from Northern Thailand – Governance and HIV, Decentralisation” apresentado ao IV Congresso Internacional sobre SIDA na Ásia e Pacífico, Manila, Outubro de 1997.
- ⁴⁵ Esta é a primeira vez em que foi dado um orçamento para um programa que não pertence a nenhum ministério do governo.
- ⁴⁶ Maatin A. Governance and HIV- A Discussion Paper, Second Draft, UNDP, Regional Conference Facility, Islamabad 1997, pp .5 e 13.
- ⁴⁷ Turner K. Governance and HIV, Report of a joint Planning Meeting- UNDP Regional Project on HIV and Development for Asia and the Pacific and UNDP Sustainable Human Development Governance Resource Facility, Julho de 1997, p 4.
- ⁴⁸ Parnell B, Lie G, Hernandez JJ and Robins C. Development and the HIV Epidemic: A forward –looking evaluation of the approach of the UNDP HIV and Development Programme, Junho de 1996, p 2.
- ⁴⁹ Bagasao TM. “Moving Forward Through Community Response: Lessons Learned from HIV Prevention in Asia and the Pacific” Health and Human Rights (1998) 3 (1), 9 a 15.
- ⁵⁰ UNAIDS Technical Actualization, Community Mobilization and AIDS, Abril de 1997.
- ⁵¹ Bagasao, loc cit.
- ⁵² A dinâmica comunidade de ONG nas Filipinas é assistida pelo reconhecimento da importância das ONG na Constituição e outra legislação, como no domínio dos governos locais, que prevê a participação da sociedade civil nos conselhos.
- ⁵³ Aldaba F and Petilla J. “Interim Results of a Case Study from the Philippines – Governance and HIV, Government/ Civil Society Interface” apresentado no IV Congresso Internacional sobre SIDA na Ásia e Pacífico, Manila, Outubro de 1997.
- ⁵⁴ O Loughlin B and Murni S. Report on a Consultancy on Involvement of People Living with HIV/ AIDS in Policy and Programme Development in the Response to the HIV Epidemic in Ásia and the Pacific, Setembro de 1997.
- ⁵⁵ No. 238, Promotion, Protection and Defense of Human Rights in the face of AIDS, 6 de Dezembro de 1996.
- ⁵⁶ Contacto pessoal com Rita Arauz, Fundación Nimehuatzin, 9 de Junho de 1998.
- ⁵⁷ Gonzalez-Martin F. “HIV/AIDS and Human Rights in México” The Human Rights Brief, (1996) 3(3).
- ⁵⁸ Entretanto, uma lei de 1995 autorizou testes obrigatórios no exército e na polícia – no primeiro caso, o bilhete de identidade nacional tem um selo, indicando que a pessoa foi dispensada do serviço militar por estar infectado com o HIV, o que, claro, viola a privacidade: Tealdi, JC, loc cit.
- ⁵⁹ Feachem R. Valuing the past, investing in the future: Evaluation of the National HIV/ AIDS Strategy 1993-94 and 1995-96, AGPS 1995, Camberra.
- ⁶⁰ Gostin L O, Webber DW. “HIV Infection and AIDS in the Public and Health Care Systems: The Role of Law and Litigation” Journal of the American Medical Association (1998), 279 (14), 1108.
- ⁶¹ Agarwal, “The AIDS Prevention Bill 1989 - Defects and Effects” Supreme Court Journal (1990) 1, 68.

NOTAS DE RODAPÉ

- ⁶² *International Federation of the Red Cross and Red Crescent, and François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health AIDS, Health and Human Rights: An Explanatory Manual, 1995, Part 1 (2).*
- ⁶³ *Fee E, Fox D. AIDS: The Burdens of History, University of California Press, Berkeley, 1988.*
- ⁶⁴ *Por exemplo, a Railways Act (Lei dos Caminhos de Ferro) da Índia de 1989 e as Rules on Carriage of Passengers (Regras de Transporte de Passageiros) de 1990: Nayak RK. "HIV/AIDS Phenomenon in India: Problems, Policies and the Law" in Frankowski S. (ed) Legal Responses to AIDS in comparative perspective balancing individual rights and societal interests, Kluwer, 1998.*
- ⁶⁵ *Akveld H, Hessing D. Dutch Legal Responses to AIDS in Frankowski S, op cit. p 300.*
- ⁶⁶ *Dosa A. Legal Aspects of Combating AIDS in Hungary in Frankowski S, op cit. p 325.*
- ⁶⁷ *Nalguns países, usa-se terminologia diferente para os dois tipos de testes obrigatórios. O Teste compulsivo é uma pré-condição para obter um serviço ou benefício. Teste obrigatório ocorre quando uma pessoa não tem escolha em ser ou não testada e lhe é exigido dar sangue ou outra amostra de fluidos do corpo.*
- ⁶⁸ *A Measure of Success in Uganda: The value of monitoring both HIV prevalence and Sexual behaviour, UNAIDS Case Study, Maio de 1998.*
- ⁶⁹ *Akveld H, Hessing D, op cit., p 302*
- ⁷⁰ *O fornecimento de sangue é protegido por legislação em países como Argélia, Áustria, Chile, Colômbia, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Luxemburgo, Maurícias, Noruega, Espanha, Suíça, Turquia e Vietname- vide WHO Directory of Legal Instruments Dealing with HIV / AIDS, op cit.*
- ⁷¹ *Blood Safety and AIDS, UNAIDS Point of View, Best Practice Collection, Outubro de 1997.*
- ⁷² *Ibid.*
- ⁷³ *World Bank Policy Research Report, op cit, Caixa 4.2.*
- ⁷⁴ *McFarland W, Kahan JG, Katzenstein DA, and Møere D, and Shamu R. "Deferral of blood donors with risk factors for HIV infection saves lives and money in Zimbabwe" Journal of AIDS and Human Retrovirology (1995)9 (2), 183-92.*
- ⁷⁵ *Kumar S. Indian Supreme Court Demands Cleaner Blood Supply Lancet (1996) 347,114.*
- ⁷⁶ *Tealdi JC, Responses to AIDS in Argentina: Law and Politics, Frankowski S, op cit p 413.*
- ⁷⁷ *ibid., caixa 2.2.*
- ⁷⁸ *Gostin L, Curran WJ. The Limits of Compulsion in Controlling AIDS Hastings Center Report, Dezembro de 1986, 16 (6), 24 a 28-9.*
- ⁷⁹ *A culpabilidade refere-se ao ponto em que um criminoso e moralmente responsável pelos seus actos. De acordo com o direito penal, a responsabilidade parte tanto do próprio acto como do motivo do agente.*
- ⁸⁰ *WorldAIDS, Panos Institute, Março de 1994 e AIDS and Young People: A Generation at Risk, Panos Media Briefings No 4, Julho de 1996.*
- ⁸¹ *Sullivan KM, Field M.A AIDS and the Coercive Power of the State Harvard Civil Rights / Civil Liberties Law Review (1988) 23 (1), 139.*
- ⁸² *Criminal Law and HIV / AIDS Panos Information Sheet, Maio de 1997.*
- ⁸³ *Wodak A. Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use Health and Human Rights (1998)2 (4), 24 a 27.*

- ⁸⁴ Klomegah KK. *Drug Use Fuels Epidemic in Rússia*, Panos News, 20 de Março, 1998.
- ⁸⁵ UNAIDS, Resource Guide for Theme Groups: Working Together on HIV / AIDS, 1998, IV.3.
- ⁸⁶ *ibid.*
- ⁸⁷ *Confronting AIDS*, op cit, capítulo 3.
- ⁸⁸ Hurley SF, Jolley DG, Kalder, JM. *Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection*, Lancet (1997) 349 (9068), 1797-1800.
- ⁸⁹ *ibid.*
- ⁹⁰ *Communication No.488/1991*. Official Records of the General Assembly, Forty-Ninth Session, Supplement No 40 (A/49/40), Vol. II, annex IX EE, para. 8.5. *O Governo Federal da Austrália contrariou a legislação estadual da Tasmânia para implementar a constatação do Comité dos Direitos Humanos através da implementação dos Direitos Humanos (Sexual Conduct Act 1994 – Lei da Conduta Sexual).*
- ⁹¹ McKenna N. *On the margins: Men who have sex with men in the developing world*, Panos Institute em colaboração com a Norwegian Red Cross, London, 1996.
- ⁹² The National Coalition for Gays and Lesbian Equality and Anon. v The Minister of Justice and Ors (9 de Outubro de 1998) *decisão não notificada do Tribunal Constitucional – Veja a página de Internet da University of the Witwatersrand Law School em http://www.law.wits.ac.za./judgements/1998/gaylessum.html.*
- ⁹³ Wherrett L, Talbot W. *HIV / AIDS Prevention, Homosexuality and the Law, Documento de Discussão, Intergovernmental Committee on AIDS, Legal Working Party, Australian Department of Community Services and Health, Canberra, Fevereiro de 1991.*
- ⁹⁴ *Por exemplo, a Holanda em 1996.*
- ⁹⁵ *Por exemplo, nalguns países da América Latina: Wijers M, Lap-Chew L. Trafficking in Women, Forced Labour and Slave –like Practices in Marriage, Domestic Labour and Prostitution, Foundation Against Trafficking in Women, the Netherlands, 1997, p.153.*
- ⁹⁶ Bindman J. *Redefining Prostitution as Sex Work on the International agenda, Anti-Slavery International (com a participação da Network of Sex Work Projects), London, 1997.*
- ⁹⁷ *Incluindo, quando for apropriado, traduções as quais se relacionam com a etnicidade predominante dos clientes e trabalhadoras.*
- ⁹⁸ *Por exemplo, Queensland, Austrália.*
- ⁹⁹ *Op cit, Capítulo 2.*
- ¹⁰⁰ *Education Means Protection of Women Engaged in Recreation (Educação Significa Protecção das Mulheres Envolvidas na Recriação).*
- ¹⁰¹ Overs C, Longo P, *Making Sex Work Safe, AHRTAG e Network of Sex Work Projects), London, 1997.p .43.*
- ¹⁰² *Transnational AIDS/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe (Prevenção Transnacional de SIDA/DTS Entre Prostitutas Imigrantes na Europa).*
- ¹⁰³ *Ibid. pp 40 e 71.*
- ¹⁰⁴ Singh S, Chowdhury S. *A Dream, A Pledge, A Fulfilment: Five Years´ Stint at Sonaghachi 1992-97 All India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutá.*
- ¹⁰⁵ *Ibid. P 9.*
- ¹⁰⁶ *Ibid. p 45.*
- ¹⁰⁷ *Declaração do ONUSIDA à Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, Abril 1996.*

NOTAS DE RODAPÉ

- ¹⁰⁸ Na Costa Rica, exige-se por lei que o Ministério da Saúde disponibilize, nas prisões, unidades de saúde com materiais, incluindo agulhas e seringas descartáveis, kits de teste, preservativos e materiais de educação.
- ¹⁰⁹ Foreman M. *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility*, Panos and Zed Books, London, 1998.
- ¹¹⁰ *AIDS and Detention: The Combat Against AIDS in Penitentiary Institutions in the Netherlands*, 1995.
- ¹¹¹ *Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, HIV / AIDS in Prisons: Final Report*, Setembro de 1996.
- ¹¹² *AIDS Advisory Committee, Review of HIV and AIDS in Prison*, Junho de 1995.
- ¹¹³ Tealdi JC, loc cit., pp 382-384 e 393.
- ¹¹⁴ *Veja D v. United Kingdom, European Court of Human Rights*, 2 de Maio de 1997, Appl. No 30240/96.
- ¹¹⁵ Norberry J, Chappell D. *AIDS and Prisons, Trends and Issues Paper No 21, Australian Institute of Criminology*, Dezembro de 1989.
- ¹¹⁶ Jurgens R. *HIV / AIDS in Prisons: Final Report, Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, Montreal*, Setembro de 1996.
- ¹¹⁷ *UNAIDS Press Release, UNAIDS expresses sorrow over killing of South African AIDS-Activist*, 5 de Janeiro de 1999.
- ¹¹⁸ Tealdi JC, *Responses to AIDS in Argentina: Law and Politics in Frankowski S*, op cit p 388.
- ¹¹⁹ Oi-chu Lin. *Community Campaign in the Fight Against Discrimination: the Hong Kong Experience in Human Rights Internet*, op cit pp 12-14.
- ¹²⁰ Na primeira fase, um empregador pode apenas perguntar se o candidato pode desempenhar as funções relacionadas com o trabalho. Depois de feita uma oferta condicional de emprego, ocorre a segunda fase, onde todos os funcionários recém admitidos podem ser submetidos a testes médicos, mas não candidatos seleccionados. Acredita-se que os custos de testes gerais, a exigência de manter confidencialidade sobre os resultados de tais testes e não usá-los excepto de acordo com a Lei têm um efeito dissuasor significativo contra o teste de HIV: Feldblum C. *Disability Antidiscrimination Laws and HIV Testing of Health Care Providers in Courts, Health Science and the Law* (1991) 2 (1), 136 (Georgetown Medical and Law Centers).
- ¹²¹ A definição Australiana usada na Disability Discrimination Act, 1992 (Lei da Discriminação por Deficiência) é “a presença no corpo de organismos capazes de causar doenças ou enfermidade”.
- ¹²² Watchirs H. *HIV/AIDS Discrimination and Privacy- the Need for Legislative Protection*, in D.C Jayasuriya (Ed.) *HIV Law Ethics and Human Rights, UNDP Regional Project on HIV and Development, New Delhi*, 1995.
- ¹²³ No território da capital Australiana a lei prevê que as circunstâncias não serão consideradas como sendo materialmente diferentes pelo facto de o discriminador ter de prover de forma diferente a pessoa HIV - positivo.
- ¹²⁴ New South Wales, Austrália.
- ¹²⁵ Por exemplo, *Attorney - General of Canada v Thwaites T 16299-3*, 28 de Março de 1994.
- ¹²⁶ Seager J. *The State of Women in the World Atlas*, Penguin, London, 1997.
- ¹²⁷ A consistência da idade não deve ter impacto sobre o crime de pedofilia, seja de natureza heterossexual como homossexual.

- ¹²⁸ *Veja D v. Council of Ministers, European Court of First Instance, 28 de Janeiro de 1999, T-262/97.*
- ¹²⁹ *Por exemplo, a Lei Dinamarquesa da Parceria Registada de, 1989.*
- ¹³⁰ *Por exemplo, a Capital Territory's Domestic Relationships Act, (Lei das Relações Domésticas do Território da Capital) da. Austrália, de 1995.*
- ¹³¹ *HIV / AIDS: The Need for Privacy, Outubro de 1990.*
- ¹³² *Report of the Privacy and HIV / AIDS Working Party, Commonwealth of Australia, Setembro, 1992.*
- ¹³³ *Akveld H, Hessing D, loc cit, p 310.*
- ¹³⁴ *Saito T. Japanese Legal Response to AIDS in Frankowski, S (ed) op cit, p 272.*
- ¹³⁵ *Z v. Finland, 25 de Fevereiro 1997, Appl No 22009/93.*
- ¹³⁶ *Por exemplo, Jansen van Vuuren v. Kruger (1993) 4 SA842.*
- ¹³⁷ *Por exemplo, AB v. Scottish National Blood Transfusion Service (1990) SCLR 263.*
- ¹³⁸ *Grimm G. Combating Discrimination Against AIDS Patients in Tanzania, The Human Rights Brief (1997) 4 (3), Center for Human Rights and Humanitarian Law, Washington College of Law, American University.*
- ¹³⁹ *Mesmo implicitamente, como de acordo com os deveres de fidelidade e boa fé, realizar o seu trabalho com habilidade e competência, e exercer cuidados razoáveis para não causar dano ou prejuízo no desempenho do seu trabalho.*
- ¹⁴⁰ *Por exemplo, Califórnia, Florida, Illinois, Texas, Massachusetts, Wisconsin e Tasmânia (Austrália).*
- ¹⁴¹ *Pode-se exigir que os trabalhadores tomem Zidovudina após ferimento com agulha como parte do seu dever de mitigar danos, se isso for considerado razoável, com base na evidência médica relacionada com o seu valor profilático.*
- ¹⁴² *Jayasuriya DC. AIDS and Condoms, Institute of Comparative Health Policy and Law, Nawala, 1989.*
- ¹⁴³ *Wiseberg L (ed) Human Rights and HIV / AIDS: Effective Community Responses, Human Rights Internet (financiado pelo ONUSIDA), Ottawa, 1998.*
- ¹⁴⁴ *Conversa pessoal com Federico Hernandez, FASE, 12 de Maio de 1998.*
- ¹⁴⁵ *Bianco M. President, FEIM (the Foundation for Women's Studies and Research) in Wiseberg L (ed) Human Rights and HIV / AIDS: Effective Community Responses, Human Rights Internet (financiado pelo ONUSIDA), Ottawa, 1998.*
- ¹⁴⁶ *Zielinska E. Legal Responses to AIDS-A Polish Perspective in Frankowski, S (ed) op cit.*
- ¹⁴⁷ *Permitted Medical Experiments, International Tribunal of Nuremberg in Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Council Law No 10, The medical Case, Vols. I and II, Washington DC, US Gov. Printing Office, 1950.*
- ¹⁴⁸ *Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Humans (Recomendações para Guiar os Médicos em Pesquisas Biomédicas Envolvendo Humanos), adotadas na 18ª Assembleia Médica Mundial, como emenda.*
- ¹⁴⁹ *WHO Technical Report Series, No 850, pp 97-137.*
- ¹⁵⁰ *Beloqui J, Chokevivat V, Collins C. HIV Vaccine Research and Human Rights: Examples from Three Countries Planning Efficacy Trials in Health and Human Rights (1998) 3 (1), 39 a 49.*
- ¹⁵¹ *Alexander M. Information and Education Laws in Jayasuriya DC., op cit, pp34-65.*

NOTAS DE RODAPÉ

- 152 Carrasco E, Coordenador ACCSI, “ Providing Legal AID and Advice on Human Rights and HIV/AIDS” in Wiseberg L, “op cit.
- 153 ACTIONAID and UNDP, Strategies for Hope-No 11 Broadening the front: NGO responses to HIV and AIDS in India.
- 154 Por exemplo, Holtzman M (ed.) Legal Services Directory for People with AIDS, Gay Men’s Health Crisis and the American Bar Association Directory of Legal Resources for People with AIDS and HIV, AIDS Coordination Project, Washington.
- 155 Por exemplo, o Gay Men’s Health Crisis Volunteer Attorney Training Manual, o Whitman-Walker AIDS Advocacy Volunteer Attorney Practice Manual é um manual produzido pelo AIDS Project, Los Angeles.
- 156 Strode A et al HIV / AIDS and the Law: A Resource Manual, AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, University of the Witwatersrand, África do Sul, 1997.
- 157 Rubinfeld AR. AIDS Benchbook National Judicial College, American Bar Association(ABA) , Reno, Nevada 1991- o Colégio e o ABA também realizam cursos de formação sobre o SIDA e os tribunais.
- 158 Por exemplo, Harris D. AIDS: A Guide to the law, Terrence Higgins Trust, London, 1990, e Lambda Legal Defense and Education Fund, Inc. AIDS Legal Guide: A Professional Resource on AIDS-related Legal Issues and Discrimination, Nova Iorque, 1989.
- 159 UNAIDS, Expanding the global response to HIV / AIDS through focused action – Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways, Key Materials, Best Practice Collection.1998.
- 160 Hannum J. AIDS in Nepal: Communities Confronting an Emerging Epidemic, AmFar, Seven Stories Press, New York, 1997.
- 161 UNAIDS, Women and AIDS, Point of View, Outubro de 1997.
- 162 UNAIDS, Gender and HIV / AIDS: Taking stock of research and programmes, Key Materials, Best Practice Collection. Março de 1999, p 31.
- 163 Ibid.
- 164 Policy Profile- HIV Prevention and Women’s Rights: Working for One Means Working for both, AIDScriptions, Vol. II (3), Maio de 1996.
- 165 UNAIDS, Gender and HIV / AIDS: Taking stock of research and programmes, Key Materials, Best Practice Collection. Março de 1999, p 29.
- 166 AIDScriptions, loc cit.
- 167 UNAIDS, Gender and HIV / AIDS: Taking stock of research and programmes, Key Materials, Best Practice Collection. Março de 1999, p 27.
- 168 UNAIDS, Five Years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, Young people and infants, Discussion Document, 1999.
- 169 UNFPA, The State of the World Population the Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health-1997, Capítulo 2 e o Relatório Especial: Implementing the ICPD Programme of Action.
- 170 Women’s Health – Using Human Rights to Gain Reproductive Freedom, Panos Media Briefing No 32, Dezembro de 1998, p 17.
- 171 McNamara R. Female Genital Health and the Risk of HIV Transmission, UNDP, Issues Paper 3, HIV and Development Programme, New York , Novembro de 1993.
- 172 UNAIDS, Gender and HIV / AIDS, Technical Update, Setembro de 1998.
- 173 UNAIDS, Gender and HIV / AIDS: Taking stock of research and programmes, Key Materials, Best Practice Collection. Março de 1999, p 26.

- ¹⁷⁴ Foreman M. AIDS and Men – Old Problem, New Angle, *Panos HIV/AIDS Briefing No.6, Dezembro de 1998.*
- ¹⁷⁵ AIDSCAP, Making prevention work: global lessons learned from the AIDS control and prevention project, 1991-7, Arlington, VA.
- ¹⁷⁶ Mane P. Women to Gender: From Rhetoric to Action in HIV / AIDS Prevention Care, Support and Impact-Alleviation, *comunicação apresentada ao AIDS IMPACT, Biopsychosocial Aspects of HIV Infection, Third International Conference, Junho de 1997, Melbourne, Austrália.*
- ¹⁷⁷ UNAIDS, Five Years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, Young people and infants, *Documento de Discussão, 1999.pp 13-15.*
- ¹⁷⁸ UNAIDS Briefing Paper, 1999 World AIDS Campaign, *Challenges for Latin America and the Caribbean, 25 de Fevereiro de 1999.*
- ¹⁷⁹ UNAIDS, Five Years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people and infants, *Documento de Discussão, 1999.p.19.*
- ¹⁸⁰ Byrne, I. The Human Rights of Street Children and Working Children: A Practical Manual for advocates, *Consortium for Street Children, UK, Intermediate Technology Publications, London, 1998.*
- ¹⁸¹ Baker G, Knaul F, Vasconcelos A. *Development as Empowerment: Brazilian Projects Offer Passage to a Better Life for Street Girls Passages, (1991) 10 (4), International Center for Adolescent Fertility, 3-6.*
- ¹⁸² Um processo semelhante de pesquisa, consulta, avaliação e reforma foi também realizado em 1993 pelo National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness (Inquérito Nacional sobre os Direitos Humanos das Pessoas com Doenças Mentais) sob a direção da HREOC.
- ¹⁸³ AIDS Education through Imams: A spiritually motivated community effort in Uganda, *UNAIDS and Islamic Medical Association of Uganda, UNAIDS Best Practice Collection, Geneva, 1998.*
- ¹⁸⁴ OMS, UNICEF, PNUD, USAID e World Learning Inc.
- ¹⁸⁵ Utilizando a analogia da comida– ensinar as pessoas a comerem de forma responsável impe-
de que o alimento seja usado de forma prejudicial.
- ¹⁸⁶ Saito T. *Japanese Response to AIDS in Frankowski S, op cit, p 250.*
- ¹⁸⁷ Um outro workshop está planeado para Dezembro de 1999 – Janeiro de 2000: *Conversa pessoal com Mandeep Dhaliwal, Coordenador do projecto, 22 de Abril de 1999.*
- ¹⁸⁸ HIV / AIDS Related Discrimination Health Care Worker Project, *School of Medical Education, preparado para o National AIDS Campaign, Department of Human Services and Health, AGPS, Camberra, Agosto de 1994.*
- ¹⁸⁹ Kippax S, Tillett G, Crawford J, Cregan J. *Discrimination in the context of AIDS: Disease and Deviance, Macquarie University AIDS Research Unit, preparado para o Australian Department of Community Services and Health, Julho de 1994.*
- ¹⁹⁰ HIV / AIDS Related Discrimination PLWHA Project Report, *preparado para o Department of Human Services and Health, Dezembro de 1994.*
- ¹⁹¹ McConachy D, Booker N. *HIV / AIDS Related Discrimination: PLWHA Evaluation Report, preparado para o Australian National AIDS Campaign, Department of Human Services and Health, AGPS, Camberra, Outubro de 1994.*
- ¹⁹² Lenehan, Lynton, Blaxland. *Research on HIV / AIDS Related Discrimination, preparado para o Australian Department of Human Services and Health, AGPS, Camberra, Outubro de 1994.*

NOTAS DE RODAPÉ

- ¹⁹³ Veja Putting HIV on the business agenda, UNAIDS, *Point of View*, Novembro de 1998.
- ¹⁹⁴ HIV / AIDS and the Law: A Resource Manual, *AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights*, University of the Witwatersrand, África do Sul, Maio de 1997, anexo 2.
- ¹⁹⁵ Ministry of Labour, Republic of Namibia, National Code of HIV / AIDS and Employment, Agosto de 1996.
- ¹⁹⁶ Saito T. *Japanese Response to AIDS*, *lo cit*, p 255-6 Frankowski S, *loc cit*, p 250.
- ¹⁹⁷ The Business Response to HIV / AIDS: Innovation and Partnership, UNAIDS and Prince of Wales Leaders' Forum, 1998, p 35.
- ¹⁹⁸ *Ibid.* p 37
- ¹⁹⁹ UN Center for Human Rights, *National Human Rights Institutions, Professional Training Series No 4*, Genebra, 1995.
- ²⁰⁰ UNAIDS, Resource Guide for Theme Groups: Working Together on HIV / AIDS, 1998, III.9.
- ²⁰¹ *Ibid.*
- ²⁰² Jayasuriya DC. HIV Law and Law Reform in Asia and the Pacific, UNDP India, Setembro de 1995.
- ²⁰³ Whelan D. International Center for Research on Women A Human Rights Approach to Reducing Women's Vulnerability to HIV / AIDS, *Comunicação apresentada à XII Conferência Internacional sobre SIDA*, Genebra, Julho de 1998.
- ²⁰⁴ UN Institute for Training and Research (UNITAR) (Instituto das Nações Unidas para a Formação e Investigação) and the UN Center for Human Rights (Centro das Nações Unidas para os Direitos Humanos, 1997.
- ²⁰⁵ *Ibid.*
- ²⁰⁶ Veja Family Health International/AIDSCAP, *AIDS in Kenya: Socioeconomic Impact and Policy Implications*, 1996.
- ²⁰⁷ Back B. *HIV/AIDS and the Church: Kenyan Religious Leaders Become Partners in Prevention AIDScaptions*, Junho de 1997, p 23.
- ²⁰⁸ The Action Brief, UNAIDS, Novembro de 1998.
- ²⁰⁹ Microbicides for HIV Prevention, UNAIDS *Technical Update*, Abril de 1998.
- ²¹⁰ The Public Health Approach to STD Control, UNAIDS *Technical Update*, Maio de 1998.
- ²¹¹ *HIV-related opportunistic diseases*, UNAIDS *Technical Update*, Outubro de 1998.
- ²¹² Veja Access to Drugs, UNAIDS *Technical Update*, Outubro de 1998 e Nine Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, WHO, Genebra, 1998.
- ²¹³ Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic, *A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press, 1997, Capítulo1.
- ²¹⁴ Council for International Organizations of Medical Science.
- ²¹⁵ para 33, *Denver Summit of the G8 Nations, Communique*, 22 de Junho de 1997.
- ²¹⁶ IAVI Newletter, *Spring 1998*, p 2. (<http://www.iavi.org>).
- ²¹⁷ Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al "Reduction of maternal-infant transmission of HIV-type 1 with zidovudine treatment", (1994) *New England Journal of Medicine* **331**: 1173-1180.
- ²¹⁸ UNAIDS Press Release, Genebra, 29 de Junho de 1998. Glaxo Wellcome anunciou em Março de 1998 que forneceria AZT a custos bastante reduzidos para as mulheres grávidas HIV positivas dos países em desenvolvimento.

O que é a IPU?

A União Inter-parlamentar (IPU) é a organização mundial de parlamentares de estados soberanos. É o ponto focal para o diálogo parlamentar em todo o mundo e trabalha para a paz e cooperação entre povos e para o firme estabelecimento da democracia representativa. Para esse fim, a IPU fomenta contactos, coordenação e **troca de experiências entre parlamentos** e parlamentares de todos os países. Estuda questões de preocupação e interesse internacional e expressa os seus pontos de vista sobre tais questões de modo a produzir acções por parte de parlamentos e parlamentares. Contribui para **a defesa e promoção dos direitos humanos** – um factor essencial da democracia parlamentar e do desenvolvimento. Finalmente, ela contribui para um melhor conhecimento do trabalho das **instituições representantes** e no reforço e desenvolvimento dos seus meios de acção.

A IPU apóia os esforços das Nações Unidas, cujos objectivos ela partilha e trabalha em estreita cooperação com esta. Neste aspecto, a IPU concluiu um acordo de cooperação com as Nações Unidas e algumas das suas agências especializadas. Ela também coopera com organizações inter-parlamentares bem como as organizações inter-governamentais internacionais e não governamentais que partilham o mesmo ideal. Até 11 de Outubro de 1999, 139 parlamentos nacionais eram Membros da IPU. Cinco assembleias parlamentares inter-nacionais eram Membros Associados.

Sede da IPU

Place du Petit-Saconnex / P O Box 438

1211 GENEVA 19 / Switzerland

Telephone (4122) 919 4150

Fax (4122) 733 31 41 or (4122) 919 4160

E-mail: postbox@mail.ipu.org / web site: www.ipu.org

IPU Liaison Office with UN

821, United Nations Plaza, 9th Floor

New York, N.Y. 10017 ? United States of America

Telephone (1 212) 557 58 80 / Fax: (1 212) 557 39 54

E-mail: ny-office@mail.ipu.org

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) é o principal embaixador da acção global contra o HIV/SIDA. Ele reúne numa só as actividades de Dez agências das Nações Unidas em luta contra a epidemia: O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Mundial de Alimentação (PMA), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Gabinete das Nações Unidas para o Crime e Drogas (UNDOC), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

O ONUSIDA, como um programa co-patrocinado, mobiliza as acções contra a epidemia dos seus dez organismos co-patrocinadores, ao mesmo tempo que alia iniciativas especiais a estes esforços. O seu objectivo é dirigir e apoiar o alargamento da acção internacional contra o HIV em todas as frentes- médica, social, económica, cultural, da saúde pública, política e dos direitos humanos. A ONUSIDA trabalha com um largo leque de parceiros-governos e ONG, empresas, especialistas e não especialistas- com vista ao intercâmbio de conhecimentos, competências e boas práticas à escala mundial.

Produção Gráfica: Elográfico



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • PNUD • FNUAP • UNDOC
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA - 20 Avenue Appia - 1211 Genebra 27 - Suíça

Telef.: (+41 22) 791 46 51 - Fax (+41 22) 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)