



GLOBAL COMMISSION ON

HIV and the LAW

RISCOS, DIREITOS E SAÚDE

JULHO 2012

ERRATA

- Na versão publicada originalmente de “Riscos, Direitos e Saúde”, a seguinte frase foi incluída na página 48: “Na Nova Zelândia, o trabalho sexual foi, recentemente, processado, com base na mesma lei que oficialmente o despenaliza. Esta frase não é correta e foi apagada das versões online atuais do relatório. A mesma não será incluída nas cópias impressas do relatório, a serem distribuídas no futuro.
- Na altura da publicação original de “Riscos, Direitos e Saúde”, o Parlamento Europeu ainda não tinha tomado uma decisão final sobre a ratificação ou não do Acordo Comercial Anticontrafação (ACTA, pelas suas siglas em inglês). Após a publicação original, o Parlamento da União Europeia tomou, a 4 de Julho de 2012, a decisão de não ratificar o acordo. As versões online de “Riscos, Direitos e Saúde” incluem, agora, a seguinte frase adicional, na página 94: “O ACTA causou tanta controvérsia que, a 4 de Julho de 2012, o Parlamento Europeu recusou ratificar a participação da União Europeia no Acordo.”
- A Recomendação da OIT relacionada com o VIH e a SIDA e o Mundo do trabalho 2010 (nº 200) aplica-se a todos os trabalhadores. A norma estabelece princípios chave dos direitos humanos com vista à regulação das respostas ao VIH, em locais de trabalho formais e informais. Estes princípios incluem a não discriminação e a igualdade de géneros, em particular o acesso não-discriminatório em relação aos serviços de prevenção, tratamento, cuidado e apoio ao VIH, para todos os trabalhadores. A recomendação apela aos governos para tomarem medidas que ofereçam proteções eficazes contra a discriminação relacionada com o VIH e que garantam a sua aplicação eficaz e transparente. Os trabalhadores do sexo não estão excluídos do âmbito e da aplicação desta recomendação.

Os conteúdos, análises, opiniões e recomendações de políticas presentes nesta publicação não refletem, necessariamente, as opiniões do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

SECRETARIADO, COMISSÃO GLOBAL SOBRE O VIH E O DIREITO

UNDP, HIV/AIDS Group,
Bureau for Development Policy
304 East 45th Street, New York, NY 10017
Email: info@hivlawcommission.org
Tel: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023
Endereço web: www.hivlawcommission.org

Direitos de autor © UNDP 2012

Imagens usadas com permissão.

Gráficos
Createch & Myriad Editions

Autora Principal
Judith Levine

Design & Impressão
Consolidated Graphics

Traduzido do original em inglês.
Tradução em português
JPD Systems

TABELA DE CONTEÚDO

ACERCA DA COMISSÃO GLOBAL SOBRE O VIH E O DIREITO	3
PREFÁCIO	4
Agradecimentos.....	5
Abreviaturas.....	6
RESUMO EXECUTIVO	7
INTRODUÇÃO: PODERÃO AS LEIS SALVAR VIDAS?	12
CAPÍTULO 1: LUTAR CONTRA A DISCRIMINAÇÃO: AS LEIS QUE PROTEGEM A SAÚDE E A DIGNIDADE	17
CAPÍTULO 2: PENALIZAR A VULNERABILIDADE: CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH, EXPOSIÇÃO AO VÍRUS E SUA NÃO-DIVULGAÇÃO.....	22
CAPÍTULO 3: RISCO + ESTIGMA: POPULAÇÕES-CHAVE.....	30
3.1 PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS	33
3.2 TRABALHADORES DO SEXO.....	41
3.3 HOMENS QUE TÊM RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTROS HOMENS	50
3.4 TRANSEXUAIS	58
3.5 PRISIONEIRO.....	63
3.6 MIGRANTES.....	67
CAPÍTULO 4: GÉNERO E FRAGILIZAÇÃO: MULHERES.....	70
CAPÍTULO 5: A VIDA TODA À SUA FRENTE: CRIANÇAS E JOVENS.....	80
CAPÍTULO 6: MEDICAMENTOS PARA QUEM? O DIREITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL E A LUTA MUNDIAL PELO TRATAMENTO.....	86
CONCLUSÃO.....	100
Anexo I : Termos de referência da Comissão.....	102
Anexo II : Biografia dos membros da Comissão	104
Anexo III : Biografias do grupo técnico consultivo	106
Anexo IV : Resumo das recomendações	110
NOTAS.....	119

GRÁFICOS

1. A Importância do Direito -----	12
2. Contribuições escritas recebidas pela Comissão -----	15
3. Proteção jurídica -----	18
4. Criminalizar um vírus -----	23
5. Redução do risco -----	37
6. Trabalho sexual e o Direito -----	42
7. Homens que têm relações sexuais com outros homens, Direito e VIH -----	52
8. Direitos dos LHBT e risco de transmissão do VIH -----	53
9. Sexo desprotegido atrás das grades -----	65
10. Restrições impostas à circulação de pessoas com VIH -----	68
11. Violação conjugal -----	73
12. Contradições crescentes -----	82
13. Concorrência nos genéricos: distribuição de antirretrovirais (ARVs) a preços acessíveis -----	87
14. A lacuna em termos de tratamento -----	88
15. Aumento das contrariedades ligadas ao comércio livre -----	93
16. Promoção da inovação -----	96

ACERCA DA COMISSÃO GLOBAL SOBRE O VIH E O DIREITO

A Comissão Global sobre o VIH e o Direito era composta por 14 personalidades ilustres, que defendem causas importantes relacionadas com o VIH, com a saúde pública, com o direito e com o desenvolvimento. A presidência da Comissão estava a cargo de Fernando Henrique Cardoso, ex-presidente do Brasil.

O poder de convocação único de que a Comissão usufruía permitia-lhe concentrar-se em questões de elevado impacto relacionadas com o VIH e o direito, de implicações importantes para a saúde e o desenvolvimento mundiais. A Comissão defendia que a eficácia e a eficiência das respostas ao VIH necessitavam de um contexto jurídico baseado em dados concretos e nos direitos humanos.

A experiência de vida dos comissários ofereceu-lhes uma extraordinária capacidade de acesso aos diferentes tecidos da sociedade. Isto significa que estão bem posicionados para influenciar mudanças em torno de problemáticas complexas, que exigem a intervenção de várias partes interessadas, pertencentes a uma vasta série de sectores.



Fernando Henrique Cardoso
(Brasil)



Ana Helena Chacón-Echeverría
(Costa Rica)



Charles Chauvel
(Nova Zelândia)



Shereen El Feki
(Egito)



Bience Gawanas
(Namíbia)



Dame Carol Kidu
(Papua-Nova Guiné)



Michael Kirby
(Austrália)



Barbara Lee
(Estados Unidos da América)



Stephen Lewis
(Canadá)



Festus Gontebanye Mogae
(Botsuana)



JVR Prasada Rao
(Índia)



Sylvia Tamale
(Uganda)



Jon Ungphakorn
(Tailândia)



Miriam K. Were
(Quénia)

SOBRE O RELATÓRIO DA COMISSÃO

"O VIH e o Direito: Riscos, Direitos e Saúde" é a principal publicação da Comissão. Divulgado em Julho de 2012, o relatório apresenta dados concretos e análises nos domínios da saúde pública, dos direitos humanos e do direito, e propõe recomendações destinadas aos legisladores e responsáveis políticos, à sociedade civil, aos parceiros de desenvolvimento e aos atores do setor privado, todos eles envolvidos na implementação de uma resposta mundial e sustentável ao VIH.

PREFÁCIO

O fim da epidemia da SIDA está ao nosso alcance. Mas isto só será possível se a ciência e a ação forem acompanhadas por um compromisso concreto no sentido de respeitar a dignidade humana e acabar com a injustiça.

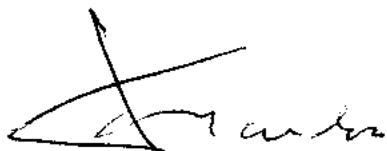
O direito proíbe ou permite determinados comportamentos e, ao fazer isso, molda as políticas, a economia e a sociedade. Podemos, desta forma, considerá-lo um bem humano suscetível de criar uma diferença material na vida das pessoas. Portanto, não é surpreendente que o direito tenha o poder de colmatar a lacuna entre vulnerabilidade e resistência do VIH.

Juntámo-nos como um grupo de pessoas de diferentes origens, experiências e continentes para examinarmos o papel do direito na eficácia das respostas ao VIH. Partilhamos o nosso permanente compromisso com a saúde pública e a justiça social. Ouvimos, com toda a humildade, centenas de relatos que descrevem os efeitos do direito em matéria do VIH. Em muitos casos, ficámos alarmados com a forma como leis arcaicas e indiferentes estão a violar os direitos humanos, a contrariar os esforços racionais de saúde pública e a corroer o tecido social. Noutros casos, ficámos sensibilizados com aqueles que demonstram coragem e convicção para proteger os mais vulneráveis da nossa sociedade.

Muitos poderiam dizer que o direito pode ser complexo e difícil e que é melhor não lhe mexer. A nossa experiência, no quadro desta Comissão, mostrou-nos uma perspetiva bem diferente. Fomos encorajados pela forma como um diálogo honesto e construtivo sobre assuntos controversos pode, por vezes, resultar rapidamente em reformas jurídicas progressistas, na defesa eficaz da legislação ou numa melhor aplicação da mesma. Mesmo em contextos onde a reforma jurídica continua a ser um processo moroso e difícil, vimos países a tomarem medidas para fortalecer o acesso à justiça e para o combate ao estigma e à discriminação.

Ao longo dos últimos dezoito meses, ouvimos e aprendemos, e muitos de nós vimos as nossas perspetivas e opiniões mudarem acerca de um grande número de questões complexas. Em última análise, na altura de anunciarmos as recomendações finais, fomos guiados pela coragem e pela humanidade dos que morreram vítimas da SIDA e dos 34 milhões de pessoas seropositivas.

Este relatório apresenta provas persuasivas e recomendações que podem salvar vidas, poupar dinheiro e acabar com a epidemia da SIDA. As recomendações apelam a tudo o que é comum nas nossas culturas e comunidades: a humanidade intrínseca no reconhecimento e no respeito do valor e da dignidade de cada vida humana. Este relatório pode fazer um grande número de pessoas sentir-se desconfortável. O suficiente, esperamos, para se tomarem iniciativas. Sem sombra de dúvida que as prioridades de cada país em termos das recomendações irão variar. Cada país deve elaborar a sua própria estratégia de reforma, dependendo do seu contexto jurídico e político. Contudo, estamos confiantes de que todas as recomendações são relevantes para todos os países do mundo, dado o facto de que os motores da epidemia do VIH se encontram por todo o planeta. Chegou a hora de pormos em prática estas recomendações. Não podemos continuar a deixar sofrer e morrer as pessoas por causa da desigualdade, da ignorância, da intolerância e da indiferença. O custo da inação é simplesmente demasiado elevado.



Fernando Henrique Cardoso

Presidente, Comissão Global sobre o VIH e o Direito

AGRADECIMENTOS

A Comissão Global sobre o VIH e o Direito é um organismo independente, criado a pedido do Conselho de Coordenação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) e apoiado por um Secretariado com sede no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Este relatório reflete as opiniões e conclusões da Comissão, assim como as suas recomendações aos países, aos atores da sociedade civil, ao sector privado e às Nações Unidas.

Em primeiro lugar e antes de mais, a Comissão exprime a sua gratidão às mais de 1.000 pessoas que submeteram testemunhos escritos e orais, e que partilharam os seus conhecimentos e experiências com tal generosidade. Este relatório presta homenagem à sua coragem e humanidade na procura de um mundo fundamentalmente mais justo.

A Comissão gostaria de expressar, também, o seu apreço à liderança de Helen Clark (Administradora do PNUD) e de Michel Sidibé (Diretor Executivo da ONUSIDA).

O trabalho da Comissão foi guiado, com competência, pela contribuição e pelo empenho do seu Grupo Técnico Consultivo: *O Ilustre Michael Kirby (Copresidente), Allehone Mulugeta Abebe (Copresidente), Aziza Ahmed, Jonathan Berger, Chris Beyrer, Scott Burris, Joanne Csete, Mandeep Dhaliwal, Sophie Dilmitis, Vivek Divan, Richard Elliott, Sofia Gruskin, Wendy Isaack, Rick Lines, Annie Madden, Kevin Moody, Vitit Muntarbhorn, Cheryl Overs, JVR Prasada Rao, Tracy Robinson, Purna Sen, Susan Timberlake, Matthew Weait.*

A Comissão agradece, calorosamente, o apoio do seu Secretariado, sob a liderança de Jeffrey O'Malley (Diretor, Práticas VIH/SIDA, PNUD) e de Mandeep Dhaliwal (Chefe de Grupo Sectorial: Direitos Humanos & Governação, Grupo VIH/SIDA, PNUD). Vivek Divan, Ian Mungall e Emilie Pradichit foram o núcleo incansável do Secretariado e a Comissão está-lhes grata pelo seu trabalho árduo e dedicação. A Comissão agradece, também, as preciosas contribuições de vários membros do pessoal, de consultores, de estágiários e de voluntários que apoiaram o seu trabalho durante os últimos dezoito meses^a e, em particular, a Judith Levine, a autora principal do relatório. A Comissão tem também a agradecer o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA.

A Comissão está grata a Edwin Cameron, que foi um dos Comissários. Devido às suas obrigações como juiz do Tribunal Constitucional da África do Sul, não contribuiu para nenhuma das decisões substanciais tomadas pela Comissão. Por causa dos seus deveres judiciais, decidiu demitir-se oficialmente do cargo de Comissário, no final de 2011.

A Comissão agradece, também, pela generosidade do apoio financeiro, ao American Jewish World Service (AJWS), à Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID), à Fundação Ford, à Direção dos Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde do Canadá, à Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento (Norad), ao Alto-Comissariado para os Direitos Humanos, às Open Society Foundations, à Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (Sida), ao PNUD, ao FNUAP, à UNICEF e ao Secretariado da ONUSIDA.

^a Imam Ahmed, Nada Al Riahi, Fattouh Al-Shazly, Natalie Amar, Tenu Avafia, Zeinab Badawi, Brook Baker, Ahmad Balah, Stefan Baral, Tim Barnett, Asmita Basu, Glenn Betteridge, Kim Blankenship, Dominic Bocci, Ludo Bok, Jennifer Branscombe, Andrei Brighidin, Meagan Burrows, Robert Carr, Jorge Chediek, Jessica Chiu, Clif Cortez, Megan Cribbs, Joachim da Silva Paiva Fernandes, Emma Day, Miguel Darcy, Daniel de Castro, Karen de Meritens, Martine Dennis, Reeti Desai, Amy Edwards, Ehab El Kharrat, Mohamed El Said, Wahid Ferchichi, Susana Fried, Jorge Gestoso, John Godwin, Laura Goldsmith, Catherine Grant, Moustapha Gueye, Theira Guzman, Vera Hakim, Lisa Hamelmann, Brianna Harrison, Adela Hive, Amy Kapczynski, Yelena Khanga, Boyan Konstantinov, Ernesto Kraus, Jelena Kucelin, Patrícia Kunderát, Krista Lauer, Virginie Leclerc, John Macauley, Lerato Mahlaole, Keletso Makofane, Allan Maleche, Arnold Madikwe, Christina Magill, Alice Miller, Chris Molomo, Godfrey Maringa, Tania Martins Fidalgo, Rumbidzai Maweni, Kathleen Meara, Ratna Menon, Khadija Moalla, Bechir N'Daw, Alyaa Nabil, Mariana Nerpii, Cecilia Oh, Freda Olivares, Norma Garcia de Paredes, Andrea Pastorelli, Deena Patel, Nisha Pillai, Tonia Poteat, David Ragonetti, Nadia Rasheed, Jirair Ratevosian, Janaina Reis, Jenny Rouse, David Ruiz, Amitrajit Saha, Rohan Sajjani, Margaret Sakatsie, Karin Santi, Nashida Sattar, Eric Sawyer, Aaron Scheinwald, Diana Schirca, Tilly Sellers, Edmund Settle, Ji-Eun Seong, Svati Shah, Shonali Shome, Anthony So, Ann Strode, Ashwini Sukthankar, Mohan Sundararaj, Ala Svet, Maria Tallarico, Dudley Tarlton, Dimitri Teresh, Christos Tsentas, Cheikh Traore, Kazayuki Uji, Leah Utyasheva, Nadeah Vali, Marta Vallejo, Marcel van Soest, Pierre-Etienne Vannier, Bhikshuni Weisbrot, Daniel Wolfe e Ajcharawan Yubolkosol.

ABREVIATURAS

ACL	Acordo de Comércio Livre
ACTA	Acordo Comercial Anticontrafação
ADA	Lei dos Americanos Portadores de Deficiência
APE	Acordo de Parceria Económica
ARV	Antirretroviral
CDC	Convenção Sobre os Direitos da Criança
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
DAES	Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELAC	Europa de Leste e Ásia Central
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GDC	Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade
HSB	Homens que têm relações sexuais com outros Homens
I&D	Investigação e Desenvolvimento
ICW	Comunidade Internacional de Mulheres que Vivem com VIH
ILGA	Associação Internacional de Lésbicas e Gays
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LHBT	Lésbicas, Homossexuais, Bissexuais e Transexuais
MENA	Médio Oriente e Norte de África
MGF	Mutilação Genital Feminina
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milénio
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio

OMPI	Organização Mundial da Propriedade Intelectual
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA
PI	Propriedade Intelectual
PIDESC	Pacto Internacional Sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais
PMD	Países Menos Desenvolvidos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTMF	Prevenção da Transmissão do VIH de Mãe para Filho
PTS	Programa de Troca de Seringas
PVV	Pessoas que vivem com VIH
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAR	Tratamento Antirretroviral
TMA	Tratamento Medicamente Assistido
TPPA	Acordo de Parceria Transpacífico
TRIPS	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio
UE	União Europeia
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

RESUMO EXECUTIVO

Em apenas três décadas, mais de 30 milhões de pessoas morreram vítimas da SIDA e mais outros 34 milhões de pessoas foram infetados pelo VIH. A epidemia do VIH tornou-se um dos grandes desafios do nosso tempo, em termos de saúde pública. E constitui, também, uma crise em termos de direito, dos direitos humanos e da justiça social. A boa notícia é que possuímos, hoje em dia, as provas e ferramentas necessárias para abrandarmos de forma radical novas infeções por VIH e para pormos fim às mortes derivadas do vírus. Paradoxalmente, isto surge numa altura em que as más leis e outros obstáculos políticos estão a impedir o sucesso.

Há 34 milhões de seropositivos, 7.400 dos quais são infetados diariamente e 1,8 milhões morreram só no ano de 2010. O contexto jurídico— leis, sistemas de execução e de justiça— dispõe de um potencial imenso para melhorar as vidas das pessoas seropositivas e pôr fim à crise. O direito internacional e os tratados que protegem a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e proibem a discriminação— incluindo a discriminação baseada na saúde ou no estatuto jurídico— apoiam o poder salutar do direito nacional.

Contudo, as nações não têm tirado partido do potencial do sistema jurídico. Pior ainda, as leis punidoras, o tratamento discriminatório e brutal da polícia e a negação do acesso à justiça a pessoas que vivem com VIH ou estão em risco de infeção estão a alimentar a epidemia. Estas práticas jurídicas não só criam como punem a vulnerabilidade. Favorecem os comportamentos de risco, impedem as pessoas de acederem a instrumentos de tratamento e de prevenção, e exacerbam o estigma e as desigualdades sociais, que tornam as pessoas mais vulneráveis à infeção por VIH e à doença. As pessoas seropositivas, sejam elas pais

ou cônjuges, trabalhadores do sexo ou profissionais de saúde, amantes ou agressores, interagem intimamente com outras, que, por sua vez, interagem com outras em círculos ainda maiores, da comunidade ao mundo inteiro. Desde a saúde pública à riqueza nacional, da solidariedade social à igualdade e justiça, o VIH afeta toda a gente. A prevenção, o tratamento e os cuidados relacionados com o VIH— e a proteção e promoção dos direitos humanos daqueles que vivem com a infeção — são da responsabilidade de toda a gente.

A Comissão Global sobre o VIH e o Direito

realizou 18 meses de investigação, de consulta, de análise e de deliberação intensivas. As suas fontes incluíram testemunhos de mais de 700 pessoas afetadas pelo contexto jurídico associado ao VIH e provenientes de 140 países, assim como submissões de especialistas e um importante número de trabalhos de investigação sobre o VIH, a saúde e o direito.

As conclusões da Comissão são, por vezes, causadoras de desespero, mas também portadoras de esperança para as pessoas que vivem com VIH ou em risco de o contrair. Em Junho de 2011, 192 países comprometeram-se a rever a legislação e a criar um contexto jurídico e social suscetível de favorecer a emergência de respostas ao VIH eficazes e eficientes. As recomendações da Comissão oferecem aos governos e às instituições internacionais orientações que permitem moldar um contexto jurídico composto por leis e práticas baseadas na ciência, pragmáticas, humanas e justas. As conclusões e recomendações também oferecem instrumentos de defesa às pessoas seropositivas, à sociedade civil, e às comunidades afetadas pelo VIH. As recomendações têm em conta o facto de que existem várias leis com finalidades que vão para além do quadro da

saúde pública, como a manutenção da ordem, a segurança pública ou a regulamentação do comércio. Mas todas estas recomendações colocam prioridade absoluta na criação de contextos jurídicos que defendam e encorajem os direitos humanos e outras normas jurídicas reconhecidas internacionalmente.

Algumas das conclusões da Comissão:

- 123 países possuem legislação que proíbe a discriminação baseada no VIH; 112 protegem por lei, pelo menos, certas populações, com base na sua vulnerabilidade ao VIH. No entanto, essas leis são, frequentemente, ignoradas, negligentemente aplicadas ou gravemente desrespeitadas.
- Em mais de 60 países é crime expor outra pessoa ao VIH ou transmiti-lo, em particular sexualmente. Pelo menos 600 pessoas seropositivas de 24 países foram condenadas, ao abrigo de leis penais gerais ou específicas do VIH (estas estatísticas são conservadoras, devido ao silêncio de várias vítimas). Tais leis não encorajam práticas sexuais mais seguras. Em vez disso, desencorajam as pessoas de fazerem testes ou receberem tratamento, com medo de serem processadas pela transmissão do VIH a amantes ou a crianças.
- As mulheres e raparigas correspondem a metade dos seropositivos do mundo. As leis e costumes juridicamente reconhecidos— desde a mutilação genital à negação do acesso aos direitos de propriedade— produzem uma desigualdade entre géneros profunda. Além do mais, a violência doméstica retira poder às mulheres e crianças. Estes fatores comprometem a capacidade das mulheres e raparigas de se protegerem da infeção por VIH e de lidarem com as suas consequências.
- Nos casos em que os jovens têm acesso à educação sexual e a serviços completos de saúde reprodutiva e de tratamento do VIH, a taxa de prevalência do VIH e de outras doenças sexualmente transmitidas (DSTs) diminui. Estas intervenções são raras, no entanto, e, tanto nas nações desenvolvidas como nas em desenvolvimento, a negação das realidades das vidas dos jovens reflete-se nas pesadas consequências físicas, emocionais e sociais do VIH sentido por estes.
- Em muitos países, as leis (quer escritas, quer das ruas) desumanizam muitas pessoas com elevados riscos de contágio pelo VIH: os trabalhadores do sexo, os transexuais, os homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH), os consumidores de drogas, os prisioneiros e os migrantes. Em vez de lhes oferecerem proteção, as leis aumentam a vulnerabilidade ao VIH destas “populações-chave”. Em contradição com as normas internacionais dos direitos humanos, 78 países, particularmente os que possuem governos influenciados por interpretações conservadoras da religião, veem as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo como uma infração penal, com penas que vão da flagelação à execução. Do mesmo modo, as leis proibidoras— ou interpretadas pela polícia ou pelos tribunais como proibidoras— da não conformidade de género, definida de forma vaga ou ampla, são muitas vezes cruelmente aplicadas. A penalização do trabalho sexual, do consumo de drogas e das medidas de redução do risco cria um clima que favorece a violência civil e policial e torna o recurso jurídico impossível para as vítimas. O medo da detenção leva as populações-chave a esconderem-se, longe dos programas de prevenção do VIH e de redução do risco. O encarceramento e a detenção obrigatórios expõem os detidos a agressões sexuais e a práticas de injeção de drogas de

A Comissão encontrou razões para ter esperança. Há casos onde os sistemas jurídico e judicial desempenharam papéis construtivos na resposta ao VIH, respeitando, protegendo e cumprindo os direitos humanos. Para alguns, tal abordagem pode parecer um paradoxo— o paradoxo da SIDA.^b Mas há dados que demonstram, de forma convincente, que esta mesma abordagem é a ideal para reduzir as consequências do VIH.

alto risco, enquanto os preservativos tornam-se produtos de contrabando e as medidas de redução do risco (incluindo os medicamentos antirretrovirais) são negadas.

- A expansão do direito comercial internacional e o âmbito excessivo das proteções da propriedade intelectual (PI) impedem a produção e distribuição de medicamentos genéricos a preços acessíveis. Supostamente, a proteção da propriedade intelectual deve oferecer um incentivo à inovação, mas a experiência tem demonstrado que as leis atuais não estão a conseguir promover inovações que sirvam as necessidades médicas dos pobres. As consequências destas regulamentações— em particular, do quadro do TRIPS— expuseram o papel central de uma proteção excessiva dos direitos de propriedade no agravamento da falta de acesso ao tratamento do VIH e a outros medicamentos essenciais. A situação é particularmente trágica em países de baixo e médio rendimentos, mas sente-se, também, em países de alto rendimento. As disposições que visam permitir exceções ou flexibilizações a estas regras para alguns países de baixo e médio rendimentos podem ajudar a aliviar a crise, mas a pressão contra a sua utilização é substancial. Apenas um pequeno grupo de países

foi capaz de tirar vantagem das flexibilidades jurídicas internacionais existentes.

- Quando a polícia coopera com os agentes da comunidade, a utilização do preservativo aumenta e a violência e a infeção entre os trabalhadores do sexo podem diminuir. Do mesmo modo, quando os governos implementam medidas de redução do risco, como programas de distribuição de seringas esterilizadas e locais de injeção seguros, as taxas de prevalência do VIH entre os consumidores de drogas podem diminuir de forma significativa.
- A assistência jurídica eficaz pode fazer da justiça e da igualdade uma realidade para os seropositivos e isto poderá contribuir para melhores resultados, em termos de saúde. Os advogados podem servir-se criativamente das leis tradicionais, de forma progressista, de maneira a promover os direitos e a saúde das mulheres. As ações dos tribunais e as iniciativas legislativas, assentes nos conceitos de justiça e de pragmatismo, podem ajudar as nações a ultrapassar o jugo de penalizações incorretas, a introduzir leis sobre agressão sexual que tenham em conta a dimensão do género e a reconhecer a autonomia sexual dos jovens.

^b De acordo com o Ilustre Michael Kirby, o paradoxo da SIDA pode ser descrito como o seguinte: “é um paradoxo, uma das leis mais eficazes que podemos oferecer para o combate contra a propagação do VIH é a proteção das pessoas seropositivas, e tudo o que as rodeia, contra a discriminação. Isto é um paradoxo porque a comunidade espera que as leis protejam os não infetados dos infetados. No entanto, pelo menos nesta fase da epidemia, devemos proteger também os infetados. Devemos fazê-lo porque se tratam de direitos humanos essenciais. Mas, se esta razão não for suficiente, devemos fazê-lo pelo bem da comunidade como um todo, cujo interesse comum é a contenção da propagação do VIH.”

- Apesar das pressões internacionais para dar prioridade ao comércio em vez da saúde pública, certos governos e grupos da sociedade civil estão a utilizar o direito de modo a garantir o acesso a medicamentos a preços menos dispendiosos e a explorar novos incentivos para a investigação e o desenvolvimento médicos.

Estes sucessos podem— e devem— ser ampliados. Isto irá exigir dinheiro e vontade. Os doadores, cujas contribuições diminuíram, devem redobrar esforços e inverter esta tendência, particularmente se se pretende que os últimos avanços, em termos da ciência e dos programas de prevenção, beneficiem quem necessita deles. É também necessário que os países honrem os direitos humanos internacionais e as suas obrigações legais nacionais. Nos casos em que as leis não melhorem o bem-estar humano ou em que as leis não correspondam às realidades contemporâneas, devem ser revogadas e substituídas por novas leis que vão de encontro a estes objetivos. Em matéria de justiça e dignidade, direitos humanos e vida humana, o mundo não pode exigir menos.

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos, a Comissão apela urgentemente aos governos, à sociedade civil e aos organismos internacionais que:

- Eliminam todas as formas de discriminação e violência dirigidas contra os que são vulneráveis, ou que vivem com VIH, ou que se pensa serem seropositivos. Garantam que os compromissos e as garantias constitucionais exis-

tentes, em termos dos direitos humanos, são respeitados.

- Revoguem leis punitivas e promulguem leis que incentivem respostas eficazes ao VIH, em termos de serviços de prevenção, de cuidados e de tratamento a favor de todos que deles necessitem. Não promulguem leis que penalizem, de maneira explícita, a transmissão do VIH, a exposição ao mesmo ou a não-divulgação do estatuto de VIH, que são contraproducentes.
- Trabalhem com os guardiões das leis consuetudinárias e religiosas, de modo a promover práticas tradicionais e religiosas que promovam os direitos e a aceitação da diversidade e protejam a privacidade.
- Despenalizem os comportamentos sexuais consensuais, de natureza privada, entre adultos, incluindo as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo e o trabalho sexual voluntário.
- Processem os autores de violência sexual, incluindo a violação conjugal e a violação ligada a um conflito, seja perpetrada contra mulheres, homens, ou transsexuais.
- Abulem todos os registos, testes e regimes de tratamento forçado obrigatórios, no contexto do VIH. Facilitem o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e ponham fim ao aborto e à esterilização forçados de mulheres e raparigas seropositivas.
- Reformem as abordagens em relação ao consumo de drogas. Em vez de punirem as pessoas que consomem drogas e que não representam qualquer ameaça para os outros, os governos devem oferecer-lhes acesso a serviços eficazes de saúde e de tratamento do

VIH, incluindo programas de redução do risco e tratamento voluntário e baseado em dados para a toxicodependência.

- Façam respeitar leis contrárias a todas as formas de abuso e exploração sexuais, diferenciando, de forma clara, tais crimes do trabalho sexual consensual efetuado por adultos.
- Assegurem que a aplicação de leis contra o tráfico humano é cuidadosamente direcionada, de modo a punir os que usam a força, a desonestidade e a coerção para obterem pessoas com vista a fins comerciais, ou os que abusam dos trabalhadores do sexo migrantes, através da servidão por dívida, da violência ou da privação da liberdade. As leis contra o tráfico humano devem ser utilizadas de forma a proibir a exploração sexual, mas não devem ser utilizadas contra adultos envolvidos em trabalho sexual consensual.
- Nas questões relativas ao VIH e ao direito, ofereçam o mesmo nível de proteção aos migrantes, aos visitantes e aos residentes de nacionalidade estrangeira que é oferecido aos cidadãos. As restrições que proíbem os seropositivos de entrar num país ou as regulamentações que impõem testes de VIH a estrangeiros nesse país devem ser revogadas.
- Assegurem o respeito por um quadro jurídico que garanta a proteção social das crianças que vivem com ou são afetadas pelo VIH e pela

SIDA. As leis devem proteger os direitos de tutela, de propriedade e de herança, e permitir às crianças terem acesso a uma educação sexual e a serviços de saúde sexual e reprodutiva adaptados à sua idade.

- Desenvolvam um regime eficaz de PI para os produtos farmacêuticos. Esse regime deve ser consistente com as normas internacionais em termos dos direitos humanos e com as necessidades de saúde pública, salvaguardando ao mesmo tempo os direitos legítimos dos inventores.

A Comissão apela com urgência a uma colaboração internacional renovada e vigorosa para responder ao VIH.

Apela aos doadores, à sociedade civil e à ONU para responsabilizarem os governos pelos seus compromissos em termos dos direitos humanos. Convida os grupos não-governamentais a desenvolverem e a implementarem políticas e práticas ligadas ao VIH que sejam realizáveis, e a financiarem ações suscetíveis de reformar as leis, de assegurar o seu respeito e o acesso à justiça. Estes esforços devem incluir a educação das pessoas, no que respeita aos seus direitos e às leis, a prevenção da violência, assim como a redução do estigma e da discriminação no seio das famílias, das comunidades e do local de trabalho, pois estes últimos continuam a alimentar uma epidemia mundial que já deveria ter acabado há muito tempo.

INTRODUÇÃO: PODERÃO AS LEIS SALVAR VIDAS?

As leis, por si só, não podem erradicar a SIDA. Da mesma forma que não podemos culpar apenas as leis quando as respostas ao VIH são inadequadas. Contudo, o contexto jurídico pode desempenhar um papel poderoso no bem-estar das pessoas que vivem com VIH e das pessoas vulneráveis ao VIH. Boas leis, dotadas dos recursos necessários e implementadas com rigor, podem alargar o acesso aos serviços de prevenção e de cuidados de saúde, melhorar a qualidade do tratamento, reforçar a assistência social às pessoas afetadas pela epidemia, assegurar a proteção dos direitos humanos indispensáveis à sobrevivência e economizar fundos públicos.

Todas as comunidades de todos os países incluem pessoas que vivem com VIH. No final de 2010, estas pessoas chegavam aos 34 milhões, às quais faltam juntar os milhões de pessoas em risco de infeção.¹ E, apesar da prevenção e do tratamento terem melhorado consideravelmente, ao longo da última década, quase 7.400 pessoas são infetadas todos os dias. Em 2010, apenas metade dos adultos e um quarto das crianças

elegíveis para receber tratamento antirretroviral, capaz de lhes salvar a vida, sob as diretivas da OMS, o recebeu, de facto. Nesse mesmo ano, 1,8 milhões de pessoas morreram devido a causas relacionadas com a SIDA.²

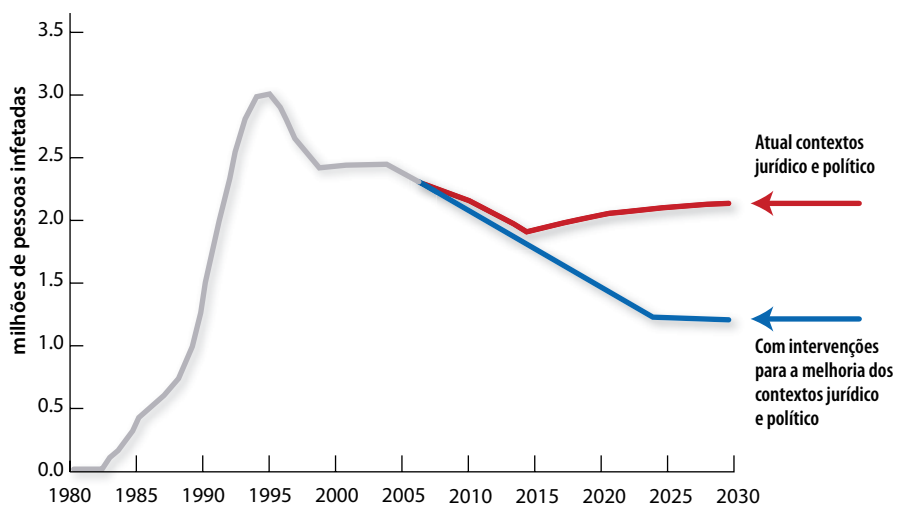
As leis e as instituições podem proteger a dignidade de todas as pessoas que vivem com VIH e, ao fazê-lo, fortalecer os mais vulneráveis ao VIH,

A IMPORTÂNCIA DO DIREITO

Número anual de novas infeções do VIH entre adultos de 15 a 49 anos

- tendência histórica
- tendência atual
- mudança estrutural*

* mudanças nos contextos jurídico e político



Fonte: Health Affairs, Vol 28, No 6, Critical Choices in Financing the Response to the Global HIV/AIDS Pandemic, Nov. 2009.

as chamadas “populações-chave”^c, como os trabalhadores do sexo, os HSH, os transexuais, os prisioneiros e os migrantes. As leis podem abrir as portas à justiça, em casos em que os direitos destas pessoas são espezinhados. Ao assegurarem-lhes o acesso à propriedade e à proteção de todas as formas de violência, as leis podem melhorar a vida das mulheres e oferecer-lhes o poder e a independência de que precisam para preservarem a sua saúde e a dos filhos.

Mas as leis podem, também, infligir danos aos corpos e espíritos das pessoas que vivem com VIH. Podem perpetuar a discriminação e afastar os mais vulneráveis ao VIH dos programas que os iriam ajudar a evitar ou a lidar com o vírus. Ao dividir a sociedade entre criminosos e vítimas, entre culpados e inocentes, o contexto jurídico pode destruir a solidariedade social, política e económica que é indispensável para ultrapassar esta epidemia mundial. De facto, o mundo poderia ter erradicado a epidemia do VIH há mais de uma década, salvando milhões de vidas e milhões de milhões de dólares, mas falta vontade política e coragem para o fazer.

Que soluções produzem resultados? Uma vacina ou uma cura contra o VIH seria decisiva, e o mundo científico esforça-se, atualmente, por encontrar uma. Entretanto, como a experiência e os dados nos têm mostrado, muito pode ser feito, mesmo na falta de um milagre médico. A combinação de uma prevenção adequada com um tratamento que seja amplamente disponibilizado pode limitar e mesmo pôr fim à disseminação de novas infeções. Ao seguirem uma terapia, a maioria dos seropositivos pode permanecer saudável e produtiva durante décadas. Cada uma destas medidas pode reduzir, a pouco e pouco, o número de mortes — na maioria das vezes, com custos reduzidos.³

Pero, mientras, los gobiernos y donantes internacionales invierten millones para combatir el VIH, muchos entornos legales del mundo están entorpeciendo en lugar de facilitar las respuestas al VIH. En efecto, en muchas instancias, los programas de salud pública para combatir el VIH se ven debilitados por leyes que penalizan las mismas prácticas que los esfuerzos de salud pública promueven y de las cuales dependen, tales como: la distribución de agujas limpias y la terapia de sustitución de opiáceos a personas que utilizan drogas, el suministro de preservativos y medidas de reducción de daños a la población privada de libertad, o apoyando la libre asociación de personas trabajadoras del sexo con fines de apoyo mutuo y educación. Mientras los legisladores no modifiquen estas leyes, de manera que todos los recursos se dirijan a combatir el mismo enemigo — el VIH y no las personas que viven con VIH — el virus será el vencedor y la población del mundo, especialmente las personas más vulnerables, la vencida.

Apesar dos esforços dos governos e da comunidade internacional, os quais investem milhões na luta contra o VIH, o contexto jurídico de muitos países no mundo inteiro continua a dificultar, em vez de apoiar, as respostas ao VIH. De facto, em vários casos, os programas de saúde pública de combate ao VIH são comprometidos por leis que penalizam as mesmas práticas que os esforços de saúde pública promovem e dependem, tais como a distribuição de agulhas esterilizadas, a terapia de substituição de opioides para os consumidores de drogas, o fornecimento de preservativos e de medidas de redução de risco aos prisioneiros, ou, também, o apoio à associação livre dos trabalhadores do sexo, com o objetivo de apoio e educação mútuos. Se os legisladores não alterarem estas leis de modo a que todos os recursos sejam reunidos contra o mesmo ini-

^c De acordo com a Aliança Internacional contra o VIH/SIDA, a expressão “populações-chave” designa os grupos de pessoas mais suscetíveis de estarem expostos ao VIH ou de o transmitirem, e cujo empenho é essencial para uma resposta bem-sucedida ao VIH. Em todos os países, estas populações-chave incluem pessoas que vivem com VIH. Na maior parte dos casos, os grupos mais expostos ao VIH incluem os homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH), os transexuais, as pessoas que se injetam com drogas e os trabalhadores do sexo, assim como os seus clientes.



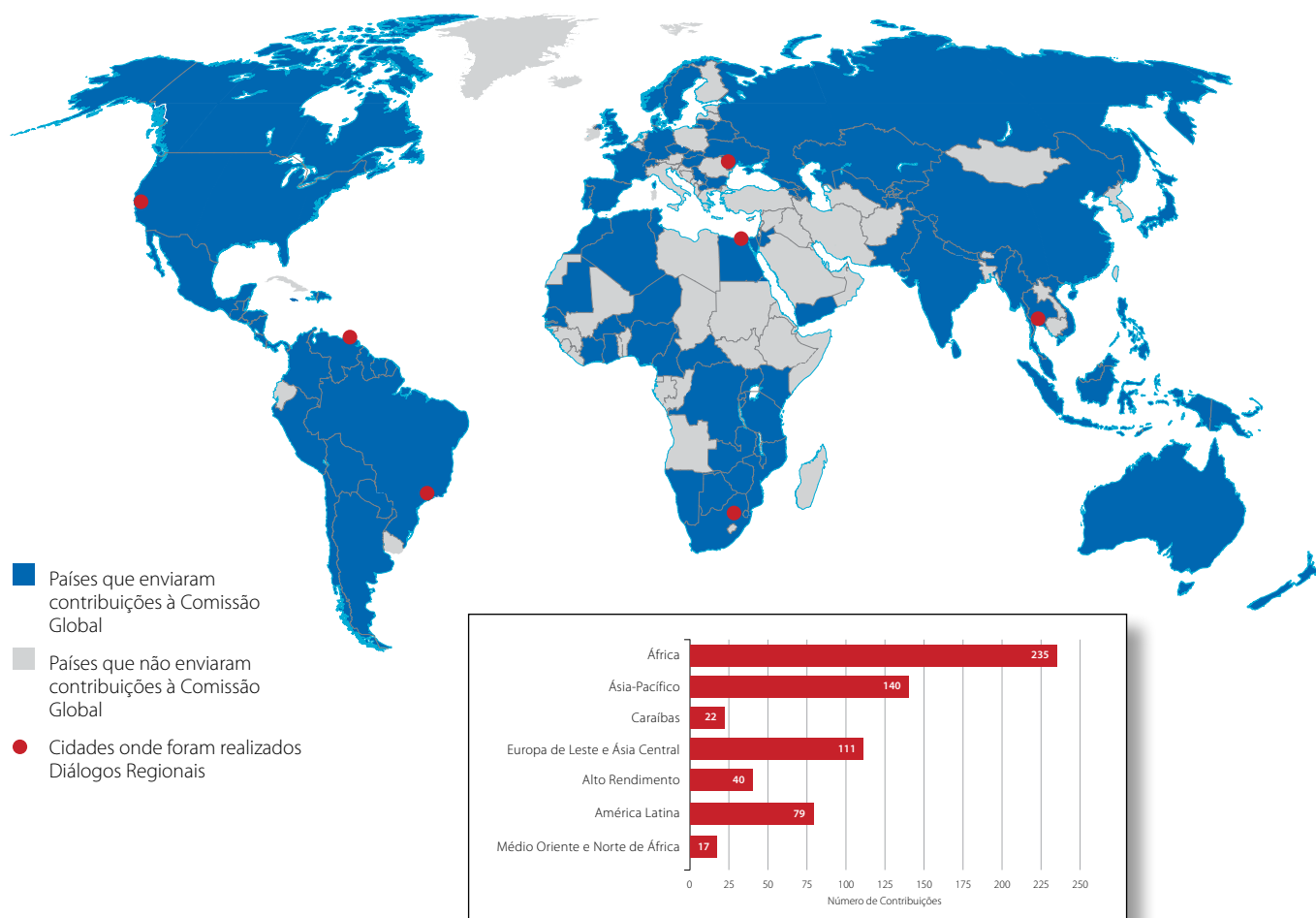
COMO A COMISSÃO CHEGOU ÀS SUAS CONCLUSÕES

A Comissão Global sobre o VIH e o Direito debruçou-se sobre um amplo e rigoroso processo de investigação e de análise e deliberação intensivas. A Comissão recorreu a dados de saúde pública, à análise jurídica, à investigação qualitativa, e a consultas com as comunidades, de modo a melhor compreender a forma como os contextos jurídicos influenciam a epidemia do VIH. Consciente de que as leis existem por razões importantes, que vão para além da saúde pública— a proteção e a promoção dos direitos humanos, a manutenção da ordem e segurança públicas e a regulamentação do comércio— a Comissão também examinou em que medida as leis ligadas ao VIH, tanto na teoria como na prática, são consistentes com os direitos humanos e outras normas jurídicas.

A Comissão recebeu o apoio de um Grupo Técnico Consultivo,⁴ que reviu e analisou os dados existentes, nos domínios jurídico e da saúde pública, e que também encomendou uma análise de raiz. Este processo foi complementado por uma consulta extensiva, resultando no exame de 680 contribuições escritas, provenientes de 1.000 autores, de 140 países. Foram organizados sete diálogos regionais⁵ (tendo sido o maior em África) com o intuito de partilhar e deliberar sobre dados e experiências. Através destes diálogos, os comissários ouviram as vozes de mais de 700 das pessoas mais afetadas pelas leis ligadas ao VIH, incluindo pessoas que vivem com VIH, pessoas alvo de processos por infrações relacionadas com o VIH, diretores prisionais, membros da polícia, ministros da justiça, da saúde e da administração interna, assim como funcionários de saúde pública e líderes religiosos. As organizações de juristas, de especialistas dos direitos humanos e de mulheres, as empresas farmacêuticas e os teólogos foram chamados a prestar contribuições especiais. Finalmente, os membros da Comissão refletiram sobre a vasta gama de análises e conclusões, diretamente relacionadas com o VIH e a saúde, contidas em trabalhos existentes respeitantes aos direitos humanos, incluindo o trabalho dos Relatores Especiais sobre “o direito ao nível mais alto de saúde” e sobre a “violência contra as mulheres”. À exceção de certos casos onde foi exigida a confidencialidade, as contribuições escritas⁶, os processos de diálogo, os documentos de debate e as fontes estão disponíveis em www.hivlawcommission.org.

Tomadas no seu conjunto, estas fontes forneceram provas convincentes sobre a importância fundamental do direito em relação ao VIH e sobre as relações intrínsecas entre o respeito pela dignidade humana e respostas eficazes e sustentáveis ao VIH. As recomendações da Comissão são, desta forma, baseadas tanto em dados sólidos de saúde pública como nas normas dos direitos humanos. A maioria destas recomendações é dirigida a “países”, um termo que abrange não só os chefes de Estado, os parlamentares e outros atores políticos mas também o corpo judiciário, os responsáveis pela aplicação da lei, as autoridades municipais, o setor privado e a sociedade. Os Estados têm a obrigação específica de protegerem e promoverem os direitos humanos, mas apenas um esforço concertado do conjunto da sociedade permitirá fazer progredir a saúde pública e a justiça social.

CONTRIBUIÇÕES ESCRITAS RECEBIDAS PELA COMISSÃO



Nota: Número total de contribuições: 680, das quais 644 foram recebidas ao longo dos Diálogos Regionais e 36, especializadas, submetidas por peritos e organizações especializadas no domínio do VIH, da saúde e do direito.

Fontes: Contribuições recebidas entre Novembro de 2010 a Outubro de 2011. Isto inclui todas as contribuições provenientes dos Diálogos Regionais e das Contribuições Especializadas. O mapa do mundo é inspirado no AIDS-Free World.

migo— o VIH, e não os portadores do mesmo—, o vírus sairá vitorioso e a população mundial, em particular os mais vulneráveis, sairá vencida.

É neste contexto que o Conselho de Coordenação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA pediu ao PNUD para criar a Comissão Global sobre o VIH e o Direito (a Comissão).⁷ Esta Comissão, um órgão independente, presidido por Fernando Henrique Cardoso, ex-presidente do Brasil⁸, é composta por 14 personalidades eminentes de todo o mundo e é

apoiada por um Grupo Técnico Consultivo, que inclui pessoas que vivem com VIH, membros de comunidades afetadas pelo mesmo e especialistas jurídicos, de saúde pública, dos direitos humanos e do VIH.

Com base na análise identificadora dos domínios onde o direito pode vir a transformar a resposta à SIDA e reduzir a epidemia do VIH, a Comissão centrou as suas investigações sobre: (1) leis e práticas que penalizam os portadores do VIH e os mais vulneráveis ao mesmo; (2) leis e práticas que

favorecem ou atenuam a violência e a discriminação contra as mulheres; (3) leis e práticas que facilitam ou impedem o acesso ao tratamento ligado ao VIH; e (4) questões jurídicas relativas a crianças e jovens, no contexto do VIH.

Por vezes, as leis parecem abstratas e distantes, e pode ser difícil compreendê-las. Mas a verdade pura e simples sobre as leis é dada pelas palavras

das pessoas que informaram a Comissão, durante o seu inquérito. Para as pessoas que vivem com VIH, para as suas famílias e comunidades, para as populações-chave e para os vulneráveis ao VIH, as leis não são nem abstratas nem distantes. São a diferença entre perseguição policial ou seringas esterilizadas, celas prisionais ou grupos de autoajuda; noutras palavras, a lei pode ser o punho fechado que tortura ou a mão que cura.

LUTAR CONTRA A DISCRIMINAÇÃO

As leis que protegem a saúde e a dignidade



Fonte: UNDP/Sarah Mwilima/Namibia

DIREITOS HUMANOS: OS PILARES DA IGUALDADE

A igualdade e a não discriminação, princípios invioláveis, contidos em todos os principais acordos internacionais relativos aos direitos humanos, são os pilares sobre os quais assentam todos os outros direitos humanos.⁹ Apesar de não existir uma lei internacional vinculativa que proíba expressamente a discriminação com base no estatuto de VIH, esses dois princípios guiam e apoiam a denúncia da discriminação relacionada com tal estatuto e contra as pessoas que o mesmo afeta.

LEGISLAÇÃO NACIONAL E AÇÕES JUDICIAIS

Todos os países possuem um quadro jurídico, qualquer que seja a sua forma, para a proteção e promoção dos direitos humanos e para o desencorajamento das práticas discriminatórias. Muitos ratificaram um ou mais dos nove principais acordos internacionais¹⁰ ou vários acordos regionais relativos aos direitos humanos.¹¹ Muitos vão ainda mais longe no sentido de banir a discriminação ligada ao VIH. Os estados membros da

Em 2009, descobri o meu estatuto de seropositivo. Fui convidado para ir à televisão, por ser jogador de futebol profissional. O pai da minha namorada viu essa entrevista e ela disse-me que ele não estava familiarizado com o VIH e que lhe tinha dito que não podia aceitar essa relação. O pai dela (agente de polícia) veio a minha casa deter-me, às 7 da manhã. Eu conhecia alguns dos meus direitos, portanto, bateram-me e puseram-me numa cela, na esquadra da polícia. Foi muito mau. Mantiveram-me detido até que uma associação dos direitos humanos se manifestou na esquadra e, então, fui libertado. Este episódio marcou-me para o resto da vida. Poderia estar ressentido, mas vou lutar até ao fim.

Noubissi Charles Domingo, RéCAP+, Camarões, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

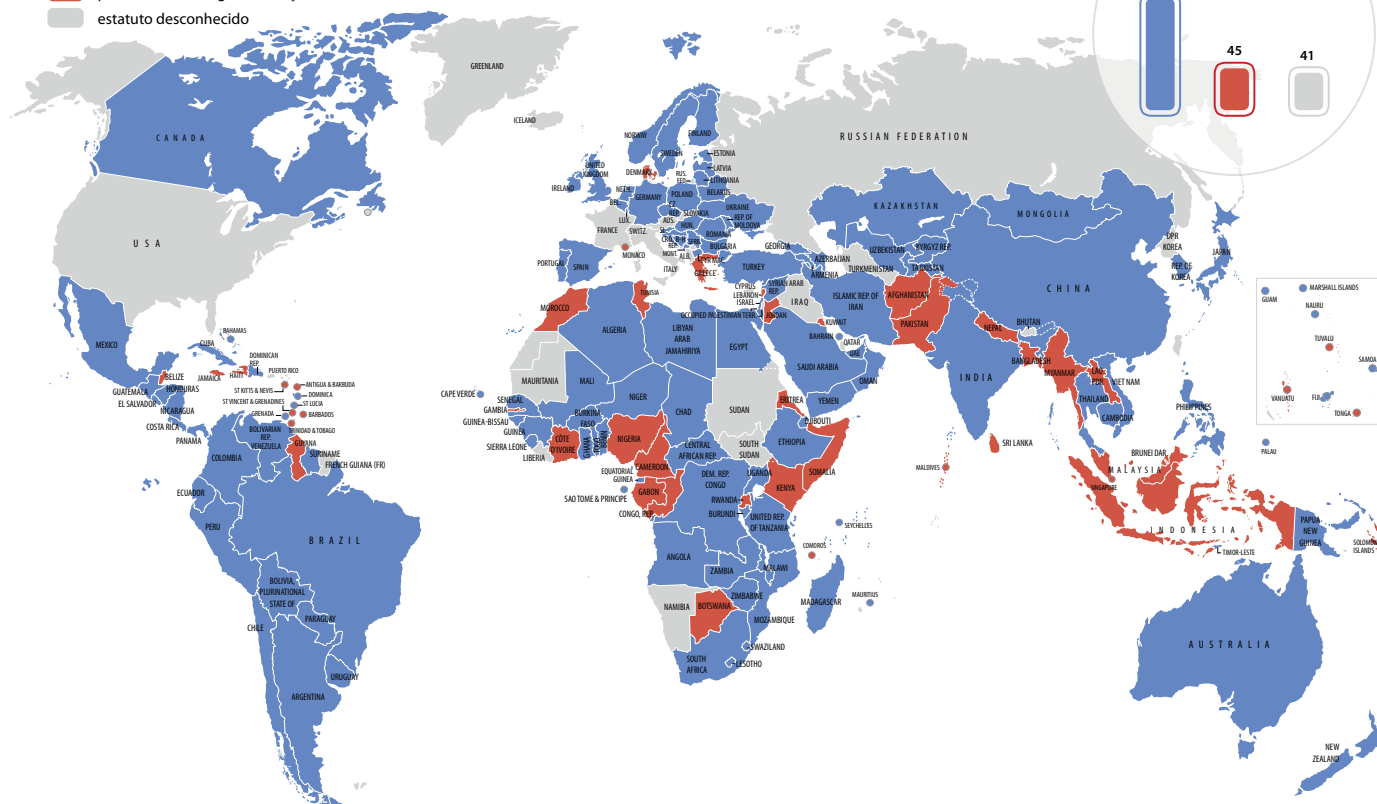
Assembleia-Geral das Nações Unidas, na Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2011, e nas Declarações Políticas sobre o VIH/SIDA, de 2006 e de 2011, comprometeram-se a utilizar as leis de forma a eliminar todas as formas de discriminação contra pessoas que vivem com VIH.¹² A Comissão Interamericana dos Direitos Humanos¹³ e a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa também participaram nestes esforços para proibir tal discriminação.¹⁴

Certas leis anti-discriminação são fundadas nas constituições nacionais; outras baseiam-se na jurisprudência ou em leis religiosas reconhecidas pelo Estado, tal como o conceito de privacidade presente na Charia. Dos 168 países avaliados pela ONUSIDA, 123 indicaram que adotaram medidas legislativas proibidoras da discriminação baseada no VIH.¹⁵ 111 países dispõem de leis ou regulamentações contra a discriminação que protegem, pelo menos, algumas populações específicas, com base na sua vulnerabilidade em relação ao VIH.¹⁶

PROTEÇÃO JURÍDICA

Leis que protegem contra a discriminação ligada ao VIH

- país com leis ou regulamentações
- país sem leis ou regulamentações
- estatuto desconhecido



Fontes: O Direito ao serviço da resposta ao VIH: Resumo por país preparado pela ONUSIDA sobre leis que apoiam ou bloqueiam o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio em termos do VIH, 2010. Diretivas para os parlamentares sobre VIH e SIDA: O Direito ao serviço da resposta ao VIH. União Interparlamentar (UIP), ONUSIDA; PNUD, 2011

A LETRA DA LEI

Filipinas – Lei de 1998 sobre o controlo e a prevenção da SIDA¹⁷

“[T]oda a discriminação, em todas as suas formas e subtilezas, contra indivíduos seropositivos ou pessoas suspeitas de o serem, é considerada hostil à pessoa visada e ao interesse nacional.” A lei proíbe, de maneira específica, a discriminação no local de trabalho, nas escolas, no decurso de viagens e em habitações, em serviços públicos, em serviços de crédito e de seguros, em hospitais e outras instituições de saúde, e em cerimónias fúnebres.

Bahamas – Lei de 2001 sobre o emprego¹⁸

“Ningún empleador o persona que actúe en nombre del empleador debe discriminar a un empleado o solicitante de empleo a causa de su raza, credo, sexo, estado civil, opinión política, edad o VIH/SIDA.”

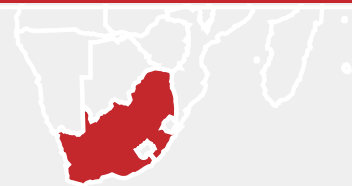
Austrália – Lei de 1997 contra a discriminação¹⁹

É ilegal uma pessoa, *“através de um ato público, incitar ao ódio, desprezar seriamente ou humilhar gravemente”* qualquer pessoa seropositiva ou considerada como tal.

MORTE ECONÓMICA

*Hoffmann contra South African Airways*²⁰

A companhia aérea South African Airways tinha uma política contra a contratação de pessoas seropositivas como assistentes de bordo. O Tribunal Constitucional da África do Sul invalidou esta política, declarando que a negação generalizada de emprego a pessoas seropositivas viola a garantia constitucional da igualdade.



As pessoas que vivem com VIH não podem ser “condenadas a uma morte económica” pela negação da igualdade de oportunidades no emprego, afirmou o Tribunal, e acrescentou que os seropositivos usufruem de uma proteção especial em relação à discriminação, sob a Lei da Igualdade no Emprego. Na sua decisão, o Tribunal invocou o princípio do *ubuntu*— um termo zulu que exprime o reconhecimento do valor do ser humano e o respeito pela dignidade de todas as pessoas.

Mais precisamente, os defensores e legisladores recorreram à categoria “outro estatuto” para proteger os direitos das pessoas seropositivas, reais ou presumidas, dos seus filhos ou pais.²¹ A Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos confirmou, repetidamente, que o termo “outro estatuto”— uma categoria frequentemente utilizada na legislação relativa aos direitos humanos, que inclui as categorias não designadas que devem ser protegidas da discriminação— deve ser interpretado de maneira a proteger o estado de saúde, nomeadamente o estatuto de VIH.²² As proteções contra a discriminação com base na deficiência podem também ser úteis para as pessoas que vivem com VIH, mesmo não havendo uma definição universalmente aceite deste termo. Mais particularmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência contém um “modelo social” da deficiência, suficientemente amplo para integrar o VIH ou a SIDA.²³

Em alguns países, os Tribunais Superiores decidiram que as leis proibidoras da discriminação baseada na deficiência se aplicam, também, às pessoas que vivem com VIH, com base no seu estatuto serológico, quer a deficiência seja real ou considerada como tal.²⁴ Por exemplo, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América deter-

minou que as pessoas que vivem com VIH estão protegidas ao abrigo da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência.²⁵

Mesmo nos casos onde não existem leis contra a discriminação baseada no VIH, os tribunais nacionais têm, frequentemente, recorrido às garantias constitucionais de dignidade e de igualdade de forma a proibirem as práticas discriminatórias. Quando as pessoas seropositivas foram proibidas de frequentarem piscinas públicas, restaurantes ou serviços de creche ou de saúde— tais interdições foram justificadas pela noção de que as mesmas protegem a saúde dos outros— alguns tribunais intervieram para declarar inválidas estas políticas. Alguns tribunais também invocaram os direitos à subsistência e à igualdade em termos de contratação, assim como o “direito ao nível mais alto de saúde”, um direito internacionalmente reconhecido.

APLICAÇÃO NEGLIGENCIADA E DESRESPEITO DAS LEIS

Muitas vezes, as leis nacionais obrigam um país a garantir os direitos humanos, internacionalmente reconhecidos, à igualdade, liberdade e saúde. Contudo, por várias razões (como a falta de recursos, o caos político ou as interpretações

“A Constituição da República Dominicana prevê a existência de um gabinete do Provedor da Justiça, (Ombudsman), mas ninguém foi nomeado para este posto, nem os recursos para o seu funcionamento foram especificados e fornecidos.”

Salvador E. Estepan, República Dominicana, Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011

da religião), os governos não cumprem, frequentemente, estas obrigações. A legislação nacional pode proibir a discriminação, mas as leis são, muitas vezes, ignoradas, aplicadas negligentemente ou gravemente desrespeitadas. Nas instituições públicas e nas suas casas,²⁶ as pessoas que vivem com VIH sentem o impacto do estigma, da discriminação, da marginalização e do abuso físico e verbal.²⁷ Estas experiências são, frequentemente, agravadas pela intolerância (baseada no sexo, no género, na orientação sexual, na origem social, na ocupação, na raça ou no facto de uma pessoa ser toxicodependente ou trabalhadora do sexo), o que vai, também, afetar as suas famílias. Os filhos dos trabalhadores do sexo e dos consumidores de drogas são, por vezes, vítimas de *bullying* pelas outras crianças. Os filhos de pais seropositivos arriscam-se, também, a serem expulsos da escola.²⁸ Muitas pessoas que vivem com VIH descobrem que não têm a quem recorrer, não têm onde apresentar uma queixa nem nenhuma autoridade para corrigir o problema.

Para uma real aplicação das leis, o Estado deve educar os profissionais de saúde, os juristas, os empregadores e sindicalistas, e os corpos docentes acerca das suas responsabilidades legais na garantia da inclusão e da igualdade. É necessário sensibilizar as pessoas que vivem com VIH ou são afetadas pelo mesmo acerca dos seus direitos. O ideal jurídico em termos de não discriminação deve ser defendido pela aplicação: um acesso

rápido e a preços pouco dispendiosos a mecanismos de reparação em casos de violações, incluindo serviços jurídicos a preços acessíveis, assim como a confidencialidade dos processos.

DEFESA DA IGUALDADE

A discriminação suscita, cada vez mais, reações de oposição. Constata-se a formação de grupos de interesse tendo por motivação o reforço do reconhecimento jurídico dos direitos das pessoas seropositivas e a oferta de assistência jurídica àqueles cujos direitos foram violados. Por exemplo, na Argélia, a Associação de Proteção Contra a SIDA (APCS, pelas suas siglas em francês) e o Fundo para os Direitos Humanos Mundiais (FDHM, pelas suas siglas em francês), com o apoio de advogados voluntários, estão a levar ações judiciais por discriminação aos tribunais, agindo em nome de HSH, de mulheres afetadas pelo VIH e de migrantes que vivem na Argélia— pessoas que, de outro modo, não se poderiam fazer ouvir.²⁹ No final de 2011, o relatório do Grupo de Personalidades Eminentes da Commonwealth recomendou que os governos da Comunidade das Nações tomassem medidas para revogarem leis discriminatórias que impedem respostas eficazes ao VIH.³⁰

Impulsionados pelas pressões exercidas sobre os governos, os ministérios exigiram da parte dos empregadores e das empresas que lidam com o público um tratamento justo das pessoas seropositivas. No início de 2010, a Ministra das

Finanças francesa, Christine Lagarde, exigiu às companhias de seguros e de crédito que revissem e alterassem as suas políticas em termos de pensão, de seguro de doença, de subsídios por morte e de desembolso de empréstimos, com o objetivo de melhorar o bem-estar, em termos sociais, das pessoas que vivem com VIH.³¹ Em resultado disto, a 1 de Fevereiro de 2011, Christine Lagarde, Xavier Bertrand, Ministro do Trabalho, e Roselyn Bachelot, Ministra dos Assuntos Sociais, assinaram em conjunto a Convenção AERAS, permitindo o acesso a empréstimos, a pensões, a seguros de saúde e a outros benefícios às pessoas

portadoras de patologias graves, incluindo as pessoas que vivem com VIH. Esta Convenção entrou em vigor a 1 de março de 2011.³² No Burkina Faso, o Ministério do Trabalho e da Segurança Social e a Organização Internacional do Trabalho, em conjunto com organizações patronais e de trabalhadores, estão a criar um quadro jurídico e político favorecedor da prevenção do VIH e protetor dos direitos dos trabalhadores em relação ao VIH e à SIDA. Os seus esforços vão para além dos setores público e privado formais, cobrindo, também, a economia informal.³³

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 1.1. Os países devem garantir que as suas políticas, estratégias, planos e programas nacionais de VIH incluem uma ação eficaz e direcionada de apoio aos contextos jurídicos favoráveis, tendo em conta as leis oficiais, a implementação das mesmas e o acesso à justiça. Todos os países devem revogar leis punidoras e promulgar leis de proteção que protejam e promovam os direitos humanos, que melhorem a prestação dos serviços de prevenção e de tratamento do VIH e o seu acesso, e aumentem a relação custo-eficácia destes mesmos esforços.
- 1.2. Nos casos em que ainda não o tenham feito, os países devem proibir expressamente a discriminação com base no estatuto real ou suposto de VIH e assegurar que os compromissos existentes ao nível dos direitos humanos, assim como as garantias constitucionais, são postos em prática. Os países devem também assegurar que as leis e regulamentações anti-discriminação e asseguradoras da participação, da divulgação de informações, e da prestação de serviços de saúde protegem as pessoas que vivem com VIH e outras populações-chave, assim como as pessoas expostas ao risco de infeção por VIH.
- 1.3. Os doadores, a sociedade civil e os atores do setor privado, assim como as Nações Unidas, devem exigir, da parte dos governos, o respeito dos seus compromissos em relação aos direitos humanos. Os grupos não governamentais devem desenvolver e implementar políticas e práticas ligadas ao VIH, que sejam realizáveis, e financiar ações suscetíveis de reformar as leis relativas ao VIH, assegurar o seu respeito e o acesso à justiça. Estes esforços incluem a educação das pessoas sobre os seus direitos e sobre as leis, assim como a luta contra o estigma e a discriminação no seio das famílias, das comunidades e dos locais de trabalho.

PENALIZAR A VULNERABILIDADE

Criminalização da transmissão do VIH, exposição ao vírus e sua não-divulgação



Fonte: www.photos.com

Em grande parte do mundo, é considerado crime expor outra pessoa ao VIH ou transmiti-lo, especialmente através de relações sexuais. Fundamentalmente injustas, moralmente perigosas e virtualmente impossíveis de pôr em prática³⁴ com qualquer aparência de justiça, tais leis impõem regimes de vigilância e castigo a pessoas sexualmente ativas que vivem com VIH³⁵, não apenas no que se refere às suas relações íntimas e vidas reprodutivas e maternas, mas também relativamente às suas tentativas de ganhar a vida.

Frequentemente, aqueles que propõem a criminalização afirmam estar a promover a saúde pública ou a moralidade. Embora alguns até possam ter boas intenções, se bem que insensatas, para salvaguardar os direitos e saúde das mulheres, a criminalização não garante o bem-estar de ninguém. Não há qualquer evidência

Apesar da descrição . . . feita por legisladores e promotores de justiça, não se trata, de facto, da transmissão intencional mas sim do sexo intencional enquanto seropositivo que constitui o foco destas leis estatais. . . . Os factos de muitos destes casos parecem relíquias de um passado menos informado. No entanto, descrevem eventos correntes cada vez mais frequentes.

Catherine Hanssens, Centre for Law & Policy, (Centro para o Direito e Política), E.U.A., Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011

de que leis reguladoras do comportamento sexual de pessoas que vivem com VIH consigam mudar o comportamento de forma positiva.³⁶ Essas leis nem sequer têm em consideração o sucesso do tratamento antirretroviral (TAR) na redução significativa do risco de transmissão e na melhoria da qualidade de vida e da longevidade de pessoas com VIH.³⁷ Organizações de serviço a pessoas com SIDA informam que a ameaça de ação judicial não encoraja as pessoas que vivem com VIH a evitar a transmissão nem as motiva a protegerem-se.³⁸ De facto, o medo de uma ação judicial isola-as, desencorajando-as de serem submetidas a despistagem, de participarem em programas de prevenção ou tratamento, ou de informarem os seus parceiros acerca do seu estado de saúde.³⁹ O sistema de justiça criminal vai contra o sistema de saúde— um repelindo, o outro chegando às pessoas vulneráveis ao, ou afetadas pelo, VIH. Dividindo as populações entre doentes e saudáveis, ou culpadas e inocentes, a criminalização ignora a complexa natureza social das comunidades sexuais e quebra o sentido



Fonte: UNAIDS/D. Kim/Korea

partilhado de responsabilidade moral, que é crucial para o combate à epidemia.⁴⁰

Algumas jurisdições aplicam transgressões generalizadas existentes para criminalizar a exposição ao VIH ou sua transmissão— desde a “administração de uma substância nociva” (em França) à tentativa de homicídio (nos Estados Unidos).⁴¹ Outros escolheram focar-se no VIH: as primeiras leis específicas do VIH foram promulgadas nos Estados Unidos em 1987, tendo sido rapidamente seguidas por muitas outras nações.⁴² A última década conheceu uma nova vaga de disposições específicas do VIH, particularmente na África Subsaariana e em partes da Ásia e da América Latina.⁴³

Hoje em dia, em países e jurisdições de todas as regiões do mundo foram promulgadas disposições penais específicas do VIH.⁴⁴ Estas disposições existem em 34 estados e 2 territórios nos Estados Unidos⁴⁵; em África, existem em 27 países; na Ásia e no Pacífico, em 13; na América Latina, em 11; e na Europa, em 9.⁴⁶ Segundo um relatório de 2010 efetuado pela Rede Global de Pessoas que Vivem com VIH (the Global Network of People Living with HIV, GNP+), pelo menos 600 pessoas que vivem com VIH em 24 países⁴⁷ foram condenadas com base em leis penais gerais ou leis específicas do VIH, a maioria na América do Norte.⁴⁸

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Durante os últimos sete anos, em África apenas, inúmeros países adotaram legislação penal específica do VIH.⁴⁹ Em todos os casos, a ironia é gritante: estas leis, que pretendem basear-se em princípios de direitos humanos, na realidade espezinham-nos. Esta contradição generalizada a todo o continente deve-se em larga medida à Lei Modelo sobre IST/VIH/SIDA para a África Ocidental e Central, desenvolvida numa conferência prática organizada em N'Djamena, Chade, em 2004.⁵⁰ Este modelo, concebido como legislação sobre direitos humanos para combater a discriminação e abordar o tema da despistagem do VIH, assume uma atitude de “direitos e responsabilidades”. Por exemplo, inclui garantias de aconselhamento pré e pós-despistagem e salvaguarda de anti-discriminação no emprego e seguro de pessoas seropositivas. Ao mesmo tempo, torna as pessoas seropositivas legalmente responsáveis por divulgar o seu estado relativo ao VIH a qualquer pessoa com a qual mantenham relações sexuais, e por tomar medidas ativas para evitar a transmissão. O incumprimento destas normas conduz a sanções penais.

Algumas jurisdições penalizam a exposição mesmo se não houver transmissão do VIH, e algumas penalizam a transmissão mesmo se a pessoa usar preservativo; as acusações prosseguem apesar da quase impossibilidade médica de determinar quem infetou quem. E, porque o TAR reduz significativamente a possibilidade de transmissão, é o acesso ao tratamento, e não a criminalização, que se revela efetivo na redução da infeção.⁵¹

O QUE É PROCESSADO ...

A principal “atividade criminal” para pessoas que são seropositivas consiste nas relações sexuais, e as leis podem ser latas demais e as sanções draconianas. Por exemplo, na Bermuda, para

“O impacto da criminalização do VIH sobre as pessoas que vivem com VIH é, em última análise, destrutivo e divisivo, criando a sensação de que existem ‘bons’ seropositivos versus ‘maus’ seropositivos. As pessoas que se queixam à polícia, apoiadas pelo sistema de justiça criminal, acreditam que deveriam ser avisadas quando o seu parceiro sexual é seropositivo. Não interessam as incríveis dificuldades que podemos ter ao divulgar esta informação tão sensível a pessoas nas quais não confiamos; a profunda negação que muitas vezes enfrentamos inicialmente no nosso diagnóstico; as dificuldades com que deparamos ao ter de lidar com ou usar preservativos; ou o facto de quem estiver a receber tratamento eficaz ser muito menos infecciosos do que pessoas que não foram diagnosticadas ou que não podiam avisar o seu parceiro de forma alguma.”

Edwin J. Bernard, Alemanha, Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 Setembro 2011

as pessoas que vivem com VIH é considerado crime manter qualquer tipo de contacto sexual no qual possam transmitir fluídos corporais a outra pessoa.⁵² Por consequência, duas pessoas receberam penas de dez anos, apesar de em nenhum dos casos ter sido transmitido o VIH.⁵³ Em Singapura, aqueles que meramente tenham razões para acreditar que possam ser seropositivos ou possam ter sido expostos a risco significativo de contrair o vírus arriscam receber uma pena de dez anos de prisão se acusados de manterem relações sexuais sem informarem os seus parceiros do possível risco ou de não tomarem medidas razoáveis contra a transmissão.⁵⁴

Mas o sexo não é o único “crime” pelo qual pessoas seropositivas podem ser castigadas. Os atos de cuspir e morder já foram processados. Os defensores das pessoas com VIH temem que, simplesmente por estar grávida ou amamentar tendo VIH, uma mulher possa ir para a prisão. Em muitos códigos penais, estas leis são excecionais em termos da vigilância pessoal que representam e das sentenças absolutamente desproporcionadas que acarretam.

... E QUEM

Em 2008, no Texas, Estados Unidos, um sem-abrigo afro-americano mentalmente doente e vivendo com VIH cuspiu num polícia durante uma detenção por excesso de álcool e conduta desordeira. O júri convenceu-se de que a saliva

dele era uma arma mortal⁵⁵, e o sem-abrigo recebeu uma pena de trinta e cinco anos – apesar de o VIH não ser transmissível através do cuspo. Em 1998, um prisioneiro seropositivo do Minnesota foi condenado por morder dois guardas prisionais: a sua boca e dentes foram considerados uma “arma mortífera e perigosa”.⁵⁶

Na Dinamarca, Estónia, Finlândia, Suécia e Reino Unido, os imigrantes e refugiados estão desproporcionadamente representados entre aqueles que têm sido perseguidos por transmissão e exposição ao VIH.⁵⁷ Em algumas jurisdições, pessoas seropositivas condenadas por um crime, tal como violação, podem receber sentenças exageradas – visto que o estado seropositivo é considerado um fator agravante, semelhante a usar uma arma na prática do crime.⁵⁸

Tal como estes últimos exemplos sugerem, leis de anti-transmissão e exposição são, em geral, arbitrária e desproporcionadamente aplicadas àqueles que já são considerados inerentemente criminosos⁵⁹— refletindo e perpetuando desigualdades sociais existentes.

A cobertura mediática sensacionalista dos processos por transmissão de VIH exagera a presumível maldade e perigosidade dos “autores do delito” do VIH. Sarah Jane Porter, uma mãe solteira britânica de quarenta e três anos, rececionista de cabeleireiro, foi acusada em 2006 e

EM SEGUNDA ANÁLISE

A Dinamarca reconsidera as suas leis rigorosas

Até 2011, a Dinamarca tinha uma das mais severas leis para criminalizar o VIH. O artigo 252 (2) do Código Penal decretava ser crime quando alguém com VIH, voluntária ou negligentemente, infetasse ou expusesse outrem ao risco de infeção. Isto significava que uma pessoa podia ser considerada culpada mesmo sem transmissão – exatamente o tipo de lei contra a qual a ONUSIDA e o PNUD nos alertam.⁶⁰ Um grupo de pessoas que viviam com VIH, especialistas médicos e profissionais jurídicos constituíram um grupo de interesse e pressionaram o governo de forma intensa, enfatizando que, agora, o TAR reduz de forma significativa o risco de transmissão e permite que a maioria de pessoas seropositivas tenha uma vida longa e saudável. Em Fevereiro de 2011, o governo suspendeu a lei e estabeleceu um grupo de trabalho para considerar a sua revisão ou rejeição imediata, com base em evidência científica.⁶¹



condenada a trinta meses por lesões corporais graves ao transmitir VIH ao seu antigo namorado. A imprensa descreveu-a como uma “vingadora com SIDA” extremamente promíscua, numa luta desenfreada contra homens negros como o pai do seu filho, de quem ela tinha contraído o VIH. A polícia, afirmando que ela tinha dezenas de potenciais vítimas, lançou um apelo nacional a eventuais acusadores, e três dos quatro que foram contactados eram seronegativos. Descrevendo Porter como “insensível” e “manipuladora”, a acusação teceu elogios aos seus acusadores, considerando-os “profissionais muito decentes e claros que tentavam fazer o melhor com as suas vidas”. Os amigos e vizinhos de Porter, por outro lado, descreveram uma mãe calma e muito trabalhadora, cujo namorado lhe tinha pedido para fazer sexo desprotegido, e cujo único “crime” teria sido a própria negação do seu estado de VIH—razão pela qual ela não o divulgava aos outros.⁶²

Aqueles que defendem a criminalização defendem geralmente que esta é necessária para proteger as mulheres, sobretudo esposas monógamas, do risco de infeção por VIH por parceiros sexuais masculinos, embora tais leis transformem

em criminosas as mesmas mulheres que tencionam proteger.⁶³ Mães seropositivas são criminosas perante todas as leis do VIH da África Ocidental e Central, o que explícita ou implicitamente as proíbe de estarem grávidas ou de amamentarem, por forma a impedir que transmitam o vírus ao feto ou filho/a.⁶⁴ A lei não compreende que, frequentemente, as mulheres são incapazes de divulgar o seu estado de VIH ou exigir o uso de preservativo porque receiam a violência, abuso ou abandono por parte dos seus maridos ou parceiros e/ou estão preocupadas com o facto de a informação poder vir a ser utilizada como arma de vingança ou coerção.⁶⁵ Quanto à afirmação de uma transmissão intencional do VIH de mãe para filho, o conceito é tão improvável que se aproxima do absurdo.

A CRIMINALIZAÇÃO JUSTIFICA-SE EM ALGUM CASO?

A criminalização justifica-se sob uma condição apenas: quando indivíduos transmitem ou expõem outros, de forma *maliciosa* e *intencional*, com o expresso objetivo de causar danos. Mas as leis existentes— contra a agressão, o homicídio e os danos corporais, ou permitindo a in-

tervenção quando uma pessoa está a propagar doenças transmissíveis⁶⁶— são suficientes para acusar pessoas nesses casos excepcionais. Definir delitos específicos do VIH não se justifica e, de facto, viola os padrões internacionais de direitos humanos. Por exemplo, nas Diretrizes Internacionais sobre VIH e Direitos Humanos, a Diretriz 4 indica aos Estados que assegurem que as suas leis penais “não sejam indevidamente aplicadas no contexto do VIH/SIDA ou dirigidas contra grupos vulneráveis”.⁶⁷

Dito isto, tais leis são virtualmente impossíveis de aplicar. Transmissão intencional é difícil de provar no contexto do sexo consensual. Alegar transmissão por “imprudência” ou “negligência” é igualmente problemático.⁶⁸ Implica comprovar o estado mental do acusado— obter testemunhos de profissionais de saúde, diários ou mensagens de correio eletrónico que forneçam informação sobre os pensamentos do acusado. A ONUSIDA e o PNUD pediram aos governos que limitem a criminalização a casos em que uma pessoa conhece o seu estado seropositivo, age com a intenção de transmitir o VIH e realmente o transmite. No entanto, a maioria dos sistemas legais ocidentais admite o consentimento como forma de defesa, evitando assim a penalização de, por exemplo, maridos católicos seropositivos cujas mulheres tenham consentido ao risco de transmissão em vez de transgredir as proibições religiosas referentes a sexo sem fins procriativos.⁶⁹

Surge assim uma miríade de outras considerações. Teria a acusada conhecimento do seu estado de VIH⁷⁰? Saberia como se transmite o VIH? Pensaria ela que o seu parceiro já sabia do seu

estado de VIH ou tinha consentido a sexo desprotegido? Estaria a acusada sob ameaça de violência por parte do acusador e, consequentemente, incapaz de divulgar o seu estado ou praticar sexo mais seguro? Teria realmente sido a acusada quem transmitiu o VIH ao acusador? A análise filogenética^{71;d}, que permite determinar o subtipo do VIH no organismo da acusada é o mesmo que se encontra no do acusador, é dispendiosa de mais para muitos países de baixos recursos. Além disso, não oferece prova irrefutável de quem infetou quem.

QUESTÕES DIFERENTES, LEIS DIFERENTES

Organismos internacionais e governos nacionais estão a começar a reconhecer a injustiça de generalizar as leis de criminalização do VIH e a revê-las para que se foquem em atos intencionais e maliciosos. A ONUSIDA publicou recomendações que incluem formulações alternativas de algumas disposições da lei modelo de N'Djamena para as tornar mais precisas.⁷² Durante os últimos anos, a Guiné, o Togo e o Senegal reviram a sua legislação relativa ao VIH ou adotaram novas leis que restringem o uso da lei penal aos casos excepcionais de transmissão intencional.⁷³ Recentemente, o Grupo de Especialistas Finlandeses em VIH também iniciou esforços para alterar a lei de modo a evitar políticas que encorajem o estigma e a discriminação associados ao VIH.⁷⁴ A Dinamarca e a Noruega estão a considerar uma revisão ou a abolição.⁷⁵ Em 2011, o *Parliamentary Select Committee* (Comité Parlamentar Especial) da Guiana rejeitou um projeto de lei a favor da criminalização do VIH.⁷⁶ E as ilhas Maurícias revogaram a criminalização da transmissão do VIH.⁷⁷

^d A análise filogenética examina pequenas diferenças genéticas no VIH. Ao contrário do ADN humano, que permanece estável durante toda a vida, o ARN do VIH muda muito depressa, o que leva a uma enorme diversidade genética. A análise filogenética pode apenas determinar o nível de parentesco entre duas amostras de VIH. Não pode confirmar uma “correspondência” definitiva.

Deter seropositivos por procurarem prazer e intimidade é uma resposta derrotista e cínica à incapacidade das nações em fazer face à epidemia. O triste caso de Sarah Jane Porter (ver discussão acima neste capítulo) levanta muitas questões que nem sequer são abordadas pela criminalização como resposta ao VIH. Estaria o pai do seu filho consciente do estado de VIH dele e, em

caso afirmativo, por que razão a teria convencido a ter sexo desprotegido e por que motivo teria ela consentido? Por que teria ela negado a sua doença não procurando tratamento? Por que teria sido passiva ao defender-se em tribunal? Como podem as mulheres— e os homens— ter o poder de tomar conta de si próprios e dos outros?

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 2.1. Os países não devem promulgar leis que explicitamente criminalizem a transmissão do VIH, a exposição ao VIH ou a não divulgação do estado de VIH. Onde tais leis existem, são contraproducentes e devem ser abolidas. As disposições dos códigos modelo que têm sido propostos para apoiar a promulgação de tais leis devem ser retiradas e revistas para estarem em conformidade com estas recomendações.
- 2.2. As autoridades policiais e judiciais não devem acusar pessoas em casos de não-divulgação do VIH ou exposição ao VIH nos quais não seja provada a ocorrência de transmissão intencional ou maliciosa. Invocar leis penais em casos de atividade sexual consensual entre adultos é desproporcionado e contraproducente à melhoria da saúde pública.
- 2.3. Os países devem rever ou abolir qualquer lei que, de forma explícita ou efetiva, criminalize a transmissão vertical do VIH.⁷⁸ Enquanto decorre o processo de revisão e abolição, os governos devem declarar uma moratória relativamente à aplicação de tais leis.
- 2.4. Os países podem legitimamente mover uma ação judicial contra a transmissão efetiva e intencional do VIH, usando a lei penal geral, mas tais atos judiciais devem ser adotados de forma cuidadosa e requerem um elevado nível de evidências e provas.
- 2.5. As condenações daqueles que foram processados por exposição ao VIH, sua não-divulgação e transmissão devem ser revistas. Tais condenações devem ser postas de parte ou os acusados imediatamente libertados da prisão com perdões ou ações semelhantes, para assegurar que estas acusações não fiquem no seu cadastro ou em registos de delinquência sexual.

RISCO + ESTIGMA

Populações-chave^e



Fonte: UNAIDS/South Africa

As experiências vividas por trabalhadores do sexo, pessoas que consomem drogas e os LHBT (lésbicas, homossexuais, bissexuais e transexuais) demonstram a impossibilidade de, por um lado, os governos estigmatizarem as pessoas e, por outro, simultaneamente contribuírem para a redução do risco de transmissão do VIH ou de exposição ao VIH por essas pessoas.

Anna Forbes, Coligação dos Trabalhadores do Sexo, E.U.A., Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 Setembro 2011

Para salvaguardar a sua saúde e a dos outros, as populações-chave— as pessoas com maior risco de infeção por VIH (incluindo HSH, transexuais, trabalhadores do sexo, pessoas que consomem drogas, presos e emigrantes sob risco)— devem ter acesso a prevenção e tratamento eficazes do VIH e a material como agulhas e seringas limpas, preservativos e lubrificante. Numerosos organismos internacionais consideram a provisão destes aspetos uma obrigação de direitos humanos. Mas uma agulha ou um preservativo são apenas a representação concreta daquilo a que as populações-chave (como toda a gente) têm direito: os

direitos humanos fundamentais de dignidade, autonomia e imunidade a maus tratos, assim como o direito ao nível mais elevado possível de saúde física e mental, independentemente da orientação sexual ou estado civil.⁷⁹

Os países e os doadores não investem o suficiente nos materiais pouco dispendiosos que podem evitar a infeção ou nos programas que os promovem e distribuem, e alguns governos criminalizam a sua posse. Os estados não só não conseguem proteger da violência as pessoas vulneráveis ao VIH nem assegurar o seu acesso à

^e De acordo com a Aliança Internacional Contra o VIH/SIDA, as populações-chave são grupos de pessoas que têm mais probabilidade de serem expostas ao VIH ou de o transmitirem, sendo essencial envolvê-las para uma resposta de sucesso ao VIH. Em todos os países, as populações-chave incluem pessoas que vivem com VIH. Na maior parte dos contextos, homens que têm relações sexuais com outros homens, transexuais, pessoas que injetam drogas e trabalhadores do sexo e os seus clientes têm um maior risco de exposição ao VIH do que outros grupos.

OS PODERES DA FÉ

A religião e as comunidades religiosas podem oferecer ajuda emocional e apoio social a pessoas que vivem com VIH ou que lhe são vulneráveis. As instituições religiosas têm estado frequentemente na primeira linha em termos dos cuidados a pessoas que vivem com VIH, e algumas desempenham papéis importantes na prevenção. Mas interpretações estreitas e punitivas da religião— especialmente quando em uníssono com lei— também podem tornar mais vulneráveis aqueles que correm maior risco, ao condenar e criminalizar as suas identidades e comportamentos. Alguns países citam a religião para se isentarem, no plano internacional, de obrigações inerentes aos direitos humanos sobre igualdade e proibições de sanções desumanas. Por exemplo, o Egito tem usado o seu direito de reserva em vários acordos internacionais, incluindo a CEDAW— Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres— por acreditar que certos artigos entram em conflito com a Charia.⁸⁰

Recentemente, evangélicos cristãos pentecostais do Uganda, com a ajuda dos seus homólogos dos Estados Unidos, fizeram avançar um projeto de lei anti-homossexual draconiano, que no início defendia a pena de morte em determinadas circunstâncias. Esforços semelhantes estão a ser levados a cabo no Malawi, República do Congo, Zâmbia, Zimbabué e Moldávia.⁸¹ Na América Latina, em alguns países africanos, nas Filipinas e noutros sítios, a Igreja Católica Romana tem impedido a educação sexual e a distribuição de preservativos e tem intervindo para restringir os direitos das pessoas seropositivas.⁸² E, no seu discurso final durante a Reunião de Alto Nível sobre VIH de 2011, a Santa Sé, usando palavras de preocupação como disfarce, acusou os seropositivos, defendendo que “as causas do [VIH/SIDA] refletem claramente uma séria crise de valores”.⁸³ Habilmente exprimindo a recusa, por parte da Igreja, da aplicação de estratégias de diminuição de risco e outras provadas medidas de prevenção pragmáticas— e até do princípio de que todas as pessoas nascem com dignidade— o seu porta-voz declarou: “Antes de mais nada, a prevenção deve ser dirigida à formação e educação em comportamento humano responsável ou, por outras palavras, dignidade humana adquirida”.⁸⁴ Ao mesmo tempo, muitas instituições religiosas têm sido elementos cruciais na resposta ao VIH. Na Malásia, onde o consumo de drogas injetáveis é o principal vetor de transmissão do VIH, o Conselho Malaio de Luta contra a SIDA associou-se ao Departamento de Desenvolvimento Islâmico do governo para promover ações de saúde pública contra o VIH baseadas na evidência e substituir o conservadorismo ideológico por pragmatismo.⁸⁵ A Mauritânia comprometeu-se a respeitar os direitos humanos nos seus esforços por reconciliar o defeituoso mas parcialmente valioso modelo de N'Djamena com a lei islâmica. E o Projeto Budista Metta Dhamma do Laos trabalha com comunidades na prevenção e tratamento do VIH e oferece apoio espiritual às pessoas que vivem com VIH no Sudeste Asiático.⁸⁶

É evidente que todas as grandes tradições religiosas, assim como outros sistemas jurídicos consuetudinários, contêm elementos de doutrina ou teologia que podem ser usados para combater a discriminação e a exclusão; para proteger a privacidade e a saúde; e para apoiar medidas de saúde pública que diminuam o risco para as populações-chave, pessoas com VIH e aqueles que os rodeiam. Infelizmente, muitas tradições religiosas também contêm outros elementos de doutrina que são citados para justificar sanções extremamente severas para prostituição, consumo de drogas e comportamento homossexual— às vezes, até ao limite da pena de morte. A Charia pode ser interpretada de uma forma que confere aos homens o poder de dominar as mulheres. Tudo isto aumenta a vulnerabilidade ao VIH.

Para aliviar o sofrimento, os atores religiosos e seculares têm de trabalhar juntos para harmonizar as práticas de fé com os ideais de direitos humanos. Tal progresso é possível. A noção de direitos humanos fundamentais nasceu de conceitos de lei natural, frequentemente baseados na dignidade humana atribuída às características divinas da humanidade.

Quando eu puder trabalhar em condições seguras e justas. Quando eu for livre de discriminação. Quando eu for livre de rótulos como “imoral” ou “vítima”. Quando eu for livre de investigadores sem ética. Quando eu for livre para fazer o meu trabalho sem assédio, violência ou infrações à lei. Quando o trabalho do sexo for reconhecido como trabalho. Quando tivermos segurança, união, respeito e os nossos direitos. Quando eu for livre para escolher o meu próprio caminho. ENTÃO eu serei livre para me proteger a mim e aos outros contra o VIH.

Empower Foundation, Tailândia, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

justiça, como os governos também se mostram passivos enquanto os seus agentes fomentam as mensagens de repugnância e desprezo da sociedade— espancamentos, extorsão, tortura, detenção seletiva ou arbitrária, penalização vastamente desproporcionada em relação à infração alegadamente cometida, detenção sem condições de segurança, e maus tratos em vez de proteção em casos de violência.

Estas práticas abusivas são geralmente ilegais, mas persistem. Não são apenas atos aberrantes de um reduzido número de agentes mal treinados. Em muitos casos, a polícia comete atos violentos e discriminatórios porque a lei e as atitudes sociais a autoriza, pelo menos tacitamente, a fazê-lo, em nome da segurança, ordem ou moralidade públicas. Quando a lei pune o consumo de drogas, o trabalho sexual, e determinados comportamentos e identidades sexuais, as populações-chave não podem nem contar com a polícia para as proteger da violência nem procurar reparação legal quando são vítimas, especialmente quando os perpetradores são polícias

Afinal, aos olhos da lei, o transexual ou o trabalhador do sexo é o “criminoso”. Tal falta de justiça reforça o clima de impunidade policial. Em conjunto, as leis punitivas, a aplicação discriminatória e as obstruções sistemáticas à justiça violam os direitos humanos básicos das populações-chave; de facto, praticamente avalizam tal violação.

No entanto, mesmo quando é impossível reconstruir o edifício da lei, podem ser efetuadas mudanças sociais— e mesmo alterações legais. Nenhum governo autoriza explicitamente a brutalidade policial: tais atos podem ser investigados e castigados. Da mesma forma, estigma e discriminação podem ser contestados— se não pelo governo, então por organizações comunitárias e organizações não-governamentais (ONGs). E assim como o ciclo de discriminação, violência e desinteresse por parte dos governos pelas populações-chave levanta obstáculos à prevenção, tratamento e cuidados com o VIH, estas mudanças progressivas podem ajudar a dismantelar tais barreiras.

RECOMENDAÇÃO

3. De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos, os países devem proibir a violência policial contra as populações-chave. Os países também devem apoiar programas que diminuam o estigma e a discriminação contra as populações-chave e proteger os seus direitos.

3.1 PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS



Fonte: UNAIDS/Eastern Europe

Tive imensos problemas com violações de direitos humanos quando consumia drogas. Era constantemente pressionado pela polícia. Tenho sido frequentemente maltratado apenas pelo facto de ser consumidor de droga e fui repetidamente torturado durante os interrogatórios. Negaram-me o acesso a cuidados médicos quando tinha febre e um abscesso.

Maxim Demchenko, ONG Light of Hope— Poltava, Ucrânia, Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011

Um dos maiores riscos do consumo de drogas é uma maior exposição à infeção por VIH. O risco de infeção por VIH é particularmente elevado para os 16 milhões (aproximados) de pessoas em todo o mundo que consomem drogas injetáveis. Relatórios indicam que cerca de 3 milhões já estão infetados com VIH, e cerca de uma em cada dez novas infeções por VIH está relacionada com o consumo de drogas injetáveis.⁸⁷ E, apesar de a partilha de agulhas e seringas infetadas ser a via de transmissão do VIH mais difundida entre os consumidores de drogas, outras práticas de consumo de drogas também podem colocar as pessoas em risco. A partilha de outros acessórios de consumo de drogas também pode levar à partilha do VIH, e muitos tipos diferentes de drogas podem levar a mais elevadas taxas de comportamentos sexuais de risco.⁸⁸

O VIH não é o único mal que afeta as pessoas que consomem drogas: consumo excessivo ou vício podem infligir muitos outros danos à saúde e à

vida. Mas não são só as drogas que podem pôr os consumidores em perigo, nem apenas as drogas aliadas ao escasso acesso que os consumidores têm a serviços para o VIH e cuidados de saúde.⁸⁹

Leis punitivas aplicadas às pessoas que consomem drogas mas que não causam danos aos outros alimentam a propagação do VIH e afastam os consumidores dos serviços para o VIH e cuidados de saúde.⁹⁰ O VIH pode ser transmitido entre pessoas que consomem drogas através de práticas de injeção não-seguras, como partilhar agulhas que contêm sangue infetado com VIH. Se pessoas seropositivas que consomem drogas tiverem relações sexuais sem preservativo, o vírus pode ser transmitido aos seus parceiros sexuais. Reduzir o risco pode fazer a diferença entre saúde e infeção por VIH— entre a vida e a morte— não apenas para pessoas que injetam drogas mas também para os seus parceiros sexuais e para as suas comunidades. Múltiplas análises sistemáticas de dados têm demonstrado

O QUE É A REDUÇÃO DO RISCO?

“Redução do risco” refere-se a políticas, programas e práticas que visam reduzir os riscos associados ao consumo de drogas ilegais— mas não a prevenção ou cessação do consumo de drogas. A redução do risco foca-se nas pessoas que, por qualquer razão, continuam a consumir drogas, ajudando-as a proteger a sua saúde e a dos seus companheiros de consumo de drogas, os seus parceiros sexuais ou os seus filhos.⁹¹

A Assembleia-Geral das Nações Unidas, a Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, organismos de direitos humanos das Nações Unidas e agências especializadas como a OMS recomendam um pacote abrangente para a prevenção e tratamento do VIH entre os consumidores de drogas injetáveis, incluindo:

- Programas de agulhas e seringas limpas
- Terapia de substituição de opioides e outros tratamentos de dependência de drogas baseados em dados
- Despiste do VIH e aconselhamento
- Terapia antirretroviral
- Prevenção e tratamento de ISTs
- Distribuição de preservativos
- Informação e educação direcionadas
- Vacinação, diagnóstico e tratamento da hepatite viral
- Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose⁹²

que os países ou jurisdições que legalizaram os serviços de redução do risco conseguiram reduzir significativamente as infeções por VIH em pessoas que consomem drogas, em comparação com as taxas persistentes ou crescentes em países ou jurisdições onde tais serviços são restringidos ou bloqueados pela lei.⁹³

As diferenças podem ser impressionantes, como no caso de duas cidades na Escócia.

Em 1981, Edimburgo proibiu eficazmente a compra e posse de seringas sem receita médica, e a prevalência do VIH entre os consumidores de drogas injetáveis ultrapassou os 50% em 1984.⁹⁴

Em Glasgow, no entanto, foi permitida a compra e posse de seringas, e a prevalência do VIH entre os consumidores de drogas permaneceu muito baixa, entre 1% e 2%.⁹⁵

LEIS INTERNACIONAIS E NACIONAIS SOBRE DROGAS

Três convenções das Nações Unidas regulam o sistema internacional contemporâneo de controlo de drogas. A Convenção Única sobre Estupefacientes (1961) dita que tais drogas narcóticas (como ópio, coca, marijuana e seus derivados) sejam produzidas, distribuídas, possuídas e usadas apenas para fins médicos e científicos.⁹⁶ A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 impõe restrições semelhantes nas substâncias psicotrópicas primordialmente sintéticas, como anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas e psicodélicos.⁹⁷ A Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 promove a cooperação entre estados para lidar com a dimensão internacional do tráfico.⁹⁸

“Também proponho que sejam desenvolvidos esforços para fechar os ‘centros de detenção obrigatórios para toxicodependentes’ onde estão detidos muitos consumidores de drogas, mas que escapam ao controlo dos tribunais e ao sistema de justiça, e onde, em resultado disso, as violações dos direitos humanos mais básicos são a regra. Sem sucesso no ‘tratamento’ de consumidores de drogas, e fazendo lembrar campos de treino militares, onde frequentemente estão instalados, estes ‘centros de reabilitação’ de droga tailandeses são apenas uma maneira extrajudicial de deter pessoas que consomem drogas, embora os detidos tenham ainda menos direitos do que as pessoas que estão na prisão.”⁹⁹

Kamon Uppakaew, Thai AIDS Treatment Action Group, Tailândia, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

Como o tráfico de drogas lesa a sociedade, estas convenções têm como objetivo reduzir a oferta de drogas, maioritariamente através de sanções penais¹⁰⁰ No entanto, enquanto as convenções permitem efetivamente o tratamento, reabilitação e reintegração social— contrariamente ao castigo— a atitude para com as pessoas que consomem drogas tem sido predominantemente repressiva.¹⁰¹ Em quase todo o lado, a política relativa às drogas fica sob a égide da aplicação da lei e não da saúde, e declara ilegal a posse e o consumo individual de droga. Algumas leis também exigem tratamento compulsivo por dependência de drogas, verificação de presumível consumo de drogas e registo dos consumidores.¹⁰²

Várias décadas de experiência mostram que leis e políticas repressivas de controlo das drogas não conseguem atingir os objetivos a que se propõem, quer no combate ao crime quer na redução do consumo de drogas ou dos riscos que lhe estão associados. Pioram a saúde e contribuem para crescentes violações dos direitos humanos contra pessoas que consomem drogas.¹⁰³ E decididamente não param a infeção por VIH.¹⁰⁴

GUERRAS CONTRA A DROGA E SUAS VÍTIMAS

De maneira intencional ou não, as “guerras contra a droga” são guerras contra as pessoas que consomem drogas, e estas pessoas são vítimas de assédio policial, violência e encarceramento; discriminação nos cuidados de saúde, alojamento,

emprego e escolaridade; e privação de direitos políticos. Agentes policiais, pressionados para atingir quotas de detenções, procuram alvos fáceis. Por serem social, económica e legalmente marginalizadas, e por vezes vivendo nas ruas ou em bairros altamente policiados, as pessoas que consomem drogas constituem alvos fáceis.¹⁰⁵ Na Geórgia, grandes operações contra a droga em 2007 fizeram com que 4% da população masculina da Geórgia fosse alvo de testes de despistagem de drogas, muitos sob condições forçadas; 35% destes homens foram presos por acusações relacionadas com drogas.¹⁰⁶



Fonte: UN/Photo/Shehzad Noorani/HIV-positive drug user peer support group, Vietnam

“O ARQUIPÉLAGO DA REABILITAÇÃO”

*“A organização Human Rights Watch concluiu que, no Vietname, dezenas de milhares de pessoas em centros de detenção por drogas dirigidos pelo governo são detidas sem respeito pelo princípio do devido processo legal durante anos, obrigadas a trabalhar em troca de muito pouco ou nada, e vítimas de tortura e violência física. Os centros de detenção por drogas dirigidos pelo governo, destinados a ‘tratar’ e ‘reabilitar’ consumidores de drogas, são pouco mais do que campos de trabalhos forçados onde consumidores de drogas trabalham durante seis dias por semana processando cajus, cosendo vestimentas ou manufaturando outras peças. A recusa em trabalhar, ou a violação das regras do centro, resulta em castigo que, em alguns casos, equivale a tortura”.*¹⁰⁷

Em muitos países da Europa de Leste e da Ásia Central, os nomes das pessoas que consomem drogas são publicados em registos relativos a drogas. Estes registos rotulam as pessoas que consomem drogas como doentes e perigosas, por vezes para toda a vida (em alguns sítios, uma pessoa que deixe de tomar drogas não sai do registo). Estes registos também podem resultar em recusa de emprego, de viagens e imigração; na perda de custódia de filhos; e em assédio policial.¹⁰⁸ A “reabilitação”, em certos países, pode, frequentemente, ser um castigo mal disfarçado. No Camboja, Malásia, China e Vietname, muitas pessoas que consomem drogas sofrem tratamento involuntário em prisões ou centros de detenção por drogas. Nestes sítios, sob o pretexto de tratamento, pessoas que consomem drogas são vítimas de humilhações, espancamentos e trabalhos forçados— tudo abusos dos seus direitos

humanos mais básicos.¹⁰⁹ O encarceramento aumenta ainda mais o risco de transmissão do VIH: prisioneiros, cujo acesso a preservativos, agulhas e seringas esterilizadas ou terapia de substituição de opioides é reduzido ou inexistente, envolvem-se em relações sexuais desprotegidas e comportamentos de injeção de risco.¹¹⁰ Recentemente, a Malásia e a Indonésia rejeitaram a abordagem dos “centros de detenção da droga”, favorecendo o tratamento voluntário e comunitário.¹¹¹

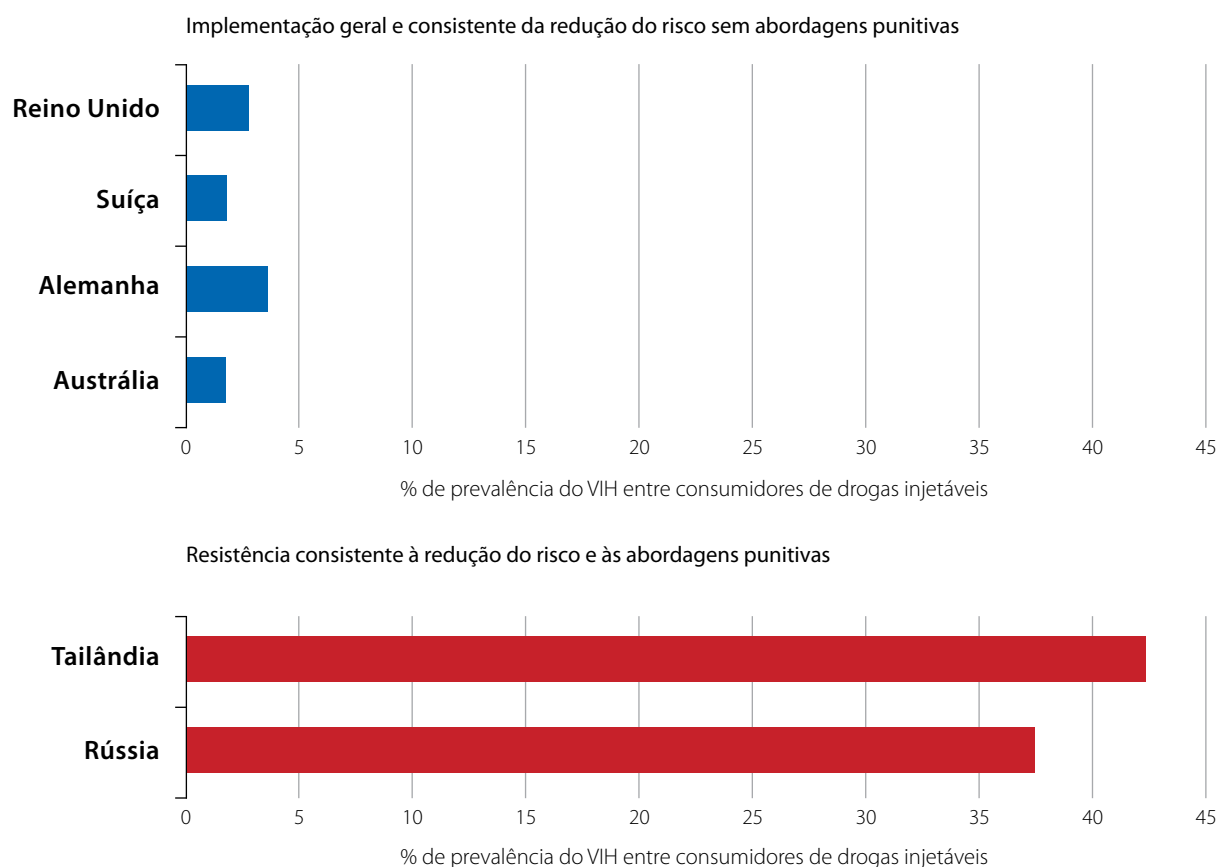
A criminalização do consumo de drogas mina os programas de educação, prevenção e tratamento do VIH baseados nos direitos humanos, incluindo programas de redução do risco.¹¹² Um relatório de 2010, analisando programas de redução do risco na Ásia, concluiu que pelo menos um dos serviços fulcrais de redução do risco é proibido por lei no Camboja, China, Laos, Birmânia, Malásia, Filipinas, Afeganistão, Bangladesh, Índia, Maldivas, Nepal e Paquistão.¹¹³ De facto, muitos países criminalizam intervenções já comprovadas, como acesso a seringas¹¹⁴ e tratamento para a dependência de opioides medicamente assistido.¹¹⁵ Na Rússia, China e Tailândia, as pessoas que se inscrevem em programas de tratamento contra a droga públicos são adicionadas a registos— o que, desnecessário será dizer, os desencoraja de procurar tratamento.¹¹⁶

“Não existe uma prática comum entre os consumidores de drogas que lhes permita adquirir seringas de forma livre por recearem ser detidos na farmácia. Os polícias continuam a andar pelas redondezas à espera de espancar, prender ou extorquir consumidores de drogas que procuram ajuda.”

Pun, Nepal, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico,
16–17 de Fevereiro de 2011

O medo da ação policial torna as pessoas que consomem drogas desconfiadas e furtivas. Evitam ter na sua posse equipamento estéril de

REDUÇÃO DO RISCO



Fontes: Guerra às Drogas, Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, 2011; Mathers B et al., para o Grupo de Referência de 2007 da ONU sobre o VIH e o Consumo de Drogas Injetáveis: Epidemiologia global do consumo de drogas injetáveis e do VIH entre pessoas consumidoras de drogas injetáveis: um estudo sistemático. Revista The Lancet, volume 372, Número 9651, 2008; Mathers B et al., Prevenção, tratamento e cuidados para as pessoas consumidoras de drogas injetáveis: um estudo sistemático da cobertura a nível mundial, regional e nacional. Revista The Lancet, Volume 375, Número 9719, 2010.

injeção, que é explicitamente criminalizado em alguns países e/ou usado pela polícia como prova de consumo de drogas.¹¹⁷ Podem injetar-se depressa para evitar a deteção¹¹⁸, desfazer-se de seringas de forma imprópria¹¹⁹ ou recorrer à reutilização de agulhas.¹²⁰ Na Rússia, que regista 160 novos casos de infeção por VIH diariamente— correspondendo 7 em 10 a consumidores de drogas injetáveis¹²¹— os programas de tratamento contra a droga não providenciam quaisquer serviços ou cuidados relativos à transmissão do VIH através de práticas pouco seguras de injeção, e a Estratégia Nacional de Política Antidroga restringe os programas de redução do risco e promoção de redução do risco no território da Federação Russa, incluindo a interdição da

terapia de substituição de opioides até 2020.¹²² A Rede para a Redução do Risco na Rússia está a trabalhar no sentido de retirar esta cláusula, assim como muitas outras contraproducentes, do plano.¹²³

NÃO RECORRER À POLÍCIA

Tendo compreendido que as políticas humanitárias são mais eficientes no combate ao risco relacionado com as drogas e que as políticas punitivas têm efeitos adversos para os indivíduos e as comunidades, alguns governos estão a substituir o policiamento pela promoção da saúde pública. Mais de metade dos 158 países e territórios onde se verifica a ocorrência de consumo de drogas injetáveis adotou tais políticas e programas.

MENOS PENALIZAÇÃO, MENOS CONSUMO DE DROGA

O sucesso de Portugal

Em 1 de Julho de 2001, entrou em vigor uma lei portuguesa que descriminalizou a posse e consumo de drogas ilícitas em quantidades suficientemente pequenas, que sugerissem consumo pessoal. O tráfico de drogas continua a constituir um delito criminal, e a posse e o consumo de drogas ainda são ilegais, mas estas últimas infrações levam apenas a sanções administrativas, tal como uma multa de estacionamento. Em vez da detenção ou de outras sanções penais, como ditado pelas leis anteriores, quem for apanhado com droga em sua posse ou a consumir drogas comparece perante um painel constituído por um psicólogo, um assistente social e um conselheiro jurídico. O painel pode impor uma de várias sanções, incluindo multas, serviço comunitário e suspensão de licenças profissionais. Para os toxicodependentes, o painel pode abster-se de decretar uma sanção e, em vez disso, mandar a pessoa inscrever-se num programa educacional ou receber tratamento. O número de pessoas a receber metadona e buprenorfina como tratamento da dependência de drogas aumentou de 6040 para 14877 após a descriminalização—tratamento este que é financiado com o dinheiro que Portugal poupa em polícia e prisões.¹²⁴

Portugal regista agora uma das mais baixas taxas de consumo de marijuana ao longo da vida (isto é, pelo menos uma utilização na vida) na UE: 8,2%, em comparação com 25% na UE em geral. Os dados também mostram um decréscimo no consumo de drogas por adolescentes; o consumo de heroína ao longo da vida em jovens dos 16 aos 18 anos desceu de 2,5% para 1,8%.¹²⁵

A ocorrência de novas infeções por VIH entre pessoas que consomem drogas caiu 17% de 1999 a 2003, e menos pessoas morreram de causas relacionadas com o consumo de drogas.¹²⁶



Em 2010¹²⁷:

- 93 apoiaram a redução do risco em políticas ou em práticas
- 79 referiram explicitamente e positivamente a redução do risco em documentos de política nacional
- 82 adotaram programas de troca de agulhas e seringas
- 10 adotaram programas de troca de agulhas e seringas em prisões
- 74 aplicaram a terapia de substituição de opioides

- 39 aplicaram a terapia de substituição de opioides em prisões
- 8 tinham salas de consumo de drogas

A Lei de Alteração sobre o Abuso de Drogas de 1987 da Nova Zelândia eliminou as sanções penais sobre a venda de agulhas e seringas a pessoas que consomem drogas injetáveis. Isto abriu caminho a que as mesmas recorressem aos serviços baseados em dados para o VIH destinados às pessoas que consomem drogas¹²⁸— sem qualquer evidência de aumento de consumo ou posse de drogas. A Austrália, a Alemanha e o Reino Unido tomaram decisões semelhantes, alcançando baixas taxas de transmissão do VIH entre as pessoas que consomem drogas e— presumindo que tais pessoas podem ter propagado o vírus— a população mais alargada.¹²⁹ A Suíça rejeitou políticas de droga repressivas e práticas de policiamento em favor de uma abordagem de saúde pública regulamentada. O resultado? Taxas de VIH mais baixas e melhores resultados relativamente à saúde para as pessoas que consomem drogas.¹³⁰ E, em 2005, a República Islâmica do Irão decidiu que as pessoas que consomem drogas injetáveis devem ser tratadas como doentes pelo sistema de saúde pública. A taxa de novas infeções por VIH, que tinha crescido até 2005, tem descido desde então.¹³¹

A regulamentação de drogas ilícitas pode ter um impacto positivo na redução do VIH.¹³² É por esta razão que alguns peritos têm defendido a descriminalização, sem legalização total, de drogas utilizadas para efeitos não-médicos. Sob um esquema de descriminalização, o consumo de drogas ou a posse de pequenas quantidades permanece proibida pelo estado, mas as infrações caem sob a égide da lei civil ou administrativa, e as sanções são menores. Da mesma forma, alguns países reconheceram que, por vezes, os

consumidores vendem pequenas quantidades de drogas para sustento pessoal ou sobrevivência; compreendendo que isto está muito longe de um delito de tráfico de importância maior, os legisladores alteraram os estatutos para que estes refletissem a diferença.¹³³

O Brasil descriminalizou a posse e o consumo de drogas para uso pessoal em 2004, e em Março de 2008 o Supremo Tribunal de Recurso declarou inconstitucional a acusação criminal por posse de drogas.¹³⁴ E, apesar da sua mortífera guerra às drogas, o México adotou, em 2009, legislação descriminalizando a posse de pequenas quantidades de drogas— incluindo cocaína, marijuana, heroína, metanfetamina e LSD— para “consumo pessoal e imediato”.¹³⁵ Estas alterações legais eliminam o receio da detenção e do estigma e encorajam as pessoas que consomem drogas a fazer a despistagem do VIH ou a recorrerem a tratamento. O consumo de drogas não tem aumentado em nenhum destes países após estas reformas legais.¹³⁶

Nos países onde a posse de drogas ainda é ilegal, alguns governos treinaram a polícia para ser compreensiva para com os consumidores de drogas e desencorajaram os delegados do Ministério Público de recorrerem a sanções penais, especialmente à privação da liberdade. Em 2002, pelo menos 27 cidades na Suíça, Alemanha, Austrália e noutros países estabeleceram locais supervisionados onde os consumidores se podem injetar num ambiente seguro e higiénico sem risco de detenção.¹³⁷ Na sua decisão, de Setembro de 2011, de manter aberto um local de injeção em Vancouver chamado Insite, o Supremo Tribunal do Canadá referiu a Carta Canadiana dos Direitos e Liberdades, que obriga o estado a proteger os direitos humanos de todas as pessoas— incluindo as que consomem drogas, disse o Tribunal. Notando que “o tratamento

[do VIH] com sucesso requer o reconhecimento das dificuldades em atingir uma população marginalizada com complexos problemas de saúde mental, física e emocional”, o Tribunal também

declarou que as pessoas que consomem drogas não devem ser forçadas a optar entre a abstinência e a renúncia a serviços de saúde.¹³⁸

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 3.1. Os países devem reformar a sua atitude em relação ao consumo de drogas. Em vez de penalizarem as pessoas que consomem drogas e que não prejudicam os outros, devem oferecer-lhes acesso a serviços para o VIH e de saúde, incluindo a redução do risco e o tratamento voluntário e baseado em dados para a dependência de drogas. Os países devem:
 - 3.1.1 Encerrar todos os centros obrigatórios de detenção de toxicodependentes para as pessoas que consomem drogas e substituí-los por serviços baseados em dados e voluntários para tratar a dependência de drogas.
 - 3.1.2 Abolir os registos nacionais de consumidores de drogas, a despistagem obrigatória do VIH e o tratamento forçado para as pessoas que consomem drogas.
 - 3.1.3 Revogar as condições punitivas, tais como a interdição federal do governo dos Estados Unidos ao financiamento de programas de troca de agulhas e seringas que impedem o acesso a serviços para o VIH para as pessoas que consomem drogas.
 - 3.1.4 Descriminalizar a posse de drogas para consumo pessoal, reconhecendo que o impacto final de tais sanções é geralmente prejudicial à sociedade.
 - 3.1.5 Tomar ações decisivas, em parceria com as Nações Unidas, para rever e reformular leis e organismos internacionais relevantes e em linha com os princípios expostos acima, incluindo as convenções internacionais de controlo de droga das Nações Unidas: a Convenção Única sobre Estupefacientes (1961); a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971); a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) e o Organismo Internacional de Controlo de Estupefacientes.

3.2 TRABALHADORES DO SEXO



Fonte : UN Photo/Shehzad Noorani/Sex work, Thailand

A opinião pública chama-nos coisas como “portadores de SIDA” e exclui-nos das atividades da comunidade. Enfrentamos discriminação em todas as áreas públicas, incluindo locais de trabalho se temos outros empregos. Os trabalhadores do sexo estão sujeitos à violência da comunidade em geral, que não nos considera merecedores de proteção. Os trabalhadores do sexo são frequentemente rejeitados pela família e colegas, e para os trabalhadores do sexo transexuais e seropositivos, o estigma pode ser ainda mais intenso.

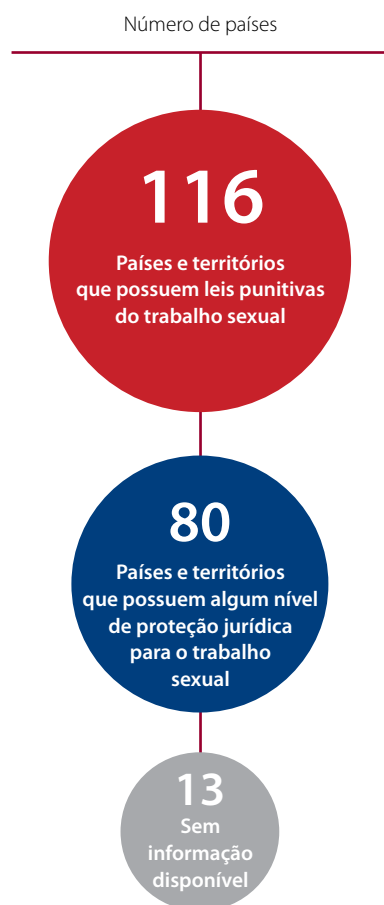
Friends Frangipani, Papua-Nova Guiné, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

Muito mais do que 100 países criminalizam explicitamente alguns aspetos do trabalho sexual.¹³⁹ Certos países, como grande parte dos Estados Unidos, Cuba, China, Irão, Vietname e África do Sul, declaram-no totalmente ilegal.¹⁴⁰ Alguns países da Europa Ocidental, América Latina e o Canadá apenas agem judicialmente contra atividades relacionadas, como a operação de bordéis ou o transporte de trabalhadores do sexo, comunicações com o intuito de prostituição, oferta de sexo nas ruas e sobrevivência à custa do trabalho sexual. A Noruega e a Suécia¹⁴¹ prendem os clientes dos trabalhadores do sexo mas não os próprios trabalhadores. Esta “abordagem sueca” é considerada mais justa para com os trabalhadores do sexo, que são vistos como vítimas pelos proponentes da mesma.¹⁴² Esta abordagem tem sido aplicada noutros países, tendo resultado, na realidade, em graves consequências para os trabalhadores.¹⁴³

Alguns governos fazem uso de leis contra o tráfico humano de forma tão ampla que englobam

tanto as trocas de sexo voluntárias e consensuais por dinheiro como o tráfico explorador, coercivo e muitas vezes violento de pessoas (essencialmente mulheres e raparigas) para fins sexuais.¹⁴⁴ Os municípios podem interditar o sexo comercial recorrendo a regulamentos redigidos de forma imprecisa, relacionados com “decência pública”; “moralidade” e até violação¹⁴⁵; leis de “perturbação”, proibindo a ociosidade e a vagabundagem; ou regulamentações de divisão em zonas ou sanitárias.¹⁴⁶ No entanto, apesar de, frequentemente, estes regulamentos não mencionarem as palavras “trabalhador do sexo” ou “prostituta”, conferem à polícia uma grande liberdade de ação para prender e deter trabalhadores do sexo e dão ao estado suporte legal para tornar obrigatórios os exames médicos— uma violação básica dos direitos humanos. Às vezes, a polícia usa a mera posse de preservativos como prova do trabalho sexual.¹⁴⁷ Mesmo que os trabalhadores do sexo sejam detidos apenas por um breve período de tempo, as suas vidas profissionais são perturbadas pela humilhação e pelo medo. Estas

TRABALHO SEXUAL E O DIREITO



Fonte: União Interparlamentar (UIP), ONUSIDA, PNUD: Diretivas para os parlamentares sobre VIH e SIDA: O Direito ao serviço da resposta ao VIH, 2011.

Assim que o sexo terminou, o homem começou a dar-me estaladas e a algemar-me e esvaziou a minha carteira e levou todo o meu dinheiro, não apenas o que me pagou... Como poderia eu ir à polícia e apresentar queixa do incidente quando o trabalho sexual não é efetivamente legal?

Uma trabalhadora do sexo da Guiana, Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011¹⁴⁸

leis codificam uma discriminação profunda; refletem um desprezo social generalizado para com os trabalhadores do sexo femininos, masculinos e transexuais.

CRIMINALIZAÇÃO + ESTIGMA = PERIGO

Para os trabalhadores do sexo, especialmente os de género não conforme, a ameaça de violência— tanto de clientes como da polícia— é uma realidade diária. A criminalização, em conjunto com o estigma social, torna a vida dos trabalhadores do sexo mais instável, menos segura e muito mais arriscada em termos do VIH.¹⁴⁹ Não existe proteção legal contra a discriminação e o abuso nos casos onde o trabalho sexual é criminalizado.¹⁵⁰

- As leis convidam à perseguição e à violência policiais e empurram os trabalhadores do sexo para a clandestinidade, onde se torna mais difícil negociar condições mais seguras e utilização consistente de preservativo.¹⁵¹ Alguns trabalhadores do sexo têm medo de ter preservativos na sua posse, pois são utilizados como prova contra eles, correspondendo por vezes a uma explícita provisão da lei.¹⁵²
- A violência policial impede os trabalhadores do sexo de procurar ajuda, o que incute uma cultura de maior violência por parte de clientes e polícia.¹⁵³
- Os trabalhadores do sexo estigmatizados e sujeitos a sanções penais não conseguem ter acesso a programas de prevenção e tratamento do VIH.¹⁵⁴
- Os criminosos e os clientes recorrem à ameaça de sanções penais para controlar e explorar os trabalhadores do sexo.¹⁵⁵

- As violações e agressões são difíceis de denunciar quando o trabalhador do sexo receia ser detido, e a violência sexual aumenta o risco da exposição ao VIH.¹⁵⁶
- Trabalhar no sector informal reduz o acesso dos trabalhadores do sexo à educação e ao

alojamento, aumentando assim a sua dependência em relação a outros, incluindo chulos.¹⁵⁷

“NÃO-PESSOAS” LEGAIS

Algumas leis não só criminalizam o trabalho do sexo e as atividades que lhe estão associadas como também negam aos trabalhadores do

VITIMIZANDO A “VÍTIMA”

A Abordagem Sueca

Elogiada como uma estratégia legal menos punitiva e mais sensível às questões de género para reduzir e, por fim, eliminar o trabalho sexual, a “abordagem sueca” criminaliza o cliente e não o trabalhador. Baseada na premissa de que as mulheres que praticam trabalho sexual precisam de proteção, considera o trabalhador do sexo a “vítima” e o cliente o “explorador”. Desde que foi decretada em 1999, a lei não melhorou— de facto, piorou— as vidas dos trabalhadores do sexo.¹⁵⁸ Os resultados da lei até agora são:¹⁵⁹



Comércio clandestino, mais violência

O trabalho sexual nas ruas ficou reduzido a metade na Suécia, segundo a polícia, mas o comércio sexual permanece nos níveis anteriores à promulgação da lei. Limitou-se a caminhar para uma clandestinidade ainda maior,¹⁶⁰ para hotéis e restaurantes, assim como para a Internet— e para a Dinamarca. O Departamento de Investigação Criminal do Estado Sueco alerta que o comércio sexual se pode tornar mais violento. Especialmente preocupante é o comércio de mulheres estrangeiras, que, frequentemente, ficam sob o total controlo de chulos.¹⁶¹

Poucas acusações e condenações

A Aliança de Concelhos da Suécia diz que os recursos para o trabalho social são escassos, por o dinheiro ter sido desviado para financiar o policiamento. Apesar de mais de 2.000 detenções, apenas 59 clientes foram considerados suspeitos de adquirir sexo ocasional. Apenas dois foram condenados, após se assumirem como culpados. Ninguém foi preso, e foram impostas apenas multas reduzidas, ao abrigo da lei. As provas necessárias para fundamentar um crime são praticamente inatingíveis. Os trabalhadores não se consideram vítimas e quase nunca estão dispostos a testemunhar contra os seus clientes.¹⁶²

Críticas e organização

A lei deu ímpeto à formação de uma organização dos direitos dos trabalhadores do sexo na Suécia, que se tem oposto vigorosamente à mesma.¹⁶³ Algumas autoridades suecas vêm exigindo uma avaliação no sentido de saber como a nova legislação está a afetar a prostituição clandestina.

Compromisso Anti-Prostituição do PEPFAR

Todas as organizações fora dos EUA que recebem dinheiro através do PEPFAR têm de assinar o compromisso. Este diz, em parte:

“O Governo dos EUA é contra a prostituição e atividades relacionadas, que são inerentemente lesivas e desumanizadoras, e contribuem para o fenómeno do tráfico de pessoas. Nenhum dos fundos disponíveis ao abrigo deste acordo pode ser usado para promover ou advogar a legalização ou prática de prostituição ou tráfico sexual.”¹⁶⁴

O compromisso coloca os destinatários numa situação sem saída. Se estes não assinarem, são-lhes negados os fundos de que necessitam para controlar e combater o VIH. Se assinarem, as organizações beneficiárias são impedidas de apoiar os trabalhadores do sexo na obtenção do controlo das próprias vidas—isto é, da própria saúde e da das suas famílias e clientes, incluindo a tomada de medidas para evitar o VIH e prevenir a sua propagação.

sexo direitos civis fundamentais. Os trabalhadores do sexo podem ser considerados incapazes de ser proprietários ou de herdar propriedades; registar o nascimento dos filhos; ter acesso à educação, justiça, cuidados de saúde ou serviços bancários; ou adquirir casa ou serviços públicos. Desprovidos dos meios através dos quais outros podem mover queixas contra representantes eleitos, empregadores e prestadores de serviços, os trabalhadores do sexo sofrem exclusão social e pobreza extrema.

E a sua posição desfavorecida ao negociar o acesso a bens e serviços leva à exploração, abuso e maior vulnerabilidade ao VIH.¹⁶⁵

Em tais circunstâncias, os trabalhadores do sexo não são completamente reconhecidos como pessoas perante a lei e são considerados incapazes de usufruir do conjunto de direitos humanos disponíveis aos outros. A Suazilândia oferece um exemplo pungente de uma lei que nega a humanidade fundamental do trabalhador do sexo. A Secção 3 (3) da Lei de Proteção das Raparigas e Mulheres da Suazilândia estipula a seguinte defesa perante a acusação de relações sexuais com uma rapariga com menos de 16 anos: *“No momento do delito, a menina era uma prostituta.”*¹⁶⁶ Ao abrigo desta lei, uma rapariga com menos de 16 anos não pode consentir um ato sexual, independentemente de ser ou não traba-

lhadora do sexo, mas também não pode pedir a proteção da lei se alguém tiver relações sexuais com ela contra o seu desejo. Ao negar-lhe capacidade de ação e segurança, a lei torna-a uma não-pessoa.¹⁶⁷

Praticamente todas estas condições de trabalho e de vida aumentam a vulnerabilidade ao VIH.¹⁶⁸ Não é surpreendente que os trabalhadores do sexo tenham, globalmente, cerca de oito vezes mais probabilidade de serem infetados com VIH do que outros adultos.¹⁶⁹

Um estudo recente concluiu que as trabalhadoras do sexo dos países em desenvolvimento têm uma probabilidade de serem infetadas com VIH 14 vezes superior à das mulheres em idade reprodutiva.¹⁷⁰

Os clientes de trabalhadores do sexo também mantêm relações sexuais com outros parceiros, e os trabalhadores do sexo têm amantes, cônjuges e filhos, que, por sua vez, mantêm relações sexuais ou consomem drogas com outros; consequentemente, o VIH alastra. As elevadas taxas de infeção entre trabalhadores do sexo afetam toda a gente.¹⁷¹

Isto não tem de ser assim. Nos locais onde os trabalhadores do sexo se organizam, onde a polícia não os assedia e onde podem aceder a serviços

de VIH de qualidade, os trabalhadores do sexo têm uma menor incidência de ISTs (Infecções Sexualmente Transmitidas), maior poder económico e uma maior capacidade de obter educação para os filhos.¹⁷²

Sanções penais contra o tráfico humano e a exploração sexual comercial de menores são essenciais— mas as leis devem diferenciar, de forma clara, estas atividades do trabalho sexual consensual praticado por adultos.

TRÁFICO SEXUAL: UM PROBLEMA MAL COMPREENDIDO

Trabalho sexual e tráfico sexual não são a mesma coisa. A diferença é que o primeiro é consensual, enquanto o segundo é coercivo. Organizações de trabalhadores do sexo encaram o trabalho sexual como um acordo contratual no qual são negociados serviços sexuais consensuais entre adultos. O trabalho sexual nem sempre é um ato desesperado ou irracional; é uma opção realista de vender sexo— para sustentar uma família, uma educação ou talvez um hábito de consumo de drogas. É um ato de livre arbítrio.¹⁷³

Em contraste, tráfico de pessoas, tal como definido por tratados internacionais e locais, é “o recrutamento, transporte, transferência, acolhimento ou receção de pessoas, por meio de ameaças ou uso da força ou outras formas de coerção, de rapto, de fraude, de engano, do abuso de poder ou de uma posição de vulnerabilidade ou da entrega ou recebimento de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tem controlo sobre outra pessoa, para fins de exploração”.¹⁷⁴ Tal exploração pode incluir muitas formas de trabalho forçado ou escravatura— em fábricas, campos, casas ou bordéis. O tráfico para fins de exploração sexual comercial envolve adultos ou crianças que fornecem serviços sexuais contra a sua

vontade, quer através da força quer por serem enganadas. Sendo uma recusa do livre arbítrio, o tráfico viola as suas liberdades fundamentais.¹⁷⁵

Colocando de lado a questão de saber se as pessoas escolheriam o trabalho sexual no caso de terem melhores alternativas, o ponto de vista que considera a “prostituição voluntária” um paradoxo apaga a dignidade e autonomia do trabalhador do sexo de inúmeras formas. Transforma atores independentes em vítimas a precisarem de ajuda.

E, no entanto, alguns governos fazem uso de leis contra o tráfico humano de forma tão ampla que englobam tanto o trabalho sexual consensual praticado por adultos como o tráfico explorador e coercivo de pessoas (sobretudo mulheres e raparigas) para fins sexuais.¹⁷⁶ De facto, as negociações na redação do Protocolo das Nações Unidas para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (2000) foram arruinadas por controvérsias acerca destas definições. Alguns estados e ONGs argumentaram a favor da revisão da linguagem para limitar o alcance da lei a pessoas envolvidas no comércio sexual internacional por força ou coerção.¹⁷⁷ Esta revisão foi derrotada com base no facto de nenhuma vítima dever ter de provar que não consentiu, mas a linguagem agora utilizada também implica que qualquer pessoa que venda sexo é tão vulnerável que é, por definição, incapaz de consentir. Agora, a definição indica de forma explícita que o consentimento da “vítima” é irrelevante para a acusação do traficante.¹⁷⁸

Em parte como consequência desta definição demasiado vasta, os governos têm reprimido, muitas vezes de forma violenta, os trabalhadores do sexo, ou têm-nos obrigado a passar pelo mesmo tipo de “reabilitação” brutal sob detenção à qual os consumidores de droga estão sujei-

tos. Forçados a trabalhar clandestinamente, os trabalhadores do sexo não conseguem reunir o poder coletivo para melhorar os seus salários ou condições de trabalho, usufruir da proteção de leis laborais ou juntar-se em sindicatos ou outras organizações, cujos benefícios incluem o acesso a cuidados de saúde públicos ou o direito de estabelecer serviços de saúde administrados pelos próprios trabalhadores do sexo.¹⁷⁹

Campanhas internacionais contra o tráfico humano promovem frequentemente a proibição, quer intencional quer efetiva, das boas práticas comprovadas na prevenção do VIH. Por exemplo, os ativistas nos Estados Unidos utilizaram a influência do PEPFAR— o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA, o veículo principal do apoio financeiro dos Estados Unidos a organizações que combatem a SIDA em todo o mundo— para obrigar outros governos a aceitar a junção do tráfico humano com o trabalho sexual ao condicionar a receção de fundos à assinatura do seu Compromisso Anti-Prostituição.¹⁸⁰ Maurice Middleberg, Vice-Presidente do Conselho Mundial da Saúde, vê o compromisso como uma prova de que a agenda contra o tráfico humano é uma agenda de anti-prostituição. Aponta tanto para a linguagem do compromisso— que considera a prostituição “prejudicial e desumanizadora” e associa a prostituição ao tráfico humano— como para a forma como o compromisso foi posto em prática.¹⁸¹

Apesar de a aplicação do compromisso nos Estados Unidos ter sido legalmente questionada e de este ter sido supostamente revisto pela administração Obama no início de 2009, mantém-se em vigor para organizações que recebem fundos do PEPFAR para lá das fronteiras dos Estados Unidos.¹⁸²

DIREITOS NO LOCAL DE TRABALHO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomendou que o trabalho sexual seja reconhecido como uma ocupação para que possa ser regulado de forma a proteger os trabalhadores e os clientes.¹⁸³ Os trabalhadores do sexo, num tal esquema, poderiam ter iniciativa individual e coletiva para influenciar as suas condições económicas e sociais. O padrão de trabalho da OIT em relação ao VIH/SIDA, adotado em 2010, inclui acesso não-discriminatório a serviços de saúde e segurança no trabalho para trabalhadores do sexo, incluindo a capacidade de insistir em sexo pago seguro e protegido nos seus locais de trabalho.¹⁸⁴

A descriminalização é o primeiro passo para melhores condições de trabalho— e, com isso, menor risco de contração do VIH— e houve autoridades legais que retiraram algumas cláusulas penais relacionadas com o trabalho sexual. A Lei da Reforma da Prostituição da Nova Zelândia (2003) descriminalizou a prostituição, abrindo caminho à possibilidade de os trabalhadores do sexo agirem publicamente e em segurança.¹⁸⁵ O Coletivo de Prostitutas da Nova Zelândia, empresários de bordéis e a Inspeção do Trabalho colaboraram para melhorar a qualidade da saúde no local de trabalho e os padrões de segurança para o trabalho sexual. Os trabalhadores do sexo podem apresentar queixas de discriminação no emprego à Comissão de Direitos Humanos, e o Serviço de Mediação para o Emprego resolve judicialmente as disputas.¹⁸⁶ A polícia apoia os trabalhadores do sexo na denúncia da violência. Embora aplauda estes progressos, o Coletivo de Prostitutas sublinha que o estigma e a discriminação permanecem e exige que as leis e as políticas se debrucem sobre esse problema. Recentemente, a Comissão Nacional para os Direitos Humanos do Quênia exigiu a descriminalização do trabalho sexual.¹⁸⁷

A DIGNIDADE DE TODO O TRABALHO

Kylie contra a Comissão de Conciliação, Mediação e Arbitragem e duas outras partes

Kylie, uma trabalhadora do sexo que trabalhava num salão de massagens, apresentou queixa perante o Tribunal do Trabalho da África do Sul por ter sido despedida sem ser ouvida e por merecer uma compensação do patrão. O tribunal rejeitou a sua queixa, considerando que não tinha direito a proteção ou compensação porque a prostituição é ilegal. Os tribunais “não devem aprovar ou encorajar uma atividade ilegal”, foi dito. No recurso, contudo, o Juiz Dennis Davis deliberou que Kylie podia receber uma compensação monetária pelo seu despedimento ilegal, qualquer que fosse o seu emprego. A Lei das Relações de Trabalho (LRA, pelas suas siglas em inglês) garante “a toda a gente” o direito a práticas laborais justas, disse o juiz— e toda a gente significa toda a gente. O propósito expresso da LRA “é promover o desenvolvimento económico, a justiça social, o trabalho, a paz e a democratização do local de trabalho”, e foi referido um propósito que é realçado por um princípio ainda mais elevado: a dignidade de todos os trabalhadores. O juiz opinou: “Como os trabalhadores do sexo não podem ser privados do direito a serem tratados com dignidade pelos seus clientes, em consequência, no seu outro relacionamento— nomeadamente com os seus patrões— devia existir a mesma proteção. Uma vez que se reconhece que devem ser tratados com dignidade não só pelos clientes como também pelos patrões, a secção 23 da Constituição, que, na sua essência, protege a dignidade daqueles que se encontram numa relação de trabalho, devia ser também aplicada.”¹⁸⁸

Alguns tribunais nacionais reconheceram os direitos dos trabalhadores do sexo. Um tribunal no Bangladesh travou uma ação abusiva da polícia que expulsou trabalhadores do sexo de bordéis, decidindo que esta amputação do seu meio de subsistência era uma violação do seu direito à vida.¹⁸⁹ Da mesma forma, no processo *Bedford contra o PG do Canadá*, de 2010, um juiz aboliu três cláusulas do código penal canadiano que penalizavam a prostituição, considerando-as uma violação da Carta de Direitos e Liberdades do país, uma vez que “forçam as prostitutas a optar entre a liberdade de interesses e o direito à segurança pessoal.”¹⁹⁰ A subsequente decisão, de 2012, do Tribunal de Recurso de Ontário observou que as cláusulas que proibiam os bordéis e que se vivesse à custa das receitas da prostituição eram ambas inconstitucionais na sua forma vigente.¹⁹¹ Em 2010, o Tribunal de Recurso das Decisões do Tribunal do Trabalho da África do

Sul afirmava que, embora o trabalho sexual fosse ilegal, as pessoas que o praticam tinham direito a proteção contra o despedimento injusto por parte da entidade patronal.¹⁹²

Infelizmente, a descriminalização substitui, por vezes, a penalização pela regulamentação, que é aplicada, nos seus detalhes, através da lei criminal. A Grécia, a Lituânia e partes da Austrália têm, todas elas, testes médicos obrigatórios e impostos, uma violação dos direitos humanos e, por isso, uma forma de penalização.¹⁹³ Nos Estados Unidos, o estado do Nevada é o único onde a prostituição é legal. Mas o trabalho sexual é permitido apenas nalguns bordéis autorizados em condados rurais. Na zona turística popular de Las Vegas, pelo contrário, são vulgares as operações policiais à paisana para combater a solicitação na via pública, e em qualquer parte do estado tanto trabalhadores como clientes podem ser pre-



Fonte: IRIN/Manoocher Deghati/Sex work, Zambia

sos por exibicionismo ou “indécência pública e grosseira”, o que implica multas e tempo de prisão.^{194, 195}

Segundo um defensor dos direitos internacionais do trabalho, “a regulamentação direta do trabalho sexual pode ser ou não implementada de formas que estejam de acordo com os princípios dos direitos humanos.”¹⁹⁶

Os enquadramentos atuais e propostos para o trabalho sexual legalizado envolvem não só testes obrigatórios de despistagem do VIH mas também “pôr de quarentena, humilhar ou até marcar trabalhadores do sexo considerados vítimas de doenças significativas em matéria de saúde pública.”¹⁹⁷ Uma proposta apresentada à legislatura estadual de Maharashtra, Índia, “implicaria o re-

gisto de todas as prostitutas, com testes do VIH obrigatórios; todas as que fossem consideradas seropositivas seriam marcadas com uma tatuagem permanente.”¹⁹⁸

COOPERAÇÃO POLICIAL PARA UMA MELHOR SAÚDE

Quando o estado reconhece os direitos humanos e civis dos trabalhadores do sexo, pode utilizar a polícia de uma maneira radicalmente diferente. Em vez de deixar a polícia bater e prender os trabalhadores do sexo, pode pô-la a colaborar com os trabalhadores do sexo no sentido de fomentar o aumento de práticas sexuais mais seguras. Quando isto foi feito na Índia, a utilização de preservativos entre os trabalhadores do sexo subiu de 27% para 85%, de 1992 a 2001, e a prevalência do VIH entre trabalhadores do sexo caiu de um nível superior a 11%, em 2001, para menos de 4%, em 2004.¹⁹⁹

Nas Filipinas, a ONG Action for Health Initiative (ACHIEVE) associou-se ao Departamento de Saúde da Cidade de Quezon para pôr em contacto o departamento da polícia e a associação que representa os estabelecimentos de diversão a fim de discutirem a melhoria da distribuição de preservativos em locais em que se vende sexo.²⁰⁰

Os polícias estão agora a começar a considerar, pela primeira vez, que o trabalho sexual tem implicações nos direitos humanos.

African Sex Workers Alliance (ASWA) Moçambique, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 3.2. Os países devem reformar a sua abordagem ao trabalho sexual. Em vez de penalizar adultos envolvidos em trabalho sexual consensual, os países devem garantir condições de trabalho seguras e oferecer aos trabalhadores do sexo e aos seus clientes o acesso a serviços eficazes ligados ao VIH e de saúde e aos artigos necessários. Os países devem:
 - 3.2.1 Revogar leis que proíbam adultos de comprar ou vender sexo consensual, bem como leis que de outra forma proíbam o sexo comercial, tais como leis contra ganhos “ímorais”, “viver à custa das receitas” da prostituição e da posse de bordéis. Devem ser tomadas medidas legais suplementares para garantir condições de trabalho seguras aos trabalhadores do sexo.
 - 3.2.2 Tomar todas as medidas para travar a perseguição policial e a violência contra os trabalhadores do sexo.
 - 3.2.3 Proibir a imposição de testes do VIH e ISTs aos trabalhadores do sexo.
 - 3.2.4 Garantir que a aplicação de leis contra o tráfico humano seja cuidadosamente dirigida para a punição daqueles que utilizem força, desonestidade ou coerção para conseguir pessoas para o comércio do sexo, ou que maltratem trabalhadores do sexo migrantes através de escravidão por dívidas, violência ou privação de liberdade. As leis contra o tráfico humano devem ser usadas para proibir a exploração sexual e não devem ser usadas contra adultos envolvidos em trabalho sexual consensual.
 - 3.2.5 Aplicar leis contra todas as formas de abuso sexual e exploração sexual de crianças, distinguindo claramente esses crimes do trabalho sexual consensual de adultos.
 - 3.2.6 Garantir que delitos civis e administrativos existentes como “andar ociosamente sem objetivo”, “incómodo público” e “moralidade pública” não são usados para penalizar os trabalhadores do sexo e que leis administrativas como ordens de “circular” não são usadas para perseguir os trabalhadores do sexo.
 - 3.2.7 Fechar todos os centros de detenção compulsiva ou de “reabilitação” para pessoas envolvidas em trabalho sexual ou para crianças que foram exploradas sexualmente. Proporcionar, antes, aos trabalhadores do sexo serviços de capacitação comunitária baseados em dados e voluntários. Proporcionar proteção às crianças exploradas sexualmente, em contextos familiares seguros e capacitantes, selecionados com base no melhor interesse da criança.
 - 3.2.8 Revogar cláusulas punitivas na ajuda pública ao desenvolvimento— como o compromisso anti prostituição do PEPFAR do governo dos Estados Unidos e as suas atuais regulamentações contra o tráfico humano— que restrinjam o acesso dos trabalhadores do sexo a serviços ligados ao VIH ou a possibilidade de formar organizações no seu próprio interesse.
 - 3.2.9 Tomar providências no sentido de rever e reformar leis internacionais relevantes, de acordo com os princípios acima indicados, incluindo o Protocolo das Nações Unidas para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (2000).

3.3 HOMENS QUE TÊM RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTROS HOMENS



Fonte: International HIV/AIDS Alliance/ Kenya

Embora os principais tratados internacionais sobre os direitos humanos não mencionem, especificamente, a orientação sexual como uma categoria de proteção como a raça ou o sexo, o problema dos HSH pode ser abordado sob a categoria de “outro estatuto”.²⁰¹ O direito internacional também protege o direito universal ao respeito da vida privada, que protege, por sua vez, as práticas sexuais dos indivíduos da interferência do estado. Os Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e à Identidade de Gênero, embora não vinculativos dos Estados, oferecem recomendações sobre a aplicação dos estatutos atuais dos direitos humanos em situações específicas, respeitantes às minorias sexuais. Por exemplo, os Princípios recomendam que os registos médicos das minorias sexuais sejam “tratados com confidencialidade” e que os estados “assegurem que todos os prestadores de serviços de saúde tratem os clientes

Há quem argumente que, pelo facto da orientação sexual ou da igualdade de géneros não figurar, explicitamente, em qualquer convenção ou tratado, estes indivíduos não devam usufruir de nenhuma proteção. A minha resposta é que tal posição é insustentável, em termos legais, o que é confirmado pela jurisprudência em evolução constante. O princípio da universalidade não admite exceções. Os direitos humanos são, por excelência, um direito inato para todos os seres humanos.

Navanethem Pillay, Alto-Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos

e os seus parceiros sem discriminação em relação à sua orientação sexual ou identidade de género”.²⁰²

PRISÃO E EXECUÇÃO

Violando as normas internacionais dos direitos humanos, 78 países elevam a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo a ofensa criminal, fazendo metade dos mesmos parte da Comunidade das Nações.²⁰³ Os investigadores atribuem a hostilidade em relação à homossexualidade e aos transexuais, em muitos casos, ao colonialismo, e demonstram que as culturas pré-coloniais eram, frequentemente, mais tolerantes em termos de sexualidade e diversidade de género.²⁰⁴

As sanções para a conduta consensual de sexo entre dois homens variam da pena de prisão à execução.²⁰⁵ A Jamaica pune a homossexualidade com pena de prisão até dez anos. A Malásia pune as “relações carnavais contra a ordem da

natureza” com pena de prisão até vinte anos e flagelação.²⁰⁶ E vários países da África Subsaariana podem impor a pena de morte a homens condenados por fazerem sexo com outros homens.²⁰⁷

Mesmo em jurisdições onde as relações entre pessoas do mesmo sexo não são penalizadas, o Estado não estende qualquer proteção legal contra a discriminação baseada na orientação sexual; não é raro ver leis que permitem que os menores consentam atos sexuais “heterossexuais” em idades mais precoces do que aquelas em que consentem atos sexuais “homossexuais”.²⁰⁸

O progresso nestas questões não tem sido universal ou sustentado. Em alguns casos, os progressos são seguidos de grandes retrocessos. A resposta do Uganda ao VIH mostrou-se um caso de sucesso. Mas um deputado propôs, recentemente, uma proposta de lei draconiana, que iria prejudicar gravemente aquela planificação.²⁰⁹ A lei iria impor sanções de prisão perpétua por relações sexuais entre homens. As suas disposições, que tornam ilegal toda a “promoção” ou qualquer “incitação ou cumplicidade” relativamente à homossexualidade, criminalizariam o trabalho com os HSH, tornando, desta forma, os trabalhadores no terreno, os educadores de pares e os profissionais de saúde suscetíveis de detenção.²¹⁰ As sanções penais poderiam ser, também, impostas aos pais, professores ou profissionais de saúde que não relatem suspeitas de homossexualidade. Os protestos nacionais e internacionais quase neutralizaram esta proposta de lei. Mas, no momento da redação do presente relatório, em Março de 2012, os legisladores ugandeses reanimaram-na, pretendendo levá-la a discussão e a votação.²¹¹

RISCO ELEVADO

A marginalização, associada a aspetos de fisiologia, circunstância e comportamento sexual, expõe os HSH a um risco de VIH mais elevado. Os HSH estão 19 vezes mais expostos ao VIH do

que os outros homens adultos.²¹² Por exemplo, os HSH estão entre os grupos mais escondidos e estigmatizados de todos os grupos de risco de VIH, no Médio Oriente e no Norte de África.²¹³ Em quase todos os países que recolhem dados de vigilância do VIH, de forma fiável²¹⁴, os números são alarmantes.

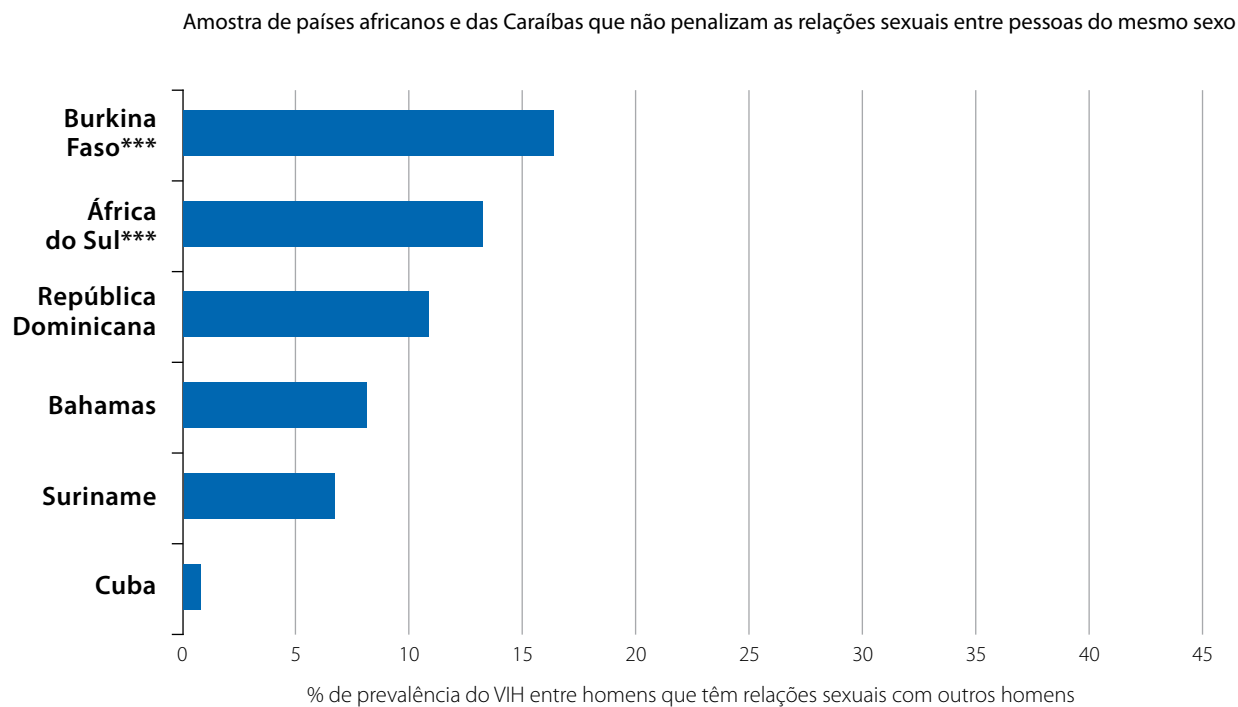
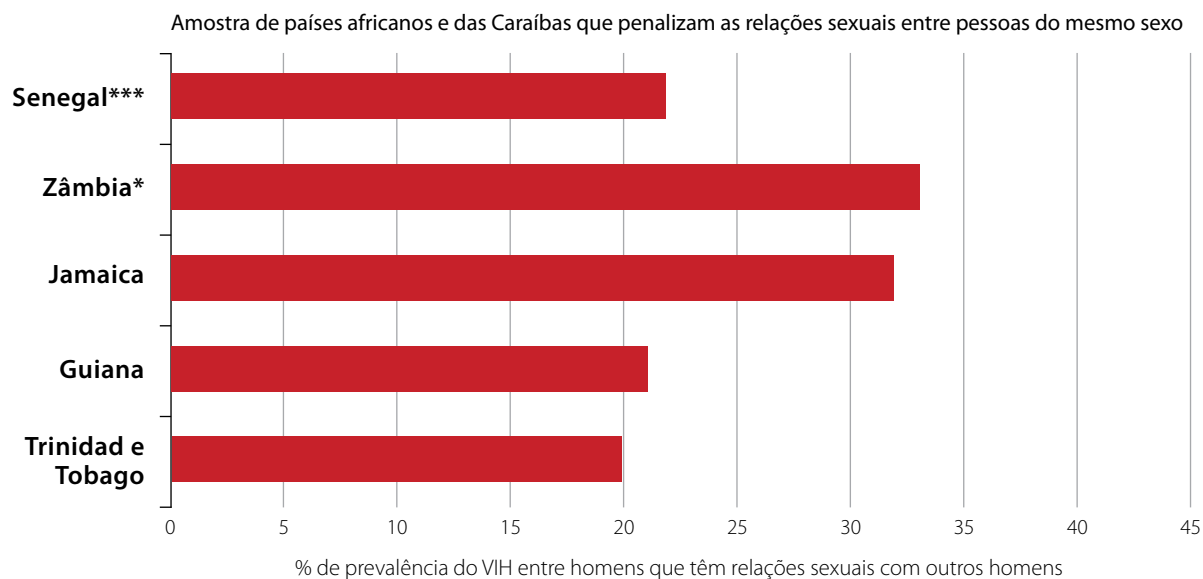
A penalização causa e aumenta estes números. Por exemplo, a ONUSIDA relata que nos países das Caraíbas onde a homossexualidade é penalizada, quase 1 em 4 HSH se encontra infetado pelo VIH. Na ausência de tal lei penal, a prevalência é de apenas 1 em 15, entre os HSH.²¹⁵

Muitos HSH também têm relações sexuais com mulheres.²¹⁶ Embora alguns destes homens se sintam atraídos por mulheres e homens, outros apenas mantêm relações heterossexuais para evitarem o estigma e o abuso, particularmente em ambientes que penalizam ou estigmatizam a homossexualidade. Por outras palavras, a penalização das relações entre pessoas do mesmo

O debate sobre a sexualidade entre pessoas do mesmo sexo é dominado por um discurso de ódio, a todos os níveis, incluindo os mais altos níveis executivos. O Presidente do Zimbabué, Robert Mugabe, é conhecido por comparar gays e lésbicas a porcos e cães. A perseguição policial é uma ocorrência diária, e a homofobia da parte de líderes religiosos e tradicionais é considerada normal.

Os Gays e Lésbicas do Zimbabué, Zimbabué,
Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

HOMENS QUE TÊM RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTROS HOMENS, DIREITO E VIH



Nota: A taxa de prevalência estimada para a Jamaica varia de 25 a 30%.

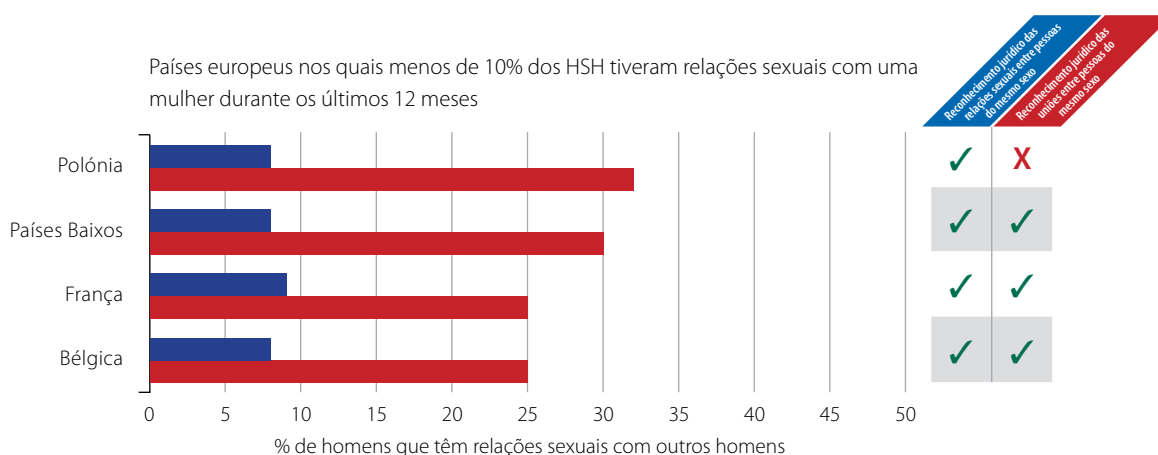
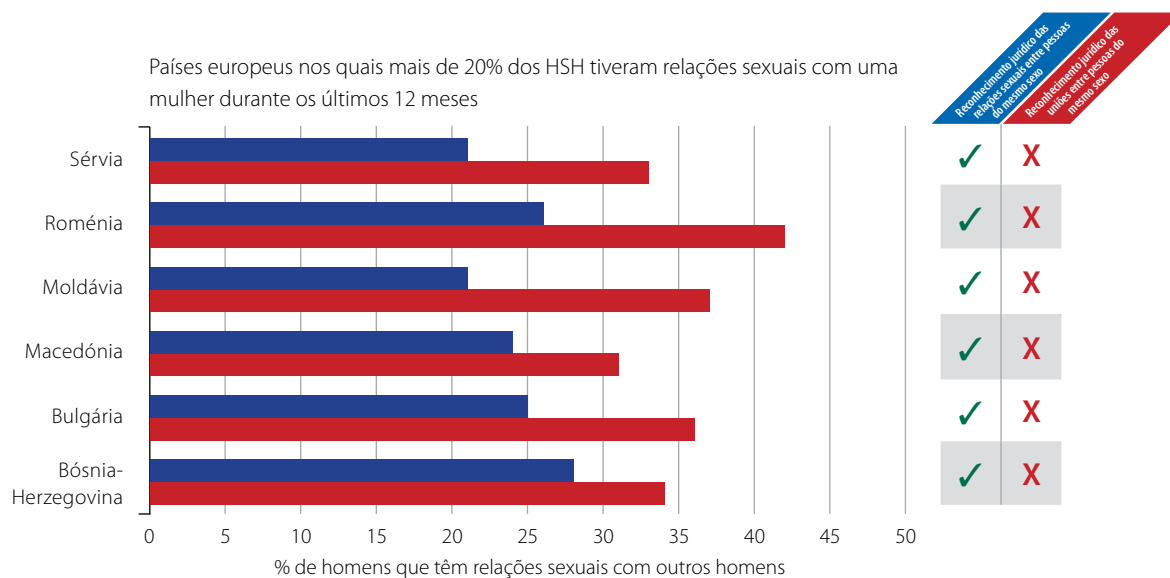
Fontes: * Dados obtidos de Smith, Adrian D. et al., Homens que têm relações sexuais com outros homens e VIH/SIDA na África Subsaariana, Revista Lancet, 2009.

** Dados baseados em Baral, S. et al. Um estudo sistemático da epidemiologia do VIH e dos fatores de risco entre os HSH na África Subsaariana 2000–2008, Conferência Internacional sobre a SIDA, Cidade do México, 2008.

*** Dados baseados nos relatórios da SEAGNU.

Adaptado do Relatório de 2008 da ONUSIDA sobre a Epidemia mundial da SIDA e do Relatório da ONUSIDA relativo ao Progresso no Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio em termos do VIH nas Caraíbas

DIREITOS DOS LHBT E RISCO DE TRANSMISSÃO DO VIH



■ declaração de relações sexuais com uma mulher durante os últimos 12 meses
 ■ declaração de um possível risco de transmissão do VIH durante os últimos 12 meses

Fonte: Inquérito Europeu na Internet sobre Saúde Sexual dos HSH (EMIS) 2010; Website da ILGA-Europe (www.ilga-europe.org), Associação internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo, consultado pelo PNUD, em 2012.

sexo ameaça não apenas os HSH mas também as mulheres.²¹⁷ Por outro lado, a experiência mostra que, num contexto epidémico, o acesso universal dos HSH aos serviços ligados ao combate do VIH, juntamente com os esforços da luta contra a discriminação, pode reduzir as infeções de forma significativa, ao nível destes homens e da comunidade no seu conjunto.²¹⁸

INSENSIBILIDADE, VIOLÊNCIA, EXCLUSÃO

O estigma e a discriminação contra os HSH impregnam as sociedades, e isto limita o acesso dos HSH ao teste do VIH, ao tratamento e ao apoio social. Um inquérito mundial multilíngue, disponível online, feito a 5.000 HSH, concluiu que apenas 36% eram capazes de aceder ao tratamento facilmente e menos de um terço tinha acesso

facilitado a intervenções comportamentais e a material de educação ligado ao VIH.²¹⁹ Por outro lado, a lei religiosa penalizadora das relações sexuais pode prejudicar os esforços contra a propagação do VIH. As pesquisas mostram que, no Senegal, após a detenção e prisão, em 2008, de 9 HSH, trabalhando como agentes de prevenção e de sensibilização para o VIH, em virtude da lei proibidora de “atos contra a natureza”, se instalou o terror nas comunidades de HSH, os grupos de defesa dissolveram-se e os organizadores entraram na clandestinidade.²²⁰

Os HSH não se sentem bem recebidos nas clínicas. Os profissionais de saúde não estão isentos de ignorância ou de intolerância. Os HSH que temem que a sua sexualidade não seja confidencial, não revelam essa informação aos profissionais de saúde, e esta informação é fundamental, em relação à prevenção e ao tratamento do VIH.²²¹ Os

profissionais de saúde, sem a devida formação, reagem aos HSH com desprezo ou hostilidade e, por vezes, recusam tratá-los.²²³ Nos casos onde o sexo entre homens é ilegal, os profissionais de saúde que pretendem oferecer serviços de tratamento talvez temam que sejam acusados de cumplicidade num crime.²²⁴

Tal como os trabalhadores do sexo ou os consumidores de drogas, os HSH enfrentam represálias, detenções e brutalidade policial, em países que declaram o seu comportamento ilegal. A polícia faz rusgas em fóruns educativos e confisca preservativos e lubrificantes, como provas de crime sexual, e materiais informacionais, considerados “obscenidades”.²²⁵ Mesmo quando não existem leis contra a sodomia ou outras estruturas legais restritivas, a polícia continua o abuso, sob a égide da “segurança pública”, da “vagabundagem” ou das leis de “solicitação”, que lhe oferece o campo de manobra necessário para importunar e controlar os HSH e os locais onde estes se possam juntar.²²⁶ Tais locais podem incluir centros de serviços ligados ao VIH. Mas, mesmo que as autoridades respeitem as clínicas, a sua presença em bares e piscinas impede a partilha de informação e o apoio mútuo em relação às práticas de sexo mais seguro. Na verdade, tais instituições sociais são as responsáveis pelo conceito da sexualidade sem risco.

Apesar da sua extrema vulnerabilidade ao VIH, os HSH são deixados de fora de várias estratégias nacionais de combate à SIDA, tais como as do Médio Oriente. Na Argélia, apesar dos HSH terem participado nas respostas nacionais ao VIH, a aplicação “no terreno continua a ser um desafio, devido à falta de compromisso por parte de várias partes interessadas (governo, sociedade civil, profissionais de saúde)”, afirmou um consultante argelino à Comissão.²²⁷ E acrescenta que a “lei penaliza a homossexualidade.”

Existe um padrão de violência e discriminação dirigido contra as pessoas apenas porque elas são gays, lésbicas, bissexuais ou transexuais. Há diferenças de tratamento nos empregos, nas escolas e nos hospitais. Do mesmo modo, também existem ataques violentos, incluindo agressão sexual. Já houve pessoas a serem presas, torturadas, e até assassinadas. Isto é uma tragédia monumental para os afetados— e uma mancha na nossa consciência coletiva. É, também, uma violação da lei internacional... Aos que são lésbicas, gays, bissexuais ou transexuais, deixem-me dizer-vos: não estão sozinhos. A vossa luta pelo fim da violência e discriminação é uma luta comum. Qualquer ataque contra vós é um ataque contra os valores que as Nações Unidas e eu próprio jurámos defender e apoiar. Eu apoio-vos e peço a todos os países e a todos os povos que vos apoiem, do mesmo modo.

Ban Ki-Moon, Secretário-Geral das Nações Unidas Declaração ao Conselho dos Direitos Humanos, 7 de Março de 2012²²²

ANULAR A PENALIZAÇÃO E A DISCRIMINAÇÃO

Tribunal de Recurso de Hong Kong

O Secretário da Justiça contra Yau Yuk Lung Zigo e Lee Kam Chuen (2007)²²⁸ e ***Leung T.C. William Roy contra o Secretário da Justiça (2006)***²²⁹: confirmaram que a orientação sexual não constitui um motivo de discriminação, assim como a raça e o sexo.

Tribunal Superior de Justiça das Fiji

Nadan e McCoskar contra o Estado (2005)²³⁰: as infrações ao Código Penal criminalizando as relações sexuais consensuais entre homens adultos, em privado, violaram as garantias constitucionais à vida privada e à igualdade.

Supremo Tribunal dos E.U.A.

Romer contra Evans (1996)²³¹: considerou anticonstitucional uma emenda à Constituição do Estado do Colorado, que proibia medidas públicas destinadas a proteger as pessoas da discriminação baseada na sua orientação sexual.

Lawrence contra Texas (2003)²³²: aboliu uma lei do Texas contra a sodomia, estipulando que a penalização do comportamento sexual consensual infringia a liberdade protegida pela Décima Quarta Emenda da Constituição.

ACEITAÇÃO SEXUAL: UM PASSO NA LUTA CONTRA O VIH

Felizmente, alguns HSH estão a começar a ser ouvidos. Na Tunísia, por exemplo, os HSH estão representados pelo Comité Nacional de Planeamento Estratégico; em resultado disso, sem dúvida, o plano para 2012–2016 inclui um apelo à despenalização das relações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo.²³³ Mesmo em sociedades onde a homossexualidade não tem sido tradicionalmente aceite, estão a surgir visões mais tolerantes. Por exemplo, em Março de 2008, Siti Musdah Mulia, um teólogo islâmico e Presidente da Conferência Indonésia sobre Religiões e Paz declarou que a “Homossexualidade é natural e vem de Deus. Não resulta apenas da paixão. Não existe diferença. Aos olhos de Deus, as pessoas são avaliadas de acordo com a sua devoção. A essência da religião (Islão) é humanizar o ser humano, respeitá-lo e dignificá-lo.”²³⁴

Os líderes internacionais estão a começar a defender a igualdade, independentemente da orientação sexual ou das relações sexuais consensuais, e os tribunais, por todo o mundo, esperam que as normas dos direitos humanos

nacionais e mundiais invalidem as leis que penalizam as atividades sexuais entre pessoas do mesmo sexo. O Secretário-Geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon²³⁵, a Comissão Asiática de Luta Contra a SIDA²³⁶ e o Relator Especial sobre o Direito à Saúde das Nações Unidas lançaram um apelo à despenalização.²³⁷ As Diretrizes Internacionais sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos²³⁸ recomendam uma revisão das leis que proíbem

Não é fácil ou bem visto pedir a legalização da homossexualidade, em muitos países africanos, mas é a decisão certa a tomar. É certa porque é essencial para o abrandamento do VIH e para assegurar que as proteções dos direitos humanos se estendem a todos os nossos cidadãos. É, também, a decisão certa a tomar, porque os africanos percebem que o Estado tem prioridades mais urgentes do que interferir nas vidas privadas de adultos envolvidos em comportamentos sexuais consensuais

Festus Gontebanye Mogae, ex-Presidente do Botsuana

as relações sexuais consensuais entre adultos (incluindo a “sodomia”), em privado, “com o objetivo da revogação”. Vários países também proíbem a discriminação com base na orientação sexual.²³⁹ Apesar de alguns países irem de encontro a abordagens cada vez mais punitivas, nota-se um consenso internacional em crescimento, no sentido de que a despenalização da homossexualidade é uma componente essencial de uma resposta de saúde pública abrangente, em relação ao risco elevado de infecção e de transmissão do VIH, no seio da comunidade de homens têm relações sexuais com outros homens.

Os processos e as decisões dos tribunais nacionais e internacionais contribuem para esta tendência.

O Movimento UNIBAM (United Belize Advocacy Movement) apresentou uma ação judicial, em 2010, para anular a secção 53 do Capítulo 101 do Código Penal, que estipula: “Toda a pessoa que tenha relações sexuais contra a ordem da natureza, com qualquer pessoa ou animal, está sujeita a uma pena de prisão de 10 anos.”²⁴⁰

Na Índia, em 2009, citando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional

sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, o Tribunal Superior de Justiça de Nova Deli eliminou a parte do Código Penal indiano que penalizava as relações sexuais consensuais entre homens adultos, em privado. “O Tribunal concluiu que estigmatizar ou penalizar as pessoas com base na sua orientação sexual vai contra a moral constitucional e os princípios de inclusividade da Constituição Indiana.”²⁴¹ Em Outubro de 2011, a organização AIDS-Free World (Um Mundo sem SIDA), sem se deixar deter pela improcedência de tais ações nos tribunais jamaicanos, apresentou uma petição à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), contestando a lei anti-sodomia desse país. A “Lei sobre as Infrações Contra a Pessoa” (Offenses Against the Person Act), de 1864, penaliza o comportamento sexual consensual entre homens, assim como o “crime abominável da sodomia” (sexo anal), entre pessoas de qualquer sexo.²⁴² E, no Dia dos Direitos Humanos, em 2011, numa rara alusão à legitimidade da opção sexual como um dos direitos humanos, Hillary Clinton, a Secretária de Estado dos Estados Unidos, sugeriu que se trata apenas de uma questão de tempo para que o mundo reconheça os direitos de todas as pessoas à expressão consensual do desejo, independentemente do sexo do objeto do mesmo.²⁴³

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

3.3. Os países devem rever as suas abordagens em relação à diversidade sexual. Em vez de punirem os adultos que se envolvem numa relação homossexual consensual, os países devem oferecer a estas pessoas acesso eficiente aos serviços ligados ao VIH e a outros serviços de saúde. Os países devem:

3.3.1 Revogar todas as leis que penalizam as relações sexuais consensuais entre adultos do mesmo sexo e/ou que punem a identidade homossexual.

3.3.2 Respeitar as leis civis e religiosas existentes e as garantias à vida privada.

3.3.3 Remover as barreiras jurídicas, regulamentadoras e administrativas para a formação de organizações comunitárias por ou para gays/lésbicas e/ou bissexuais.

3.3.4 Alterar as leis anti-discriminação para proibirem, expressamente, a discriminação baseada na orientação sexual (assim como na identidade de género).

3.3.5 Promover medidas eficientes para a prevenção da violência contra homens que têm relações sexuais com outros homens.

3.4 TRANSEXUAIS



Fonte: Robert Bourgoing/Índia

Em vários países, desde o México à Suécia e à Malásia²⁴⁴, por lei ou por prática, os transexuais não são reconhecidos como pessoas legais. Uma parte básica da sua identidade— o gênero— não é reconhecida. Ainda existem poucos governos que emitam documentos de identificação, nos quais o gênero que um indivíduo se auto-atribui possa variar do seu sexo biológico.²⁴⁵ Na falta de documentos, o emprego, os cuidados de saúde, as viagens e a participação em muitos aspetos da cidadania ficam fora de alcance. Na Tailândia, por exemplo, as pessoas transexuais que tentem o alistamento militar nacional são dispensadas de acordo com o seguinte motivo: “A fisiologia

A 20 de Outubro de 2011, às 11 horas da manhã, a polícia apanhou cinco hijras [mulheres transexuais], perto de um semáforo, ao pé da esquadra da polícia de Girinagar e levou-as para a esquadra. O Comissário Adjunto da Polícia (CAP), H.T Ramesh, espancou uma delas com a sua lathi (espécie de cassetete), partiu-lhe as braceletes e pô-la a sangrar. Uma outra hijra foi obrigada a limpar o chão da esquadra. Foram acusadas, de forma falaciosa, à luz dos artigos 341 [detenção ilícita] e 384 [extorsão] do Código Penal Indiano. A polícia fez perguntas ofensivas e insultou a equipa de intervenção em crise que se dirigiu à esquadra para as ajudar: “Tirem as vossas roupas todas e deixem-me ver o que é que vocês são de verdade! São homens ou mulheres?”

Sangama, Índia, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

desta pessoa não corresponde ao sexo com que nasceu”.²⁴⁶

A negação de documentos de identificação é um dos meios mais concretos e burocráticos pelos quais a lei se serve para apagar a personalidade dos transexuais. Muitos Estados impedem, também, a simples expressão quotidiana do “eu”. Na Guiana, o travestismo é uma ofensa.²⁴⁷ No Kuwait, toda a pessoa que “imitar o sexo oposto de qualquer forma” enfrenta um ano de prisão, uma multa substancial ou ambos.²⁴⁸ Não é qualquer comportamento específico que é penalizado, mas sim, a aparência física— cujos parâmetros

podem ser definidos pela polícia kuwaitiana. Esta detém, frequentemente, indivíduos devido à sua “pele macia” ou “voz suave”.²⁴⁹

A TRANSFOBIA COMO UM RISCO PARA A SAÚDE

Estes exemplos demonstram as formas como a lei pune o gênero não convencional. A polícia pode ficar parada enquanto os civis cometem atos de violência sexista contra pessoas transexuais. De acordo com o Observatório dos Cidadãos Transexuais da Fundação Santamaria da Colômbia, “houve 45 casos de homicídios registrados e denunciados contra mulheres transexuais, em Santiago de Cali, entre 2005 e Março de 2011, correspondendo a maior parte a trabalhadoras do sexo.”²⁵⁰

Muitas vezes, os Estados toleram a administração da violência por parte dos agentes da polícia.²⁵¹ Os trabalhadores do sexo transexuais suportam, muitas vezes, o peso da brutalidade policial, nos países onde o trabalho sexual é penalizado. Para além de perseguições, capturas e detenções,

os trabalhadores do sexo transexuais relatam a extorsão, por parte da polícia, de favores sexuais, brutalidades sexuais e mesmo violações.²⁵² Tal como acontece com outras populações-chave, as denúncias não têm onde ser apresentadas e, mesmo nos casos em que existem canais para isso, as petições dos transexuais são, frequentemente, ignoradas.²⁵³ Os abusos policiais sobre os transexuais “têm sido documentados e as denúncias têm sido feitas à Comissão Nacional dos Direitos Humanos e ao Gabinete do Procurador-Geral, declarou Taysa Fernandes, da Associação Ángel Azul, nas Honduras, à Comissão, “sem quaisquer resultados, até ao momento... Batemos a todas as portas e não recebemos qualquer ajuda.”²⁵⁴

Tudo isto contribui para um aumento da marginalização, uma maior exposição ao VIH e uma utilização rara e desproporcionada dos serviços de prevenção, tratamento e apoio ao VIH.²⁵⁵ Em alguns países, as mulheres transexuais são infectadas com VIH a uma taxa sete vezes superior à nacional.²⁵⁶

Depois de a minha amiga ter sido violada por aqueles homens que descobriram a sua identidade sexual, ela veio ter comigo... Encontrámo-nos na clínica para receber uma profilaxia pós-exposição ao VIH. A enfermeira disse-lhe para ir para casa, tirar as roupas de mulher e voltar. Ela estava de tal forma traumatizada que nem conseguiu voltar. Acho que é por isso que ela hoje é seropositiva.²⁵⁷

Transgender Sex Workers Cape Town, África do Sul, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011



Fonte: UNAIDS/Latin America

A transfobia, um preconceito muitas vezes inscrito na lei, representa um risco mental para as suas vítimas, mostram as estatísticas. De acordo com a mesma pesquisa, as mulheres e os homens transexuais apresentam tendências mais elevadas de depressão e suicídio²⁵⁸, e a vulnerabilidade emocional pode traduzir-se em vulnerabilidade ao VIH.

Tal como outras minorias sexuais, os transexuais²⁵⁹ enfrentam dificuldades nos centros de saúde. Um estudo feito nos Estados Unidos a mais de 6.000 transexuais concluiu que:

- Até 28% dos transexuais declaram adiar o acesso aos serviços de saúde, quando estão doentes, por receios de discriminação.
- 19% declararam terem visto recusados cuidados de saúde, devido ao seu estatuto de transgénero ou de não-conformação
- 28% declararam sentir intimidação em estabelecimentos de saúde.²⁶⁰

As pessoas transexuais podem nem sequer chegar a entrar nas clínicas. A falta de documentação

MUDANÇAS DE SEXO

As novas leis reconhecem a identidade transexual

Argentina: O 9 de Maio de 2012, o Senado aprovou, por unanimidade, a Lei de Identidade de Género, reconhecendo a cirurgia para a mudança de sexo como um direito e como parte dos planos de saúde públicos ou privados.²⁶¹

Uruguai: Uma lei de 2009 permite aos indivíduos com mais de 18 anos mudarem de nome e sexo, em documentos oficiais.²⁶²

Índia: Desde 2005, os requerentes de passaporte têm a opção de se identificarem como sendo do sexo masculino, feminino ou "outros", independentemente de se terem submetido a uma operação de mudança de sexo ou não.²⁶³

Portugal: Em 2011, foi promulgada uma lei que regula o reconhecimento legal do género. Conforme a mesma, um indivíduo de nacionalidade portuguesa, com mais de 18 anos, pode obter o seu género preferido, utilizando um procedimento administrativo uniformizado e um relatório emitido por uma equipa médica multidisciplinar.²⁶⁴

oficial, reconhecendo as suas identidades de género, impede-os, em vários sítios, de se registarem em serviços de cuidados de saúde.²⁶⁵

PROGRESSO

Em vários países— incluindo a África do Sul, o Japão, a Turquia, a Bélgica, a Finlândia, a Alemanha, a Itália, a Holanda, Portugal, a Roménia, a Espanha, a Suécia, o Reino Unido, o México, o Panamá, o Uruguai, o Canadá (a maior parte das províncias), os Estados Unidos da América, a Austrália, e a Nova Zelândia—, os legisladores adotaram leis que reconhecem as pessoas transexuais e os seus direitos.²⁶⁶ Tais direitos incluem a mudança legal de sexo, o registo de documentos de identificação, em conformidade com o género em que se vive, e a proibição da discriminação contra pessoas de género não conforme. Esses direitos permitem aos transexuais fazerem uso dos serviços nacionais de saúde, viajarem mais facilmente, e esperarem proteção contra a violência— tudo formas de redução do risco de contração do VIH ou das consequências para a saúde desta infeção.²⁶⁷ Nos casos em que a lei não oferece, de maneira explícita, uma proteção, os tribunais reconheceram o direito das

pessoas com identidades de género alternativas serem protegidas da discriminação. Os acórdãos das Fiji, de Hong Kong, do Nepal, do Paquistão, das Filipinas, da Coreia do Sul e de outros países indicaram, explicitamente, a relação entre lei, estigma e exclusão social de que sofrem os transexuais.²⁶⁸

Em 2007, o Tribunal Supremo do Nepal ordenou que o governo pusesse fim aos obstáculos prevenindo os transexuais de obterem os seus direitos básicos de cidadania.²⁶⁹ Na sua decisão, o tribunal utilizou o termo “teshro Linki” ou “terceiro género” para se referir aos transexuais que não se sentem ser nem do sexo feminino nem do masculino. Entre outras mudanças legais, os juízes ordenaram a revogação das penas contra o travestismo. O travestismo, segundo eles, é um dos direitos humanos de um indivíduo à liberdade de expressão. E, em 2009, o Tribunal Supremo do Paquistão decidiu que os cidadãos transexuais deviam ter direitos iguais e um mesmo acesso aos benefícios estatais, como esquemas de apoio financeiro do governo, e que deviam poder usufruir das proteções garantidas pela Constituição do Paquistão.²⁷⁰

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 3.4. Os países devem rever as suas abordagens em relação às pessoas transexuais. Em vez de punirem os transexuais, os países devem oferecer a estas pessoas acesso eficiente aos serviços ligados ao VIH e a outros serviços de saúde, bem como revogar todas as leis que penalizam a identidade transexual ou comportamentos associados. Os países devem:
 - 3.4.1 Respeitar as leis civis e religiosas existentes e as garantias à vida privada.
 - 3.4.2 Revogar todas as leis punidoras do travestismo.
 - 3.4.3 Remover as barreiras jurídicas, regulamentadoras e administrativas para a formação de organizações comunitárias por ou para as pessoas transexuais.
 - 3.4.4 Alterar as leis anti-discriminação para proibirem, expressamente, a discriminação baseada na identidade de género (assim como na orientação sexual).
 - 3.4.5 Garantir que os transexuais possam ver o seu género afirmado nos documentos de identificação, sem passarem por procedimentos médicos prévios, como a esterilização, a cirurgia de mudança sexual ou a terapia hormonal.

3.5 PRISIONEIRO



Fonte: John Steven Fernandez

Existem 10 milhões de pessoas encarceradas em prisões em todo o mundo²⁷¹ — 6 países prendem pelo menos um em cada 200 residentes, com os Estados Unidos da América à cabeça desta lista, seguidos de perto por muitos outros países.²⁷² Pode dizer-se que o VIH é um companheiro de cela para todos estes reclusos. As tatuagens feitas com material de fabrico artesanal e não estéril²⁷³, o consumo de drogas e a partilha de agulhas²⁷⁴, as relações sexuais e violações de alto risco²⁷⁵ contribuem para uma taxa de prevalência do VIH, entre os detidos, 2 a 50 vezes superior à do conjunto geral da população adulta.²⁷⁶ A sobrelocação favorece a propagação das infeções oportunistas²⁷⁷, e o stress, a subnutrição, a violência e as drogas enfraquecem o sistema imunitário, tornando as pessoas seropositivas mais suscetíveis de ficarem doentes.²⁷⁸

Várias formas de discriminação contribuem para o aumento de tais riscos e tornam a realidade

A presença da lei anti-sodomia/indecência sexual... impede a distribuição de preservativos nas prisões jamaicanas, resultando numa taxa de prevalência do VIH, entre os reclusos, duas vezes superior à média nacional. Em 1997, o chefe dos estabelecimentos penitenciários (Commisioner of Corrections), sob o conselho do seu médico prisional, propôs a distribuição de preservativos na prisão da ilha, mas foi avisado de que estaria a ser cúmplice de uma infração penal, a sodomia. Desta forma, os preservativos ainda são objeto de contrabando nas prisões jamaicanas, embora haja relatos de que os guardas prisionais fazem um negócio lucrativo com a sua venda. Os prisioneiros que não os podem pagar recorrem ao uso de sacos de plástico.

Maurice Tomlinson, Jamaica, Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011

ainda mais alarmante. Nos Estados Unidos, as pessoas não caucasianas, os afroamericanos, em particular, são presos em taxas muito desproporcionadas em relação aos seus números no seio da população. “Entre 1980 e 1996, as taxas de prevalência do VIH em homens e mulheres aumentaram mais entre os grupos demográficos que apresentaram os maiores aumentos da taxa de encarceramento masculino”, de acordo com um artigo publicado pelo Centro Nacional de Luta contra a Pobreza da Universidade do Michigan.²⁷⁹ Dado que a maior parte dos prisioneiros acaba por ser libertada — muitos, são reincidentes —, os riscos de contraírem o VIH acabam por ser partilhados pelas suas comunidades.²⁸⁰

O direito internacional, no domínio dos direitos humanos, reconhece a prerrogativa do Estado de

privar os indivíduos de certos direitos— sendo a liberdade o mais óbvio— através do encarceramento.²⁸¹ No entanto, os direitos do homem como o tratamento humano ou a dignidade não são confiscados no portão da prisão.²⁸² Os detidos têm direito a cuidados de saúde equivalentes aos disponíveis fora das prisões²⁸³, e os agentes do Estado têm a obrigação de se abster de infligir danos aos reclusos.²⁸⁴ Entre os direitos que as autoridades prisionais são obrigadas a proteger, e que os tribunais, incluindo o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, fazem respeitar, estão o direito à saúde e à vida, que incluem o acesso à prevenção do VIH e a serviços de saúde. A maioria dos reclusos não tem direito a este acesso.²⁸⁵

Tenho a certeza que contrai tanto o VIH como a hepatite C durante o meu encarceramento devido ao consumo de drogas na prisão masculina de Chaing Mai... onde eu partilhava com, pelo menos, dez outros reclusos, o mesmo material de injeção, fabricado por nós mesmos, a partir de um depósito de caneta e de uma agulha, para nos podermos injetar com heroína, todos os dias, durante os seis meses que lá estive. Nunca houve e continua a não haver material de injeção disponível nas prisões tailandesas, nem terapia de substituição por opioides ou equipamento esterilizado de tatuagens.²⁸⁶

Thai AIDS Action Group, Diálogo Regional Ásia-Pacífico,
16–17 de Fevereiro de 2011

CONTRABANDO DE PRESERVATIVOS

Os reclusos têm relações sexuais atrás das grades, umas vezes de forma consensual, outras não. É, portanto, da responsabilidade das autoridades prisionais o fornecimento de preservativos aos reclusos, assim como a punição dos violadores que se aproveitam dos outros prisioneiros. Mas, em países onde a sodomia é ilegal, essas autori-



Fonte: UN Photo/Martine Perret/Timor Leste

dades veem a distribuição de preservativos aos detidos como cumplicidade num crime.²⁸⁷ Um estudo de 2009, pela ARASA (AIDS and Rights Alliance of Southern Africa) concluiu que, em países onde as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo são penalizadas, apenas um governo distribuía preservativos aos reclusos.²⁸⁸ A penalização do consumo de drogas apresenta um efeito similar: os países abstêm-se de oferecer programas de redução do risco nas prisões.²⁸⁹

EXONERAÇÃO DO SENSO COMUM

Um grande número de pessoas que são presas consome drogas e, na falta de intervenção positiva, continua a fazê-lo atrás das grades. Em 2005, a OMS relatou, por exemplo, que entre os reclusos europeus, até 3 em cada 4 eram consumidores regulares ou dependentes, e até 1 em cada 2 era um consumidor vitalício.²⁹⁰ Nas prisões, as más práticas de injeção de drogas são a principal via de transmissão do VIH.²⁹¹


Felizmente, a necessidade, no plano da saúde pública— tanto para prisioneiros como para as suas comunidades—, de parar a propagação do VIH entre os reclusos levou 12 países da Europa de Leste, Médio Oriente, Norte de África e Ásia Central²⁹² a oferecer programas de troca de seringas (PTS) nas prisões; pelo menos 39 países oferecem, hoje em dia, tratamento medicamente assistido (TMA).²⁹³ Os resultados são encorajadores. Desde a implementação dos PTS em 50 prisões suíças, só uma não relatou a erradicação da partilha de seringas entre os reclusos. A avaliação dos PTS nas prisões europeias indica que, em geral, o consumo de drogas diminuiu ou se manteve estável ao longo do tempo, sem novos casos de transmissão do VIH, hepatite B ou hepatite C registados. As terapias de substituição de opioides também se têm mostrado eficazes na redução dos comportamentos de risco, em vários meios prisionais, sem consequências negativas para a saúde do pessoal penitenciário ou dos prisioneiros.²⁹⁴

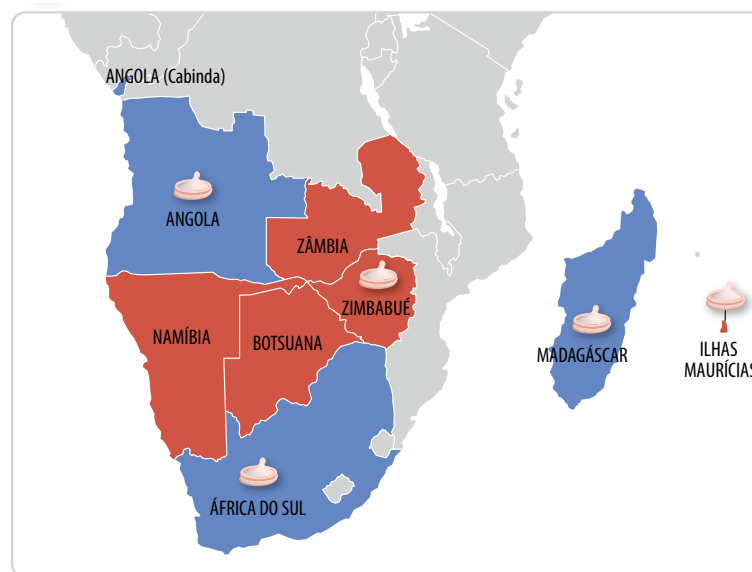
Sob pressão das ONGs e de outros atores, alguns governos emitiram decisões exigindo melhorias nos cuidados médicos a pessoas portadoras do VIH. Na Ucrânia, os pacientes sob custódia policial devem ter acesso à terapia de substituição. Na República da Moldávia, o Ministro da Justiça ordenou às prisões o fornecimento de serviços de cuidados ao VIH confidenciais, assim como medidas preventivas da transmissão, incluindo preservativos e desinfetantes para barbear, material de tatuagem e equipamento de injeção de drogas.²⁹⁵

Nos casos em que o Estado não tomou a iniciativa, as ações judiciais movidas pelos, ou em nome dos, prisioneiros podem, em certos casos, levar a que as autoridades implementem medidas de prevenção do VIH, nas prisões. Por exem-

SEXO DESPROTEGIDO ATRÁS DAS GRADES

Distribuição de preservativos aos prisioneiros nos países seleccionados do sul de África

- reconhecimento jurídico de relações sexuais entre homens
- sem reconhecimento jurídico de relações sexuais entre homens
-  distribuição de preservativos aos prisioneiros



Fonte: Aliança sobre a SIDA e os direitos para o Sul de África (ARASA), VIH/SIDA e os Direitos Humanos no Sul de África, 2009.

plo, no processo de 2000 *Strykiwsky contra Mills e o Canadá*, o Sr. Strykiwsky, um prisioneiro, reclamava o acesso ao tratamento da metadona para si e para todos os reclusos de prisões federais que fossem medicamente elegíveis e quisessem recebê-lo. Tendo visto o pedido rejeitado, interpôs uma ação para análise judicial dessa decisão e da recusa continuada do Serviço Correccional do Canadá em implementar um programa de tratamento da metadona mais abrangente, nas prisões federais. Dois dias após o tribunal ouvir as alegações do Sr. Strykiwsky, o Canadá adotou esta política em todas as prisões federais. Graças à ação de um preso, os outros reclusos podem, agora, reduzir a sua exposição ao risco de contraírem o VIH.²⁹⁶

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos, os países devem garantir que, nos centros de detenção:

- 3.5.1 Estejam disponíveis os cuidados de saúde necessários, incluindo serviços de prevenção e apoio ligados ao VIH, independentemente das leis penalizadoras das relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo ou da redução do risco. Tais cuidados incluem o fornecimento de preservativos, serviços de redução do risco completos, tratamento voluntário e baseado em dados para a toxicodependência e TAR.
- 3.5.2 Os tratamentos oferecidos sejam conformes às normas internacionais respeitantes à qualidade dos cuidados de saúde nos centros de detenção. Os serviços de saúde, particularmente os indicados no tratamento do consumo de drogas e do VIH, devem basear-se em dados, ser voluntários e disponibilizados apenas quando clinicamente indicados.

3.6 MIGRANTES



Fonte: UN Photo/Diez/Thailand

Embora muitos países desenvolvidos da Ásia e do Médio Oriente contem com os trabalhadores migrantes para manter as suas economias a funcionar, instituíram políticas de migração que utilizam a saúde como critério primordial para permitir a entrada e a permanência de migrantes para efeitos de trabalho. O aspeto crucial destas políticas é que os trabalhadores migrantes que vêm de países menos desenvolvidos têm de se submeter a exames de saúde obrigatórios ou exigidos pelas autoridades como processo de avaliação para identificar aqueles que têm qualquer das até vinte e duas doenças que implicam exclusão, incluindo o VIH.

CARAM, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

Em economias globalizadas, há milhões em movimento— são estimados 214 milhões de migrantes internacionais e 740 milhões de migrantes internos no mundo inteiro.²⁹⁷ Muitas dificuldades e algumas oportunidades incentivam-nos a sair do seu país— guerras, pobreza, desastres naturais; até 86 milhões de pessoas por ano procuram trabalho longe de casa.²⁹⁸ Alguns migrantes têm direito ao estatuto de refugiado ou têm autorização legal de trabalho. Mas milhões —alguns vítimas de tráfico— deslocaram-se ilegalmente. Vivem sem reconhecimento oficial nos seus novos países.

As políticas de migração— restrições à entrada, permanência e residência num país— dividem famílias e isolam pessoas dos seus pares, amigos e modos de vida conhecidos. Estas condições enfraquecem as pessoas, expondo-as à exploração, alterando os seus comportamentos sexuais e

aumentando a probabilidade de práticas pouco seguras.²⁹⁹ Em consequência, os migrantes enfrentam um risco de infeção por VIH que é 3 vezes mais elevado do que aquele que enfrentam as pessoas com lares seguros.³⁰⁰ A discriminação contra os migrantes tem um impacto desproporcionado nas mulheres, aumentando significativamente a sua vulnerabilidade ao VIH.³⁰¹ Ou migram e enfrentam os riscos de contração do VIH nos locais onde viajam, ou esperam que os maridos ou companheiros regressem de migrações temporárias ou episódicas, infetados por vezes com VIH.³⁰² Além disso, muitos migrantes enfrentam discriminação e exclusão de sistemas de cuidados de saúde, que os deixam sem acesso a tratamento.³⁰³

Estados soberanos podem estabelecer restrições à migração. Simultaneamente, embora os tratados fundamentais dos direitos humanos não

Em 2010, aproximadamente 11% de todas as pessoas que vivem com VIH na Alemanha eram migrantes, e a tendência está a aumentar. Os migrantes com VIH sem autorização de residência enfrentam uma situação especial na Alemanha. Se necessitarem de tratamento, têm duas opções: ou iniciam um processo de candidatura a autorização de residência, uma vez que isso é obrigatório para receber tratamento (e, ao mesmo tempo, comporta o risco de deportação), ou decidem continuar ilegais —sem tratamento— e arriscam a vida.

Internationales Abteilung Strukturelle Prävention 2, Alemanha, Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011

mencionem especificamente os migrantes³⁰⁴, o direito à liberdade de movimento concede a toda a gente a liberdade de permanecer no seu país ou de o deixar, de se deslocar dentro ou entre estados e escolher um local de residência.³⁰⁵

Os direitos dos trabalhadores migrantes, cujo esforço sustenta a economia global, foram completamente articulados em numerosas convenções internacionais. A Convenção Internacional de 1990 da Organização Internacional do Trabalho sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias³⁰⁶, por exemplo, explicita claramente o direito dos trabalhadores migrantes e das suas famílias “a receber qualquer tratamento médico que seja exigido com urgência para preservar a sua vida ou para evitar danos irreparáveis à sua saúde, com base na igualdade de tratamento com os cidadãos nacionais do Estado em questão.”³⁰⁷

No entanto, as leis e as políticas de imigração levantam obstáculos ao acesso dos migrantes aos serviços ligados ao VIH. Alguns estados, como o Japão, excluem não-cidadãos sem residência permanente dos sistemas nacionais de cuidados de saúde, incluindo os programas de cuidados relativos ao VIH.³⁰⁸ O Botsuana recusa TAR a não-cidadãos.³⁰⁹ Nos Centros de Remoção da Imigração do Reino Unido, onde os migrantes podem ficar indefinidamente detidos à espera de deportação ou concessão de asilo, existem dados que provam que também é negado TAR a indivíduos com VIH, muitos deles africanos.³¹⁰ Em Março de 2012, o Ministério da Saúde do Reino Unido anunciou que tornaria o tratamento do VIH gra-

RESTRIÇÕES IMPOSTAS À CIRCULAÇÃO DE PESSOAS COM VIH

Número de países

46

Países e territórios que impõem restrições específicas às pessoas infetadas pelo VIH, em termos de entrada, estadia ou residência

131

Países e territórios que não impõem nenhuma restrição específica às pessoas infetadas pelo VIH, em termos de entrada, estadia ou residência

32

Sem informações disponíveis

Fonte: União Interparlamentar (UIP), ONUSIDA, PNUD: Diretivas para os parlamentares sobre VIH e SIDA: O Direito ao serviço da resposta ao VIH, 2011.



Fonte: Fred Greaves/USA

tuito para todos aqueles que dele necessitassem, independentemente da cidadania ou do estatuto de imigrante, desde que a pessoa que solicite o tratamento já esteja no Reino Unido pelo menos há seis meses.³¹¹

FALSA SEGURANÇA

Uma análise da ONUSIDA das regulamentações de entrada, permanência e residência relacionadas com o VIH concluiu que 10 países recusam a entrada a pessoas com VIH e 22 países deportam os indivíduos se a sua condição de seropositivo for descoberta.³¹² 11 de entre 30 países da Europa de Leste e da Ásia Central têm, na sua legislação, restrições específicas para o VIH em relação a entrada, permanência e residência, tais como

testes obrigatórios.³¹³ 10 de entre 21 países que participam no Diálogo entre os Países de Alto Rendimento da Comissão têm um historial de tais políticas.³¹⁴

Exclusões totais de pessoas que vivem com VIH são justificadas com base na necessidade de salvaguardar a saúde pública. Mas os dados mostram que não o conseguem.³¹⁵ De facto, essas políticas dão a perigosa impressão errónea de que os “forasteiros” estão contaminados e os cidadãos são puros, e que a sua saúde está segura desde que as fronteiras estejam seguras.

A partir de Janeiro de 2010, vários países, nos quais se incluem a Arménia, a Ucrânia, os Estados Unidos, as Ilhas Fiji, a Namíbia, a República Popular da China e a República da Coreia, removeram ou diminuíram os obstáculos à imigração de pessoas seropositivas.³¹⁶ Mas há um longo caminho a percorrer antes que estas regulamentações contraproducentes e xenófobas sejam abolidas em toda a parte.

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 3.6.1 Em assuntos relativos ao VIH e ao direito, os países devem oferecer aos migrantes, visitantes e residentes que não são cidadãos o mesmo nível de proteção que oferecem aos seus próprios cidadãos.
- 3.6.2 Os países devem revogar restrições de viajar e outras que proíbam as pessoas que vivem com VIH de entrar num país e/ou regulamentações que exijam testes do VIH a estrangeiros dentro de um país.
- 3.6.3 Os países devem implementar uma reforma regulamentar que permita o registo legal dos migrantes junto dos serviços de saúde e que garanta que os migrantes possam ter acesso à mesma qualidade de prevenção do VIH, seu tratamento e cuidados de saúde e aos artigos essenciais que estão à disposição dos cidadãos. Todos os testes do VIH e rastreio de ISTs para migrantes devem ser bem fundamentados e voluntários, e todo o tratamento e profilaxia para os migrantes deve ser o indicado do ponto de vista ético e médico.

GÊNERO E FRAGILIZAÇÃO

Mulheres



Fonte: AFP/ Tehran

As mulheres e as raparigas representam metade das pessoas que vivem com VIH no mundo; em África, a proporção é ainda maior, 60%.³¹⁷ Nas regiões com as taxas mais elevadas, o VIH ataca as mulheres mais jovens e as raparigas de uma forma particularmente dura— nas Caraíbas e na África Subsariana, por exemplo, as suas taxas de infeção são mais do dobro das dos homens jovens e rapazes. A pobreza, tanto dos indivíduos como das nações, concorre para isso. Quase todas (98%) as mulheres seropositivas vivem em países em desenvolvimento³¹⁸, e dos restantes 2%, que vivem em países desenvolvidos, a maioria é pobre.³¹⁹

Embora o VIH seja ainda a principal causa de morte das mulheres em idade reprodutiva (15 a 44 anos), à escala mundial, a morte associada à gravidez e parto (mortalidade materna) não fica muito atrás.³²⁰ Em conjunto, os dois são uma

Três meses depois de nascer, o meu filho teve um problema cardíaco e sugeriu-se que fosse submetido a uma cirurgia. O meu marido recusou que lhe fizessem o teste, a ele e ao filho, do VIH, mas eu tomei uma decisão e uma opção fundamentadas para o meu filho. Também solicitei voluntariamente a realização dos testes do VIH ao mesmo tempo. Tanto para o meu filho como para mim, o resultado foi positivo. Chorei incontrolavelmente, deixei de pensar convenientemente por segundos, senti-me incoerente e só queria morrer porque aquilo era demasiado para mim. O meu marido informou os membros da família dele, que foram ao hospital onde eu estava a cuidar do meu filho para me maltratarem emocionalmente e juraram nunca mais pôr a vista em cima de mim ou do meu filho. Os membros da família dele disseram-lhe que deixasse de nos sustentar e foi o que ele fez até o rapaz morrer com 2 anos e 2 meses. O meu marido levou todos os meus pertences e saiu da casa que tínhamos arrendado. Denunciei o caso de apropriação de bens na esquadra, mas fui hostilizada pela polícia, que não compreendeu a minha situação. Decidi recorrer à justiça para que intervisse em matéria de violação dos direitos humanos e de apropriação de bens.

Judith Kateule, Zâmbia, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

conspiração fatal: quase 1 em 5 mortes maternas é atribuível ao VIH.³²¹

Por que razão são as mulheres mais vulneráveis ao VIH? Parte da razão é biológica: as raparigas mais novas, em especial, são mais suscetíveis à infeção. Mas a biologia não é determinante. São a desigualdade e a discriminação de género, salvaguardadas pelos costumes e pela lei, e a violência sexual e doméstica, que pode ser perdoada pelos costumes e pela lei, que despojam as mulheres do poder. Por exemplo, o casamento de crianças, prática que os pais muitas vezes acreditam que protegerá as filhas do VIH, na realidade agrava os seus riscos. Maridos mais velhos podem estar infetados de outras relações, e as crianças noivas, sem educação, experiência, conhecimentos ou possibilidade de independência económica são menos capazes de conseguir sexo mais seguro ou exigir fidelidade. Segundo o Relator Especial sobre a Violência contra as Mulheres das Nações Unidas, um inquérito sobre demografia e saúde em 26 países concluiu que “a maioria das raparigas sexualmente ativas com 15 a 19 anos de idade, em países em desenvolvimento, é casada, e estas adolescentes casadas tendem a ter taxas mais elevadas de infeção por VIH do que os seus pares”.³²²

Em muitos países, particularmente em África e na Ásia, a situação é complicada para as mulheres devido a sistemas jurídicos múltiplos— ou seja, leis gerais que se aplicam a matérias do domínio público e leis consuetudinárias/religiosas codificadas que dizem respeito essencialmente à vida privada e familiar. Embora a maioria das constituições estipule que a lei constitucional prevalece quando o governo e as leis oriundas da tradição entrem em conflito, “as leis consuetudinárias e religiosas gozam do estatuto de vincular fontes jurídicas na maioria dos países da região africana.”³²³ Esta combinação do legado colonial

com as decisões políticas pós-coloniais pode perpetuar ou agravar a desigualdade de género e práticas discriminatórias que têm “implicações negativas para a saúde sexual das mulheres.”³²⁴

A acrescentar a estes conflitos locais, os governos nacionais abriram exceções às convenções, tais como a CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres), com o fundamento de que violam éditos religiosos ou práticas consagradas pelos costumes— embora alguns ativistas dos direitos das mulheres questionem a assunção de que o Islão (ou outras religiões) obriga ou admite a discriminação de género.³²⁵ As mulheres podem aderir à regra destas leis e costumes que se sobrepõem, por medo de ostracismo ou violência

Não se espera que mulheres com VIH engravidem. Um dia percebi que o meu médico estava zangado. Eu tinha quebrado a sua confiança quando lhe disse estava grávida. Ele ficou desiludido. Eu tinha-o dececionado; senti-me irresponsável e culpada. Ele disse, “Não quero que volte a passar por isto.” Portanto, fui esterilizada. Eu era a mulher má. Era seropositiva. Comprometi a minha saúde.³²⁶

Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, Comunidade Internacional de Mulheres que Vivem com VIH— Sul de África, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

se não o fizerem, ou (em particular mulheres rurais e pouco educadas) podem aceitá-las para si próprias ou para as suas filhas. Contudo, os dados são inequívocos: a desigualdade de género deixa as mulheres e as raparigas sem defesa relativamente à infeção por VIH e diminui a sua capacidade de lidar com as consequências da doença e de cuidar de si próprias e das suas famílias.³²⁷

Embora as normas e a desigualdade de gênero prejudiquem principalmente as mulheres e as raparigas, os homens e os rapazes também podem sofrer graves consequências. Novos dados revelam que a violação masculina é muito mais prevalente nas zonas de conflito do que se pensava anteriormente.³²⁸ Culturas de machismo podem pressionar os homens a terem parceiras sexuais que de outro modo poderiam não ter, desencorajar o uso de preservativo ou o sexo sem penetração, e enfraquecer a motivação dos homens para procurar os cuidados de saúde necessários.³²⁹ A proteção e a promoção dos direitos humanos para as mulheres e raparigas é do interesse de todos.

VIOLÊNCIA E VIH

A violência sexual é cúmplice do VIH³³⁰, privando as mulheres da capacidade de controlarem as suas vidas e, desse modo, protegerem a sua saúde. De facto, um estudo da OMS de 2005 verificou que “numa ampla variedade de contextos”,

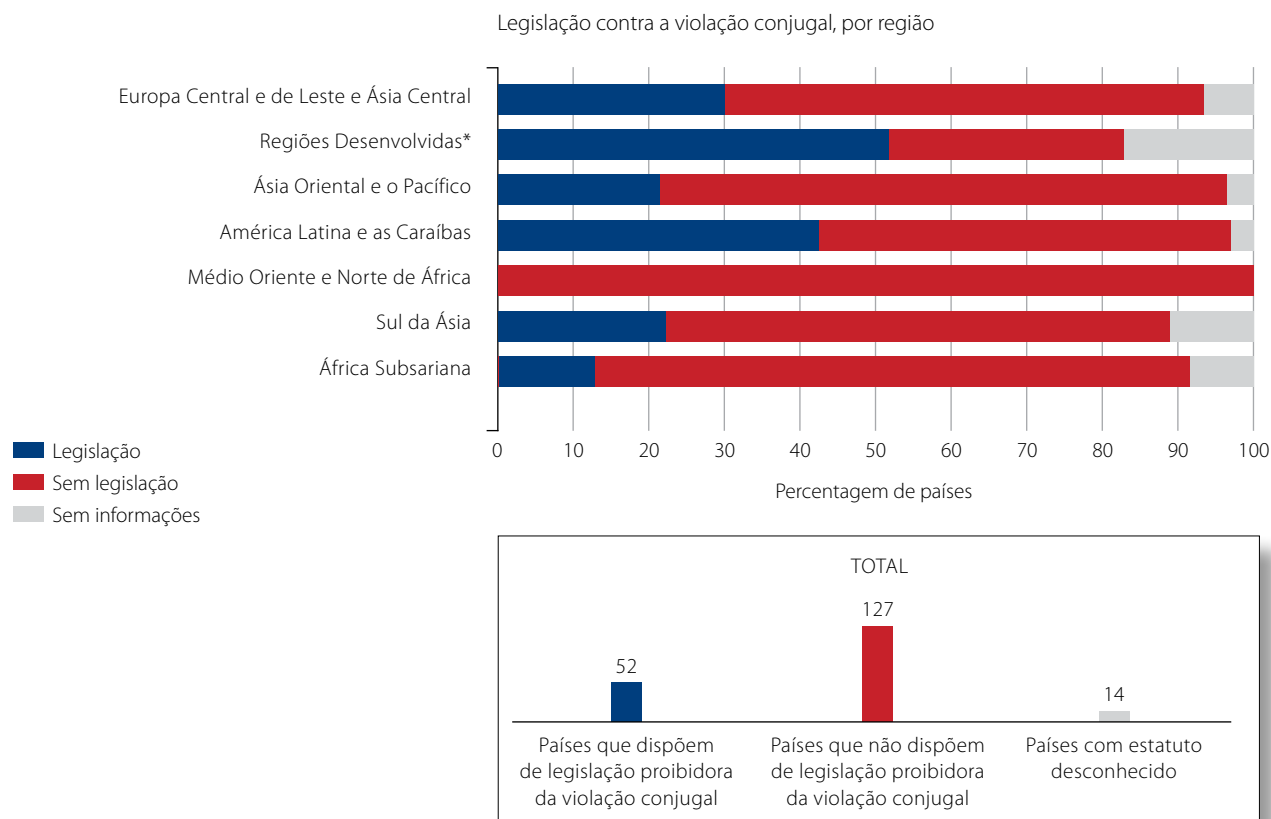
os homens que eram violentos para com as suas parceiras sexuais tinham também mais probabilidade de ter múltiplas parceiras— sendo tanto a violência como a infidelidade expressões de prerrogativa masculina³³¹— e de estarem infectados com VIH e outras ISTs, pondo em risco todas as suas parceiras.³³² Mas, embora a doutrina e a jurisprudência internacionais dos direitos humanos denunciem inequivocamente a violência sexual como sendo um procedimento cruel, desumano e degradante e uma forma de tortura³³³, e quase todas as nações a criminalizem, a violação de mulheres continua a acontecer a níveis alarmantes. As leis têm a sua responsabilidade, permitindo que a violência atormente as mulheres. As definições jurídicas de crimes sexuais podem impedir que se proceda judicialmente contra alguns atos cometidos sob coação.³³⁴ Por exemplo, o casamento pode ser uma imunidade ou defesa em relação ao crime de violação.³³⁵ Atualmente, dois terços dos países do mundo declaram a violência doméstica ilegal, mas muitos ainda não procedem judicialmente contra a violação conjugal³³⁶, e a violação conjugal pode ser definida como um delito menos grave do que a violação fora do casamento.³³⁷ Na Antígua e nas Bahamas, por exemplo, um marido que viole a mulher pode ser acusado apenas do delito menor de agressão sexual.³³⁸

Mesmo nos países onde são proibidas muitas formas de violência sexual, as leis podem ser aplicadas informalmente ou não serem de todo aplicadas. A violação pode ser praticada por polícias ou funcionários fardados, o que torna impossível a denúncia dos crimes pelas vítimas ou a tentativa de obter reparação legal. E, como a associação da violência ao risco de contrair o VIH não é claramente reconhecida, quem sobrevive à violência não consegue receber a tempo serviços de saúde e ligados ao VIH, incluindo medicação para minorar a probabilidade de contrair o mesmo.³³⁹



Avert/South Africa

VIOLAÇÃO CONJUGAL



Nota: * Os países incluídos nas regiões desenvolvidas são: Andorra, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mônaco, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, São Marino, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos da América.

Fonte: Relatório 2011–2012 da ONU Mulheres “O Progresso das Mulheres no Mundo: em Busca da Justiça”. Julho de 2011.

Um documento submetido à Comissão observava, “No Chile, apesar das leis de proteção contra a violência sexual, a falta de coordenação multisectorial entre os sectores da saúde e da justiça conduz a serviços fragmentados e pouco eficazes.”³⁴⁰ Mas a violação já não é apenas um crime pessoal. É cada vez mais uma arma importante em conflitos militares.³⁴¹ Desmoralizar as mulheres e as raparigas é destruir o que une um povo— desde o transporte de água até à construção da comunidade. A disseminação do VIH através da violação é um modo extraordinariamente eficaz de esgotar a resiliência de um povo durante gerações. Conferir poder às mulheres é necessário para o bem-estar de toda a gente. É crucial para combater o VIH.³⁴² A violência contra as mulheres e raparigas aumenta a

sua vulnerabilidade ao VIH.³⁴³ A investigação efetuada em 4 províncias da Papua-Nova Guiné, por exemplo, mostrou uma forte relação entre abuso sexual e o estatuto seropositivo de uma mulher. As mulheres do estudo que informaram ter sido abusadas sexualmente nas suas relações com o seu parceiro íntimo tinham duas vezes mais probabilidades de serem seropositivas do que mulheres que não tinham sido abusadas.³⁴⁴ O sexo forçado na infância ou na adolescência tem sido associado a uma probabilidade aumentada de se envolverem em sexo desprotegido, terem múltiplos parceiros, participarem em trabalho sexual e usarem substâncias ilegais mais tarde— apresentando todas essas atividades riscos aumentados de contração do VIH.³⁴⁵ Esta associação é particularmente alarmante porque as mulheres jovens



Fonte: Andrea Flynn/Namibia

e as raparigas são frequentemente os alvos principais da violência sexual.³⁴⁶ Na África do Sul, as estatísticas da polícia revelam que mais de 40% de sobreviventes de violação que denunciaram as suas agressões à polícia, em 2002–2003, eram raparigas com menos de 18 anos, e 14% tinham 12 anos ou menos.³⁴⁷

A revelação da sua seropositividade também coloca as mulheres em risco e com medo da violência, como atestam numerosos documentos submetidos à Comissão. Uma mulher paquistanesa vítima de uma violação em grupo descobriu que estava grávida e era seropositiva. O marido, que também era pobre e sofria de lesões, abandonou-a e aos seus filhos gémeos.³⁴⁸ A educação e a

classe social não impedem estas consequências para as mulheres. Uma mulher tanzaniana descreveu um casamento feliz com um homem com uma profissão liberal e uma vida de classe média. Quando lhe falou da sua seropositividade, “ele ficou furioso e começou a culpar-me da doença dos nossos filhos. Expôs-me a grande estigma e tortura. A minha saúde deteriorou-se. O meu marido acusou-me de ser a causa da morte dos parentes dele que morreram de SIDA. Também fui expulsa da casa conjugal que eu construí com o meu próprio dinheiro. Os tribunais competentes em matéria de divórcios em nada ajudaram.”³⁴⁹

MÁ SAÚDE REPRODUTIVA E MATERNA

O acesso a serviços de saúde reprodutiva e ligados ao VIH³⁵⁰ podia reduzir substancialmente tanto a transmissão vertical do VIH como as mortes maternas. Uma combinação de ARVs tomados pela mãe na fase pré-natal e durante o trabalho de parto, bem como durante a amamentação, provou reduzir significativamente as probabilidades da transmissão vertical.³⁵¹ A contraceção — juntamente com o evitar de uma gravidez indesejada — também salva vidas: evitou pelo menos 40% de mortes maternas em todo o mundo, em 2008. Satisfazer as necessidades atuais de contraceção podia impedir mais 30% de tais mortes.³⁵² Todavia, a clínica médica reprodutiva não é um local acolhedor para muitas mu-

Em algumas partes do Quênia, muitas viúvas e órfãos tornam-se vulneráveis ao VIH quando morrem os maridos e os pais, respetivamente, devido a deserdação pelas suas famílias e comunidades, o que os deixa desamparados. [Muitos] são postos fora das suas casas rurais e fogem para áreas urbanas onde ficam vulneráveis a mais violência, incluindo agressões físicas e sexuais, o que aumenta a sua vulnerabilidade ao VIH. Muitas vezes, recorrem a comportamentos de risco elevado, tais como trabalho sexual involuntário, para ganharem o dinheiro que lhes permita sobreviverem.

Allan Maleche, Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN),
Quênia, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

A CHARIA E A PRERROGATIVA MASCULINA NA NIGÉRIA³⁵³

A Constituição da Nigéria de 1999 proíbe a discriminação por motivo de género, mas as leis consuetudinárias e religiosas continuam a restringir os direitos das mulheres. A Nigéria é uma república federal, e cada estado tem autoridade para redigir a sua própria legislação. Certos estados do Norte da Nigéria seguem uma escola especial da Charia, o que pode ser invocado para reforçar os costumes desfavoráveis às mulheres, aumentando assim a sua vulnerabilidade ao VIH.

A Charia da Nigéria reconhece quatro tipos principais de divórcio:

- O **talaq** só pode ser iniciado pelo marido. Permite-lhe rejeitar o casamento, anunciando claramente que tenciona divorciar-se da mulher.
- O **khul'u** permite a uma mulher pedir o divórcio pagando ao marido para terminar o casamento. O khul'u é decidido em tribunal.
- Os procedimentos do **tafriq** e do **faskh** também exigem intervenção do tribunal. O divórcio é pronunciado depois de uma investigação quanto à verdade das acusações da mulher.

O Código Penal do Norte da Nigéria, baseado na sua aplicação da Charia, permite a um marido:

- bater na mulher, desde que isso não atinja o nível de “dano grave”
- retirar o apoio económico se a mulher se recusar a ter relações sexuais.

O Código Penal da Charia do Estado de Kano exige que uma mulher que alegue violação apresente quatro testemunhas dessa violação. Se a violação não for provada, ela pode ser castigada por adultério com prisão ou flagelação.

lheres seropositivas. São frequentes as práticas coercivas e discriminatórias em contextos de cuidados de saúde, nomeadamente despistagem forçada do VIH, quebras de confidencialidade e recusa de prestação de cuidados de saúde, assim como esterilizações e abortos forçados.³⁵⁴ Desde 2001, quando a esterilização e o aborto forçados e coagidos entre mulheres seropositivas foram documentados pela primeira vez, surgiram informações oriundas do Chile, Venezuela, México, República Dominicana, Indonésia, Quénia, Namíbia, África do Sul, Tanzânia, Tailândia, Uganda e Zâmbia.³⁵⁵ Algumas mulheres referem que lhes era negado o acesso a serviços de saúde e ligados ao VIH a não ser que aceitassem o aborto ou a esterilização.

Nos países em que a exposição ao VIH e a sua transmissão são criminalizadas, as mulheres grávidas e as mães receiam ser submetidas a testes ou tratadas contra o VIH, ou que os seus bebés sejam submetidos a testes, para evitar serem processadas por transmitirem o vírus. A Lei dos Delitos Sexuais do Quénia, que criminaliza a transmissão do VIH, “reduzirá efetivamente o número de mulheres que procura cuidados pré-natais, e a maioria das mães preferirá ter o parto em casa para evitar testes e represálias dos prestadores de cuidados de saúde”, disse uma representante da Federação de Advogadas do Quénia (*Federation of Women Lawyers Kenya*).³⁵⁶ Da mesma forma, disse um ativista da República Centro-Africana, a lei do seu país que criminaliza a transmissão

“irresponsável” por pessoas que sabem ser se-ropositivas para outras pessoas “implica que as mães já não podem amamentar os filhos (por outro lado, se não o fizerem, a criança fica malnutrida e morre, e isto é considerado maus tratos).”³⁵⁷

Os defensores dos direitos humanos têm obtido ganhos contra estas leis contraproducentes, tais como a adoção do Plano de Ação de Maputo³⁵⁸ e o aumento da disponibilidade de serviços para impedir a transmissão vertical do VIH.³⁵⁹ No entanto, são poucos os países que oferecem uma gama completa de serviços de saúde reprodutiva e sexual a mulheres e raparigas.

INJUSTIÇAS QUANTO A BENS

Sem direitos iguais para adquirir bens e mantê-los seguros, uma mulher é, efetivamente, cativa do marido e da família dele.

É por isto que numerosas convenções internacionais— incluindo o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (PIDCP), o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)— garantem a igualdade entre homens e mulheres na vida familiar, no casamento e na sua dissolução.³⁶⁰ Acordos regionais também se referem a leis e tradições que permitem aos homens e às suas famílias apoderarem-se dos bens das divorciadas ou viúvas.

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos relativo aos Direitos das Mulheres em África protege especificamente o direito a “igual acesso a alojamento e a condições de vida aceitáveis”; exige que os Estados “concedam às mulheres, qualquer que seja o seu estado civil,

o acesso a alojamento adequado”³⁶¹ e garante às viúvas “uma parte equitativa na herança dos bens do marido” e o “direito a continuar a viver no lar conjugal”.³⁶² O Protocolo de Maputo também aborda o acesso igual das mulheres a terras e bens.

Não obstante, estas normas internacionais, ou mesmo as regulamentações nacionais que as ratificam, podem ter pouco ou nenhum efeito. Tanto o casamento formal como o casamento costumeiro, as leis sobre bens e heranças, assim como a “apropriação de terras” ilegal— apropriação da casa da viúva e dos seus bens por parentes do marido— perpetuam uma grave desigualdade de género. As mulheres tornam-se economicamente dependentes e incapazes de fugir, o que dá aos maridos controlo sobre a sua vida sexual. Assim como a desigualdade de bens aumenta o risco de as mulheres contraírem o VIH, negando-lhes a capacidade de exigir fidelidade ou a utilização de preservativo³⁶³, estudos oriundos de África e da Ásia também revelam que o estigma relacionado com o VIH agrava a apropriação de bens.³⁶⁴

Não é só a sua casa ou as suas terras que pertencem a uma mulher casada, divorciada ou viúva. Práticas consuetudinárias podem tornar o corpo dela propriedade do marido ou dos parentes dele. Aceites numa série de países em África e na América Latina, assim como em algumas partes da Ásia e do Médio Oriente, as práticas consuetudinárias incluem casamentos precoces e mutilação genital feminina³⁶⁵, “herança da viúva”³⁶⁶ e limpeza sexual³⁶⁷— apesar do risco aumentado de exposição ao VIH inerente a uma série destas práticas.³⁶⁸ Os sistemas jurídicos, quer governamentais quer tradicionais, são por norma incapazes de tornar estas atividades ilegais. E as mulheres podem aderir a elas por razões culturais ou

religiosas, ou, receando o ostracismo ou a ruína económica, sentirem-se forçadas a submeter-se a elas.³⁶⁹ A criminalização da transmissão do VIH intensifica os perigos destas práticas e coloca as mulheres num impasse: se uma mulher é seropositiva e é forçada a ter sexo com o cunhado enquanto parte da “herança da viúva”, pode ser processada por lhe transmitir o VIH.

RECONCILIAÇÃO

Desfazer décadas— mesmo séculos— de tradições que tiram poder às mulheres e as oprimem é um processo lento e progressivo. O VIH tanto revela uma intensa discriminação de género como a torna mais mortal do que alguma vez foi. Alguns países— a Namíbia, por exemplo³⁷⁰,— estão a tomar medidas conducentes a retirar isenções conjugais como defesa em relação às violações. Uma série de países africanos, incluindo o Burkina Faso, Malawi, Moçambique, Nigéria, Ruanda e África do Sul, está também a caminhar no sentido de garantir o igual acesso das mulheres a terras e a bens, alguns com referência específica ao VIH.³⁷¹ Em Tamil Nadu, na Índia, uma parceria entre governo, sociedade civil e pessoas que vivem com VIH, com o objetivo de proporcionar serviços jurídicos, melhorou o acesso aos bens e às terras para as mulheres afetadas pelo VIH ou que vivem com este.³⁷² Os tribunais de países como a Tanzânia, o Uganda e o Zimbabué deitaram por terra as leis consuetudinárias e religiosas discriminatórias. Mas os regulamentos novos, “melhorados”, refletem por vezes a relutância dos legisladores em desafiar os princípios das leis consuetudinárias.³⁷³ O Zimbabué já não aceita o casamento com a vítima como defesa para crimes sexuais, por exemplo, mas nenhum

processo pode ser instruído a um marido por violar ou abusar sexualmente da mulher sem a autorização pessoal do Procurador-Geral.³⁷⁴ E nas ocasiões em que prevalecem os costumes e a religião, as mulheres não sentem no seu quotidiano os efeitos das leis e julgamentos progressistas a nível nacional.³⁷⁵

Talvez o caminho mais promissor para a mudança seja a adaptação dos sistemas jurídicos tradicionais para promover a igualdade para as mulheres e seus filhos, e o recrutamento de membros respeitados da comunidade para mediar disputas relativas a heranças entre as viúvas e a família dos maridos. A ONG Kenya Legal and Ethical Issues Network on HIV/AIDS (KELIN) está a ensinar aos anciãos abordagens alternativas de resolução de disputas e a formá-los, assim como às viúvas e aos polícias locais, para ganharem consciência dos direitos humanos. Segundo a KELIN, a abordagem reconhece que a lei consuetudinária evolui e pode incorporar considerações de igualdade de género, e que podem ser fortalecidos mecanismos locais de aplicação da lei consuetudinária para facilitar a promoção e a proteção dos direitos das mulheres.³⁷⁶

Inerente à criminalização da violação conjugal é o reconhecimento de que o casamento não é um consentimento irrevogável do sexo nem um profilático contra a infeção por VIH, e que as mulheres— casadas ou não— têm o direito fundamental de recusar ter sexo ou de acordar os seus termos. Sem segurança nem independência económica, as mulheres nunca poderão controlar o seu próprio destino. E se não puderem fazê-lo, a transmissão do VIH não será travada.

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 4.1. Os países devem atuar no sentido de acabar com todas as formas de violência contra as mulheres e raparigas, incluindo em situações de conflito e contextos de pós-conflito. Devem:
 - 4.1.1 Promulgar e aplicar leis específicas que proíbam a violência doméstica, a violação e outras formas de abuso sexual, incluindo a violação conjugal e a violação relacionada com conflito, quer perpetradas contra pessoas do sexo feminino ou masculino, quer contra transexuais.
 - 4.1.2 Tomar medidas para retirar qualquer imunidade— ou entendida como tal— a ações judiciais por violação quando o perpetrador for um parceiro, casado ou solteiro.
 - 4.1.3 Aplicar cabalmente as leis existentes que visam proteger da violência as mulheres e as raparigas, e mover ações judiciais contra os perpetradores de violência até ao limite permitido por lei.
 - 4.1.4 Formular e implementar estratégias nacionais abrangentes, dotadas dos recursos necessários, para eliminar a violência contra as mulheres e raparigas, o que inclui mecanismos robustos para evitar, investigar e punir a violência. Tem de ser assegurada a oferta de serviços de saúde, incluindo profilaxia pós-exposição, serviços jurídicos e proteção às sobreviventes da violência.
- 4.2. Os países devem proibir e os governos têm de tomar medidas para travar a prática do aborto forçado e da esterilização coagida de mulheres e raparigas seropositivas, assim como todas as outras formas de violência contra as mulheres e raparigas em contextos de cuidados de saúde.
- 4.3. Os países devem eliminar as barreiras jurídicas que impedem o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Devem garantir que:
 - 4.3.1 Os prestadores de cuidados de saúde fornecem às mulheres toda a informação sobre opções sexuais e reprodutivas e se asseguram de que estas são capazes de dar consentimento informado sobre todas as matérias que se relacionam com a sua saúde. A lei deve garantir acesso a contraceção segura e apoiar as mulheres no sentido de decidirem livremente se e quando querem ter filhos, incluindo o número, intervalo e métodos dos seus partos.

- 4.3.2 Os profissionais de cuidados de saúde recebem formação sobre consentimento informado, confidencialidade e não-discriminação.
- 4.3.3 Em contextos de cuidados de saúde, estão disponíveis mecanismos acessíveis de queixa e reparação.
- 4.4. Os países têm de reformar as leis sobre propriedade e sucessões a fim de tornarem obrigatório que mulheres e homens tenham igual acesso à propriedade e outros recursos económicos, incluindo crédito. Devem tomar medidas para garantir que, na prática, a propriedade seja dividida sem discriminação de género aquando de separação, divórcio ou morte, e estabelecer uma presunção de copropriedade conjugal dos bens da família. Quando as práticas relativas a bens e heranças são influenciadas ou determinadas por sistemas jurídicos religiosos ou consuetudinários, os líderes desses sistemas devem realizar reformas para proteger as mulheres, incluindo as viúvas e os órfãos.
- 4.5. Os países devem assegurar que as medidas de proteção social reconhecem e respondem às necessidades das mulheres seropositivas e das mulheres cujos maridos morreram de SIDA, e que as leis laborais, a proteção social e os serviços de saúde respondem às necessidades das mulheres que assumem um papel de prestadores de cuidados em agregados familiares afetados pelo VIH.
- 4.6. Os países devem assegurar que as leis que proíbem o casamento precoce são aplicadas e cumpridas.
- 4.7. Os responsáveis pela aplicação das leis religiosas e consuetudinárias devem proibir práticas que aumentem o risco de contrair o VIH, tais como a herança da viúva, a “limpeza da viúva” e a mutilação genital feminina.

A VIDA TODA À SUA FRENTE

Crianças e jovens



Fonte: UNDP/Burkina Faso

As pessoas não são vulneráveis ao VIH e à SIDA por serem jovens, ou homossexuais, ou trabalhadoras do sexo, ou consumidoras de drogas. Nós não somos, por uma razão ou outra, extra-vulneráveis ao vírus. No entanto, carregamos o fardo mais pesado desta pandemia porque a sociedade nos nega, repetidamente, o acesso à educação sexual, assim como a meios de contraceção e de tomadas de decisão, no que toca a programas de VIH e SIDA. No que diz respeito aos direitos, grande parte da discussão baseia-se na necessidade de encontrar um equilíbrio entre autonomia e universalidade de direitos, assim como nos contextos da implementação destes mesmo direitos. É necessário que possamos falar de direitos sexuais sem vergonha, pois o que não tem nome é mais susceptível de não receber qualquer apoio, de ser ignorado ou de ser incompreendido.

Rede da Juventude da Ásia e Pacífico, Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011

As crianças e os jovens são quem tem mais a perder com o VIH: são muitos mais suscetíveis de se tornarem pobres ou sem-abrigo, de abandonarem a escola, de enfrentarem a discriminação e a violência, de verem diminuir as suas oportunidades, de crescerem doentes e morrerem muito antes do tempo.³⁷⁷ As suas angústias são várias e complexas; incluem a subnutrição, a expulsão da escola, a dor de perder os pais e o medo de morrer. Contudo, também são quem tem mais a beneficiar com respostas eficazes ao VIH. As crianças e os jovens podem ser poderosos agentes de mudança na prevenção do VIH e na luta contra o estigma e a discriminação.

O mundo conta com 3,4 milhões de crianças³⁷⁸ portadoras do VIH; cerca de 16,6 milhões perderam um ou os dois pais por causa da SIDA, e muitos outros milhões foram afetados pelo vírus.³⁷⁹ Há menos bebés a nascerem com VIH, hoje em dia, graças a um aumento dos programas de

prevenção da transmissão vertical. Em 2010, só menos de um quarto das crianças elegíveis para TAR o recebeu. Continua a haver 2.500 jovens a contrair o VIH diariamente.³⁸⁰

Muitos governos afirmaram as obrigações que a sociedade tem de garantir os direitos das crianças à igualdade, de lhes oferecer o necessário à sua sobrevivência e desenvolvimento, de promover os seus interesses e de lhes dar uma verdadeira voz nas decisões que afetam as suas vidas. Desde a sua adoção, em 1989, cerca de 69 países, dos 193 signatários da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)³⁸¹, promulgaram leis afirmando estes princípios. No entanto, nem todos os governos estão a honrar os seus ideais. Poucos promoveram e financiaram ativamente programas beneficiando crianças infetadas ou afetadas pelo VIH. Raramente um governo tem plena consideração pelas realidades das vidas dos jovens—including a sua vida sexual.

As necessidades das crianças nesta epidemia estão intimamente relacionadas com as dos adultos que cuidam delas. Quando os pais ou os tutores estão demasiado doentes para tomarem conta das crianças, as responsabilidades de sustentar a família, cuidar as tarefas domésticas e tratar dos pais ou irmãos doentes podem recair nas próprias crianças. As crianças mais velhas, particularmente as raparigas³⁸², são muitas vezes forçadas a abandonar a escola para tratar da família.³⁸³ Para as raparigas, trata-se de um passo atrás, que torna mais difícil a sua futura independência financeira e aumenta o risco de exposição ao VIH. Os programas de assistência aos adolescentes mais velhos, por todo o mundo, têm-nos ajudado a não ter de abandonar a escola. Os programas de pagamentos diretos no México³⁸⁴, no Malawi e na Tanzânia têm contribuído para a redução das taxas de gravidez, das ISTs e do VIH na adolescência.³⁸⁵

A discriminação contra famílias seropositivas é comum, como confirmam as contribuições feitas à Comissão. Os adultos seropositivos podem ver negado o direito de visitar os próprios filhos³⁸⁶; certas agências proíbem as crianças portadoras do VIH de viver com os pais em habitações providenciadas pelo Estado, e certos administradores escolares ou de assistência à infância fecham a porta a alunos seropositivos, achando que irão infectar outros.³⁸⁷ Por exemplo, no Paraguai, “as pessoas que sofrem de uma doença contagiosa crónica” estão proibidas de casar ou adotar.³⁸⁸ Derrubar estes obstáculos legais é uma função importante das ONGs. Por exemplo, a Gidnist, a ONG ucraniana de assistência jurídica, apelou ao tribunal ucraniano para proteger os direitos de uma criança seropositiva a quem tinha sido negado o acesso à casa paterna. Graças a esta ação, o acesso da criança à casa paterna foi restaurado e o tribunal obrigou o pai a pagar retroativamente a pensão de alimentos.³⁸⁹



Fonte : UN Photo/Shehzad Noorani/Thailand

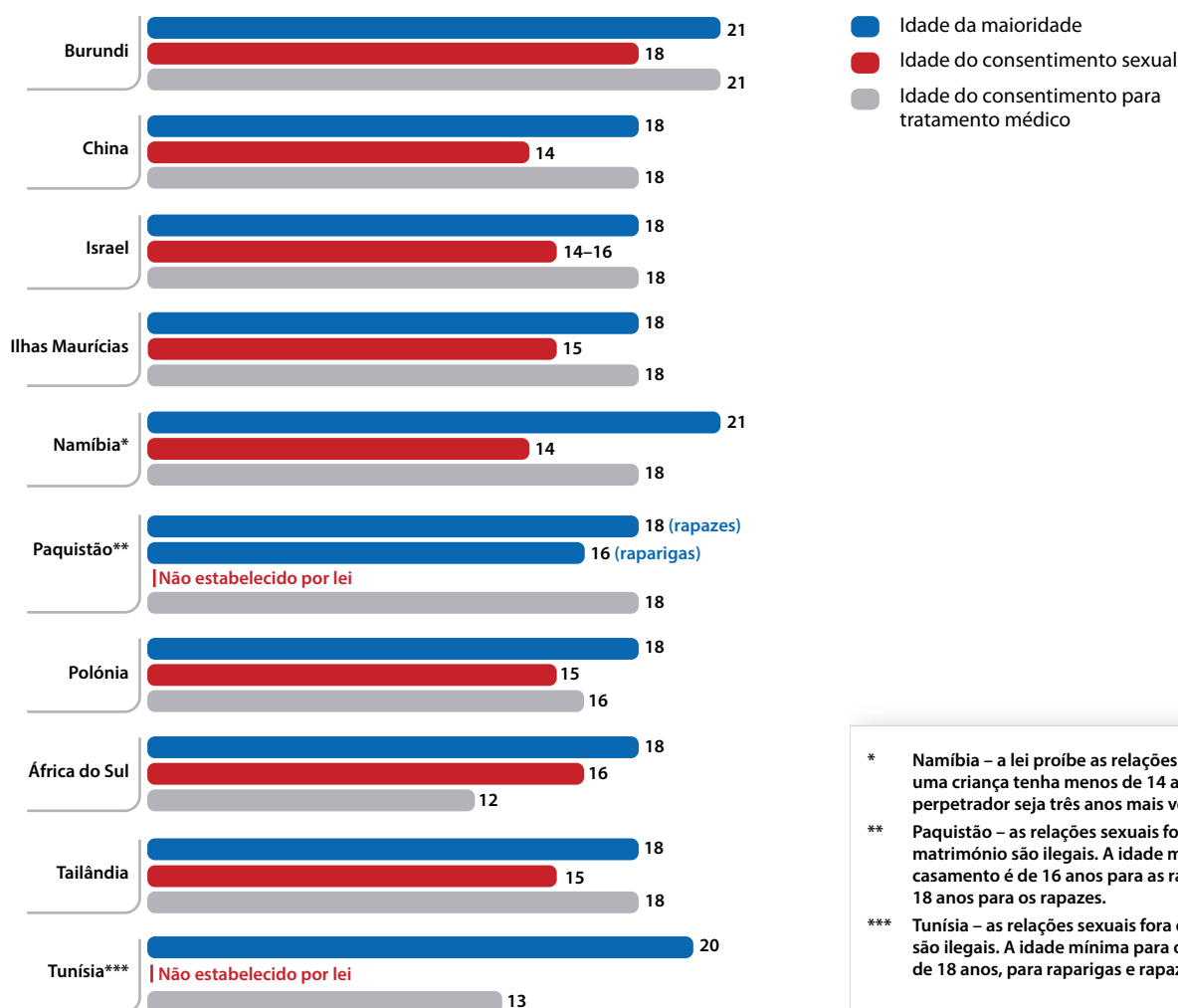
TER UM TETO

No caso de morte dos pais, o Estado deve assegurar a proteção dos direitos humanos e dos interesses legítimos das crianças – sendo o mais importante terem adultos responsáveis a tomar conta delas. As crianças cujos pais faleceram devido ao VIH vivem em diversos sistemas ou agregados familiares (alguns formais, outros não), portanto, é essencial que a lei reconheça os direitos e as responsabilidades parentais de quem toma conta delas, de modo a que as mesmas não se sintam à deriva, em termos jurídicos, sem acesso a cuidados de saúde, à educação e à proteção social.³⁹⁰ De acordo com a UNICEF, em quase todos os países da África Subsaariana, os familiares acolhem a maioria dos órfãos de pais com SIDA (mais de 90%), “apesar da grande pressão económica que isto tem causado aos agregados familiares.”³⁹¹

Não se deve esquecer o facto de que as crianças órfãs por causa da SIDA passam por um trauma emocional enorme. Necessitam de afeto familiar e normalidade nas suas vidas. Em parceria com o governo, a Rede Ucraniana de Pessoas que Vivem com VIH (*All-Ukrainian Network of people living with HIV*) garante que as crianças seropositivas permanecem em ambientes familiares e que continuam a estudar. “Em Abril de 2011, na Crimeia, Ucrânia, 6 crianças seropositivas foram colocadas em famílias de acolhimento, 2 fica-

CONTRADIÇÕES CRESCENTES

Abordagens jurídicas à capacidade de desenvolvimento dos menores nos países selecionados



Fontes: Alto-Comissariado para os Direitos Humanos (ACDH), Relatórios periódicos dos países ao Comité dos Direitos da Criança (CRC), consultados pelo PNUD, em 2012; Interpol, legislação dos estados-membros da Interpol relativa aos abusos sexuais cometidos contra crianças, consultada pelo PNUD, em 2012; UNICEF, National HIV Counseling Guidelines for Children and Adolescents in Pakistan, 2008.

ram sob tutela e 23 nascidas de mães infetadas (ou afetadas) pelo VIH encontraram as suas famílias”, explicou um representante da Rede à Comissão.³⁹²

Um diagnóstico de VIH positivo não torna um adulto incompetente para tratar de uma criança. No entanto, os pedidos de adoção de pessoas seropositivas (ou casais do mesmo sexo) são, frequentemente, rejeitados. Em alguns países, este tipo de discriminação tem sido banido por lei, o que deveria ser sempre o caso, particularmente quando tantas crianças afetadas pelo VIH estão

à espera de um lar. A Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (*Americans with Disabilities Act*, ADA, pelas suas siglas em inglês) proíbe, por exemplo, as agências de adoção de discriminarem casais ou indivíduos que vivem com VIH.³⁹³

Nos casos em que as leis em matéria de sucessões não protegem de maneira explícita os órfãos e em que os costumes favorecem os homens em relação aos direitos de propriedade, a situação dos órfãos de pais com SIDA torna-se particularmente trágica. No Quênia, a falta dessa mesma proteção jurídica para os órfãos deixou-

PRÁTICAS DE RISCO:

Como não responder ao risco de contração do VIH

Lee teve relações sexuais desprotegidas com a namorada, a quem não tinha divulgado o seu estatuto de seropositivo. Esta situação deixou-o preocupado, levando-o a partilhá-la com o pessoal do seu orfanato; estes, por sua vez, informaram a equipa de assistentes sociais. Não sabendo como responder, esta equipa reencaminhou a dada situação ao chefe de serviço. Foi posta em prática uma resposta de proteção da criança relativamente à rapariga. Num clima de pânico, foi considerado necessário agir imediatamente; foram realizadas reuniões de estratégia entre os diferentes chefes de serviço dos serviços à criança e grande parte do pessoal dos serviços sociais ficou a saber do estatuto de seropositivo de Lee. Os pais da rapariga ficaram a saber do sucedido e iniciaram processos judiciais por transmissão irresponsável do VIH, à luz da Secção 20 do Offences Against the Person's Act, de 1861, apesar de não haver provas de que a transmissão do VIH tinha acontecido de facto. Lee foi reencaminhado para um conselheiro jurídico especializado. Após a reunião com o conselheiro, entrou em pânico e entregou-se, imediatamente, na esquadra da polícia. A polícia, não sabendo como enquadrar juridicamente a situação, acusou-o de agressão sexual, embora a rapariga, que era da mesma idade, ainda não tivesse feito o teste do VIH. A rapariga em questão foi, posteriormente, testada por um serviço de saúde sexual para adultos e o resultado foi negativo. Os pais e a polícia retiram todas as acusações.

Looking After HIV, Reino Unido, 2008³⁹⁴

os vulneráveis à apropriação de propriedade, por parte dos familiares, sob o pretexto de tutela informal.³⁹⁵ Os litígios em termos de propriedade podem ser intermináveis. A Associação de Advogadas da Tanzânia (*Tanzania Women Lawyers Association*) explicou à Comissão que, nesse mesmo país, as viúvas e os órfãos podem “penar nos corredores dos tribunais” durante anos, à espera de uma decisão. “Grande parte morre antes de as disputas relativas às suas heranças tenham sido sequer decididas.”³⁹⁶

AUTONOMIA E CONSENTIMENTO

Por razões fisiológicas, psicológicas e sociais, os jovens sexualmente ativos são particularmente vulneráveis ao VIH. Necessitam urgentemente de informação sobre prevenção e de serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados, como sublinhou o Comité dos Direitos da Criança da ONU.³⁹⁷

Os gays ou lésbicas adolescentes ou aqueles que têm dúvidas sobre a sua orientação sexual têm

necessidades específicas— entre elas o apoio e aconselhamento por gays, lésbicas ou transexuais adultos. Os jovens seropositivos, que podem ter sido infetados à nascença, pelo facto de a mãe ser seropositiva, ou na sequência de relações sexuais ou através do consumo de drogas, têm necessidades particularmente complexas. No Botsuana, por exemplo, os grupos de discussão compostos por jovens seropositivos constataram que enfrentam o estigma dos colegas de turma, amigos e família, que podem envolver-se em práticas sexuais de risco e que têm dificuldade em coordenar as exigências do trabalho escolar e a saúde.³⁹⁸ Apesar da legislação em contrário, os jovens do Botsuana podem também ver recusados os testes do VIH sem participação parental.³⁹⁹ Uma investigação efetuada no Canadá, onde 13.000 adolescentes e jovens adultos vivem com VIH, concluiu que estes jovens “possuem taxas mais elevadas do que o normal, em termos de privação da habitação, abuso sexual e físico, dificuldades financeiras, dependências e isolamento social.” Apesar disto, os programas

de apoio à juventude seropositiva canadiana são escassos.⁴⁰⁰

Muitos Estados recusam o acesso dos jovens aos serviços de saúde sem o consentimento dos pais.⁴⁰¹ Os defensores de tais leis dizem que as mesmas protegem as crianças (uma categoria muito grande, abrangendo todas as pessoas entre os 0 aos 18 anos de idade). Na verdade, o medo da desaprovação e da raiva dos pais leva os jovens a evitarem receber serviços de saúde reprodutiva ou ligados ao VIH.⁴⁰² Pelo contrário, um estudo nos Estados Unidos mostrou que uma percentagem significativamente maior de jovens se voluntariou para o teste de despistagem do VIH, uma vez eliminada a obrigação legal do consentimento dos pais.⁴⁰³

As atitudes contraditórias acerca da competência dos jovens em tomarem decisões autónomas são evidentes nas leis que regulam a vida sexual e médica dos menores. Em vários países, as crianças podem ter relações sexuais, de forma legal, antes da idade em que podem receber tratamentos médicos sem o consentimento dos pais. Noutros países, a lei, supostamente, permite às crianças o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva antes da idade do consentimento sexual— com a ressalva de que as atividades sexuais antes da idade do consentimento devem ser relatadas à polícia, no caso de as crianças exigirem tais serviços. Por exemplo, na África do Sul, os profissionais de saúde que oferecem tais serviços a menores são obrigados por lei a relatarem as atividades sexuais consensuais antes da idade do consentimento.⁴⁰⁴ Este tipo de regulamentações contraria a maioria dos esforços de prevenção das ISTs e do VIH para os jovens.⁴⁰⁵

EDUCAÇÃO SEXUAL: O ELO EM FALTA

Uma educação sexual completa e adaptada à idade, incluindo informações sobre a prevenção do VIH, é benéfica para a saúde dos jovens. Os estudos mostram que tais programas resultam numa utilização do preservativo mais frequente, assim como numa diminuição dos parceiros sexuais e dos comportamentos sexuais de risco. Note-se que não há estudos que demonstrem que a educação sexual leve a uma atividade sexual mais precoce, a relações sexuais de risco mais elevado ou mais prolíficas.⁴⁰⁶

Hoje em dia, há poucas leis que reconheçam os direitos dos jovens à educação sobre a sua sexualidade ou sobre os riscos do VIH.⁴⁰⁷ Contudo, dadas as divergências que existem entre os diferentes grupos religiosos, culturais e políticos sobre o conteúdo dos programas de educação sexual, a lei pode fazer progredir os direitos das crianças, ao estabelecer normas mínimas para estes programas.⁴⁰⁸

Na sua vontade de querer garantir o melhor para os jovens, o Estado pode intervir a ponto de os prejudicar de forma não intencional. As crianças sob a tutela do Estado são submetidas a uma vigilância intensa, particularmente das suas vidas sexuais, e a combinação do estatuto repressivo ligado ao VIH e da confusão e ambivalência por parte das autoridades sobre a sexualidade dos jovens pode exacerbar as dificuldades dos jovens seropositivos, como concluiu uma investigação conduzida pela Rede de Crianças e Jovens Sero-positivos (*Children and Young People HIV Network*) do Reino Unido sobre os menores seropositivos “ao cuidado” das autoridades locais.⁴⁰⁹

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

5.1. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que:

- 5.1.1 Garantam que o nascimento de todas as crianças é registado. Esta medida é fundamental para permitir às crianças acesso aos serviços essenciais. Devem, também, assegurar que os direitos destas sejam protegidos e promovidos, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança.⁴¹⁰
- 5.1.2 Garantam que a todas as crianças órfãs seja designado um tutor adulto adequado. Esta medida inclui disposições com vista à transferência da tutela dos órfãos de pais falecidos com SIDA a adultos ou a irmãos mais velhos, que possam assegurar o seu bem-estar. Na escolha de um tutor, a preferência deve ser dada a adultos provenientes da família biológica ou da família em sentido amplo. Os adultos seropositivos que se encontrem de boa saúde não devem ser proibidos de adotar crianças.
- 5.1.3 Apoiem a colocação das crianças órfãs por causa da SIDA em famílias de acolhimento, em alternativa às instituições especializadas, quando a adoção formal não for possível ou recomendada.
- 5.1.4 Garantir proteções sociais que tenham em conta o VIH, quando necessário, tais como transferências diretas de dinheiro para as crianças ou para os seus tutores.
- 5.1.5 Proibir a discriminação contra crianças infetadas ou afetadas pelo VIH, particularmente nos contextos da adoção, saúde e educação. Estas leis devem incluir medidas rigorosas que assegurem que as escolas não recusam a inscrição de crianças seropositivas ou crianças de famílias afetadas pelo vírus.

5.2. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que garantam que as crianças órfãs por causa da SIDA recebem a herança dos pais. As crianças órfãs por causa da SIDA devem ter direito à herança, independentemente do sexo e do estatuto de VIH, seu ou dos pais. As medidas a fazer respeitar incluem:

- 5.2.1 Colaboração com as autoridades encarregadas de fazer respeitar as leis religiosas e consuetudinárias para garantir justiça às crianças órfãs por causa da SIDA.
- 5.2.2 Uma solução para os conflitos que possam existir entre as leis consuetudinárias e práticas tradicionais discriminatórias e as normas internacionais em termos de direitos humanos, de modo a garantir o respeito pelo direito internacional.

5.3. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que garantam o direito de cada criança, frequentadora ou não da escola, a uma educação sexual completa, de forma a que esta se possa proteger e proteger os outros de uma infeção por VIH ou seja capaz de viver de maneira positiva com o vírus.

5.4. Os jovens sexualmente ativos devem ter acesso confidencial e independente a serviços de saúde, de forma a protegerem-se do VIH. Deste modo, os países devem reformar as suas leis para assegurarem que a idade do consentimento para um acesso autónomo aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de luta contra o VIH seja igual ou inferior à idade do consentimento para as relações sexuais. Os jovens consumidores de drogas devem, também, ter acesso legal e seguro aos serviços de saúde e de luta contra o VIH.

MEDICAMENTOS PARA QUEM?

O direito de propriedade intelectual e a luta mundial pelo tratamento



Fonte: APN+/Rico Gustav/India

A política da PI é uma componente fundamental da redução substancial e contínua dos preços dos ARVs e da capacidade dos governos nacionais alongarem as implicações de lições retiradas no âmbito do VIH para outras áreas da saúde. As implicações finais, é claro, não são medidas em prosa técnica, mas sim nas vidas das pessoas.

Mohammed El Said & Amy Kapczynski, Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy⁴¹¹

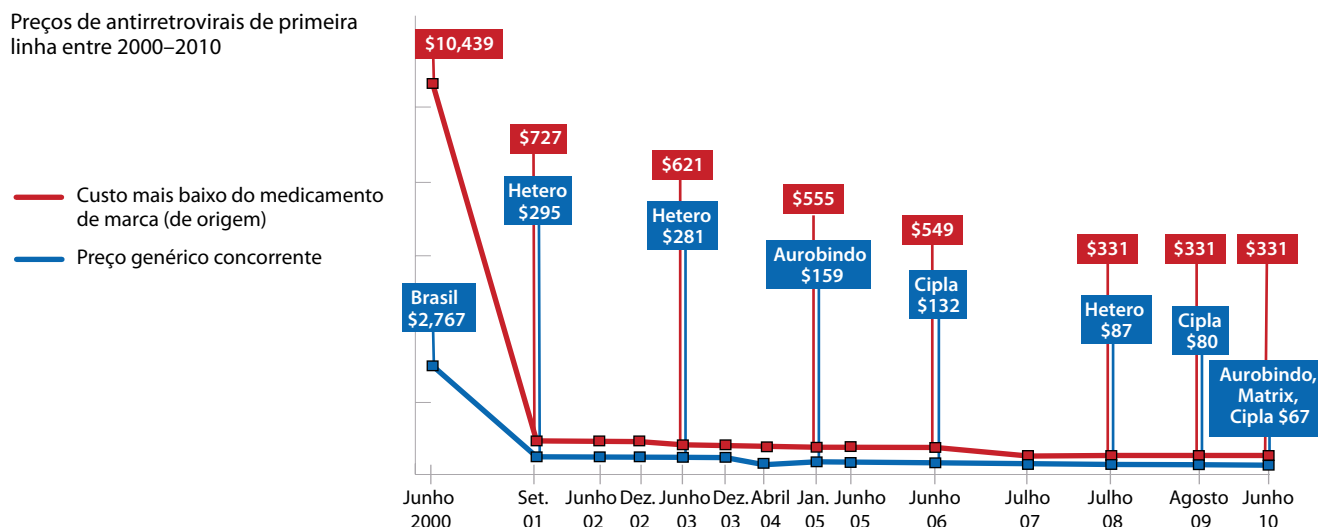
Os ARVs e outros medicamentos de combate aos efeitos do VIH e suas co-infecções fazem a diferença entre a saúde e a doença, uma vida produtiva e uma morte prematura. Os ARVs e medicamentos de segunda e terceira gerações para co-infecções como a hepatite C continuam a ser dispendiosos. Mas os preços dos ARVs de primeira geração caíram drasticamente ao longo dos últimos dez anos, principalmente graças ao aumento da concorrência no mercado dos medicamentos genéricos. Isto traduz-se no facto de mais pessoas de países de baixo e médio rendimentos receberem tratamento— no final de 2010, o número ascendia a 6,65 milhões.⁴¹² E isso significa menos infeções por VIH e condições relacionadas, menos mortes, menos crianças órfãs devido à SIDA e redução das despesas das famílias precariamente sustentadas e dos sistemas de saúde.

FAZER CUMPRIR O DIREITO À SAÚDE

Vários países promulgaram leis específicas protegendo o direito à saúde das pessoas que vivem com VIH ou conseguiram um amplo acesso ao tratamento, através dos tribunais. A Constituição do Brasil estabelece que “a assistência médica é um direito de todos os cidadãos e o dever do Estado”. Em 1996, o governo federal adotou a Lei 9313, garantindo um acesso menos dispendioso ao tratamento do VIH. Este compromisso tem sido fundamental para o sucesso do Brasil na resposta ao VIH.⁴¹³ Em muitos outros casos, os tribunais obrigaram os governos a cumprir as suas obrigações de saúde pública, no âmbito do direito nacional e internacional. Na Venezuela, o Supremo Tribunal determinou, mais do que uma vez, que o governo violou o direito constitucional à saúde, ao não garantir o acesso ao tratamento antirretroviral (TAR) a pessoas portadoras do VIH.⁴¹⁴ Na África do Sul, a Campanha de Acesso ao Tratamento [Treatment Access Campaign] liderou e ganhou um processo de direito à saúde, exigindo que o governo fornecesse ARVs para a prevenção da transmissão vertical; na verdade, o Tribunal Constitucional foi mais longe e orde-

CONCORRÊNCIA NOS GENÉRICOS: DISTRIBUIÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS (ARVS) A PREÇOS ACESSÍVEIS

Preços de antirretrovirais de primeira linha entre 2000–2010



Fonte: Médicos sem Fronteiras (MSF), Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions (UTW), 14ª edição, Julho de 2011.

nou que o governo desenvolvesse e implementasse um programa abrangente para reduzir esse risco.⁴¹⁵

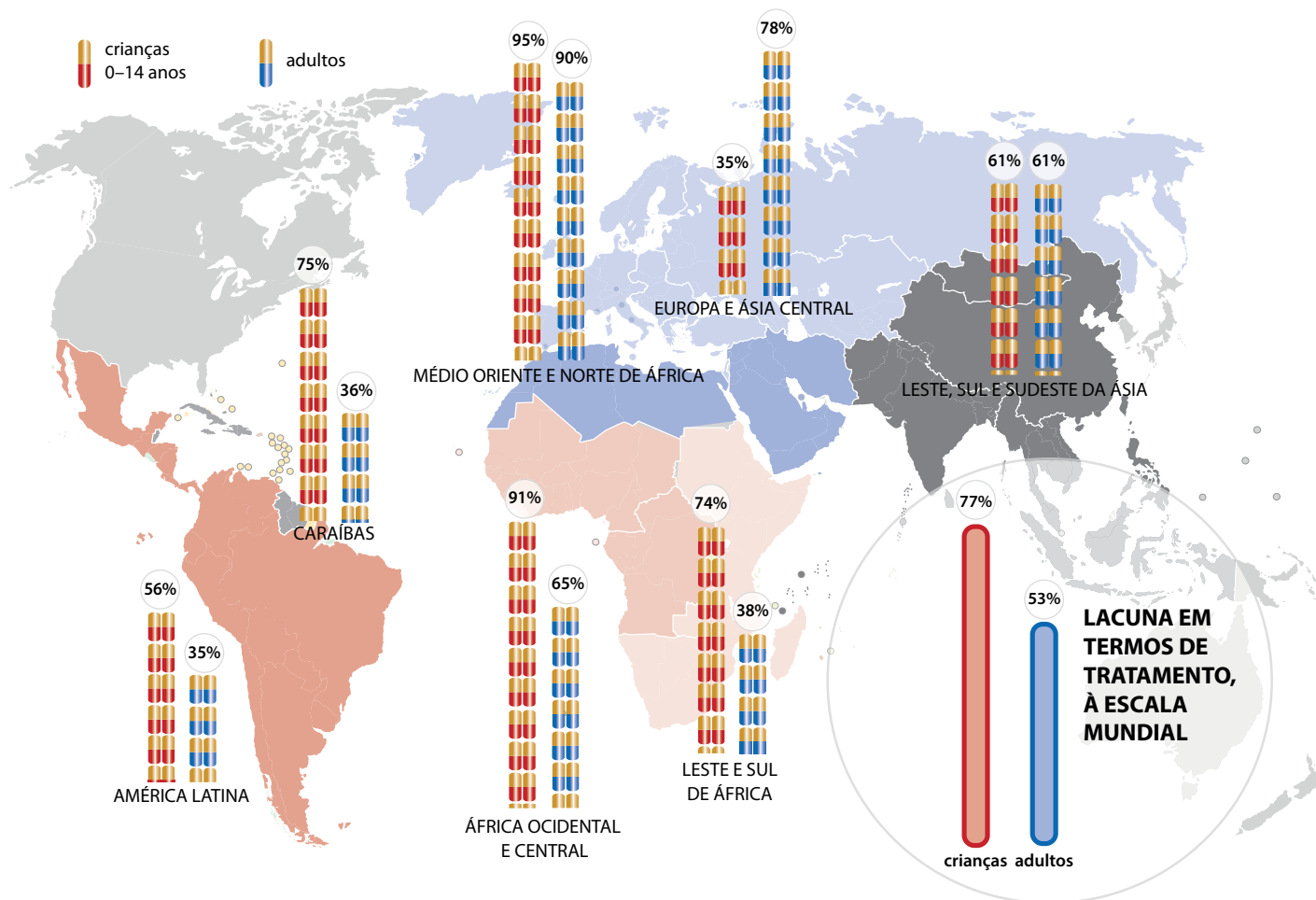
Estas estratégias legais, juntamente com a defesa a nível mundial e a concorrência dos genéricos, resultaram num aumento em 22 vezes do acesso ao TAR, entre 2001 e 2010.⁴¹⁶ Apesar de algumas empresas farmacêuticas terem celebrado acordos para oferecer medicamentos a preços reduzidos, as suas ações não podem ser consideradas responsáveis pelo aumento exponencial do tratamento. Foram antes os ativistas que coordenaram campanhas internacionais para impulsionar financiamentos nacionais e de doadores. Isto, juntamente com a concorrência dos fabricantes de genéricos, como a oferta inovadora da Cipla, ao oferecer tratamento de combinação tripla por menos de um dólar por dia, em 2011⁴¹⁷, aumentou a cobertura do tratamento.

Apesar desta notável conquista, o mundo encontra-se à beira de uma crise em relação aos preços acessíveis e à acessibilidade ao tratamento. Daqueles que beneficiam das orientações da OMS

para receberem medicamentos de importância vital, menos de metade dos adultos seropositivos e menos de um quarto das crianças com necessidades estão a recebê-los. Para além do mais, os recursos para o VIH estão em declínio e a crise económica global está a afetar as contribuições dos países doadores.⁴¹⁸ O Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, um dos dois principais financiadores da resposta ao VIH, anunciou, recentemente, que teria que adiar ou cancelar a sua próxima série de subvenções, de 2011 a 2013, pelo facto de muitos doadores não estarem a honrar os seus compromissos.⁴¹⁹ Existem, também, preocupações relacionadas com os cortes propostos ao financiamento do PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA) para o tratamento.⁴²⁰ O preço a pagar em termos de vidas humanas será muito elevado. Os custos de prevenção e cuidados do VIH são modestos, particularmente em comparação com os milhares de milhões gastos em resgates bancários ou em armamento. Se a comunidade mundial estiver seriamente comprometida em acabar com a epidemia, deve gastar o que for necessário.⁴²¹

A LACUNA EM TERMOS DE TRATAMENTO

Percentagem de adultos e de crianças medicamente elegíveis que NÃO recebiam tratamento antirretroviral nos países de baixo e médio rendimentos, no final de 2010



Fonte: Luta mundial contra o VIH/SIDA: relatório sobre a epidemia da SIDA e progresso no setor da saúde em relação ao Acesso Universal, Relatório de Progresso 2011, OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2011.

Existem várias razões para esta diferença no acesso ao tratamento. Mas, uma das principais, resulta dos recentes acordos bilaterais e multilaterais que aumentaram, sem dúvida, o poder das empresas farmacêuticas detentoras de patentes para controlarem os preços dos medicamentos, nos mercados mundiais. Os governos, particularmente de países de baixo e médio rendimentos, não os podem pagar.

Assinado em 1994 e aplicado pela Organização Mundial do Comércio (OMC), o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual

Relacionados com o Comércio (*TRIPS*, pelas suas siglas em inglês) conduziu à proteção e aplicação da PI, numa amplitude nunca antes vista, a nível multilateral.⁴²² A epidemia do VIH expôs os sérios problemas relativos à aplicação do TRIPS aos medicamentos e a outros produtos farmacêuticos. Isto tem implicações que vão muito para além do VIH, por exemplo, para doenças não transmissíveis que afetam milhões de pessoas em países de baixo e médio rendimentos.^f

Contudo, a tendência da regulamentação da PI nem sempre permite a latitude de produção

e distribuição dos medicamentos necessários. Uma série de acordos comerciais e de investimento incorporam disposições de PI cada vez mais restritas, o que representa uma séria ameaça ao acesso ao tratamento, agora e no futuro.

TRIPS, DOHA E A DECISÃO DE 30 DE AGOSTO DE 2003: HISTÓRIA RESUMIDA

De um ponto de vista histórico, os países mantiveram o direito de adaptar as suas leis de PI de acordo com as suas necessidades de desenvolvimento. Após declararem a sua independência, os Estados Unidos da América, um país importador líquido de tecnologia, na altura, não permitiam que os estrangeiros registassem patentes⁹, nos primeiros 37 anos enquanto nação. Quando a restrição sobre estrangeiros foi levantada, as taxas de patentes para os mesmos eram, aproximadamente, dez vezes mais elevadas (com um suplemento adicional de 65% para cidadãos britânicos).⁴²³ A Suíça suspendeu o seu sistema de patentes, de 1802 até 1888, altura em que o reestabeleceu, sob ameaças de sanções comerciais da Alemanha. Quando uma nova lei era aprovada, continha um forte mecanismo de licen-

ciamento^h obrigatório e excluía certos produtos, incluindo químicos, da proteção por patentes.⁴²⁴ Não há muito tempo, na década de 70, a Itália, a Suécia e a Suíça não concediam patentes para produtos farmacêuticos, enquanto que a Espanha só começou a oferecer proteção por patentes farmacêuticas em 1992.⁴²⁵

O Acordo TRIPS nasceu, em grande parte, em resultado da pressão da indústria dos Estados Unidos da América em relação a uma forte proteção multilateral da PI cobrindo vários produtos de base.⁴²⁶ Em 1986, quando abriram as negociações que levaram ao acordo, vários países, cerca de 50 no total, não atribuíram patentes para produtos farmacêuticos.⁴²⁷ Os países eram livres de definir vários aspetos dos seus regimes de PI—por exemplo, para excluir a patenteabilidade de categorias inteiras no campo da tecnologia e determinar a duração das patentes, à luz de outras considerações de política pública. Os países de elevado rendimento, assim como os de baixo e médio rendimentos, aproveitaram esta oportunidade para garantir que a procura de lucros não interferia com o fornecimento máximo dos

^f Embora o mandato da Comissão seja específico para o VIH, os portadores do VIH são muitas vezes co-infetados com outras doenças transmissíveis, incluindo a hepatite C e a tuberculose multirresistente. Há cada vez mais indícios da relação entre o VIH e doenças não transmissíveis como o cancro. Estudos mostram que os portadores do VIH estão até 1.000 vezes mais expostos ao sarcoma de Kaposi, pelo menos 70 vezes ao linfoma não Hodgkin; entre as mulheres, estas estão pelo menos cinco vezes mais expostas ao cancro do colo do útero. Dado que os problemas relacionados com o custo e acessibilidade ao tratamento existem para as doenças transmissíveis e para várias doenças não transmissíveis, as conclusões e recomendações da Comissão para o tratamento relacionado com o VIH são de grande importância para a saúde.

^g As patentes conferem um direito exclusivo atribuído a um inventor, por um período limitado, sobre uma invenção - uma criação da mente que é original, contém um aspeto inventivo e pode ser comercializada. As patentes foram introduzidas para recompensar os inventores pelo seu trabalho, de modo a lhes permitir recuperar investimentos e estimular a inovação. Hoje em dia, as patentes são muitas vezes utilizadas para manter a exclusividade de mercado, apesar desta exclusividade poder ser contornada através do uso das flexibilidades do TRIPS.

^h O artigo 31 do Acordo TRIPS reconhece o direito dos membros da OMC utilizarem um produto patenteado sem o consentimento do titular da patente, através de “licenças obrigatórias”, “ordens de utilização governamental”, ou “licenças obrigatórias para solucionar práticas de anti-concorrência”.

cuidados de saúde. Em 1970, o Brasil declarou os produtos e processos farmacêuticos não-patenteáveis. Também em 1970, a Índia implementou uma política semelhante, que contribuiu para o desenvolvimento de um forte setor farmacêutico local, uma poderosa máquina de “engenharia inversa” que produziu muitos dos medicamentos genéricos utilizados em países em desenvolvimento, e garantiu que estes medicamentos chegassem aos mercados rapidamente e a um preço acessível. O acesso a medicamentos genéricos tem provado ser fundamental para a melhoria do acesso ao tratamento. Por exemplo, em Fevereiro de 2001, o fabricante indiano de genéricos Cipla anunciou “um preço que se faz ouvir por todos os cantos do mundo”, oferecendo um regime de combinação de ARVs de primeira geração, por apenas 350 dólares por paciente por ano, para as ONGs, e 600 dólares por paciente por ano, para governos africanos.⁴²⁸ Um estudo de 2010 concluiu que as empresas farmacêuticas indianas fabricantes de genéricos fornecem, pelo menos, 80% dos ARVs comprados por países de baixo e médio rendimentos, incluindo 91% destinados a crianças.⁴²⁹

O Acordo TRIPS impôs padrões mínimos de proteção e aplicação dos direitos da PI, numa amplitude nunca antes vista, a nível mundial.⁴³⁰ Hoje em dia, todos os membros da OMC, com a exceção dos países menos desenvolvidos (PMD), são obrigados a fornecer um mínimo de 20 anos

de proteção de patentes em todos os campos tecnológicos, sem distinção baseada no local de invenção ou país de fabrico.⁴³¹ O objetivo destas regulamentações era, supostamente, criar inovação e equilibrar a balança entre os direitos dos consumidores e os titulares das patentes. Mas, para os países de baixo e médio rendimentos, as consequências adversas eclipsaram todas as vantagens possíveis. Essencialmente, o Acordo TRIPS impôs um monopólio protegido pela lei, à escala internacional. A concorrência limitada resultou em custos de medicamentos mais elevados.⁴³² Quando o produto é farmacêutico, o resultado para os países pobres, com avassaladoras epidemias de VIH e outros desafios no ramo da saúde, tem sido catastrófico. Uma das acusações ao regime atual da PI internacional é que este não resultou num aumento das inovações em relação aos medicamentos para o tratamento de co-infecções do VIH, como a tuberculose, a hepatite C ou doenças relacionadas que afetam os pobres, maioritariamente.

APROVEITAR AS FLEXIBILIDADES DO TRIPS: Uma Visão sobre Certos Países⁴³³

À medida que a crise económica mundial se intensifica e o financiamento de doadores internacionais diminui, os sistemas de saúde nacionais sofrem uma maior pressão para reduzir custos e aumentar a eficiência e o investimento domésticos. Apesar de todas as deficiências do TRIPS, alguns países ainda têm a opção de recorrer às

ⁱ A engenharia inversa é o processo de descoberta dos princípios tecnológicos de um aparelho, de um objeto ou de um sistema, através da análise da sua estrutura, função e funcionamento. Envolve, muitas vezes, examinar um medicamento ou um produto e tentar fazer um novo que faça a mesma coisa, sem utilizar ou apenas duplicar o original.

^j O Acordo TRIPS contém disposições que permitem aos países cumprir as suas obrigações de saúde pública, sem infringirem a lei da OMC sobre patentes farmacêuticas (flexibilidades). Os investigadores dividem estas flexibilidades em três categorias: relacionadas com a prevenção, a correção e a aplicação. As flexibilidades preventivas são a oportunidade de excluir certas categorias da patenteabilidade (por exemplo, os processos), aplicando critérios de patenteabilidade estritos, de modo a evitar patentes de baixa qualidade, ou a extensão do período da patente através de modificações insignificantes, ou oposições

PAÍS E DATA DE EMISSÃO	TIPO DE LICENÇA E NOME DO MEDICAMENTO	IMPACTO DA LICENÇA OBRIGATÓRIA
Índia <i>Março de 2012</i>	Licença obrigatória para produzir localmente o sorafenib tosylate genérico para o tratamento do cancro do rim e do fígado.	O preço fixado pelo controlador indiano de patentes irá resultar numa redução de 97%
Equador <i>Abril de 2010</i>	Licença obrigatória para importar e, se necessário, produzir localmente o ritonavir genérico	Resultou numa diminuição na ordem dos 70% do preço dos medicamentos originais pelo titular da patente
Tailândia <i>Janeiro de 2008</i>	Licença de utilização governamental para a importação do letrozole genérico utilizado no tratamento do cancro da mama	Prevista uma redução global dos preços na ordem dos 96,8%
Brasil <i>Maio de 2007</i>	Licença obrigatória emitida pelo Governo para a importação do efavirenz genérico	Resultou numa redução de preços na ordem dos 71,8%
Tailândia <i>Janeiro de 2007</i>	Ordem de importação para utilização governamental ou de produção local do lopinavir/ritonavir genérico	Prevista uma redução de preços na ordem dos 80,2%
Indonésia <i>Outubro de 2004</i>	Ordem de fabrico local para utilização governamental de amivudine, nevirapine genéricos	Resultou numa redução de preços na ordem dos 53,3%
Malásia <i>Novembro de 2003</i>	Ordem de fabrico para uso governamental da combinação dos genéricos stavudine + didanosine + nevirapine	Resultou numa redução de preços na ordem dos 83%

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Gabinete de Políticas de Desenvolvimento, Grupo VIH. 2012⁴³⁴

chamadas flexibilidades do TRIPS, de forma a tornarem o tratamento bastante mais acessível.⁴³⁵

Estas flexibilidades foram reafirmadas numa sessão da OMC em 2001, que resultou na Declaração de Doha sobre o TRIPS e a Saúde Pública.⁴³⁶

A declaração afirma que o TRIPS deve ser interpretado e implementado à luz do objetivo de “promover o acesso a medicamentos para todos.” Para o efeito, a Declaração de Doha afirmou os direitos dos membros da OMC utilizarem “flexibilidades”, incluindo os direitos de determinar as normas de patenteabilidade e de ordenar a utilização pelos governos de invenções patenteadas, assim como a emissão de licenças obrigatórias, de modo a aumentar o acesso ao tratamento. Os governos podem também utilizar as leis e políti-

cas de concorrência, de forma a controlar as violações dos direitos da PI.⁴³⁷

Em 2002, 2005 e 2007, ativistas pela melhoria dos tratamentos na África do Sul fizeram bom uso da lei da concorrência para lutarem contra os preços elevados dos ARVs de primeira geração.⁴³⁸ Entre 2001 e 2006, o governo brasileiro usou a ameaça de uma licença obrigatória de forma a negociar reduções de preço significativas para vários ARVs. Isto contribuiu para a redução das despesas do governo na ordem dos 1,2 mil milhões de dólares entre 2001 e 2005.⁴³⁹ Em 2007, o Brasil emitiu uma licença obrigatória para o importante ARV efavirenz, que se encontrava a ser utilizado por mais de um terço dos 200.000 pacientes que re-

de patente pré e pós subvenção. As flexibilidades corretivas do TRIPS são: licenças compulsórias e ordens de utilização governamental; a Exceção Bolar (permite preparar o fabrico de um produto patenteado, antes da expiração da patente); importação paralela (permite o acesso através de fontes menos dispendiosas); exceções típicas aos direitos de patente (uso individual, para experiências, etc.). As flexibilidades relacionadas com a aplicação centram-se no respeito por um mínimo de normas do TRIPS, no que respeita à violação da patente, e na interdição de desnecessários níveis elevados de aplicação do direito da PI, em particular, as sanções criminais.

A aplicação da Lei Anticontrafação. . . colocará em perigo as vidas dos cidadãos quenianos afetados pelo VIH e pela SIDA, na medida em que lhes será negado, de forma arbitrária, o acesso a medicamentos menos dispendiosos e essenciais, necessários para garantir os direitos à vida e à dignidade humana, consagrados pela. . . Constituição da República do Quênia.

Jacinta Nyachae, Projeto de Lei sobre a SIDA, Quênia, Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011

cebiam tratamento através dos serviços de luta contra o VIH dos sistemas nacionais de saúde. Posteriormente, o preço da versão genérica importada deste medicamento baixou de 1,60 dólares para 0,45 dólares por dose. A Tailândia prevê que irá conseguir poupanças mínimas de 358 milhões de dólares, ao aproveitar as vantagens das flexibilidades do TRIPS.⁴⁴⁰

As autoridades indianas responsáveis pelas patentes utilizaram disposições da Lei das Patentes para rejeitarem vários pedidos para novas formas de medicamentos conhecidos que oferecem poucas melhorias terapêuticas— algo importante, não só para os indianos, mas também para os países em desenvolvimento, no seu todo, muitos dos quais utilizam a Índia como a sua farmácia.⁴⁴¹

Apesar dos seus benefícios potenciais, as flexibilidades do TRIPS mostram-se insuficientes para prevenir a escassez de medicamentos menos dispendiosos, que o próprio TRIPS contribuiu para criar. O Acordo TRIPS, no papel, proporciona flexibilidade na forma com as suas obrigações são implementadas pelos governos nacionais. No entanto, na prática, as tentativas de países de baixo e médio rendimentos em utilizarem medidas para promoverem o acesso a medicamentos menos dispendiosos têm sido repletas de dificuldade e sofreram represálias e oposição por alguns países de alto rendimento, assim como por empresas.⁴⁴² Por exemplo, mesmo o facto de a Tailândia ter respeitado, escrupulosamente, as exigências do TRIPS e das leis nacionais, foi colocada, à luz da secção 301 da Lei do Comércio americana, na lista de Vigilância Prioritária Espe-

cial dos Estados Unidos da América, por três anos consecutivos, em parte devido a ter emitido licenças compulsórias para vários produtos farmacêuticos, incluindo medicamentos contra o VIH, o cancro e doenças cardíacas.⁴⁴³ Quando o governo da Tailândia emitiu uma licença obrigatória em 2007 sobre o lopinavir/ritonavir (Kaletra), a Abbott, a empresa farmacêutica detentora da patente do Kaletra, respondeu com um anúncio declarando uma retirada de vários pedidos para obter acordos de comercialização para novos medicamentos na Tailândia, incluindo a versão termo-estável do Kaletra.⁴⁴⁴ Da mesma forma, a África do Sul aprovou uma lei em 1997, permitindo a importação paralela de medicamentos mais baratos⁴⁴⁵, 39 empresas farmacêuticas levaram o governo a tribunal, alegando que a lei violava a Constituição da África do Sul e o Acordo TRIPS. A África do Sul também foi colocada na secção 301 da lista de Vigilância Especial, uma medida que foi revogada pelo então Presidente Clinton, através de um decreto-lei⁴⁴⁶, na sequência de consideráveis protestos por parte de ativistas e de ações legais. O governo indiano continua envolvido em litígio com a empresa Novartis, que pretende derrubar a aplicação pelo Estado do Artigo 3(d) do seu código de Patentes para rejeitar o pedido de patente relativo ao medicamento da Novartis contra o cancro, o Gleevec (imatinib mesylate).⁴⁴⁷

A Declaração de Doha de 2001 também deixou um grande problema por resolver: como garantir o acesso a medicamentos por parte dos países que enfrentam obstáculos relacionados com patentes e que possuem uma capacidade doméstica limitada, ou inexistente, de produção local

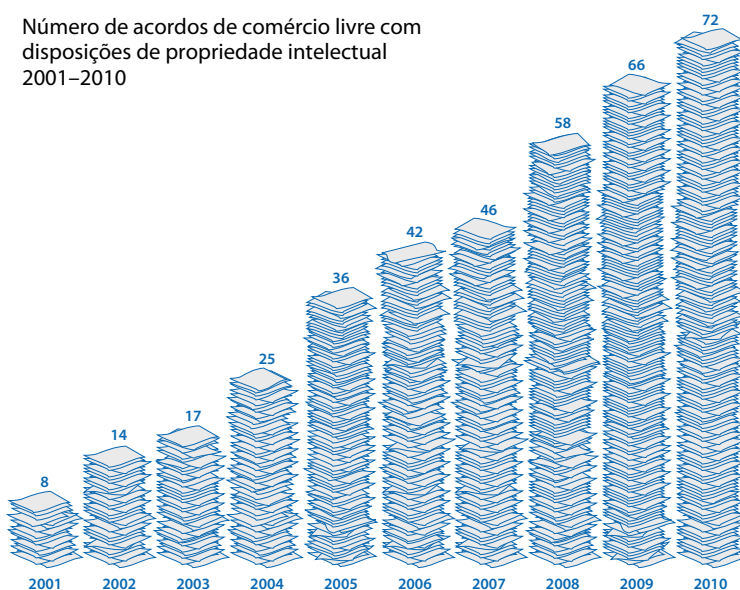
de medicamentos e, desta forma, dependem ainda de medicamentos provenientes de países onde as regras do TRIPS limitam as exportações a quantidades insuficientes. Após 20 meses de negociações, o Conselho Geral da OMC adotou, por fim, uma solução temporária: a Decisão de 30 de Agosto de 2003, um conjunto complexo de regulamentações destinadas a ultrapassar estas limitações. No entanto, esta decisão tem-se mostrado ineficaz, na prática. A mesma só foi utilizada uma vez em 8 anos.⁴⁴⁸ Na verdade, a sua eficiência tem sido bastante posta em causa por países de baixo e médio rendimentos, como o Equador, o Brasil ou a Índia, ao argumentarem ao Conselho da OMC que as exigências detalhadas, como a cor dos medicamentos, a rotulagem adicional e o acompanhamento das remessas através do sítio Web, resultantes deste mecanismo são dispendiosas, consomem tempo e desincentivam os fabricantes de genéricos. Não obstante os esforços para persuadir os países a ratificar a Declaração, apenas uma minoria dos membros da OMC decidiu fazê-lo. Apesar destas críticas, países de alto rendimento, incluindo os Estados Unidos da América, a União Europeia e o Canadá, continuam a defendê-la.⁴⁴⁹

O EXCESSO DE PROTEÇÃO DA PROPRIEDADE INTELECTUAL

Dez anos após os Membros da OMC terem reafirmado o seu direito a utilizar as flexibilidades do TRIPS, no quadro dos objetivos de saúde pública, através da Declaração de Doha, alguns governos e empresas farmacêuticas estão ativamente a prejudicar o direito e tentativas dos países de as utilizarem. Enquanto os Estados Unidos da América, a União Europeia e o Japão, entre outros, continuam a pôr obstáculos à Declaração de Doha, tentam aumentar a aplicação da PI também noutros fóruns – nomeadamente a Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial de Propriedade Intelectual, a Organização Mun-

AUMENTO DAS CONTRARIEDADES LIGADAS AO COMÉRCIO LIVRE

Número de acordos de comércio livre com disposições de propriedade intelectual 2001–2010



Fonte: Website da Organização Mundial do Comércio (OMC : www.wto.org), consultado pelo PNUD, em 2012.

dial das Alfândegas e a Interpol. Alguns países de alto rendimento exigem, também, que os países em desenvolvimento adotem compromissos mais sérios do que os do TRIPS— as chamadas “disposições TRIPS-plus”, em acordos comerciais bilaterais e multilaterais.

Reforço da aplicação

As leis e políticas unilaterais de alguns países desenvolvidos entravam os esforços dos países em desenvolvimento para aumentar o acesso ao tratamento. Por exemplo, a UE adotou regulamentações fronteiriças⁴⁵⁰ que resultaram na apreensão ou na detenção temporária de pelo menos 17 carregamentos de medicamentos genéricos, a maior parte deles indianos, em 2007 e 2008. Os carregamentos foram apreendidos na base da sua violação de patentes e marcas registadas na Europa, mesmo sendo estes produtos destinados a países onde não iriam infringir quaisquer direitos de PI. O resultado foi a rutura da cadeia de fornecimento de genéricos legais, incluindo medicamentos contra o VIH, e, provavelmente, o aumento dos custos devido a mudanças nos padrões de transporte.⁴⁵¹

PERDAS EXCESSIVAS E MORTES REAIS

Hoje em dia, o sistema de patentes e os acordos internacionais são concebidos com o intuito de encorajar a inovação e de recompensar os inventores pelos seus investimentos. Mas, se o exemplo dos Estados Unidos é típico, o país nem sempre foi bem-sucedido ao fazê-lo. De qualquer forma, os acordos estão a funcionar como previsto - isto é, estão a permitir que os fabricantes de medicamentos patenteados recuperem custos e gerem lucros de monopólio ao cobrarem preços super competitivos, que serão cobertos pelos consumidores, governos ou fornecedores de seguros de saúde. O que o regime da PI não considera é que a maior parte das compras de medicamentos é feita a crédito nos países de baixo e médio rendimentos, por governos com orçamentos de saúde limitados. Deste modo, os preços elevados criam, em linguagem económica, “perdas excessivas” que, no contexto dos medicamentos, resultam em mortes reais.

A atenção dedicada à aplicação da PI está em crescimento, por mais contraditório que isso possa parecer. Um resultado é o Acordo Comercial Anticontrafação (ACTA, pelas suas siglas em inglês) recentemente concluído, negociado entre um grupo privilegiado de, maioritariamente, países de alto rendimento⁴⁵², que deixaram passar muito poucas informações para o exterior, acerca da substância das negociações.⁴⁵³ O ACTA, recentemente assinado— cuja conclusão foi fortemente adiada pelos países do G8—, adiciona uma camada de proteção da PI, ultrapassando, significativamente, as exigências do TRIPS. Teme-se que isto possa ameaçar seriamente o acesso ao tratamento.⁴⁵⁴ O ACTA causou tamanha controvérsia que, a 4 de Julho de 2012, o Parlamento Europeu recusou ratificar a participação da União Europeia no Acordo.⁴⁵⁵

Leis anticontrafação

A recente proliferação das leis anticontrafação na África Oriental, promovidas pelas empresas multinacionais farmacêuticas, reflete a confusão crescente entre genéricos e medicamentos de contrafação— formulações de qualidade inferior que colocam em risco quem as toma⁴⁵⁶— e o mito de que os genéricos são inferiores às marcas de origem. Em 2008, com o apoio e as aclamações da indústria farmacêutica internacional, o Quénia aprovou uma lei de luta contra

a contrafação no setor dos medicamentos que, de facto, aumentou drasticamente a proteção da PI.⁴⁵⁷ Tais leis são perigosas para os países da África Oriental, que dependem fortemente de medicamentos genéricos.⁴⁵⁸ De facto, as leis, por si só, não resolvem o verdadeiro problema dos medicamentos de qualidade inferior. Os medicamentos defeituosos produzidos, por engano, por um titular de patente não infringem a patente, mas constituem um risco real de saúde pública; uma inspeção pelos funcionários aduaneiros não revela o defeito. As questões de qualidade, segurança e eficiência não apresentam nenhuma relação com a PI. As mesmas caem no âmbito das autoridades responsáveis pela regulamentação dos medicamentos e devem ser implementadas por elas.⁴⁵⁹ Um recente acórdão do Supremo Tribunal de Justiça do Quénia confirmou uma decisão anterior, impedindo a implementação da Lei Anticontrafação de 2008, por se considerar que a definição de “contrafação” desta lei não estabelece uma distinção clara entre medicamentos de contrafação e medicamentos genéricos e, desta forma, poderia prejudicar o acesso a medicamentos genéricos a preços menos dispendiosos. No seu acórdão, a Senhora Juíza Ngugi decretou que a propriedade intelectual não deve prevalecer sobre o direito à vida, o direito à saúde e o direito à dignidade humana, como estipula a Constituição do Quénia, de 2010.⁴⁶⁰



Fonte : UNAIDS/O. O'Hanlon/Cambodia

Acordos de comércio livre

Os acordos de comércio livre (ACL) e os acordos de parceria económica (APE), contendo as normas TRIPS-plus, também ameaçam o acesso aos medicamentos. Um exemplo ilustrativo é o Acordo de Parceria Transpacífico (TPPA, pelas suas siglas em inglês) promovido pelos Estados Unidos da América. Entre outras disposições a favor da indústria farmacêutica americana, as normas de patentes propostas podem permitir a patenteabilidade de novas formas, novas utilizações e novas formulações de medicamentos já existentes, prolongar os períodos da patente, e restringir a utilização de mecanismos de controlo sobre os preços. Noutro exemplo, o ACL UE-Índia proposto poderia reduzir a possibilidade dos países adotarem políticas encorajadoras da produção e distribuição dos medicamentos genéricos. A posição dos Estados Unidos da América, em termos de relações comerciais, que ameaça o acesso a medicamentos menos dispendiosos para milhões das que são as pessoas mais pobres do mundo, é fulcral, dados os declarados compromissos do Presidente Barack Obama em fazer crescer a igualdade económica e o acesso aos serviços de saúde nos Estados Unidos.

Estas disposições TRIPS-plus criam, por vezes, tensões orçamentais, mesmo em países de alto rendimento.⁴⁶¹ O Canadá encontra-se a negociar um ACL com a UE, que poderá representar um

montante estimado em 2,8 mil milhões de dólares canadianos por ano de custos suplementares ao plano canadiano de medicamentos, no caso de as várias disposições TRIPS-plus serem adotadas.⁴⁶² Para países com recursos limitados, os encargos podem ser esmagadores. O acordo CAFTA (Acordo de Comércio Livre entre Estados Unidos, América Central e República Dominicana), segundo algumas projeções, irá aumentar a despesa pública da Costa Rica em ARVs em, pelo menos, 50%, até 2030. Os governos dos países em desenvolvimento que se encontram a negociar ACLs são, muitas vezes, forçados a aceitar estas disposições de PI, em troca de acesso ao mercado para os seus produtos. Por mais ansiosos que estejam por estabelecer relações comerciais, os governos de países de baixo e médio rendimentos não devem ser forçados a sacrificar “a procura de uma saúde de melhor qualidade” pelo acesso a mercados de países desenvolvidos.

MUDANÇA DE VALORES, NOVOS INCENTIVOS

O acordo TRIPS foi concebido para encontrar um equilíbrio entre os direitos dos inovadores e os direitos dos consumidores. Na verdade, o equilíbrio descaiu, perigosamente, em favor dos titulares dos direitos. De facto, a linha de investigação e de desenvolvimento deve permanecer aberta para tratamentos futuros; os tratamentos atuais para a infeção por VIH, embora eficazes, necessitam de melhorias contínuas, de forma

a tornarem-se menos tóxicos e mais eficientes, com menor resistência aos medicamentos e menos efeitos secundários. Os tratamentos e as tecnologias médicas devem ser adaptados às necessidades específicas dos países em desenvolvimento— tais como as fórmulas para as crianças e diagnósticos que possam ser utilizados onde são administrados cuidados, particularmente importantes nos casos em que as pessoas precisam de percorrer longas distâncias para irem a um centro de saúde.⁴⁶³

Mas existe um mito destrutivo. Segundo este mito, a proteção da PI e a sua aplicação são os meios necessários e únicos para encorajar o desenvolvimento de novos produtos farmacêuticos.⁴⁶⁴ As provas contradizem esta afirmação. O que foi que o livre mercado das patentes pro-

duziu? Por vezes, inovações imprescindíveis à vida e melhoradoras da qualidade da mesma, como novos medicamentos para a hipertensão e os diabetes. Mas, muitas vezes, as empresas farmacêuticas produzem medicamentos de luxo, para resolverem os problemas das pessoas de países ricos— acne, rugas, síndrome das pernas inquietas, disfunção erétil— assim como milhares de produtos e processos que oferecem, unicamente, pequenas alterações a medicamentos existentes ou novas utilizações para os mesmos.⁴⁶⁵ Segundo um relatório do Instituto Nacional de Gestão dos Serviços de Saúde dos Estados Unidos, de 1989 a 2000, apenas 15% de todas as aprovações de medicamentos incidiram sobre medicamentos que ofereciam uma melhoria clínica significativa.⁴⁶⁶

PROMOÇÃO DA INOVAÇÃO

Aprovação de Novas Entidades Moleculares pela US Food & Drug Administration (FDA)



Fonte: Website da US Food & Drug Administration (www.fda.gov), consultado pelo PNUD, em 2012.

Entretanto, os departamentos de investigação e desenvolvimento (I&D) têm negligenciado as doenças tropicais que afetam e matam milhões de pessoas pelo facto de os seus consumidores serem pobres. De facto, em 2006, a Comissão da OMS para a Propriedade Intelectual, a Inovação e a Saúde Pública afirmou: “No que diz respeito às doenças que afetam milhões de pessoas pobres em países em desenvolvimento, as patentes não são um fator relevante ou eficiente em termos de estimulação da I&D ou de colocar novos produtos no mercado.”⁴⁶⁷

As propostas e os programas destinados a melhorar o ambiente para a inovação e o acesso variam. O Fundo Mundial e o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA (PEPFAR) criaram incentivos económicos para o desenvolvimento de medicamentos genéricos, em países onde os obstáculos ligados às patentes não existem ou foram ultrapassados. Com o aumento da concorrência dos genéricos e das economias de escala de produção, os preços descem.⁴⁶⁸ Recentemente, 13 grandes empresas farmacêuticas, com o apoio da Bill and Melinda Gates Foundation, do Banco Mundial e de outros doadores, comprometeram-se a investir em I&D, de forma a eliminar ou a controlar as 10 doenças tropicais mais negligenciadas, em países de baixo rendimento, incluindo a cegueira dos rios e a doença do sono, até 2020. Estas empresas irão, também, doar mais medicamentos aos países necessitados.⁴⁶⁹

São iniciativas decentes e modestas, mas não podem simular uma reparação dos danos causados pelo TRIPS. As doações de medicamentos não oferecem soluções duráveis, deixam verdadeiros problemas por resolver. Os fundos de ajuda à inovação, um tratado internacional vinculativo para a I&D e a descoberta de medicamentos de fonte aberta, são iniciativas que contêm algu-

mas das propostas mais promissoras a serem estudadas pelo Grupo de Especialistas Consultivos da OMS.⁴⁷⁰ Um recente relatório do Grupo de Especialistas Consultivos da OMS lançou um apelo aos países para começarem negociações com vista a um tratado internacional vinculativo para a I&D.⁴⁷¹ Estas ideias emergentes apresentam potencial para gerarem mais colaboração ou um acesso mais alargado. Em qualquer cenário, é essencial que os países de baixo e médio rendimentos participem significativamente nesta discussão.⁴⁷²

Mas a crise em torno do acesso aos medicamentos não é meramente um problema técnico. É uma questão de direito e de política. Muitos analistas colocam em causa as questões políticas, económicas e morais mais fundamentais e subjacentes à utilização dos regimes de PI, baseados no TRIPS, como o mecanismo de concentração da necessária I&D para os medicamentos contra o VIH. Questionam se os segredos de pesquisa que caracterizam as fases do sistema baseado na PI servem os interesses de uma pesquisa mais eficiente e cientificamente mais rigorosa. Contestam a inclusão dos produtos farmacêuticos no mesmo regime dos filmes e do software, assim como as motivações perversas pelas quais a procura de medicamentos de importância vital é mobilizada por um máximo de lucros possível para os monopólios farmacêuticos, em vez das necessidades de saúde de milhões de pessoas, nunca atendidas.

A incapacidade dos membros da OMC em utilizarem o atual instrumento internacional de vinculação para satisfazerem as necessidades de saúde pública ilustra a falta de adequação do Acordo TRIPS, em termos de pôr em equilíbrio os direitos dos inovadores e dos consumidores. Por consequência, o atual regime do TRIPS coloca em risco a saúde de milhões de pessoas.

RECOMENDAÇÕES

De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

- 6.1. O Secretário-Geral da ONU deve convocar um organismo neutro, de alto nível, para rever e avaliar propostas e recomendar um novo regime de propriedade intelectual para os produtos farmacêuticos. Tal regime deve ser compatível com as leis internacionais relativas aos direitos humanos e com as exigências de saúde pública, ao mesmo tempo que salvaguarda os direitos merecidos dos inventores. Este organismo deve incluir a representação do Alto-Comissariado para os Direitos Humanos, a OMS, a OMC, o PNUD, a ONUSIDA e a OMPI, assim como o Relator Especial sobre o Direito à Saúde, os principais especialistas e agências técnicas, e representantes do setor privado e da sociedade civil, incluindo pessoas portadoras do VIH. Esta reavaliação, com base nos direitos humanos, deverá ter em conta e ser construída com base nos esforços em andamento da OMS, como a Estratégia e Plano de Ação Globais para a Saúde Pública, a Inovação, e a Propriedade Intelectual e o trabalho do seu Grupo de Especialistas Consultivos. Enquanto aguardam esta revisão, os membros da OMC devem suspender o TRIPS no que diz respeito aos produtos farmacêuticos essenciais para os países de baixo e médio rendimentos.
- 6.2. Os países de alto rendimento, incluindo doadores como os Estados Unidos da América, a União Europeia, os países da Associação Europeia de Comércio Livre (Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça) e o Japão devem parar, imediatamente, de fazer pressão para que os países de baixo e médio rendimentos adotem ou implementem as medidas TRIPS-plus em acordos comerciais que impeçam o acesso ao tratamento de importância vital.
 - 6.2.1 Todos os países devem, imediatamente, adotar e observar uma moratória global relativa à inclusão de quaisquer disposições de propriedade intelectual em qualquer tratado internacional que limitem a capacidade dos países em desenvolverem opções políticas de redução dos custos do tratamento relacionado com o VIH. Acordos como o Acordo Comercial Anticontrafação (ACTA) devem ser reformados; se o ACTA não for reformado de forma a excluir tais disposições de propriedade intelectual, os países não o deverão assinar. Todos os países devem interromper as práticas unilaterais para este mesmo fim, o acesso limitado.
 - 6.2.2 Os países de alto rendimento devem parar de procurar impôr obrigações de propriedade intelectual TRIPS-plus mais rigorosas aos governos dos países em desenvolvimento. Estes mesmos países devem desistir de reagir contra os países que recusam adotar estas medidas TRIPS-plus, de maneira a que possam alcançar um melhor acesso ao tratamento.
- 6.3. Embora a Comissão recomende que os membros da OMC suspendam o TRIPS no que diz respeito aos produtos farmacêuticos essenciais para os países de baixo e médio rendimentos, reconhecemos que tal mudança não vai acontecer de um dia para o outro. Durante este tempo provisório, mesmo que os países possam encontrar dificuldades ao agir face à pressão política, devem, na medida do possível, incorporar e utilizar as flexibilidades do TRIPS, consistentes com as garantias das suas leis nacionais.
 - 6.3.1 Os países de baixo e médio rendimentos não devem ser sujeitos a pressões políticas e legais, destinadas a impedi-los de utilizarem as flexibilidades do TRIPS, para assegurar que os recém-nascidos, as crianças e os adolescentes portadores do VIH tenham igualdade de acesso em relação aos adultos, em termos do diagnóstico do VIH e a tratamentos adequados à idade.

- 6.3.2 É fundamental que tanto os países com uma capacidade de fabrico significativa e aqueles que dependem da importação de produtos farmacêuticos adotem políticas de utilização das flexibilidades do TRIPS, tão geral e simplesmente quanto puderem. Os países de baixo e médio rendimentos devem facilitar a colaboração e a partilha de conhecimentos técnicos, com o intuito de tirarem o máximo proveito das flexibilidades do TRIPS (por exemplo, através da emissão de licenças obrigatórias para os ARVs e medicamentos contra co-infecções como a hepatite C). Os países importadores e exportadores devem adotar disposições internas diretas e simples, de forma a facilitar a utilização das flexibilidades do TRIPS.
- 6.3.3 Os países em desenvolvimento devem abster-se de adotar disposições TRIPS-plus, particularmente, a lei anticontrafação, que associa, de maneira abusiva, os problemas da contrafação ou dos medicamentos de má qualidade aos genéricos e impede o acesso a tratamento contra o VIH, a um baixo custo.
- 6.3.4 Os países devem ser dinâmicos e utilizar outras áreas do direito e da política, tal como a lei da concorrência, a política de controlo de preços e a legislação relativa aos contratos, de maneira a melhorarem o acesso aos produtos farmacêuticos.
- 6.4. Os membros da OMC devem prolongar, por tempo indefinido, a isenção dos países menos desenvolvidos quanto à aplicação das disposições do TRIPS, no caso dos produtos farmacêuticos. A ONU e os seus Estados membros devem mobilizar os recursos adequados para apoiar os PMD na conservação desta latitude política.
- 6.5 A Decisão de 30 de Agosto de 2003 do Conselho Geral da OMC não provou ser uma solução viável para os países com uma capacidade de fabrico de medicamentos insuficiente. É fundamental que o sistema estabelecido por essa decisão seja revisto ou complementado por um novo mecanismo, de modo a facilitar a importação de produtos farmacêuticos, sob licença obrigatória. Os países membros da OMC devem abster-se de ratificar a adoção da Decisão de 30 de Agosto de 2003, como um novo Artigo 31 bis do Acordo TRIPS, e devem prosseguir esforços para reformar ou substituir o sistema.
- 6.6 O TRIPS falhou no objetivo de encorajar e recompensar o tipo de inovação que permite aos produtos farmacêuticos mais eficientes serem mais acedidos pelas pessoas pobres, particularmente os relacionados com as doenças negligenciadas. Os países devem, portanto, desenvolver, acordar e investir em novos sistemas que sirvam, realmente, este propósito, dando prioridade às aproximações mais promissoras, incluindo um novo tratado I&D e a promoção das descobertas de fonte aberta.

CONCLUSÃO

No século XXI, o VIH é uma doença crónica tratável – para alguns. No entanto, tal como outros padecimentos evitáveis e remediáveis, como a pneumonia, a diarreia ou a subnutrição, continua a afetar e a matar demasiadas pessoas vulneráveis ou marginalizadas.

Desde o início, a resposta a esta epidemia tem sido conduzida pelas pessoas que vivem com VIH, pelas populações afetadas, de forma desproporcionada, pela SIDA, e pelas suas famílias e entes queridos. A sua tenacidade, ativismo, criatividade e solidariedade criaram o “sexo seguro” e a “redução do risco”, encorajaram os progressos médicos e científicos, e conduziram ao aumento rápido do financiamento internacional, a favor da resposta à SIDA, durante a última década. Ofereceram à Comissão provas convincentes de que as boas leis e o respeito sentido pelos direitos humanos podem fomentar as respostas eficazes ao VIH que são necessárias ao desenvolvimento sustentável.

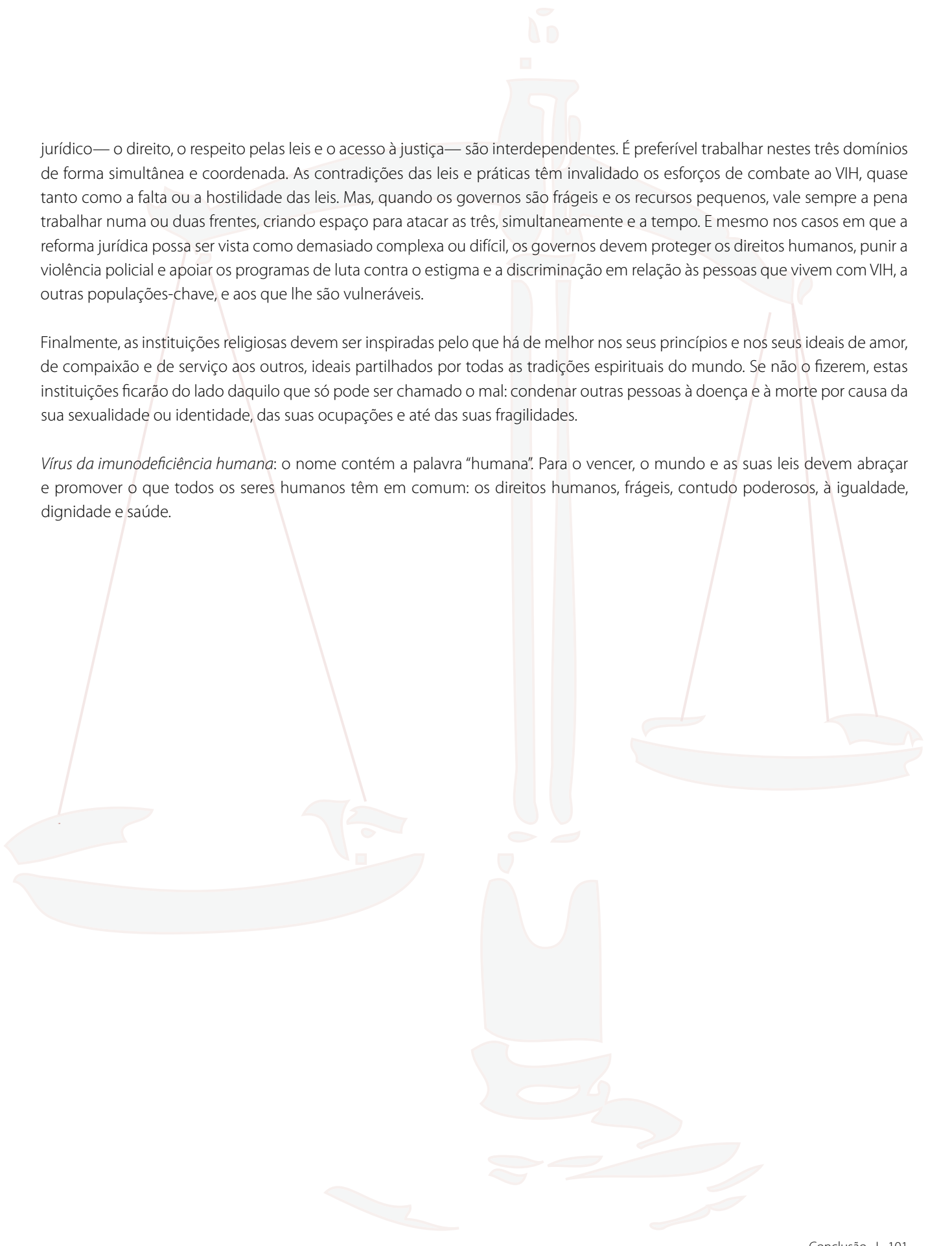
O mundo pode sempre beneficiar de mais dados e de mais instrumentos e tecnologias. Um “Quadro de Investimento” publicado em 2011⁴⁷³ demonstra que um aumento modesto e um melhor direcionamento dos investimentos financeiros, em termos das respostas ao VIH, podem fazer recuar a epidemia mundial, durante os próximos anos. As novas tecnologias poderão ser úteis, mas o estabelecimento de um contexto jurídico favorável é de uma importância fundamental, no caso de pretendermos economizar dinheiro.

O Grupo de Referência da ONUSIDA sobre os Direitos Humanos e o VIH declarou, recentemente, que a “crise de financiamento representa, atualmente, a questão mais importante dos direitos humanos, na resposta ao VIH. Paradoxalmente, o financiamento estagna ou diminui, enquanto a ciência, a medicina e os programas estão a oferecer os instrumentos para o sucesso contra o VIH.”⁴⁷⁴ Os países e as instituições internacionais de financiamento devem restaurar e impulsionar o fluxo de recursos para a resposta ao VIH. Devem elaborar estratégias, a partir das melhores provas de saúde pública, e não devem ser ditados por considerações ideológicas. Devem ser realistas em relação às exigências das vidas limitadas por falta de opções. Devem, também, respeitar a experiência e a inteligência das pessoas que vivem com VIH e daqueles que as apoiam.

Ao aumentarem a ajuda externa e ao alocarem os recursos nacionais, os governos devem compreender que os milhões que investem em respostas ao VIH carregadas de compaixão podem ser, rapidamente, negados, se prolongarem o seu apoio político e material a contextos jurídicos repressivos, nesses mesmos países. Os organismos de trocas multilaterais não podem considerar os medicamentos produtos similares a software ou a filmes. A sociedade civil deve exigir que a busca pelo lucro das sociedades no quadro de acordos comerciais seja submetida às exigências dos direitos humanos universais.

As barreiras do passado já não existem. O petróleo, os alimentos, os dados numéricos, o capital, os conflitos ou as pessoas continuam, incessantemente, a atravessar fronteiras. O VIH não pode ser posto de quarentena, social, económica ou medicamente. As recomendações da Comissão apelam aos governos, aos doadores, à sociedade civil, às instituições religiosas e às Nações Unidas para honrarem as suas obrigações como cidadãos do mundo, que defendem os direitos humanos e se responsabilizam, mutuamente, para que seja feito tudo o que for possível para pôr fim à SIDA:

Através da criação de contextos jurídicos favoráveis, os governos vão permitir a implementação de respostas ao VIH mais eficazes e humanas, enquanto honram os compromissos que assumiram, no quadro dos acordos internacionais sobre os direitos humanos, e nos seus próprios organismos legislativos. Podem mesmo ir mais longe. Os três elementos de qualquer contexto



jurídico— o direito, o respeito pelas leis e o acesso à justiça— são interdependentes. É preferível trabalhar nestes três domínios de forma simultânea e coordenada. As contradições das leis e práticas têm invalidado os esforços de combate ao VIH, quase tanto como a falta ou a hostilidade das leis. Mas, quando os governos são frágeis e os recursos pequenos, vale sempre a pena trabalhar numa ou duas frentes, criando espaço para atacar as três, simultaneamente e a tempo. E mesmo nos casos em que a reforma jurídica possa ser vista como demasiado complexa ou difícil, os governos devem proteger os direitos humanos, punir a violência policial e apoiar os programas de luta contra o estigma e a discriminação em relação às pessoas que vivem com VIH, a outras populações-chave, e aos que lhe são vulneráveis.

Finalmente, as instituições religiosas devem ser inspiradas pelo que há de melhor nos seus princípios e nos seus ideais de amor, de compaixão e de serviço aos outros, ideais partilhados por todas as tradições espirituais do mundo. Se não o fizerem, estas instituições ficarão do lado daquilo que só pode ser chamado o mal: condenar outras pessoas à doença e à morte por causa da sua sexualidade ou identidade, das suas ocupações e até das suas fragilidades.

Vírus da imunodeficiência humana: o nome contém a palavra “humana”. Para o vencer, o mundo e as suas leis devem abraçar e promover o que todos os seres humanos têm em comum: os direitos humanos, frágeis, contudo poderosos, à igualdade, dignidade e saúde.

TERMOS DE REFERÊNCIA DA COMISSÃO

As leis podem ter um impacto profundo na vida das pessoas. Muitos dos sucessos relacionados com a questão da redução das causas e das consequências do VIH têm lugar em contextos onde as leis foram utilizadas de forma a protegerem os direitos humanos e as pessoas marginalizadas e sem poder. Por exemplo, em certos países, as leis anti-discriminação ajudaram as pessoas que vivem com VIH a manterem os seus empregos, as suas casas e a tomarem conta das suas famílias. As leis de proteção da confidencialidade contribuíram para o aumento da confiança ligada aos sistemas de saúde, encorajando as pessoas a descobrirem o seu estatuto serológico e a acederem à prevenção e ao tratamento do VIH. As garantias jurídicas em termos de igualdade em matéria de sucessões e de propriedade para as mulheres e raparigas ajudam a aliviar os encargos sociais e económicos relacionados com o VIH. Hoje em dia, em vários países do mundo, o contexto jurídico apresenta sérios desafios a respostas eficazes ao VIH e impede o acesso ao tratamento, de importância vital, contra o mesmo. Todos os dias, as pessoas que vivem com VIH, incluindo os trabalhadores do sexo, os consumidores de drogas, os homens que fazem sexo com outros homens, e os transexuais, continuam a ser vítimas do estigma, da discriminação e da violência. As leis e as práticas discriminatórias contra as mulheres, que não respeitam os seus direitos de estarem livres de qualquer violência, tornam-nas mais vulneráveis ao VIH. Apesar de o discurso das respostas ao VIH fundadas nos direitos ter crescido e de ter havido algum sucesso em termos do desenvolvimento de enquadramentos jurídicos capacitantes no contexto do VIH, as violações dos direitos humanos continuam impunes. À escala mundial, as respostas ao VIH encontram-se num momento crítico, onde uma análise objetiva e

independente das relações entre os contextos jurídicos e o VIH, que dão azo a opções políticas concretas para os países e as comunidades, poderia moldar a próxima geração de respostas à SIDA, à saúde e ao desenvolvimento. Consequentemente, o Conselho de Coordenação do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA) encarregou o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em nome da família da UNUSIDA, de criar uma Comissão independente sobre o VIH e o Direito.

A Comissão Global sobre o VIH e o Direito tem por objetivo desenvolver recomendações com vista à ação, fundamentadas por dados concretos e baseadas nos direitos humanos, para uma resposta eficaz ao VIH, a favor das pessoas que vivem com ou particularmente vulneráveis ao VIH. A Comissão Global sobre o VIH e o Direito vai questionar a relação entre contextos jurídicos, direitos humanos e o VIH. A Comissão irá concentrar-se, também, em algumas das mais exigentes questões jurídicas no contexto do VIH, incluindo a penalização da transmissão do VIH, de comportamentos e de práticas, tais como o consumo de drogas, o trabalho sexual e as relações entre pessoas do mesmo sexo, o estatuto jurídico e social da mulher e o acesso a serviços de prevenção e de tratamento do VIH. A Comissão Global sobre o VIH e o Direito irá contribuir para garantir que as leis, os direitos humanos e o VIH beneficiem da análise e da exposição necessárias para facilitar o acesso universal à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio ao VIH, de modo a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Durante um período de 18 meses, a Comissão Global sobre o VIH e o Direito irá realizar os seguintes estudos:

- Analisar os dados existentes acerca da relação entre os contextos jurídicos e o VIH, particularmente através de uma avaliação dos contextos jurídicos atuais nos vários países, tanto punitivos como favoráveis, e do seu impacto sobre as pessoas que vivem com VIH, populações-chave, tal como os trabalhadores do sexo, os consumidores de drogas, os homens que fazem sexo com outros homens e os transexuais, e outras pessoas vulneráveis ou afetadas pelo VIH;
- Avaliar os impactos a médio e a longo prazo dos contextos jurídicos punitivos e favoráveis em relação às respostas em matéria do VIH, da saúde e do desenvolvimento, a nível nacional, regional e mundial;
- Ter em consideração as perspetivas e experiências dos governos, dos legisladores e decisores políticos, dos responsáveis pela aplicação da lei, da sociedade civil, particularmente das pessoas mais marginalizadas e afetadas pelo VIH e das comunidades; e
- Fornecer recomendações fundamentadas por dados e com vista à ação sobre as reformas legislativas e políticas que devem ser adotadas a nível nacional, regional e mundial, com vista à redução do impacto do VIH sobre os indivíduos, agregados familiares e comunidades.

As conclusões e as recomendações da Comissão Global sobre o VIH e o Direito serão resumidos num relatório que será extensamente difundido a governos nacionais, sociedade civil, particularmente a pessoas que vivem com VIH e outras populações-chave, a comunidades afetadas pelo VIH, ao sistema das Nações Unidas, especialmente aos cofinanciadores da ONUSIDA e ao Secretariado desta mesma organização, e a doadores bilaterais e multilaterais, para uma implementação e monitorização eficazes.

BIOGRAFIA DOS MEMBROS DA COMISSÃO

As biografias completas estão disponíveis online, através do endereço www.hivlawcommission.org

1. O Presidente Fernando Henrique Cardoso (Brasil) – Presidente

Fernando Henrique foi Presidente do Brasil de 1995 a 2002. Durante este período, o Brasil tornou-se um dos primeiros países em desenvolvimento a oferecer tratamento antirretroviral gratuito aos seus cidadãos. Antes da sua eleição, foi Ministro dos Negócios Estrangeiros e Ministro das Finanças. Em maio de 2012, foi anunciado que Fernando Henrique Cardoso iria receber o Prémio John W. Kluge, recompensando a obra de uma vida em termos das ciências sociais e humanas.

2. Sua Excelência, Sr. Festus Gontebanye Mogae (Botsuana)

Festus Gontebanye Mogae foi Presidente da República do Botsuana de 1998 a 2008. Durante este período, o Botsuana tornou-se o primeiro país africano a oferecer tratamento antirretroviral gratuito aos seus cidadãos. Festus Gontebanye Mogae é Presidente da organização Champions for a HIV-Free Generation e conhecido por ter sido um dos primeiros líderes africanos a fazer publicamente um teste de despiste do VIH.

3. Sra. Ana Helena Chacon-Echeverria (Costa Rica)

Ana Helena Chacon-Echeverria foi, respetivamente, coordenadora do Grupo Parlamentar Costarrriquenho, Ministra da Segurança Pública e membro do Congresso. Foi, também, vice-presidente do Grupo Parlamentar Interamericano. É uma defensora de longa data dos direitos das mulheres e das pessoas com deficiência.

4. Sr. Charles Chauvel (Nova Zelândia)

Charles Chauvel é membro do Parlamento da Nova Zelândia. É o Procurador-Geral do governo-sombra e o porta-voz do Partido Trabalhista no domínio da Justiça e das Artes, Cultura e Património. Também foi membro da Comissão Nacional de Saúde Pública da Nova Zelândia e da Fundação Neozelandesa contra a SIDA.

5. Dr. Shereen El Feki (Egito) – Vice-Presidente

Shereen El Feki é uma universitária, escritora e jornalista, cuja investigação recente se concentra na saúde sexual e reprodutiva e na vida na região árabe. Foi também correspondente do The Economist em matéria de serviços de saúde.

6. Sra. Bience Gawanas (Namíbia)

Bience Gawanas foi eleita Comissária da União Africana para os Assuntos Sociais. Entre 1991 e 1996, Bience Gawanas foi membro, a tempo-inteiro, da Comissão da Função Pública da Namíbia. Em 1996, foi nomeada Provedora da Justiça da Namíbia, posição que ocupou até 2003.

7. A Ilustre Dame Carole Kidu (Papua-Nova Guiné)

Carol Kidu é Líder da Oposição na Papua-Nova Guiné. É Membro do Parlamento desde 1997 e é a única mulher entre os 109 deputados do Parlamento da Papua-Nova Guiné. Além do papel principal que desempenhou em reformas legislativas, foi Ministra do Desenvolvimento Comunitário.

8. O Ilustre Michael Kirby (Austrália)

Michael Kirby foi juiz do Supremo Tribunal da Austrália, de 1996 a 2009. Além disso, foi, respetivamente, Presidente da Australian Law Reform Commission, Presidente da Comissão Internacional de Juristas e o Representante Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para os Direitos Humanos, no Camboja.

**9. A Ilustre Barbara Lee
(Estados Unidos da América)**

Barbara Lee é membro do Congresso dos Estados Unidos da América durante mais de uma década. É coautora da lei histórica que instaurou o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA. Além do mais, desempenhou um papel importante no aumento do financiamento nacional para os programas de VIH, incluindo a iniciativa a favor das minorias atingidas pela SIDA (Minority AIDS Initiative).

10. Sr. Stephen Lewis (Canadá)

Stephen Lewis é cofundador da AIDS Free World, uma organização ativista internacional com vista a promover uma resposta mais urgente e eficaz ao VIH. Foi o Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Luta contra o VIH/SIDA, em África, de 2001 a 2006. Além disso, foi, também, Embaixador do Canadá nas Nações Unidas.

11. Professora Sylvia Tamale (Uganda)

Sylvia Tamale é uma eminente advogada feminista e investigadora do Uganda. É defensora dos direitos humanos e ativista dos direitos das mulheres e das comunidades marginalizadas. Foi Reitora da Faculdade de Direito da Universidade de Makerere.

12. Sr. Jon Ungphakorn (Tailândia)

Jon Ungphakorn é ex-Senador de Banquecoque. Dedicou toda a sua carreira aos problemas ligados aos direitos humanos e ao desenvolvimento na Tailândia. É, atualmente, Vice-Presidente da Thai Foundation for AIDS Rights e membro do Conselho de Diretores do Serviço Público de Radiodifusão Tailandês.

13. Professora Miriam K. Were (Quénia)

Miriam Were foi Presidente do Conselho Nacional para o Controlo da SIDA e Diretora da Fundação Africana para a Medicina e Investigação. É cofundadora da fundação UZIMA – uma organização que se debruça sobre a capacitação dos jovens e o VIH, e membro da organização Champions for a HIV-Free Generation.

14. Sr. JVR Prasada Rao (Índia)

– Membro Secretário

O Sr. JVR Prasada Rao foi Diretor do Programa Nacional para o Controlo da SIDA da Índia, de 1997 a 2002. Foi, também, Secretário Permanente do Ministério da Saúde e Diretor da Equipa de Apoio Regional do Programa ONUSIDA para a Ásia-Pacífico. O Sr. JVR Prasada Rao foi, igualmente, Membro Secretário da Comissão sobre a SIDA na Ásia e da Comissão sobre a SIDA no Pacífico. Em maio de 2012, foi nomeado Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a SIDA na Ásia e no Pacífico.

BIOGRAFIAS DO GRUPO TÉCNICO CONSULTIVO

As biografias completas estão disponíveis online, através do endereço www.hivlawcommission.org

1. O Ilustre Michael Kirby (Copresidente)

Michael Kirby foi juiz do Supremo Tribunal da Austrália, de 1996 a 2009. Além disso, foi, respetivamente, Presidente da Australian Law Reform Commission, Presidente da Comissão Internacional de Juristas e o Representante Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para os Direitos Humanos, no Camboja.

2. Allehone Mulugeta Abebe (Copresidente)

Allehone Mulugeta Abebe é um diplomata etíope. Possui vasta experiência nos domínios da saúde pública, dos direitos humanos e do direito internacional. Negociou várias resoluções e atos jurídicos multilaterais, regionais e internacionais sobre os direitos humanos. Atualmente, encontra-se a fazer a sua investigação doutoral sobre as populações africanas deslocadas no interior dos seus próprios países.

3. Aziza Ahmed

Aziza Ahmed é Professora-Assistente de Direito na Northeastern University de Boston, Massachusetts. Os seus trabalhos debruçam-se sobre questões relativas ao VIH, género, sexualidade, saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e ao ponto de encontro entre saúde pública e direito criminal.

4. Jonathan Berger

Jonathan Berger encontra-se a fazer o seu estágio profissional de advocacia na África do Sul. Foi investigador e chefe da unidade de política e de investigação no centro jurídico SECTION27, incorporando o Projeto de

Lei sobre a SIDA. O seu Mestrado em Direito versou sobre a relação entre o acesso ao tratamento do VIH e o direito comercial e o direito constitucional internacionais.

5. Chris Beyrer

Chris Beyrer é Professor de Epidemiologia, Saúde Internacional e Saúde, Comportamento e Sociedade na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. É fundador e Diretor do Centro para a Saúde Pública e os Direitos Humanos da John Hopkins.

6. Scott Burris

Scott Burris é Professor de Direito na Universidade de Temple, onde dirige o Centro para o Direito, Política e Práticas da Saúde, e o Programa de Investigação sobre Direito da Saúde Pública da Fundação Robert Wood Johnson. Os seus trabalhos debruçam-se sobre a influência das leis na saúde pública, e as intervenções que podem tornar as leis e a aplicação das mesmas mais saudáveis, na prática.

7. Joanne Csete

Joanne Csete é uma alta-funcionária do Global Drug Policy Program, Open Society Foundations (OSF). Antes de entrar para a OSF, estudou na Mailman School of Public Health da Universidade de Columbia, onde a sua investigação se centrou nos serviços de saúde para as populações marginalizadas e criminalizadas, particularmente para as pessoas que consomem drogas ilícitas, trabalhadores do sexo, prisioneiros e detidos, e pessoas que vivem com VIH.

8. Mandeep Dhaliwal

Mandeep Dhaliwal é Chefe do Grupo Setorial: Direitos Humanos e Governança no Grupo VIH do PNUD. Antes da sua entrada no PNUD, era conselheira principal do Programa sobre a SIDA do Dutch Royal Tropical Institute, centrando-se em questões relativas ao VIH, saúde, direitos humanos e direito. Foi Coordenadora e fundadora da Unidade VIH/SIDA do Coletivo de Advogados da Índia.

9. Sophie Dilmitis

Sophie Dilmitis vive, abertamente, com a sua seropositividade há 16 anos. Possui grande experiência de trabalho com os movimentos ligados à SIDA e aos direitos das mulheres, em África e no mundo. De 2006 a 2011, Sophie trabalhou para a World YWCA, como Coordenadora para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos e VIH.

10. Vivek Divan

Vivek Divan é um advogado indiano. Enquanto Coordenador da Unidade VIH/SIDA do Coletivo de Advogados da Índia, fez parte da equipa de redação do projeto de lei indiano sobre o VIH/SIDA. Colaborou, também, de perto, nos trabalhos de investigação e de mobilização comunitária para a ação de interesse público contra a lei anti-sodomia da Índia.

11. Richard Elliott

Richard Elliott é advogado e Diretor-Geral da Canadian HIV/AIDS Legal Network. Atualmente, recebe uma bolsa de investigação ao abrigo do programa de Liderança Comunitária em matéria de Justiça da Law Foundation of Ontario, na Faculdade de Direito da Universidade de Toronto. Entre 2001 e 2007, foi membro do Conselho Ministerial sobre

o VIH/SIDA, um órgão especializado, encarregado de aconselhar o Ministro Federal da Saúde canadiano.

12. Sofia Gruskin

Sofia Gruskin dirige o Programa Sobre a Saúde Mundial e os Direitos Humanos da Universidade do Sul da Califórnia, do Instituto para a Saúde Mundial da USC, e ocupa os cargos de Professora de Medicina Preventiva na Keck School of Medicine e de Professora de Direito e de Medicina Preventiva na Gould School of Law. É também Professora Adjunta de Saúde Mundial, no Departamento de Saúde Mundial e População de Harvard.

13. Wendy Isaack

Wendy Isaack é uma advogada e ativista dos direitos humanos sul-africana. Os seus trabalhos debruçam-se sobre os direitos das mulheres, particularmente em relação à violência contra as mulheres, e os direitos de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais. Tem-se envolvido ativamente em trabalhos de defesa dos direitos humanos junto da Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.

14. Rick Lines

Rick Lines é Diretor-Executivo da Associação Harm Reduction International. É conhecido pelo seu trabalho sobre os direitos dos prisioneiros, redução do risco, pena de morte por infrações relacionadas com as drogas, política anti-droga e VIH. Tem um Mestrado em Sociologia e em Direito Internacional dos Direitos Humanos.

15. Annie Madden

Annie Madden trabalha nas áreas do consumo de drogas injetáveis, do VIH, da hepatite C, da educação interpares e da representação dos consumidores de drogas, há 20 anos. É Diretora-Executiva da Liga Australiana dos Consumidores de Drogas Injetáveis e Ilícitas e representante da Rede Internacional de Pessoas Consumidoras de Drogas.

16. Kevin Moody

Kevin Moody vive, abertamente, com a sua seropositividade e é Diretor-Geral da Rede Global de Pessoas que Vivem com VIH, desde 2006. Começou a sua carreira como farmacêutico em farmácias hospitalares e comunitárias, e trabalha na Campanha 'Médicos Sem Fronteiras' para o Acesso a Medicamentos Essenciais.

17. Vitit Muntarbhorn

Vitit Muntarbhorn trabalha, há mais de 30 anos, na Faculdade de Direito da Universidade de Chulalongkorn. Foi o Relator Especial das Nações Unidas sobre o tráfico de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil, de 1990 a 1994. O seu trabalho debruça-se sobre questões de direitos humanos, incluindo os direitos das minorias sexuais.

18. Cheryl Overs

Cheryl Overs é fundadora da Rede Global para os Projetos Sexuais. Enquanto Investigadora Principal no Michael Kirby Centre for Public Health and Human Rights da Universidade Monash e membro da Paulo Longo Research Initiative, os seus trabalhos debruçam-se sobre o impacto das condições económicas e legais sobre a saúde e os direitos humanos dos trabalhadores sexuais.

19. JVR Prasada Rao (Membro Secretário da Comissão)

O Sr. JVR Prasada Rao foi Diretor do Programa Nacional para o Controlo da SIDA da Índia, de 1997 a 2002. Foi, também, Secretário Permanente do Ministério da Saúde e Diretor da Equipa de Apoio Regional do Programa ONUSIDA para a Ásia-Pacífico. O Sr. JVR Prasada Rao foi, igualmente, Membro Secretário da Comissão sobre a SIDA na Ásia e da Comissão sobre a SIDA no Pacífico. Em maio de 2012, foi nomeado Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a SIDA na Ásia e no Pacífico.

20. Tracey Robinson

Tracey Robinson é Investigadora Principal na Faculdade de Direito da Universidade das Índias Ocidentais (UWI), Cavehill, Barbados. É autora de publicações nas áreas do direito da família, do género e da cidadania, do feminismo jurídico, do trabalho sexual, da sexualidade entre pessoas do mesmo sexo, do assédio sexual e das relações conjugais íntimas.

21. Purna Sen*

Purna Sen dirige o Programa para a Liderança Africana, na London School of Economics. Acumula quase trinta anos de experiência em trabalhos de promoção da justiça social, mais recentemente, na qualidade de Chefe do Departamento de Direitos Humanos para o Secretariado da Commonwealth e, antes disso, como Diretora do Programa Ásia-Pacífico da Amnistia Internacional. Previamente, ensinou Género e Desenvolvimento, no Instituto de Estudos de Desenvolvimento,

* Purna Sen deixou o Grupo Técnico Consultivo em Março de 2012

na London School of Economics, e trabalhou no contexto da igualdade das raças na educação.

22. Susan Timberlake

Susan Timberlake é Conselheira Principal sobre as questões de Direitos Humanos e do Direito na ONUSIDA. Começou a sua carreira na ONU, no Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), onde trabalhou durante dezanove anos. Na ONUSIDA, o seu trabalho debruçou-se sobre a promoção das abordagens baseadas nos direitos humanos e na criação de contextos jurídicos favoráveis em sede do VIH.

23. Matthew Weait

Matthew Weait é Professor de Direito e Políticas no Birkbeck College, Universidade de Londres. Os seus trabalhos debruçam-se sobre o impacto do direito sobre as pessoas que vivem com VIH, com uma ênfase particular na construção jurídica das responsabilidades e nas relações entre o direito e os direitos humanos. É autor de várias publicações na área do direito criminal e do VIH.

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

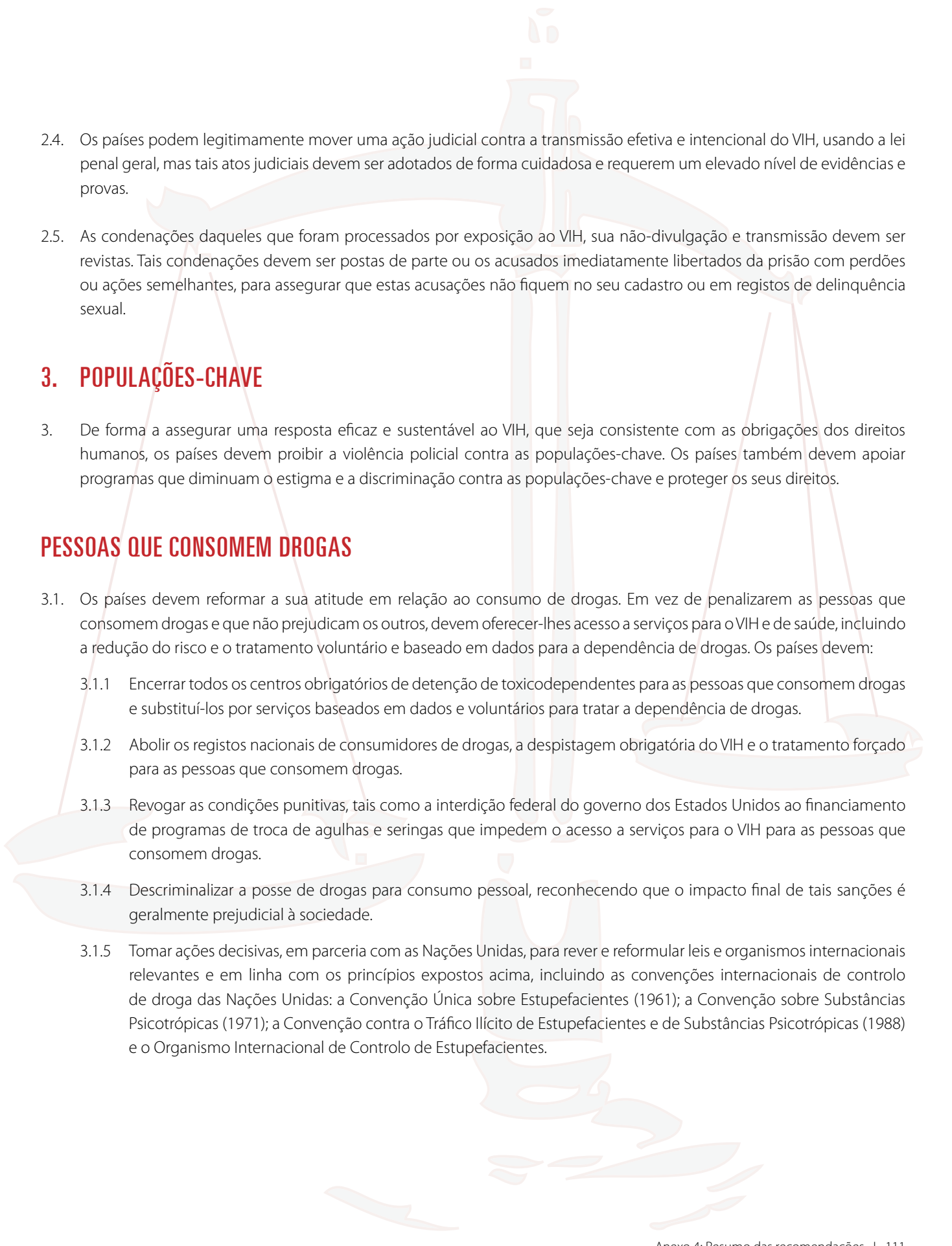
De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos:

1. DISCRIMINAÇÃO

- 1.1. Os países devem garantir que as suas políticas, estratégias, planos e programas nacionais de VIH incluem uma ação eficaz e direcionada de apoio aos contextos jurídicos favoráveis, tendo em conta as leis oficiais, a implementação das mesmas e o acesso à justiça. Todos os países devem revogar leis punidoras e promulgar leis de proteção que protejam e promovam os direitos humanos, que melhorem a prestação dos serviços de prevenção e de tratamento do VIH e o seu acesso, e a aumentem a relação custo-eficácia destes mesmos esforços.
- 1.2. Nos casos em que ainda não o tenham feito, os países devem proibir expressamente a discriminação com base no estatuto real ou suposto de VIH e assegurar que os compromissos existentes ao nível dos direitos humanos, assim como as garantias constitucionais, são postos em prática. Os países devem também assegurar que as leis e regulamentações anti-discriminação e asseguradoras da participação, da divulgação de informações, e da prestação de serviços de saúde protegem as pessoas que vivem com VIH e outras populações-chave, assim como as pessoas expostas ao risco de infeção por VIH.
- 1.3. Os doadores, a sociedade civil e os atores do setor privado, assim como as Nações Unidas, devem exigir, da parte dos governos, o respeito dos seus compromissos em relação aos direitos humanos. Os grupos não governamentais devem desenvolver e implementar políticas e práticas ligadas ao VIH, que sejam realizáveis, e financiar ações suscetíveis de reformar as leis relativas ao VIH, assegurar o seu respeito e o acesso à justiça. Estes esforços incluem a educação das pessoas sobre os seus direitos e sobre as leis, assim como a luta contra o estigma e a discriminação no seio das famílias, das comunidades e dos locais de trabalho.

2. CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH, EXPOSIÇÃO AO VÍRUS E SUA NÃO-DIVULGAÇÃO

- 2.1. Os países não devem promulgar leis que explicitamente criminalizem a transmissão do VIH, a exposição ao VIH ou a não divulgação do estado de VIH. Onde tais leis existem, são contraproducentes e devem ser abolidas. As disposições dos códigos modelo que têm sido propostos para apoiar a promulgação de tais leis devem ser retiradas e revistas para estarem em conformidade com estas recomendações.
- 2.2. As autoridades policiais e judiciais não devem acusar pessoas em casos de não-divulgação do VIH ou exposição ao VIH nos quais não seja provada a ocorrência de transmissão intencional ou maliciosa. Invocar leis penais em casos de atividade sexual consensual entre adultos é desproporcionado e contraproducente à melhoria da saúde pública.
- 2.3. Os países devem rever ou abolir qualquer lei que, de forma explícita ou efetiva, criminalize a transmissão vertical do VIH. Enquanto decorre o processo de revisão e abolição, os governos devem declarar uma moratória relativamente à aplicação de tais leis.

- 
- 2.4. Os países podem legitimamente mover uma ação judicial contra a transmissão efetiva e intencional do VIH, usando a lei penal geral, mas tais atos judiciais devem ser adotados de forma cuidadosa e requerem um elevado nível de evidências e provas.
- 2.5. As condenações daqueles que foram processados por exposição ao VIH, sua não-divulgação e transmissão devem ser revistas. Tais condenações devem ser postas de parte ou os acusados imediatamente libertados da prisão com perdões ou ações semelhantes, para assegurar que estas acusações não fiquem no seu cadastro ou em registos de delinquência sexual.

3. POPULAÇÕES-CHAVE

3. De forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentável ao VIH, que seja consistente com as obrigações dos direitos humanos, os países devem proibir a violência policial contra as populações-chave. Os países também devem apoiar programas que diminuam o estigma e a discriminação contra as populações-chave e proteger os seus direitos.

PESSOAS QUE CONSOMEM DROGAS

- 3.1. Os países devem reformar a sua atitude em relação ao consumo de drogas. Em vez de penalizarem as pessoas que consomem drogas e que não prejudicam os outros, devem oferecer-lhes acesso a serviços para o VIH e de saúde, incluindo a redução do risco e o tratamento voluntário e baseado em dados para a dependência de drogas. Os países devem:
- 3.1.1 Encerrar todos os centros obrigatórios de detenção de toxicodependentes para as pessoas que consomem drogas e substituí-los por serviços baseados em dados e voluntários para tratar a dependência de drogas.
 - 3.1.2 Abolir os registos nacionais de consumidores de drogas, a despistagem obrigatória do VIH e o tratamento forçado para as pessoas que consomem drogas.
 - 3.1.3 Revogar as condições punitivas, tais como a interdição federal do governo dos Estados Unidos ao financiamento de programas de troca de agulhas e seringas que impedem o acesso a serviços para o VIH para as pessoas que consomem drogas.
 - 3.1.4 Descriminalizar a posse de drogas para consumo pessoal, reconhecendo que o impacto final de tais sanções é geralmente prejudicial à sociedade.
 - 3.1.5 Tomar ações decisivas, em parceria com as Nações Unidas, para rever e reformular leis e organismos internacionais relevantes e em linha com os princípios expostos acima, incluindo as convenções internacionais de controlo de droga das Nações Unidas: a Convenção Única sobre Estupefacientes (1961); a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971); a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) e o Organismo Internacional de Controlo de Estupefacientes.

TRABALHADORES DO SEXO

- 3.2. Os países devem reformar a sua abordagem ao trabalho sexual. Em vez de penalizar adultos envolvidos em trabalho sexual consensual, os países devem garantir condições de trabalho seguras e oferecer aos trabalhadores do sexo e aos seus clientes o acesso a serviços eficazes ligados ao VIH e de saúde e aos artigos necessários. Os países devem:
- 3.2.1 Revogar leis que proíbam adultos de comprar ou vender sexo consensual, bem como leis que dê outra forma proíbam o sexo comercial, tais como leis contra ganhos “imorais”, “viver à custa das receitas” da prostituição e da posse de bordéis. Devem ser tomadas medidas legais suplementares para garantir condições de trabalho seguras aos trabalhadores do sexo.
 - 3.2.2 Tomar todas as medidas para travar a perseguição policial e a violência contra os trabalhadores do sexo.
 - 3.2.3 Proibir a imposição de testes do VIH e ISTs aos trabalhadores do sexo.
 - 3.2.4 Garantir que a aplicação de leis contra o tráfico humano seja cuidadosamente dirigida para a punição daqueles que utilizem força, desonestidade ou coerção para conseguir pessoas para o comércio do sexo, ou que maltratem trabalhadores do sexo migrantes através de escravidão por dívidas, violência ou privação de liberdade. As leis contra o tráfico humano devem ser usadas para proibir a exploração sexual e não devem ser usadas contra adultos envolvidos em trabalho sexual consensual.
 - 3.2.5 Aplicar leis contra todas as formas de abuso sexual e exploração sexual de crianças, distinguindo claramente esses crimes do trabalho sexual consensual de adultos.
 - 3.2.6 Garantir que delitos civis e administrativos existentes como “andar ociosamente sem objetivo”, “incômodo público” e “moralidade pública” não são usados para penalizar os trabalhadores do sexo e que leis administrativas como ordens de “circular” não são usadas para perseguir os trabalhadores do sexo.
 - 3.2.7 Fechar todos os centros de detenção compulsiva ou de “reabilitação” para pessoas envolvidas em trabalho sexual ou para crianças que foram exploradas sexualmente. Proporcionar, antes, aos trabalhadores do sexo serviços de capacitação comunitária baseados em dados e voluntários. Proporcionar proteção às crianças exploradas sexualmente, em contextos familiares seguros e capacitantes, selecionados com base no melhor interesse da criança.
 - 3.2.8 Revogar cláusulas punitivas na ajuda pública ao desenvolvimento— como o compromisso anti-prostituição do PEPFAR do governo dos Estados Unidos e as suas atuais regulamentações contra o tráfico humano— que restrinjam o acesso dos trabalhadores do sexo a serviços ligados ao VIH ou a possibilidade de formar organizações no seu próprio interesse.
 - 3.2.9 Tomar providências no sentido de rever e reformar leis internacionais relevantes, de acordo com os princípios acima indicados, incluindo o Protocolo das Nações Unidas para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente Mulheres e Crianças (2000).

HOMENS QUE TÊM RELAÇÕES SEXUAIS COM OUTROS HOMENS

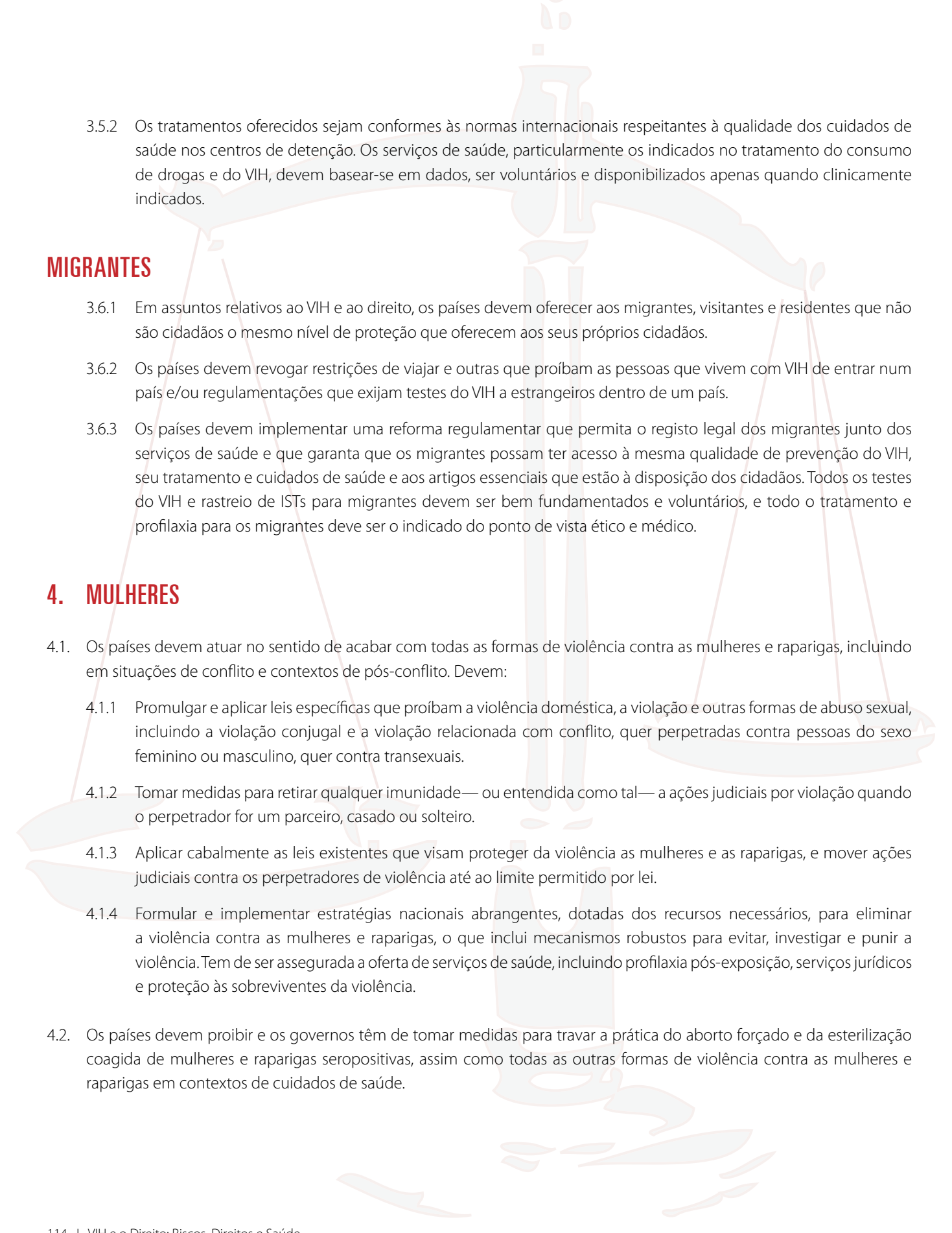
- 3.3. Os países devem rever as suas abordagens em relação à diversidade sexual. Em vez de punirem os adultos que se envolvem numa relação homossexual consensual, os países devem oferecer a estas pessoas acesso eficiente aos serviços ligados ao VIH e a outros serviços de saúde. Os países devem:
- 3.3.1 Revogar todas as leis que penalizam as relações sexuais consensuais entre adultos do mesmo sexo e/ou que punem a identidade homossexual.
 - 3.3.2 Respeitar as leis civis e religiosas existentes e as garantias à vida privada.
 - 3.3.3 Remover as barreiras jurídicas, regulamentadoras e administrativas para a formação de organizações comunitárias por ou para gays/lésbicas e/ou bissexuais.
 - 3.3.4 Alterar as leis anti-discriminação para proibirem, expressamente, a discriminação baseada na orientação sexual (assim como na identidade de género).
 - 3.3.5 Promover medidas eficientes para a prevenção da violência contra homens que fazem sexo com outros homens.

TRANSEXUAIS

- 3.4. Os países devem rever as suas abordagens em relação às pessoas transexuais. Em vez de punirem os transexuais, os países devem oferecer a estas pessoas acesso eficiente aos serviços ligados ao VIH e a outros serviços de saúde, bem como revogar todas as leis que penalizam a identidade transexual ou comportamentos associados. Os países devem:
- 3.4.1 Respeitar as leis civis e religiosas existentes e as garantias à vida privada.
 - 3.4.2 Revogar todas as leis punidoras do travestismo.
 - 3.4.3 Remover as barreiras jurídicas, regulamentadoras e administrativas para a formação de organizações comunitárias por ou para as pessoas transexuais.
 - 3.4.4 Alterar as leis anti-discriminação para proibirem, expressamente, a discriminação baseada na identidade de género (assim como na orientação sexual).
 - 3.4.5 Garantir que os transexuais possam ver o seu género afirmado nos documentos de identificação, sem passarem por procedimentos médicos prévios, como a esterilização, a cirurgia de mudança sexual ou a terapia hormonal.

PRISONEIROS

- 3.5.1 Estejam disponíveis os cuidados de saúde necessários, incluindo serviços de prevenção e apoio ligados ao VIH, independentemente das leis penalizadores das relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo ou da redução do risco. Tais cuidados incluem o fornecimento de preservativos, serviços de redução do risco completos, tratamento voluntário e baseado em dados para a toxicodependência e TAR.

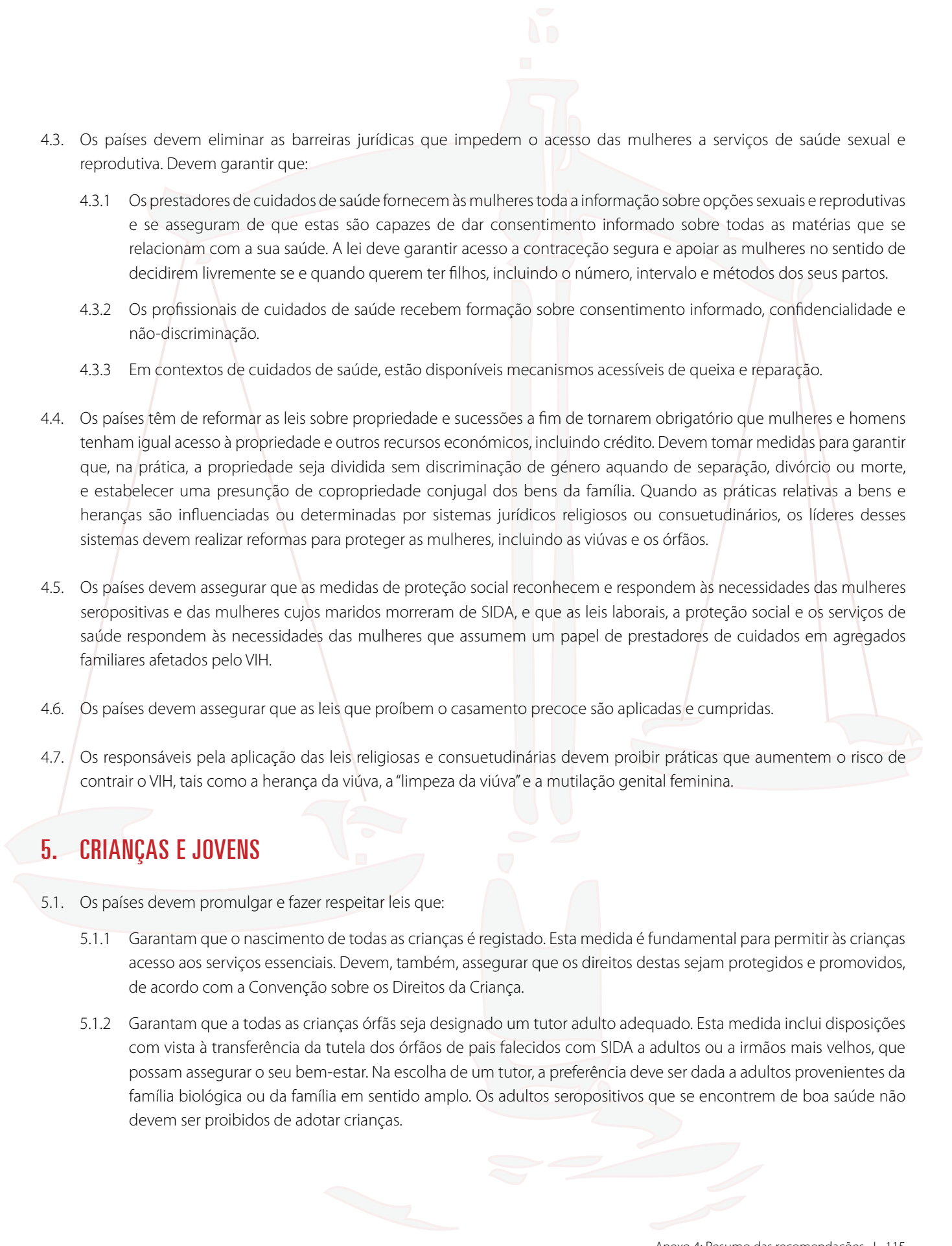
- 
- 3.5.2 Os tratamentos oferecidos sejam conformes às normas internacionais respeitantes à qualidade dos cuidados de saúde nos centros de detenção. Os serviços de saúde, particularmente os indicados no tratamento do consumo de drogas e do VIH, devem basear-se em dados, ser voluntários e disponibilizados apenas quando clinicamente indicados.

MIGRANTES

- 3.6.1 Em assuntos relativos ao VIH e ao direito, os países devem oferecer aos migrantes, visitantes e residentes que não são cidadãos o mesmo nível de proteção que oferecem aos seus próprios cidadãos.
- 3.6.2 Os países devem revogar restrições de viajar e outras que proíbam as pessoas que vivem com VIH de entrar num país e/ou regulamentações que exijam testes do VIH a estrangeiros dentro de um país.
- 3.6.3 Os países devem implementar uma reforma regulamentar que permita o registo legal dos migrantes junto dos serviços de saúde e que garanta que os migrantes possam ter acesso à mesma qualidade de prevenção do VIH, seu tratamento e cuidados de saúde e aos artigos essenciais que estão à disposição dos cidadãos. Todos os testes do VIH e rastreio de ISTs para migrantes devem ser bem fundamentados e voluntários, e todo o tratamento e profilaxia para os migrantes deve ser o indicado do ponto de vista ético e médico.

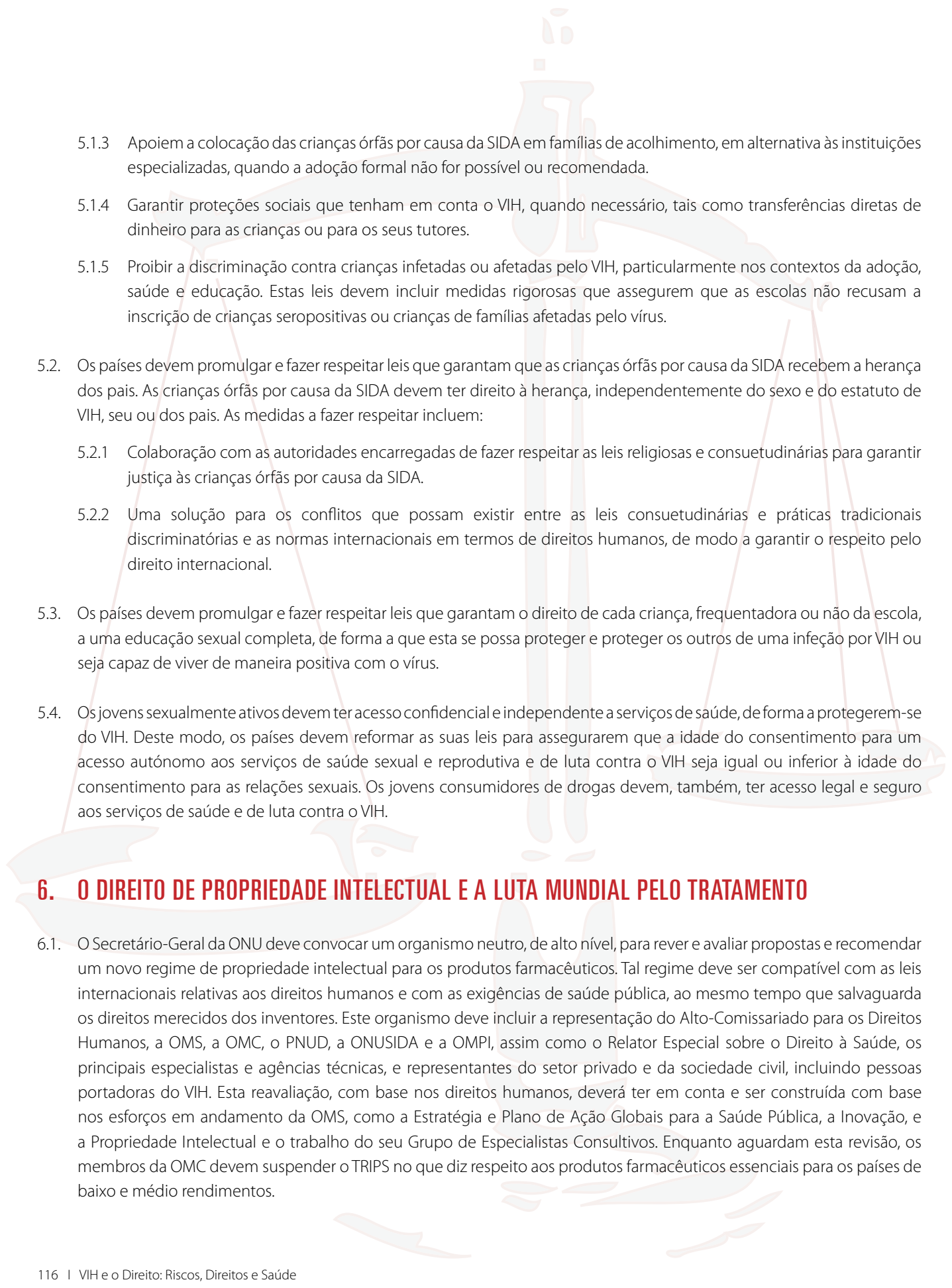
4. MULHERES

- 4.1. Os países devem atuar no sentido de acabar com todas as formas de violência contra as mulheres e raparigas, incluindo em situações de conflito e contextos de pós-conflito. Devem:
- 4.1.1 Promulgar e aplicar leis específicas que proíbam a violência doméstica, a violação e outras formas de abuso sexual, incluindo a violação conjugal e a violação relacionada com conflito, quer perpetradas contra pessoas do sexo feminino ou masculino, quer contra transexuais.
- 4.1.2 Tomar medidas para retirar qualquer imunidade— ou entendida como tal— a ações judiciais por violação quando o perpetrador for um parceiro, casado ou solteiro.
- 4.1.3 Aplicar cabalmente as leis existentes que visam proteger da violência as mulheres e as raparigas, e mover ações judiciais contra os perpetradores de violência até ao limite permitido por lei.
- 4.1.4 Formular e implementar estratégias nacionais abrangentes, dotadas dos recursos necessários, para eliminar a violência contra as mulheres e raparigas, o que inclui mecanismos robustos para evitar, investigar e punir a violência. Tem de ser assegurada a oferta de serviços de saúde, incluindo profilaxia pós-exposição, serviços jurídicos e proteção às sobreviventes da violência.
- 4.2. Os países devem proibir e os governos têm de tomar medidas para travar a prática do aborto forçado e da esterilização coagida de mulheres e raparigas seropositivas, assim como todas as outras formas de violência contra as mulheres e raparigas em contextos de cuidados de saúde.

- 
- 4.3. Os países devem eliminar as barreiras jurídicas que impedem o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Devem garantir que:
 - 4.3.1 Os prestadores de cuidados de saúde fornecem às mulheres toda a informação sobre opções sexuais e reprodutivas e se asseguram de que estas são capazes de dar consentimento informado sobre todas as matérias que se relacionam com a sua saúde. A lei deve garantir acesso a contraceção segura e apoiar as mulheres no sentido de decidirem livremente se e quando querem ter filhos, incluindo o número, intervalo e métodos dos seus partos.
 - 4.3.2 Os profissionais de cuidados de saúde recebem formação sobre consentimento informado, confidencialidade e não-discriminação.
 - 4.3.3 Em contextos de cuidados de saúde, estão disponíveis mecanismos acessíveis de queixa e reparação.
 - 4.4. Os países têm de reformar as leis sobre propriedade e sucessões a fim de tornarem obrigatório que mulheres e homens tenham igual acesso à propriedade e outros recursos económicos, incluindo crédito. Devem tomar medidas para garantir que, na prática, a propriedade seja dividida sem discriminação de género aquando de separação, divórcio ou morte, e estabelecer uma presunção de copropriedade conjugal dos bens da família. Quando as práticas relativas a bens e heranças são influenciadas ou determinadas por sistemas jurídicos religiosos ou consuetudinários, os líderes desses sistemas devem realizar reformas para proteger as mulheres, incluindo as viúvas e os órfãos.
 - 4.5. Os países devem assegurar que as medidas de proteção social reconhecem e respondem às necessidades das mulheres seropositivas e das mulheres cujos maridos morreram de SIDA, e que as leis laborais, a proteção social e os serviços de saúde respondem às necessidades das mulheres que assumem um papel de prestadores de cuidados em agregados familiares afetados pelo VIH.
 - 4.6. Os países devem assegurar que as leis que proíbem o casamento precoce são aplicadas e cumpridas.
 - 4.7. Os responsáveis pela aplicação das leis religiosas e consuetudinárias devem proibir práticas que aumentem o risco de contrair o VIH, tais como a herança da viúva, a “limpeza da viúva” e a mutilação genital feminina.

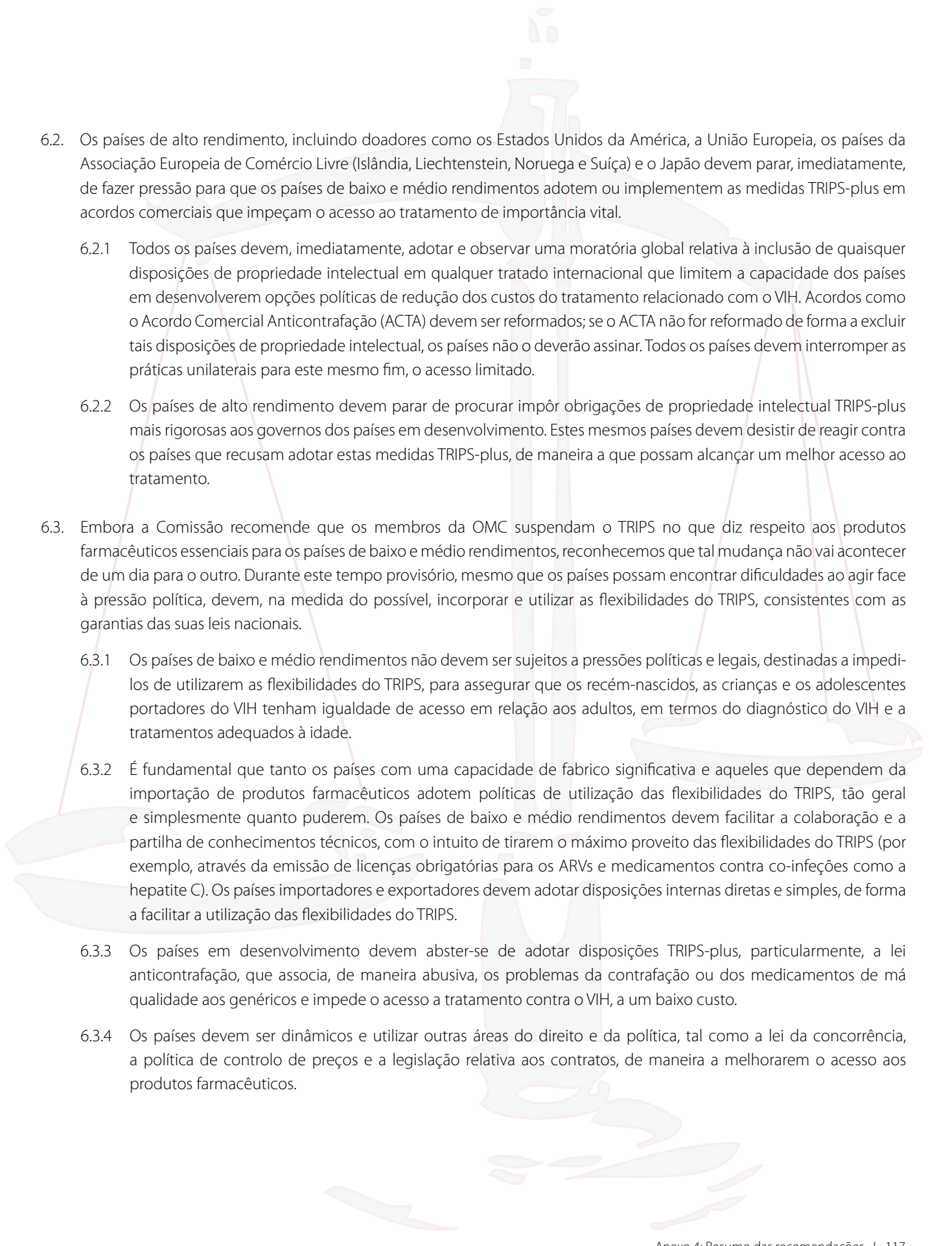
5. CRIANÇAS E JOVENS

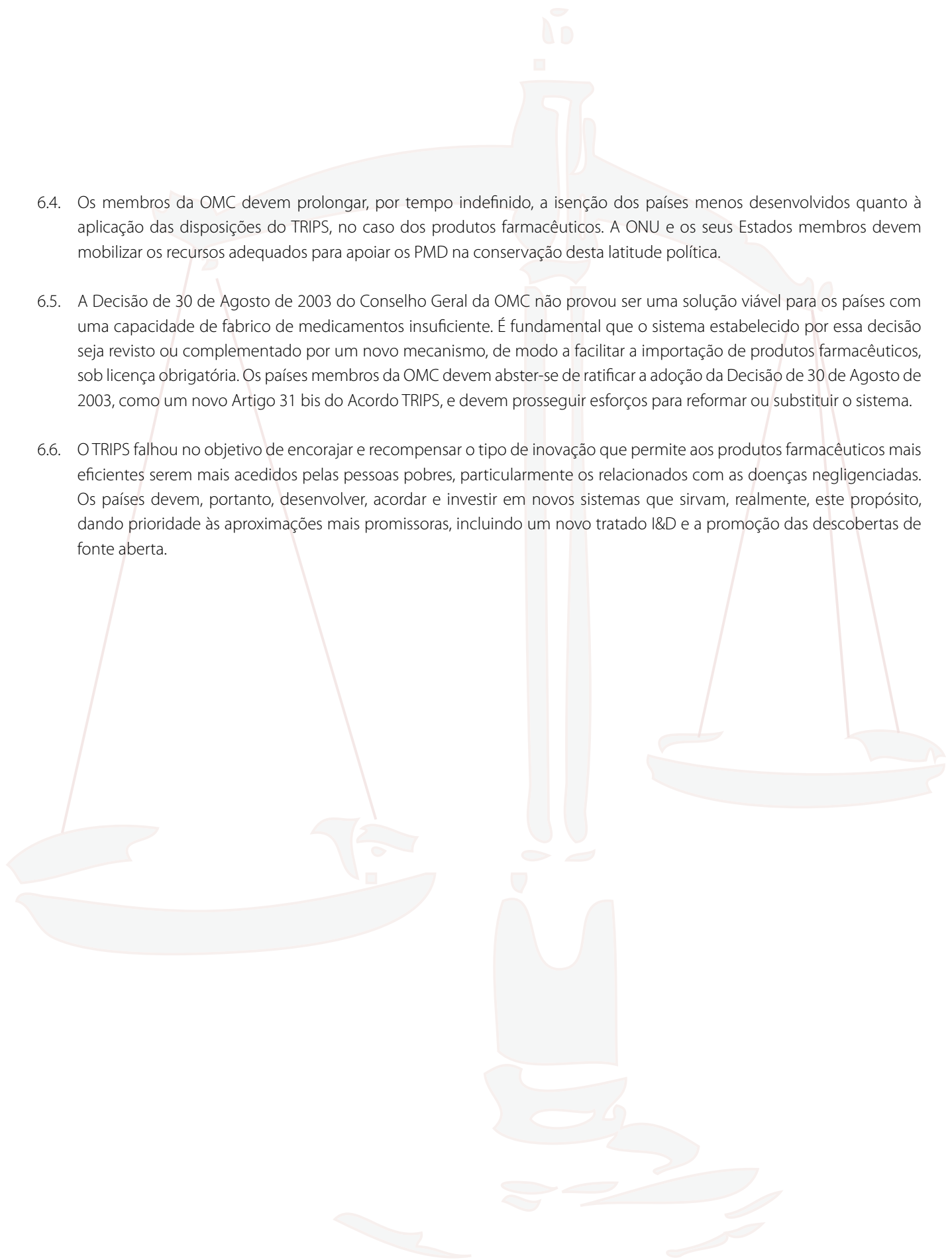
- 5.1. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que:
 - 5.1.1 Garantam que o nascimento de todas as crianças é registado. Esta medida é fundamental para permitir às crianças acesso aos serviços essenciais. Devem, também, assegurar que os direitos destas sejam protegidos e promovidos, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança.
 - 5.1.2 Garantam que a todas as crianças órfãs seja designado um tutor adulto adequado. Esta medida inclui disposições com vista à transferência da tutela dos órfãos de pais falecidos com SIDA a adultos ou a irmãos mais velhos, que possam assegurar o seu bem-estar. Na escolha de um tutor, a preferência deve ser dada a adultos provenientes da família biológica ou da família em sentido amplo. Os adultos seropositivos que se encontrem de boa saúde não devem ser proibidos de adotar crianças.

- 
- 5.1.3 Apoiem a colocação das crianças órfãs por causa da SIDA em famílias de acolhimento, em alternativa às instituições especializadas, quando a adoção formal não for possível ou recomendada.
 - 5.1.4 Garantir proteções sociais que tenham em conta o VIH, quando necessário, tais como transferências diretas de dinheiro para as crianças ou para os seus tutores.
 - 5.1.5 Proibir a discriminação contra crianças infetadas ou afetadas pelo VIH, particularmente nos contextos da adoção, saúde e educação. Estas leis devem incluir medidas rigorosas que assegurem que as escolas não recusam a inscrição de crianças seropositivas ou crianças de famílias afetadas pelo vírus.
 - 5.2. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que garantam que as crianças órfãs por causa da SIDA recebem a herança dos pais. As crianças órfãs por causa da SIDA devem ter direito à herança, independentemente do sexo e do estatuto de VIH, seu ou dos pais. As medidas a fazer respeitar incluem:
 - 5.2.1 Colaboração com as autoridades encarregadas de fazer respeitar as leis religiosas e consuetudinárias para garantir justiça às crianças órfãs por causa da SIDA.
 - 5.2.2 Uma solução para os conflitos que possam existir entre as leis consuetudinárias e práticas tradicionais discriminatórias e as normas internacionais em termos de direitos humanos, de modo a garantir o respeito pelo direito internacional.
 - 5.3. Os países devem promulgar e fazer respeitar leis que garantam o direito de cada criança, frequentadora ou não da escola, a uma educação sexual completa, de forma a que esta se possa proteger e proteger os outros de uma infeção por VIH ou seja capaz de viver de maneira positiva com o vírus.
 - 5.4. Os jovens sexualmente ativos devem ter acesso confidencial e independente a serviços de saúde, de forma a protegerem-se do VIH. Deste modo, os países devem reformar as suas leis para assegurarem que a idade do consentimento para um acesso autónomo aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de luta contra o VIH seja igual ou inferior à idade do consentimento para as relações sexuais. Os jovens consumidores de drogas devem, também, ter acesso legal e seguro aos serviços de saúde e de luta contra o VIH.

6. O DIREITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL E A LUTA MUNDIAL PELO TRATAMENTO

- 6.1. O Secretário-Geral da ONU deve convocar um organismo neutro, de alto nível, para rever e avaliar propostas e recomendar um novo regime de propriedade intelectual para os produtos farmacêuticos. Tal regime deve ser compatível com as leis internacionais relativas aos direitos humanos e com as exigências de saúde pública, ao mesmo tempo que salvaguarda os direitos merecidos dos inventores. Este organismo deve incluir a representação do Alto-Comissariado para os Direitos Humanos, a OMS, a OMC, o PNUD, a ONUSIDA e a OMPI, assim como o Relator Especial sobre o Direito à Saúde, os principais especialistas e agências técnicas, e representantes do setor privado e da sociedade civil, incluindo pessoas portadoras do VIH. Esta reavaliação, com base nos direitos humanos, deverá ter em conta e ser construída com base nos esforços em andamento da OMS, como a Estratégia e Plano de Ação Globais para a Saúde Pública, a Inovação, e a Propriedade Intelectual e o trabalho do seu Grupo de Especialistas Consultivos. Enquanto aguardam esta revisão, os membros da OMC devem suspender o TRIPS no que diz respeito aos produtos farmacêuticos essenciais para os países de baixo e médio rendimentos.

- 
- 6.2. Os países de alto rendimento, incluindo doadores como os Estados Unidos da América, a União Europeia, os países da Associação Europeia de Comércio Livre (Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça) e o Japão devem parar, imediatamente, de fazer pressão para que os países de baixo e médio rendimentos adotem ou implementem as medidas TRIPS-plus em acordos comerciais que impeçam o acesso ao tratamento de importância vital.
- 6.2.1 Todos os países devem, imediatamente, adotar e observar uma moratória global relativa à inclusão de quaisquer disposições de propriedade intelectual em qualquer tratado internacional que limitem a capacidade dos países em desenvolverem opções políticas de redução dos custos do tratamento relacionado com o VIH. Acordos como o Acordo Comercial Anticontrafação (ACTA) devem ser reformados; se o ACTA não for reformado de forma a excluir tais disposições de propriedade intelectual, os países não o deverão assinar. Todos os países devem interromper as práticas unilaterais para este mesmo fim, o acesso limitado.
- 6.2.2 Os países de alto rendimento devem parar de procurar impôr obrigações de propriedade intelectual TRIPS-plus mais rigorosas aos governos dos países em desenvolvimento. Estes mesmos países devem desistir de reagir contra os países que recusam adotar estas medidas TRIPS-plus, de maneira a que possam alcançar um melhor acesso ao tratamento.
- 6.3. Embora a Comissão recomende que os membros da OMC suspendam o TRIPS no que diz respeito aos produtos farmacêuticos essenciais para os países de baixo e médio rendimentos, reconhecemos que tal mudança não vai acontecer de um dia para o outro. Durante este tempo provisório, mesmo que os países possam encontrar dificuldades ao agir face à pressão política, devem, na medida do possível, incorporar e utilizar as flexibilidades do TRIPS, consistentes com as garantias das suas leis nacionais.
- 6.3.1 Os países de baixo e médio rendimentos não devem ser sujeitos a pressões políticas e legais, destinadas a impedi-los de utilizarem as flexibilidades do TRIPS, para assegurar que os recém-nascidos, as crianças e os adolescentes portadores do VIH tenham igualdade de acesso em relação aos adultos, em termos do diagnóstico do VIH e a tratamentos adequados à idade.
- 6.3.2 É fundamental que tanto os países com uma capacidade de fabrico significativa e aqueles que dependem da importação de produtos farmacêuticos adotem políticas de utilização das flexibilidades do TRIPS, tão geral e simplesmente quanto puderem. Os países de baixo e médio rendimentos devem facilitar a colaboração e a partilha de conhecimentos técnicos, com o intuito de tirarem o máximo proveito das flexibilidades do TRIPS (por exemplo, através da emissão de licenças obrigatórias para os ARVs e medicamentos contra co-infecções como a hepatite C). Os países importadores e exportadores devem adotar disposições internas diretas e simples, de forma a facilitar a utilização das flexibilidades do TRIPS.
- 6.3.3 Os países em desenvolvimento devem abster-se de adotar disposições TRIPS-plus, particularmente, a lei anticontrafação, que associa, de maneira abusiva, os problemas da contrafação ou dos medicamentos de má qualidade aos genéricos e impede o acesso a tratamento contra o VIH, a um baixo custo.
- 6.3.4 Os países devem ser dinâmicos e utilizar outras áreas do direito e da política, tal como a lei da concorrência, a política de controlo de preços e a legislação relativa aos contratos, de maneira a melhorarem o acesso aos produtos farmacêuticos.

- 
- 6.4. Os membros da OMC devem prolongar, por tempo indefinido, a isenção dos países menos desenvolvidos quanto à aplicação das disposições do TRIPS, no caso dos produtos farmacêuticos. A ONU e os seus Estados membros devem mobilizar os recursos adequados para apoiar os PMD na conservação desta latitude política.
- 6.5. A Decisão de 30 de Agosto de 2003 do Conselho Geral da OMC não provou ser uma solução viável para os países com uma capacidade de fabrico de medicamentos insuficiente. É fundamental que o sistema estabelecido por essa decisão seja revisto ou complementado por um novo mecanismo, de modo a facilitar a importação de produtos farmacêuticos, sob licença obrigatória. Os países membros da OMC devem abster-se de ratificar a adoção da Decisão de 30 de Agosto de 2003, como um novo Artigo 31 bis do Acordo TRIPS, e devem prosseguir esforços para reformar ou substituir o sistema.
- 6.6. O TRIPS falhou no objetivo de encorajar e recompensar o tipo de inovação que permite aos produtos farmacêuticos mais eficientes serem mais acedidos pelas pessoas pobres, particularmente os relacionados com as doenças negligenciadas. Os países devem, portanto, desenvolver, acordar e investir em novos sistemas que sirvam, realmente, este propósito, dando prioridade às aproximações mais promissoras, incluindo um novo tratado I&D e a promoção das descobertas de fonte aberta.

- 1 ONUSIDA, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDS-day_report_2011_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 2 ONUSIDA, OMS, UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 3 ONUSIDA, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*.
- 4 O Grupo Técnico Consultivo da Comissão (GTC) inclui 23 especialistas de renome em termos de VIH, saúde pública, género, direitos humanos e direito. Também inclui membros das comunidades afetadas pelo VIH. Mais informações sobre o GTC estão disponíveis em: www.hivlawcommission.org.
- 5 Ao longo de 2011, foram organizados diálogos regionais na Ásia-Pacífico, Caraíbas, Europa de Leste e Ásia Central, América Latina, Médio Oriente e Norte de África, África, assim como entre os Países de Alto Rendimento.
- 6 Os documentos escritos foram submetidos a análise, através do NVIVO (um software de investigação para a análise de dados qualitativos), de forma a identificar e compreender as principais tendências e características de dados qualitativos.
- 7 Michel Sidibé, diretor executivo da ONUSIDA, anunciou a convocação, pelo PNUD, de uma comissão de alto nível sobre o VIH e o direito, durante a 25ª reunião do Conselho de Coordenação do programa, em Dezembro de 2009. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/speechexd/2009/20091208_pcb_exd_speech_en-1.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 8 Toda a informação sobre a Comissão Global sobre o VIH e o Direito pode ser encontrada no sítio web da Comissão, em www.hivlawcommission.org.
- 9 Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, *Comentário Geral Nº 20: Não discriminação nos direitos económicos, sociais e culturais* (Art. 2, para. 2, do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais), E/C.12/GC/20, 2 de Julho de 2009, para. 2.
- 10 Alto-Comissariado para os Direitos Humanos, *Universal Human Rights Instruments*. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/> [Consultado em 28 de Março de 2012]
- 11 Consultar a *Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos*, 1981, a *Convenção Americana sobre os Direitos Humanos*, 1969, e os seus Protocolos de 1988 e de 1990; a *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, 1950, e os seus Protocolos; consultar, também, ACDH, (2003), *Direitos Humanos na Administração da Justiça: Um Manual de Direitos Humanos para Juízes, Procuradores e Advogados*, Nações Unidas, capítulo 3.
- 12 *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA*, Assembleia-Geral das Nações Unidas, Res/S-26/2, 27 de Junho de, paras. 37 e 58; *Declaração Política sobre o VIH/SIDA*, Assembleia-Geral das Nações Unidas, A/RES/60/262, 15 de Junho de 2006; e *Declaração Política sobre o VIH/SIDA: Intensificar os nossos Esforços para Eliminar o VIH/SIDA*, A/65/L.77 8 de Julho de 2011.
- 13 Rolando Luis Cuscul Privaral e Outros afetados pelo VIH/SIDA contra a Guatemala, requerimento 642-03, 7 de Março de 2005, relatório no. 32/05 e Jorge Odir Miranda Cortez e Outros contra El Salvador, processo 12.249, 20 de Março de 2009, relatório no. 27/09.
- 14 Conselho da Europa, Assembleia Parlamentar, O VIH/SIDA na Europa, Resolução 1536, 2007, para. 9.2.
- 15 ONUSIDA, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012]. No entanto, 46 por cento dos países declararam ter leis, regulamentações ou políticas que impedem as populações-chave com maiores riscos de infeção por VIH de terem acesso a serviços de prevenção, de tratamento, de cuidados ou de apoio: Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the*

- Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 16 *Ibid.*
 - 17 Lei das Filipinas de 1998 sobre o Controlo e a Prevenção da SIDA, Secções 2(B)(3), e 35–41.
 - 18 *Lei sobre o Emprego*, Bahamas, 2001, Section 6; Gable, L. et al., (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, Banco Mundial, Washington DC, p. 47.
 - 19 *Lei contra a Discriminação*, New South Wales, Austrália, 1977, Secção 49ZXB & C. Gable L. et al. (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, Banco Mundial, Washington DC, p. 47.
 - 20 *Hoffmann contra South African Airways* 2000 (2) SA 628; 2001 (10) BHRC 571; (2000) 3 CHRLD 146. Disponível em: <http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Hoffmann%20v%20South%20African%20Airways.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
 - 21 O direito à igualdade e à não discriminação é protegido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo 2: “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, património, nascimento ou qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação da soberania.” E são, também, protegidos pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966), por exemplo, os seus artigos 2(1) e 26. No que diz respeito à questão da não discriminação, consultar o Comentário Geral Nr. 18, da Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos, doc. HRI/GEN/1/Rev.5, *Compilation of General Comments and General Recommendations adopted by Human Rights Treaty Bodies*, p. 136, para. 12.
 - 22 A proteção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Resolução 1995/44, 3 de Março de 1995, para. 1. Consultar, também, as Resoluções das Nações Unidas para os Direitos Humanos, 1996/43, 19 de Abril de 1996; 1999/49, 27 de Abril de 1999; 2001/51, 24 de Abril de 2001; 2003/47, 23 de Abril de 2003; 2005/84, 21 de Abril de 2005.
 - 23 O Artigo 1 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência declara que: “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” O Artigo 2 define a discriminação como sendo: “qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou qualquer outra.” Consultar Elliott, R., Utyasheva, L. e Zack, E., (2009), *HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law*, Journal of the International AIDS Society 12.
 - 24 *Quebec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Montréal (City) e Quebec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Boisbriand (City)*, 2000 SCC 27 [2000] 1 SCR 665 (Supremo Tribunal do Canadá, 2000), no. para. 48.
 - 25 *Bragdon contra Abbott*, 524 U.S. 624 (Supremo Tribunal dos EUA, 1998).
 - 26 Documentos submetidos por Kelemi, RIP+, Mamadou, Ogenyi, Niang, Noubissi, Obbes, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Submetidos por Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Dela Cruz, Vijayabandara, Thanh, Suzuki, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Documento submetido por ABWU, ABPSA, TUCA, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011; Documento submetido por Bordunis, Mardari, Lintsova, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste & Ásia Central (ELAC), 18–19 de maio de 2011; Submetido por Quiroga, Vera, Berredo and Muñoz, Arrecis, Acevedo, Rondón, Velásquez, Vasquez, Estepan, Filho, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.

- Consultar, também, ONUSIDA, *Non-Discrimination in HIV responses*, 26ª Reunião do Conselho de Coordenação do Programa da ONUSIDA, 22–24 de Junho de 2010, Genebra, Suíça.
- 27 Consultar, por exemplo, os documentos submetidos por Wicomb, Kelemi, Ogenyi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Documentos submetidos por Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Lim, Suzuki, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Submetidos por Chrichlow, Augustus, Antoine, Eustache, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011; Documentos submetidos por Mladenovic, Untura, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste & Ásia Central, 18–19 de maio de 2011; Submetidos por Vera, Arrecis, Rondón, Almeida, Nunes and Cerqueira, Fernanda, Vasquez, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011. Consultar, também, ONUSIDA, *Non-Discrimination in HIV responses*, 26ª Reunião do Conselho de Coordenação do Programa da ONUSIDA, 22–24 de Junho de 2010, Genebra, Suíça.
- 28 Consultar, por exemplo, a situação do Burundi, através do documento submetido por Niyongabo, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; e do documento submetido pela National Association of PLHA, Rajhavandra, Jeyaseelan, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; e do documento submetido pela One Love, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011. Consultar, também, Visser, M., Makin, J.D., Lehobye, K., (2006), *Stigmatizing attitudes of the community towards people living with HIV/AIDS*, Journal of Community and Applied Social Psychology, 16: 42–58.
- 29 ONUSIDA, (2011), *Middle East and North Africa, Regional Report on AIDS*, UNAIDS. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf [Consultado em 6 de Março 2012].
- 30 Relatório do Grupo de Personalidades Eminentes aos Chefes de Governo da Commonwealth, (2011), *A Commonwealth of the People: Time for Urgent Reform*, Perth, Austrália.
- 31 Documento submetido pelo SIDA Information Service, França, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011; Ministério das Finanças francês, *Nouvelle convention AERAS 2011: S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*. Disponível em: http://www2.economie.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/110201aeras.pdf. [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 32 *Ibid.*
- 33 Contribuição especializada da Organização Mundial do Trabalho (OMT), Burkina Faso, Outubro de 2011.
- 34 Kazatchkine, C. et al., (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, HIV/AIDS Policy and Law Review, 14(3).
- 35 Burris, S. e Weait, M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Ver também Burris, S., Cameron, E., (2008), *The Case Against Criminalization of HIV Transmission*, Journal of the American Medical Association, 300(5): 578–581; PNUD, ONUSIDA, (2007), *International Consultation on the Criminalization of HIV Transmission, Summary of main issues and conclusions*, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA, 31 de Outubro–2 de Novembro de 2007, Genebra, Suíça.
- 36 Lazzarini, Z. et al., (2002), *Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior*, Journal of Law, Medicine and Ethics, citado em GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting trends presenting evidence*, Amesterdão, Holanda. Ver também o documento submetido pelo Centro para o Direito e Política do VIH, EUA; National Children's Bureau, Reino Unido; Swedish Association for sexuality Education, LGBT and HIV, Sweden, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 37 Ver os artigos recentes sobre o estudo HPTN 052 que mostra uma redução de 96% no risco de transmissão do VIH com o uso de TAR: Scott, M., Hammer, M.D., (2011) *Antiretroviral Treatment as Prevention*, The New England Journal of Medicine, 11 Agosto 2011, 365: 561–562; Myron, S. et al., (2011), *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, The New England Journal of Medicine, 11 de Agosto de 2011, 365: 493–505. O estatuto de criminalização foi abolido em 2011, na Dina-

- marca, em parte devido a esta evidência científica. Ver <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2011/02/denmark-justice-minister-suspends-hiv.html> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 38 Ver, por exemplo, o documento submetido por Edwin Bernard, Alemanha, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011; Open Society Foundations, (2008), *Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission*, Nova Iorque, Estados Unidos; ONUSIDA, (2002), *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper*; Burris, S. et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behaviour? An Empirical Trial*, *Arizona State Law Journal*, 39: 467. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=977274> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 39 Cameron E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2; Burris, S. et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial*, *Arizona State Law Journal*; Open Society Institute, (2008), *Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission*.
- 40 Burris, S. e Wait, M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito 7–9 de Julho de 2011; Wait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalization of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.
- 41 Outros exemplos: agressão sexual (Canadá), inflição de graves danos corporais (Reino Unido), ofensa criminal (Nova Zelândia). Ver Bernard, E., (2010), *HIV & the criminal law*, NAM Aidsmap, Londres. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/law> [Consultado em 7 de Março de 2012]; The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponível em: www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 42 Bernard, E., (2010), *HIV & the Criminal Law*, NAM Aidsmap, Londres.
- 43 Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 44 Osborne, K., (2010), *What's the impact of criminalizing HIV transmission*, IPPF, 26 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://www.ippf.org/en/News/Press-releases/Whats+the+impact+of+criminalizing+HIV+transmission.htm> [Consultado em 7 de Março de 2012]. ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.
- 45 REPEAL HIV Discrimination Act, (2011), H.R. 3053, 112th Cong., 1st Sess. § 3. Disponível em: <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/view/650>. [Consultado em 4 de Julho de 2012]; The Kaiser Family, (2010), *Criminal Statute on HIV Transmission*. Disponível em: <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=569&cat=11> [Consultado em 7 de Março de 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 7 de Março de 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and Federal Laws and Prosecutions*. Disponível em: <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/download/564> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 46 ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 7 de Março de 2012]; ONUSIDA, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012]; Bernard, E., (2010), *HIV & the Criminal Law*, NAM Aidsmap, Londres.

- 47 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 48 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponível em: www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consultado em 8 de Março de 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and Federal Laws and Prosecutions*. Disponível em: <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/download/564> [Consultado em 8 de Março de 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 49 Kazatchkine, C. et al., (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, 14(3); Pearshouse, R., (2007), *Legislation Contagion: The Spread of Problematic new HIV Laws in Western Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (12)2/3, Dezembro de 2007. Ver também ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.
- 50 A disposição correspondente na lei modelo criminaliza a transmissão voluntária do VIH, que é definida como “a transmissão do vírus VIH através de qualquer meio por uma pessoa plenamente consciente do seu estado de VIH/SIDA a outra pessoa”. As disposições modelo também impõem obrigações específicas a pessoas que vivem com VIH, incluindo o dever de divulgar o seu estado ao(s) seu(s) parceiro(s) sexual/ais num prazo de seis semanas. Ver também AWARE-HIV/AIDS, (2004), *Regional Workshop to Adopt a Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa—General Report*, Setembro 2004, artigos 1, 26 e 36; Pearshouse R., *Legislation contagion: building resistance, HIV/AIDS Policy & Law Review*, 13(2/3): 1–10. Em 2008, a ONUSIDA publicou um documento propondo revisões a algumas disposições problemáticas da lei modelo de N'Djamena e, consequentemente, disposições nacionais de VIH promulgadas na África Subsariana. Ver ONUSIDA, (2008), *Recommendations for alternative language to some problematic articles in the N'Djamena model legislation on HIV* (2004). Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 51 Cohen, M. et al., (2011) *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, New England Journal of Medicine, 365: 493–505; The Lancet, (2011), *HIV Treatment as Prevention—It Works*, The Lancet, 377: 1719.
- 52 Bermuda Criminal Code (Sexual Offences) Amendment Act, 1993.
- 53 Weait, M. 2011. *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Ver também Edwin, B., (2009), *Bermuda: Man arrested for HIV exposure; fifth prosecution amongst HIV population of 200*, Criminal HIV Transmission—Blog, 11 Novembro de 2009. Disponível em: <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Bermuda>, [Consultado em 30 de Março]; Cameron, E., Burris, S., e Clayton, M., (2008), *Debate: HIV is a virus, not a crime: ten reasons against criminal statutes and criminal prosecutions*, Journal of the International AIDS Society. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-11-7.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 54 Weait, M., (2011) *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 Julho de 2011; Kaiser Daily HIV/AIDS Report, *Singapore's Parliament Approves Measure That Addresses Spread of HIV Through Unsafe Sex*, 24 de Abril de 2008. Ver também documento submetido por Arthur Lim, Singapura, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro 2011.
- 55 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponível em: www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456

- dpolicy.org/resources/download/456 [Consultado em 8 de Março de 2012]. Ver também <http://www.nytimes.com/2008/05/16/us/16spit.html>.
- 56 *United States v Moore* 846 F.2d 1163 (1988).
- 57 NAM Aidsmap, (2010), *HIV and the criminal law—Northern Europe*. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/Northern-Europe/page/1444965/> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 58 Dodds, C. et al., (2005), *Grievous Harm? Use of the Offences Against the Person Act 1861 for Sexual Transmission of HIV*, Sigma Research. Disponível em: <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2005b.pdf>; The Center for HIV Law and Policy (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization, A Manual for Advocates: State and Federal Laws and Prosecutions*, Vol. 1. Disponível em: <http://hivlawandpolicy.org/resources/view/564> [Consultado em 7 de Março de 2012]; ONUSIDA, PNUD, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*.
- 59 Weait, M., (2011), *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Ver também Ombati, que faz referência a uma contestação da constitucionalidade de uma disposição referente à criminalização redigida em termos gerais na lei queniana de 2006 sobre VIH/SIDA (prevenção e controlo) com base numa discriminação injusta das pessoas que vivem com VIH e de populações marginalizadas. Ver também o documento submetido por Musunguzi, Lema, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Documento submetido por Mack para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Documento submetido por Mladenovic para o Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011; Documentos submetidos por Pierre-Pierre, Osborne, Forbes, Azad, Power, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 60 PNUD, ONUSIDA, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 61 Edwin, B., (2011), *Denmark: Justice Minister suspends HIV-specific criminal law, sets up working group*, Criminal HIV Transmission—Blog, 17 de Fevereiro de 2011. Disponível em: <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Denmark> [Consultado em 30 de Março].
- 62 National AIDS Trust, (2006), *Criminal Prosecution of HIV Transmission, NAT Policy Update*, Agosto de 2006; Wright, S., Sears, N., e McIntyre, S., (2006), *Woman jailed for deliberately infecting lover with HIV*, Daily Mail, 8 de Agosto de 2006. Disponível em: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-391418/Woman-jailed-deliberately-infecting-lover-HIV.html#ixzz1nhXGgMgr>; Johnson A., (2006), *Sarah was no AIDS avenger*, Independent, 25 de Junho de 2006. Disponível em: <http://www.independent.co.uk/news/uk/crime/sarah-was-no-aids-avenger-405403.html> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 63 ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponível em: <http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2, Dezembro de 2009.
- 64 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponível em: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 65 Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover*, Conselho dos Direitos Humanos, Décima Quarta Sessão, Agenda item 3, A/HRC/14/20, 27 de Abril, 2010; ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponível em: <http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 66 Na Suécia, a legislação sobre a saúde pública autoriza as autoridades a intervir no caso de uma pessoa estar a propagar, ou ser suspeita de propagar, uma doença transmissível. Ver: A acusação de transmissão do VIH, exposição ao VIH e não-divulgação do estado baseia-se no Código Penal sueco de 1962. Existem outras disposições relativas à saúde, como a lei de 2004 sobre as doenças transmissíveis, que autoriza o isolamento forçado de indivíduos seropositivos considerados uma “ameaça”

- para os outros. Ver mais informação em <http://www.sweden.gov.se/sb/d/15661/a/183500> [Consultado em 8 de Março de 2012]. Ver também Danziger, R., (1998), *HIV testing and HIV prevention in Sweden*, British Medical Journal, Vol. 316, Issue 7127.
- 67 A Noruega tem uma disposição penal que, teoricamente, se aplica a todas as doenças infecciosas, mas que, de facto, não tem sido aplicada senão a casos envolvendo o VIH, contrariamente às políticas e práticas recomendadas pela ONUSIDA; ACDH, ONUSIDA, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated version*, Suíça, Diretriz 4. Disponível em: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-interguidelines_en.pdf [Consultado em 21 de Janeiro de 2012].
- 68 ONUSIDA, PNUD, (2008), *Policy brief on the criminalisation of HIV transmission* (recommendations). Disponível em: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalisation_en.pdf. Ver também Inter-Parliamentary Union, ONUSIDA, PNUD, (2007), *Taking Action Against HIV—A Handbook for Parliamentarians*, No. 15; para a declaração da Suíça emitida em nome da Comissão Nacional Suíça para a SIDA: Garnett, G. e Gazzard, B., (2008), *Risk of HIV Transmission in Discordant Couples*, The Lancet 372(9635): 270-271. Disponível em: http://www.natap.org/2008/HIV/072908_04.htm. No seguimento da anulação de uma condenação por transmissão, o Tribunal de Justiça de Genebra tomou em consideração por um lado a honesta convicção que o acusado tinha relativamente ao risco de transmissão que poderia constituir e, por outro, a pertinência da carga viral, notando que em casos em que a carga viral é negligenciável uma pessoa não deve ser tratada como infecciosa. O Tribunal também avaliou se a pessoa poderá não ser considerada negligente se mantiver relações sexuais com possibilidade de transmissão.
- 69 Burris, S. e Weait, M., (2011), *Criminalisation and the moral responsibility for sexual transmission of HIV*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Weait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalisation of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.
- 70 Na Suécia, a política adotada requer que não haja acusação a não ser que a evidência científica em que se baseia a alegação seja suficientemente robusta e que o acusado tivesse conhecimento de que era seropositivo. Uma definição lata de “conhecimento” é usada para que “ignorância deliberada” em relação à infeção seja insuficiente. Normalmente, não haverá acusação se existir evidência de que o acusado utilizou as precauções apropriadas. Ver: RFSU, RFSL, (2011), *HIV-Sweden, HIV, Crime and Punishment*, Suécia.
- 71 A análise filogenética examina pequenas diferenças genéticas no VIH usando métodos computacionais para calcular a distância genética entre estirpes. Ao contrário do ADN humano, que permanece estável durante toda a vida, o ARN do VIH muda muito depressa, o que leva a uma enorme diversidade genética. Esta diversidade tem permitido que os cientistas, usando a análise filogenética, sejam capazes de determinar a proveniência do VIH, assim como seguir as várias estirpes de VIH que existem em todo o mundo. Ver Bernard, E.J., et al., (2007), *HIV Forensics: The use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission*, NAM / NAT (National AIDS Trust). <http://www.nat.org.uk/Media%20library/Files/PDF%20Documents/HIV-Forensics.pdf>
- 72 ONUSIDA, (2008), *UNAIDS Recommendations for Alternative Language to some Problematic Articles in the N'Djamena Legislation on HIV*, (2004). Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 73 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, ONUSIDA. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/> [Consultado em 3 de Abril].
- 74 Em 2007, o grupo nacional de especialistas em VIH emitiu um comunicado público que concluía que, de um ponto de vista de saúde pública, o recurso à acusação criminal é ineficaz e provavelmente contraproducente como método de prevenção da transmissão. Ver National Institute for Health and Welfare, (2012), *UNGASS Country Progress Report 2012*, Finlândia. Disponível em: <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoring->

- countryprogress/progressreports/2012countries/file,68506,fr..pdf [Consultado em 23 de Abril de 2012].
- 75 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, ONUSIDA, Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/> [Consultado em 3 de Abril].
- 76 Government Information Agency, (2011), *Spread of HIV/AIDS cannot be resolved by criminalization*, Georgetown, Setembro de 2011.
- 77 IPPR, GNP+, ICW, (2008), *Verdict on a Virus: Public Health, Human Rights and Criminal Law*; ONUSIDA, PNUD, (2008), *International Consultation on the Criminalisation of HIV Transmission: Summary of main issues and conclusions*, Genebra.
- 78 A transmissão vertical ou “prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho”, ou PTMF, oferece medicamentos, aconselhamento e apoio psicológico para ajudar as mães a protegerem os seus filhos contra o vírus. Disponível em: http://www.unicef.org/aids/index_preventionyoung.html [Consultado em 21 de Março de 2012].
- 79 O Alto-Comissário para os Direitos Humanos das Nações Unidas, Relatores Especiais sobre o Direito ao Nível mais Elevado Possível de Saúde e vários organismos regionais como a Comissão Africana para os Direitos Humanos e dos Povos e a Comissão Económica e Social para a Ásia e o Pacífico das Nações Unidas. Ver: *Report of the Secretary-General on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS): A/HRC/16/69*, disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/178/42/PDF/G1017842.pdf?OpenElement> [Consultado em 6 de Março de 2012]; *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (right to health and criminalisation of same-sex conduct and sexual orientation, sex-work and HIV transmission): A/HRC/14/20*, disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012]; ACHPR/Res.195(L)2011: *Resolution on the Appointment of the Chairperson and Members of the Committee on the Protection of the Rights of People Living With HIV and Those at Risk, Vulnerable to and Affected by HIV*, disponível em: http://www.achpr.org/english/resolutions/Resolution195_en.htm [Consultado em 6 de Março de 2012]; *UNESCAP Resolution 66/10 Regional call for action to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support in Asia and the Pacific*, disponível em: http://www.unescap.org/sdd/issues/hiv_aids/Resolution-66-10-on-HIV.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; Maastricht University and International Commission of Jurists, (2011), *Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights*, disponível em: http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 80 Ver as reservas feitas pelo Egito durante a assinatura e confirmadas aquando da ratificação da CEDAW. Em relação ao artigo 16: “Reserva ao texto do artigo 16 relativamente à igualdade entre homens e mulheres em todos os assuntos relativos ao casamento e relações familiares durante o casamento e aquando da sua dissolução, sem prejuízo das disposições da Charia islâmica, nas quais as mulheres recebem direitos equivalentes aos dos seus cônjuges para assegurar um equilíbrio justo entre ambos. Isto por deve-se a uma questão de respeito à natureza sacrossanta das firmes crenças religiosas que governam as relações de casamento no Egito e que não podem ser postas em causa, e considerando o facto de que uma das mais importantes bases destas relações é uma equivalência de direitos e deveres para assegurar complementaridade, o que garante verdadeira igualdade entre os cônjuges. As disposições da lei da Charia estabelecem que o marido deve dar dinheiro nupcial à mulher e sustentá-la integralmente e deve também fazer-lhe um pagamento em caso de divórcio, enquanto a mulher tem direitos totais sobre a sua propriedade e não é obrigada a gastar nada que lhe pertença. Assim sendo, a Charia restringe os direitos da mulher ao divórcio ao torná-lo dependente de uma decisão do juiz, enquanto nenhuma restrição desse tipo se aplica no caso do marido.” O Egito fez uma reserva geral sobre o artigo 2: “A República Árabe do Egito aceita agir em conformidade com o conteúdo deste artigo, desde que tal conformidade não vá contra a Charia islâmica.” Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

- reservations-country.htm. [Consultado em 15 de Março de 2012].
- 81 D'Adesky, A.C., (2011), *The Lessons of Uganda*, Pride Magazine. Disponível em: http://www.rectalmicrobicides.org/docs/Lessons_of_Uganda.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 82 Ver documentos submetidos pela ASOVOHSIDA, Rede Costa-Riquenha e Boliviana de Pessoas que Vivem com VIH/SIDA, Bolívia, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 83 65th Session of the UN General Assembly High-level meeting on the comprehensive review of the progress achieved in realising the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS, Nova Iorque, 10 de Junho de 2011, *Statement by H.E. Archbishop Francis Chullikatt Apostolic Nuncio, Permanent Observer of the Holy See*. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/aidsmeeting2011/pdf/holysee.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012]; 65th General Assembly Plenary Session, GA/11093, Nova Iorque, 10 de Junho de 2011, *Adoption of political declaration promises 'bold and decisive action' to wipe out what remains of global human tragedy of HIV/AIDS*. Disponível em: <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/ga11093.doc.htm> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 84 *Ibid.*
- 85 Conselho Malaio de Luta contra a SIDA, (2011), *International HIV and Islam: Responsible religious response to HIV and AIDS in Malaysia—A Malaysian AIDS Council Brief*. Disponível em: <http://idpc.net/sites/default/files/library/hiv-and-islam.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 86 Gabinete Regional para a Ásia Oriental e o Pacífico da UNICEF, (2009), *Regional Review: Buddhist Leadership Initiative*. Disponível em: http://www.unicef.org/eapro/AW_BLI_2Sep09.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; IRIN, (2007), *LAOS: Regional Buddhist HIV outreach programme making an impact*. Disponível em: <http://www.irinnews.org/Report/70800/LAOS-Regional-Buddhist-HIV-outreach-programme-making-an-impact> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 87 Mathers, S.M., et al., (2008), *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*, The Lancet, Volume 372, Issue 9651. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHIV.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 88 ONUSIDA, (2009), *HIV Prevention Among Injecting Drug Users*, 24.ª Reunião do Conselho de Coordenação do Programa ONUSIDA, Genebra, Suíça, 22–24 de Junho de 2009.
- 89 ONUSIDA, (2010), *2010 Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponível em: http://www.unaids.org/global-report/global_report.htm [Consultado em 6 de Março de 2012]; PNUD, ONUSIDA, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 90 Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 91 Harm Reduction International, (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 92 OMS, GDC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 93 Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011 Ver também: Comissão Global de Políticas sobre Drogas, (2011), *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Dr Wodak, A.M., A., (2011), *Demand Reduction and Harm Reduction*, Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião da Comissão Global de Políticas

- sobre Drogas, Janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Arquivos/Globa-Com-Alex-Wodak.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012]; OMS, GDC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; OMS, (2005), *Evidence for action: a critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users, Editorial from the International Journal of Drug Policy*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/drugpolicyjournal.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; OMS, (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs: Evidence for action technical paper and policy brief*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591641.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 94 Taylor, A., Frischer, M., Green, S.T., Goldberg, D., McKeganey, N., e Gruer, L., (1994), Low and stable prevalence of HIV among drug injectors in Glasgow, *International Journal of STD & AIDS*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8031910> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Frischer, M., Green, ST., Goldberg, DJ., Haw, S., Bloor, M., McKeganey, N., Covell, R., Taylor, A., Gruer, L.D., e Kennedy, D., (1992), Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985–1990, *AIDS*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472341> [Consultado em 6 de Março de 2012].
 - 95 Ibid.
 - 96 Convenção Única sobre Estupefacientes, Nações Unidas, 30 Março de 1961, que entrou em vigor em 13 de Dezembro de 1964; alterada pelo Protocolo de 1972 que alterou a Convenção Única sobre Estupefacientes, 1961, 25 de Março de 1972, que entrou em vigor em 8 de Agosto de 1975.
 - 97 Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, Nações Unidas, 21 de Fevereiro de 1971, que entrou em vigor em 16 de Agosto de 1976.
 - 98 Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, Nações Unidas, 20 de Dezembro de 1988, que entrou em vigor em 11 de Novembro de 1990.
 - 99 Documento submetido por Kamon Uppakaew, Thai AIDS Treatment Action Group, Tailândia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
 - 100 Comentário à *Convenção Única sobre Estupefacientes*, 1961. Elaborado pelo Secretário-Geral das Nações Unidas de acordo com o parágrafo 1 da Resolução 914 D (XXXIV) do Conselho Económico e Social, 3 de Agosto de 1962.
 - 101 Convenção Única sobre Estupefacientes, Nações Unidas, 1961, Artigo 38; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, Nações Unidas, 1971, Artigo 22; Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, Nações Unidas, 1988, Artigo 14. Ver também GDC, (2010), *World Drug Report 2010*. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
 - 102 Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011. Ver também: *Narcotics Addict Rehabilitation Act* B.E. 2545 (2002); *Indonesia Narcotics Law*, Artigos 54 e 111 (2009) ; Bewley-Taylor, D., Hallam, C., et al., (2009), *The Incarceration of Drug Offenders: An Overview*, Beckley Foundation Drug Policy Programme; Butler, W. E., (2005), *Narcotics and HIV/AIDS in Russia: Harm Reduction Policies Under Russian Law*, Wildy, Simmonds & Hill Law Publishing; Jelsma, M., (2010), *Drug Law Reform Trend in Latin America*, TNI; Nougier, M., (2011), *First IDPC seminar on drug policy in the Middle East and North Africa*, IDPC. Disponível em: http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20report%20on%20MENA%20seminar%20FINAL%20web_0.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; GDC, (2010), *Accessibility of HIV Prevention, Treatment, and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan: Legislative and*

- Policy Analysis and Recommendations for Reform*; Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs*, Programa de Desenvolvimento da Harm Reduction International; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 103 *Ibid.*
- 104 Comissão Global de Políticas sobre Drogas, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 105 Human Rights Watch, (2006), *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against AIDS*; Human Rights Watch, (2004), *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses Are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*. Ver também: Burris, S. e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 106 Otiashvili, D., (2008), *Georgian Drug War—Ignoring Evidence, Neglecting Human Rights*, apresentado em Barcelona na 19.ª Conferência Anual da Associação Harm Reduction International.
- 107 Human Rights Watch, (2011), *The Rehab Archipelago: Forced Labor and Other Abuses in Drug Detention Centers in Southern Vietnam*. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 108 Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011. Ver também: Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. Disponível em: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-Based Drug Treatment*. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/russia1107webwcover.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 109 Elliott, R., Lines, R., e Schleifer, R., (2010), *Compulsory Drug Detention: A Human Rights Analysis*; Human Rights Watch, (2010), *Skin and Cable: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia*; Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs*. Programa de Desenvolvimento da Harm Reduction International.
- 110 *Ibid.*
- 111 UNESCAP, Fevereiro de 2012, Asia-Pacific High-Level Intergovernmental Meeting on the Assessment of Progress against Commitments in the Political Declaration on HIV/AIDS and the Millennium Development Goals, Country Statements for Agenda Item 5. Disponível em: <http://unescapsdd.org/sites/test/files/Country-Statements-Item-5.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 112 Ver, por exemplo, os documentos submetidos por Recovering Nepal (Rede Nacional de pessoas que consomem drogas no Nepal), Nepal; Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG), Tailândia; Space Allies, Japão, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro, 2011; Mustafaeva; Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canadá; Sarkunts; fundo de Caridade para o desenvolvimento da educação, saúde e prevenção do VIH/SIDA, Rússia; Initiative for Health Foundation, Bulgária, Kurmaevsky, Rússia; Eurasian Harm Reduction, Lituânia, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011; Youth RISE for reducing drug related harm, Nigéria, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 113 Burnet Institute, (2010), *Harm reduction in Asia: progress towards universal access to harm reduction services among people who inject drugs*. Para mais provas da contradição entre leis punitivas e políticas nacionais do VIH/SIDA: HAARP, (2009), *Law and Policy Review*; UNODC, (2007), *Prevention of Transmission of HIV among drug us-*

- ers in SAARC Countries- Legal and Policy concerns related to IDU harm reduction in SAARC countries. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/india/publications/legal_policy_book_140807.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 114 Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011. Ver também: Case, Meehan., & Jones, (1997); Taussig et al., (2001); Bluthenthal, (1997); Mikhailove, (2003); Burris, et al., (2009); Human Rights Watch, (2006); Burris, Blankenship, & Donoghoe, (2004); Open Society Institute, (2001); Rhodes, (2002); Beletsky et al., (2011); Diaz et al, (1999); Gleghorn et al., (1995); Weinstein et al., (1998); Vocal-NY Users Union, & Urban Justice Institute, (2010). Documento submetido por McLemore, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 115 OMS, GDC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]. Ver também: Human Rights Watch, (2004(a); Open Society Institute, (2008(a); Rhodes et al., (2006); Shields, (2009); Davis, Triwahyuono & Alexander, (2009); Hammett et al., (2008); Maru, (2003); Schleifer, (2006); Struthers & Csete, (2003); Wolfe & Saucier, (2010); HIV/AIDS Alliance of Ukraine, (2010); Reid, (2007); Csete et al., (2009) citado em Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 116 Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. Disponível em: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Deadly Denial, Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.
- 117 Bastos & Strathdee, (2000); Bluthenthal et al., (1999); Bourgois, (1998); Diaz et al., (1999); Blumenthal, (1999); Gleghorn et al., (1995); Koester, (1994); Rhodes et al., (2003); Weinstein et al., (1998); Zule, (1992); Blankenship & Koester, (2002); Burris et al., (2011), citados em Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 118 Aitken et al., 2002, Dixon & Maher, 2002; Maher & Dixon, 2001, Small, Kerr et al., 2005; Broadhead et al., 2002 citados em Chiu and Burris, 2011.
- 119 Aitken, et al., (2002); Cooper, et al., (2004); Dixon, e Maher, (2002); Small, Kerr et al., (2005) citados in Burris, S., e Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 120 Locais escondidos e fechados onde os consumidores de drogas injetáveis podem ter acesso a material de injeção e injetar drogas longe da vista da polícia. Ver: Kerr, T., Small, W., e Wood, E., (2005), *The Public Health and Social Impacts of Drug Market Enforcement: A Review of the Evidence*, International Journal of Drug Policy. Disponível em: <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/The%20public%20health%20and%20social%20impacts%20of%20drug%20market%20enforcement%20-%20a%20review%20of%20the%20evidence.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 121 ONUSIDA, (2010), UNAIDS feature story: AIDS project helps communities in Russia to take actions to protect themselves. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/may/20110510aidscompetence/> [Consultado em 3 de Abril de 2012]; Elton John AIDS Foundation, (2012), Programme and work in Russia. Disponível em: <http://www.ejaf.com/Ourwork/Countries/Russia> [Consultado em 3 de Abril de 2012].
- 122 A Política Estatal Antidroga da Federação Russa 2010–2020. Disponível em: <http://stratgap.ru/pages/strategy/3662/4434/4437/index.shtml> [Consultado em 3 de Abril de 2012].

- 123 Documento submetido pela Rede para a Redução do Risco na Rússia (ESVER), Rússia, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011.
- 124 Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponível em: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 125 *Ibid.*
- 126 Hughes, C.E., e Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?*, British Journal of Criminology. Disponível em: <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038> [Consultado em 7 de Março de 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute, pp.11–12. Disponível em: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 127 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction 2010 Report*. Disponível em: <http://www.ihra.net/international-response> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 128 Documento submetido pela Fundação Neozelandesa de Luta contra a SIDA (NZAF), Nova Zelândia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 129 Comissão Global de Políticas sobre Drogas, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 130 OMS, (2005), *Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users: Evidence for action technical papers*. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 131 Ohiri, K., Claeson, M., Razzaghi, E., Nassirimanesh, B., Afshar, P., Power, R., et al., (2006), *HIV/AIDS prevention among injecting drug users: Learning from harm reduction in Iran*. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/223546-1192413140459/4281804-1231540815570/5730961-1236796342147/4.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 132 Comissão Global de Políticas sobre Drogas, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Hughes, C.E., e Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?*, British Journal of Criminology. Disponível em: <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponível em: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012]; Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, (2009), *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Disponível em: <http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%B3rio-ING.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 133 Comissão Global de Políticas sobre Drogas, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, (2009), *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Disponível em: <http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%B3rio-ING.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 134 Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2008), *HIV/AIDS Policy and Law Review*, vol. 13, Nos. 2/3, pp.48. Disponível em: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1636> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 135 Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2009), *HIV/AIDS Policy and Law review*, Vol. 14, No. 2, pp. 23. Disponível em: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1597> [Consultado em 7 de Março de 2012]; Stevenson, M., (2009), *Mexico decriminalizes small-scale drug possession*, The Huffington Post. Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/2009/08/21/mexico-decriminalizes-sma_n_264904.html [Consultado em 7 de Março de 2012].

- 136 Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponível em: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 137 Richard, E. et al., (2002), *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues*, Canadian HIV/AIDS Legal Network. Disponível em: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=776> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 138 Canadá (Procurador-Geral) contra a PHS Community Services Society, 2011 SCC 44, [2011] 3 S.C.R. 134. Disponível em: <http://scc.lexum.org/en/2011/2011scc44/2011scc44.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 139 ONUSIDA, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap5_em.pdf [Consultado em 8 Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 140 ProCon.org, (2009), *100 Countries and their Prostitution Policies*. Disponível em: <http://prostitution.procon.org/view.resource.php?resourceID=000772>. [Consultado em 8 de Março de 2012]; Para o Vietname ver Asian Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), (2010), *MGD 3 in Vietnam*. Disponível em: http://www.mdg5watch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=164 [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 141 Burris, S., Overs, C. e Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 6–7 de Outubro de 2010; ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, ONUSIDA.
- 142 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, Journal of Social Policy, 6 Agosto 2001, 30: 437–456; Ekberg, G., (2004), *The Swedish Law that Prohibits the Purchase of Sexual Services: Best Practices for Prevention of Prostitution and Trafficking in Human Beings*, Violence Against Women 10: 1187–1218, p. 1189.
- 143 Alocução de Rosinha Sambo na Conferência de 2001, em Taipé, dos Trabalhadores do Sexo acerca da Situação dos Trabalhadores do Sexo na Suécia: “Ser trabalhador do sexo na Suécia é perigoso. É um inferno— extremamente perigoso. Já não sabemos o que fazer, ou como fazê-lo. O que temos na Suécia é uma lei que não nos faz bem nenhum, e não nos dá qualquer escolha. O Governo da Suécia quer reabilitar-nos, reabilitar o trabalhador do sexo, como se nós fôssemos vítimas de algum tipo de doença perigosa. Reabilitar-nos como se pudéssemos espalhar esta doença.” Declaração integral disponível em: <http://www.bayswan.org/swed/rosswed.html> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, Anthropological Theory, 3(2): 199–218. Disponível em: [http://myweb.dal.ca/mgoodyea/Documents/Sweden/Sex%20in%20the%20new%20Europe%20Kulick%20Anthr%20Theor%202003%203\(2\)%20199.pdf](http://myweb.dal.ca/mgoodyea/Documents/Sweden/Sex%20in%20the%20new%20Europe%20Kulick%20Anthr%20Theor%202003%203(2)%20199.pdf) [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Harcourt, C., Egger, S., Donovan, B., (2005), *Sex work and the law*, Sex Health. 2005; 2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), *New Zealand and Sweden: two models of reform*. Disponível em: http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Sullivan, T., (2009), *Sweden revisits prostitution law: Its tough stance is upheld as model. But does it work?*, The Christian Science Monitor. Disponível em: <http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Agustin, Laura, (2010), *The Other Swedish Model: Gender, sex and culture – Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponível em: <http://www.thelocal.se/blogs/theother-swedishmodel/> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a*

- failure: yet another law targeting street-based sex workers. Disponível em: http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Apresentado na Conferência Anual da British Society of Criminology, Northumbria University, 4 de Julho de 2011. Disponível em: <http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Dodillet S. e Östergren P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Paper presented at workshop “Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges”, Haia. Disponível em: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado em 13 de Abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Documento de Análise 4—Abril de 2012, Programa sobre o Tráfico Humano e o Trabalho Forçado, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponível em: <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 144 Shah, S., (2011), *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Ver também Chapkis, W., (2005), *Soft Glove, Punishing Fist: The Trafficking Victims Protection Act in Regulating Sex*, Bernstein and Schaffner Routledge Edition. Ver também Schreter, L., Jewers, M., Sastrawidjaja, S., *The Danger of Conflating Trafficking and Sex Work: A Position Paper of the Sex Workers Project at the Urban Justice Center*, Urban Justice Center. Disponível em: <http://www.sexworkersproject.org/media-toolkit/downloads/20070330-BriefingPaperOn-ConflationOfTraffickingAndSexWork.pdf> . [Consultado em 11 de Abril de 2012]
- 145 Por exemplo, ver o documento submetido por Matsinhe e Odete, Moçambique, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011 para a discussão da lei moçambicana contra “vícios contranatura” utilizada para criminalizar o trabalho sexual. Ver também Mgbako C. and Smith L., (2010), *Sex Work and Human Rights in Africa*, Fordham International Law Journal, 33: 1178.
- 146 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. O autor cita o exemplo da Itália, onde as leis da Segurança Interna, que “conferem aos presidentes de câmara o poder judicial para declarar como emergência tudo o que possa fazer perigar a segurança e o decoro das cidades”, têm sido usadas para multar trabalhadores do sexo. Ver também Burris, S., Overs, C. e Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 6–7 de Outubro de 2010; Ver também documentos submetidos por Apisuk para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Documento submetido por Ferdoko para o Diálogo Regional ELAC (Europa de Leste e Ásia Central), 18–19 de Maio de 2011; Documento confidencial submetido para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011; Documento submetido por Maseko, Sisonke, Botsuana, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 147 PROS Network e Leigh Tomppert, (2012), *Public Health Crisis: The Impact of Using Condoms as Evidence of Prostitution in New York City*, PROS Network e the Sex Workers Project at the Urban Justice Center. Disponível em: <http://sexworkersproject.org/downloads/2012/20120417-public-health-crisis.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Velmanette Montgomery, Senador do Estado de Nova Iorque, (2012), *Public Health Experts, Human Rights Advocates Join Senator Montgomery in Calling for Law Barring Use of Condoms as Evidence of Prostitution*. Disponível em: <http://www.nysenate.gov/press-release/public-health-experts-human-rights-advocates-join-senator-montgomery-calling-law-barri> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Human Rights Watch, (2010), *Off the Streets: Arbitrary Detention and Other Abuses against Sex Workers in Cambodia*. Disponível em: <http://www.hrw.org/reports/2010/07/20/streets> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Gruskin,

- S., e Ferguson, L., (2009), Government regulation of sex and sexuality: in their own words, *Reproductive Health Matters*, Vol. 17, No. 34, pp.108–118, Novembro de 2009. Disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1543803> [Consultado em 24 de Abril de 2012]. Ver também propostas de Sangama, Índia, e Empower Foundation, Tailândia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 148 Documento submetido por Roche, SASOD, Guiana, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011.
- 149 OMS, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence Against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3. Disponível em: <http://www.who.int/gender/documents/sexworkers.pdf> [Consultado em 12 de Abril de 2012]. Ver Csete J. and Cohen J., (2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 38, Número 4, p. 816–831.
- 150 Pyett, P.M., Warr, D.J., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk*, *AIDS Care*, Vol. 9, Número 5, 539–537. Rede das Organizações dos Trabalhadores do Sexo Chineses, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work*; Rhodes, T. et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study*. *BMJ*, 4 de Agosto de 2008. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811.full> [Consultado em 8 de Março de 2012]; Ver também o documento submetido por Gays e Lésbicas, Zimbabué, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011. ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, ONUSIDA.
- 151 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Ver também Csete, J. and Shannon, K., (2010), *Violence, Condom Negotiation, and HIV/STI Risk Among Sex Workers*, *Journal of the American Medical Association*, 304(5): 573–574; Rhodes, T. et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study*. *BMJ*, 4 de Agosto de 2008. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811.full> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 152 Rede das Organizações dos Trabalhadores do Sexo Chineses, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work*; Alexander, P., (2001), *Contextual risk versus risk behavior: The impact of the legal, social and economic context of sex work on individual risk taking*, *Research for Sex Work*, 4: 3–5; OMS, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames, How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, Junho de 2003, Vol. 15, No. 4. Ver também Asia Calling, (2010), *Burmese Sex Workers Avoid Arrest with Bribes and not Carrying Condoms*, Disponível em: <http://www.asiacalling.org/km/special-reports/sex-workers-stories-from-across-asia/1919-burmese-sex-workers-avoid-arrest-with-bribes-and-not-carrying-condoms> [Consultado em 12 de Abril de 2012]., NC Harm Reduction Coalition, (2012), *Arrested for Carrying Condoms?* *Daily Kos*. Disponível em: <http://www.dailykos.com/story/2012/01/13/1054561/-Arrested-for-Carrying-Condoms-> [Consultado em 12 de Abril de 2012].
- 153 Rede de Unidade das Mulheres, (2011), *Violence against Sex Workers is Prevalent in Cambodia with Customers and the Police Often the Perpetrators*, WNU. Disponível em: <http://www.plri.org/resource/violence-against-sex-workers-prevalent-cambodia-customers-and-police-often-perpetrators> [Consultado em 12 de Abril de 2012].
- 154 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Scorgie, F., Nakato, D., et al., (2011), *I Expect to be Abused and I have Fear: Sex Workers's Experiences of Human Rights Violations and Barriers to Accessing Healthcare in Four African Countries*, African Sex Worker Alliance. Disponível em: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/ASWA_Report_HR_Violations_and_Healthcare_Barriers_14_de_Abril_de_2011.pdf [Consultado em 12 de Abril de 2012]. Ver também Richter M., (2008), *Sex Work, Reform Initiatives and HIV/AIDS in Inner-City Johannesburg*, *African Journal of AIDS Research*, Vol.7, Número 3; Rede ATHENA, *10 Reasons*

- why Criminalisation of HIV Exposure or Transmission Harms Women; Pyett, P.M., Warr, D.J., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk*, AIDS Care, Vol. 9, Número 5, 539–537.
- 155 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Ver também, por exemplo, UNIFEM, (2007), *A Legal Analysis of Sex Work in the Anglophone Caribbean*, Disponível em <http://www.unifem.org> [Consultado: 1 de Dezembro de 2011]; Jenkins, C., CPU, WNU and Sainsbury, C., (2006), *Violence and Exposure to HIV Among Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia*, USAID. Disponível em: <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001702.pdf> [Consultado em 12 de Abril de 2012].
- 156 *Ibid.*
- 157 Ver Csete, J., e Cohen, J., (2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, Journal of Law, Medicine and Ethics, 38 (4): 816–831. Reed, E. et al., *The Role of Housing in Determining HIV Risk Among Female Sex Workers in Andhra Pradesh, India; Considering Women's Life Contexts*, Social Science & Medicine, 72:5, 710–716.
- 158 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, Journal of Social Policy, 6 de Agosto de 2001, 30: 437–456; Sukthankar A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Ver também Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Apresentado na Conferência Anual da British Society of Criminology, Northumbria University, 4 de Julho de 2011. Disponível em: <http://cybersolidaire.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Dodillet S., Östergren P., (2011), *The Swedish Sex Purchase Act: Claimed Success and Documented Effects*, dissertação apresentada no Seminário Internacional “Decriminalizing Prostitution and Beyond: Practical Experiences and Challenges”, Haia. Disponível em: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado em 13 de Abril de 2012];
- Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Documento de Análise 4—Abril de 2012, Programa sobre o Tráfico Humano e o Trabalho Forçado, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponível em: <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 159 BAYSWAN também refere que a lei incentivou a formação de uma organização de direitos dos trabalhadores do sexo na Suécia: [Consultado: 6 de Março de 2012].
- 160 Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, Anthropological Theory, 3(2): 199–218; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Apresentado na Conferência Anual da British Society of Criminology, Northumbria University, 4 de Julho de 2011. Disponível em: <http://cybersolidaire.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Dodillet, S., e Östergren, P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Trabalho apresentado no seminário “Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges”, Haia. Disponível em: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado em 13 de Abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Documento de Análise 4—Abril de 2012, Programa sobre o Tráfico Humano e o Trabalho Forçado, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponível em: <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 161 Harcourt, C., Egger, S., Donovan, B., (2005), *Sex work and the law, Sex Health*. 2005;2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), New Zealand and Sweden: two models of reform. Disponível em: http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Sullivan, T., (2009), Sweden revisits prostitution law: Its tough stance is upheld as model. But does it work?, The Christian Science Monitor. Disponível em: <http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html> [Consultado em

- 24 de Abril de 2012]; Agustin, Laura, (2010), *The Other Swedish Model: Gender, sex and culture—Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponível em: <http://www.thelocal.se/blogs/theotherswedishmodel/> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a failure: yet another law targeting street-based sex workers*. Disponível em: http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Apresentado na Conferência Anual da British Society of Criminology, Northumbria University, 4 de Julho de 2011. Disponível em: <http://cybersolidaire.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Dodillet, S., e Östergren, P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Trabalho apresentado no seminário “Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges”, Haia. Disponível em: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado em 13 de Abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Documento de Análise 4—Abril de 2012, Programa sobre o Tráfico Humano e o Trabalho Forçado, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponível em: <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 162 *Ibid.*
- 163 Åstergren, P., *Prostitution in Sweden*, Resumo em inglês. Disponível em: http://www.bayswan.org/swed/flashback_sweden.html [Consultado: 6 de Março de 2012].
- 164 *Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente de Mulheres e Crianças*, 2000. Para um debate, ver, e.g.: <http://www.nikk.no/The+Palermo+Protocol.9UFRvKYC.ips> [Consultado em 7 de Março de 2012]. Ver também Touzenis K., (2010), *Trafficking in Human Beings, Human Rights and Transnational Criminal Law, Developments in Law and Practices*, UNESCO, Migration Studies 3. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001883/188397e.pdf>. [Consultado em 13 de Abril de 2012].
- 165 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*; Cornish, F., (2006), *Challenging the Stigma of Sex Work in India: Material Context and Symbolic Change*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16: 462–471.
- 166 *Girls and Women's Protection Act 39, 1920*. Ver Galline-tti J., (2007), *Harmonisation of laws relating to children Swaziland*, Fórum Africano de Políticas para Crianças, 5 de Novembro de 2007. Disponível em: www.african-childforum.org. O crime referido na secção da Lei de Proteção das Raparigas e Mulheres da Suazilândia reza assim: “Toda a pessoa do sexo masculino que tenha uma relação carnal ilegal com uma rapariga menor de dezasseis anos, ou que cometa com uma rapariga com idade inferior a essa atos imorais ou indecentes ou que solicite ou incite uma rapariga com idade inferior a essa à prática desses atos será acusado de um crime e fica sujeito a condenação a pena de prisão no limite máximo de seis anos, com ou sem chicoteamento, com o limite máximo de 24 chicotadas, e com ou sem uma multa, com o limite máximo de mil Emalangeni, para além da pena de prisão e das chicotadas.” A Secção 3(3) oferece defesas para essa acusação, uma das quais é que, à data da prática do crime, a rapariga era prostituta.
- 167 Reza, A. et al., (2009), *Sexual Violence and its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study*, *Revista The Lancet*, Volume 373, Número 9679, 1966-1972; Amnistia Internacional, (2010), *Too Late, Too Little, The Failure of Law Reform for Women in Swaziland*, Novembro de 2010.
- 168 Scorgie, F. et al., *Socio-Demographic Characteristics and Behavioural Risk Factors of Female Sex Workers in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review*, *AIDS Behavior*, 13 de Julho de 2011.
- 169 The Foundation for AIDS Research, (2011), *Reaching key populations: a critical priority to controlling the AIDS epidemic*. Disponível em: http://www.amfar.org/uploaded-Files/In_the_Community/Publications/factsheetVulnerablePop04-15-2011.pdf?n=8240 [Consultado em 6 de Março de 2012].

- 170 Baral, S., Beyrer, C. et al., (2012) *Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*, Revista The Lancet. DOI:10.1016/S1473-3099(12), [Consultado em 15 de Março de 2012].
- 171 ONUSIDA, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*; (1999), *Sexual Behavioural Change for HIV: Where Have Theories Taken Us?*; Morris, M., (1997), *Sexual Networks and HIV*, AIDS 11: 209–216.
- 172 Overs, C., Hawkins, K., (2011), *Can Rights Stop the Wrongs? Exploring the Connections Between Framings of Sex Workers' Rights and Sexual and Reproductive Health*, BMC International Health and Human Rights, 11:3; Lippman, SA. et al., (2010), *Social-environmental factors and protective sexual behavior among sex workers: the Encontros intervention in Brazil*, The American Medicine Journal of Public Health, 100: 216–223; Basu, I. et al., (2004), *HIV Prevention Amongst Sex Workers in India*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1 de Julho de 2004, 36(3): 845–52; PNUD, ONUSIDA, (2011), *The 'AIDS + MDGs' Approach: What is it, why does it matter and how do we take it forward?*.
- 173 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 174 Ver definição no artigo 3 (a) do *Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente de Mulheres e Crianças, complementar à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional*, 2000, Resolução 55/25 da Assembleia-Geral. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/protocoltraffic.htm>. [Consultado em 13 de Abril de 2012]. Ver também Butcher, K., (2003), *Confusion between prostitution and sex trafficking*. Revista The Lancet, 361: 9373; Gallagher A., (2010), *The International Law of Human Trafficking*, Cambridge University Press; Kempadoo K. et al., (2005), *Trafficking and Prostitution Reconsidered, New Perspectives on Migration, Sex Work and Human Rights*, Paradigm Publisher.
- 175 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 176 Shah, S., (2011) *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Burris, S., Overs, C. e Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 6–7 de Outubro de 2010. Ver também Overs, C., (2009), *Caught Between the Tiger and the Crocodile: The Campaign to Suppress Human Trafficking and Sexual Exploitation in Cambodia*, APNSW. Disponível em: <http://www.plri.org/resource/caught-between-tiger-and-crocodile-campaign-suppress-human-trafficking-and-sexual-exploitation>.
- 177 Raymond, J.G., (2002), *The New UN Trafficking Protocol*, *Women's Studies International Forum*, Vol. 25, No. 5. Disponível em: <http://www.heart-intl.net/HEART/030106/TheNewUNTrafficking.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 178 *Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente de Mulheres e Crianças*, 2000. Para um debate, ver, e.g.: <http://www.nikk.no/The+Palermo+Protocol.9UFRvKYC.ips> [Consultado em 7 de Março de 2012]. Ver também Touzenis K., (2010), *Trafficking in Human Beings, Human Rights and Transnational Criminal Law, Developments in Law and Practices*, UNESCO, Migration Studies 3. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001883/188397e.pdf>. [Consultado em 13 de Abril de 2012].
- 179 Ver por exemplo, ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012]; Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico

- Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011
- 180 Shah, S., (2011) *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Ver também Ditmore, M., Allman, D., (2010), *Implications of PEPFAR's anti-prostitution pledge for HIV prevention among organizations working with sex workers*, HIV/AIDS Policy Law Review, Outubro de 2010, 15(1): 63–64.
- 181 Middleberg M., (2006), *The Anti-Prostitution Policy in the US HIV/AIDS Program*, Journal of Health and Human Rights, 9:1, 3–15. Disponível em: <http://www.hhrjournal.org/archives-pdf/4065386.pdf.banned.pdf>. [Consultado em 13 de Abril de 2012].
- 182 Ver regras e restrições do PEPFAR, disponíveis em: <http://www.aidsmatters.org/archives/113-PEPFAR-Rules-and-Restrictions.html> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 183 OIT, (1998), *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in Southeast Asia*.
- 184 OIT, (2010), *Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work (No. 200)*. Disponível em: http://www.ilo.org/aids/lang--en/docName--WCMS_142706/index.htm [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 185 *New Zealand Prostitution Reform Act 2003*, No. 28 (a 29 de Novembro de 2010), PRA 27(3): “Uma pessoa não deverá, num bordel ou em qualquer outro local, proporcionar ou receber serviços sexuais comerciais que envolvam penetração vaginal, oral ou anal por qualquer meio, a não ser que seja utilizado um profilático”. Disponível em: <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197815.html> [Consultado em 8 de Novembro de 2011].
- 186 O Coletivo de Prostitutas da Nova Zelândia passou recentemente a ser parceiro do Governo. Documento submetido pelo Coletivo de Prostitutas da Nova Zelândia, Nova Zelândia, ao Diálogo Regional Ásia-Pacífico 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 187 Comissão Nacional para os Direitos Humanos do Quênia, (2012), *Realising Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A myth or reality?—A Report of the Public Inquiry into Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya*. Disponível em: <http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive%20health%20report.pdf> [Consultado em 15 de Maio de 2012]. Neste relatório, a Comissão Nacional para os Direitos Humanos do Quênia também solicitou ao governo a descriminalização das relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, p. 22.
- 188 *Kylie contra a Comissão de Conciliação, Mediação e Arbitragem e duas outras partes*, Tribunal de Recurso das Decisões do Tribunal do Trabalho da África do Sul, Processo no: CA10/08, 26 de Maio de 2010. Disponível em: <http://www.saflii.org/za/cases/ZALAC/2010/8.html>. [Consultado em 26 de Março de 2012]
- 189 *Bangladesh Society for the Enforcement of Human Rights contra o Bangladesh*, 2001, 53 D.L.R. 1.
- 190 *Bedford contra o Canadá (Procurador-Geral)*, 2010 ONCA 0814, Supremo Tribunal de Justiça de Ontário (28 de Setembro de 2010); Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2010), *Canadian HIV/AIDS Legal Network Hails Decision of Ontario Court That Supports Rights of Sex Workers*, News Release; Shannon K., (2010), *Ontario Judge Strikes Down Prostitution Laws*, National Post, 28 de Setembro de 2010.
- 191 *Canadá (Procurador-Geral) contra Bedford*, 2012 ONCA 186. Disponível em: <http://www.ontariocourts.ca/decisions/2012/2012ONCA0186.htm> [Consultado em 29 de Março de 2012].
- 192 *Kylie contra a Comissão de Conciliação, Mediação e Arbitragem e outras partes*, (CA10/08) [2010] ZALAC 8; 2010 (4) SA 383 (LAC); 2010 (10) BCLR 1029 (LAC) (26 de Maio de 2010).
- 193 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*; ONUSIDA, 2010 SEAGNU Relatório sobre a Grécia. Disponível em: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/greece_2010_country_progress_report_en.pdf. [Consultado em 4 de Julho de 2012]; Mgbako, C., (2012), *Sex Workers in Greece Face Forced HIV Testing, While Those in Malawi Fight Back*, The Huffington Post. Disponível em http://www.huffingtonpost.com/chi-mgbako/greece-forced-hiv-testing_b_1585301.html. [Consultado em 4 de Julho de 2012]; Rede Europeia para a Prevenção do VIH/ISTs e Promoção da Saúde nos Trabalhadores do Sexo Migrantes, (2009), *Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe*, Fundação Interna-

- cional TAMPEP. Disponível em http://tampep.eu/documents/Sexworkmigrationhealth_final.pdf. [Consultado em 4 de Julho de 2012]; Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documentos de Trabalho elaborados para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers?start=10>; citando Sullivan, B., (2010), *When (Some) Prostitution is Legal: The Impact of Law Reform on Sex Work in Australia*, in *Journal of Law and Society*, Vol. 37, No. 1, pp. 85–104.
- 194 Brents, B., Hausbeck, K., (2005), *Violence and Legalized Brothel Prostitution in Nevada, Examining Safety, Risk, and Prostitution Policy*, *Journal of Interpersonal Violence*, Março de 2005, Vol. 20, No. 3, 270–295. Ver US Federal and State Prostitution Laws and Related Punishments no *link* seguinte: <http://prostitution.procon.org/view.resource.php?resourceID=000119#3> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 195 Errata: Na versão publicada originalmente de “Risks, Rights and Health”, estava incluída a seguinte frase na p.41: “Na Nova Zelândia, o trabalho sexual foi alvo de ação judicial ao abrigo da mesma lei que o descriminaliza oficialmente.” A frase não é exata e foi apagada das atuais versões *online* do relatório. (20 de Julho de 2012).
- 196 Sukthankar A., *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 197 *Ibid.* Por exemplo, a Lei das Doenças Contagiosas (*Contagious Diseases Act*) aprovada na Grã-Bretanha em 1864 exigia que as prostitutas que viviam e trabalhavam perto de acampamentos militares fossem submetidas a testes para deteção de doenças venéreas e confinadas à força em “hospitais de doenças venéreas” para tratamento, se consideradas infetadas e contagiadas. Uma proposta semelhante, mas ainda mais draconiana, estava inserida num projeto-lei apresentado à legislatura do estado de Maharashtra, na Índia: implicaria o registo de todas as prostitutas, com testes do VIH obrigatórios; todas as que fossem consideradas seropositivas seriam marcadas com uma tatuagem permanente. Ver Maharashtra Protection of Sex Workers Bill, 1994, encontrada em Comissão Nacional para os Direitos Humanos, Índia, (2000), Relatório da Conferência Nacional sobre os Direitos Humanos e o VIH/SIDA. Disponível em: http://nhrc.nic.in/Publications/report_hiv-aids.htm [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 198 *Ibid.*; Ver também Gangoli, G., (1998), *Prostitution, Legalisation and Decriminalisation: Recent Debates*, *Economic and Political Weekly*, 7 de Março de 1998.
- 199 ONUSIDA, *AIDS Epidemic Update December 2005*. Ver também Basu, I. et al., (2004), *HIV Prevention Among Sex Workers in India*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36:3, 845–852
- 200 Documento submetido pela ACHIEVE, Filipinas, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011. Ver também Aklilu, M. et al., (2001), *Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa*, *AIDS*, 15: 87–96.
- 201 Considere, por exemplo, o Artigo 2 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*: “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de património, de nascimento ou de qualquer outra situação.” [ênfase nosso], Artigo 2 da *Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos*: “Toda a pessoa tem direito a usufruir dos direitos e liberdades reconhecidos e garantidos na presente Carta, sem nenhuma distinção, nomeadamente de raça, de etnia, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou de qualquer outra opinião, de origem nacional ou social, de património, de nascimento ou de qualquer outra situação.” [ênfase nosso] e o Parágrafo 20 do Relatório Explicativo que acompanha o Protocolo No. 12 da *Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais*, que especifica que a lista dos motivos de não discriminação do Artigo 14 da Convenção não é exaustiva e nota que o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem já aplicou o Artigo 14 em relação ao domínio da discriminação por motivos que não são explicitamente mencionados nesta disposição, incluindo a orientação sexual.
- 202 Princípio 17 (o direito ao nível mais elevado possível de saúde), Informação sobre os Princípios de Yogyakarta está disponível em: www.yogyakartaprinciples.org/index.html [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 203 Beyrer, C., e Baral, S.D., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with*

- men (MSM), Documento de Trabalho elaborado para a Comissão Global sobre o VIH e o Direito; Paoli, L., (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, um relatório da ILGA (A Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexuais). Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado em 16 de Maio de 2012];
- 204 Ferchichi, W., (2011), *Law and Homosexuality: Survey and analysis of legislation across the Arab World*, Documento de Trabalho elaborado para a Análise do Médio Oriente e do Norte de África pela Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 27–29 de Julho de 2011; Consultar, também, Maleche, A., e Day, E., (2011), *Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*, Documento de Trabalho para a Comissão Global sobre o VIH e o Direito.
- 205 Beyrer, C., e Baral, S.D., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de Trabalho para a Comissão Global sobre o VIH e o Direito; Consultar, também, o documento submetido pelo Alternative Côte D’Ivoire para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011, no qual um marfinense descreve a sua detenção por ser HSM; contribuição submetida por Abu Nawas, Argélia, para a Análise do Médio Oriente e do Norte de África, 27–29 de Julho de 2011; Contribuição submetida pela Arab Foundation for Freedoms and Equality (AFE), Líbano, para a Análise do Médio Oriente e do Norte de África, 27–29 de Julho de 2011; Contribuição submetida por ACHIEVE, Filipinas, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Contribuição submetida pela PT Foundation, Malásia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 206 Contribuição submetida pela PT Foundation, Malásia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 207 *Ibid.*
- 208 Ottosson, D., (2009), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, ILGA, pp. 48–52.
- 209 ONU, (2010), *Uganda: ‘Anti-Homosexuality Bill’ threatens fight against HIV, UN expert warns*. Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?newsID=33552&CR=discrimination&cr1> [Consultado em 7 de Março de 2012]; amfAR, (2009), *Uganda Anti-Homosexuality Bill Threatens Progress Against AIDS*. Disponível em: www.amfar.org/world/msm/article.aspx?id=8150 [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 210 ONUSIDA, (2002), *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change and national response*. Disponível em: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/uganda_report.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 211 Tamale, S., (2009), *A Human Rights Impact Assessment of the Anti-Homosexuality Bill*, Diálogo Público, Novembro de 2009, Makerere University. Disponível em: http://wthrockmorton.com/wp-content/uploads/2009/11/Dr_Tamale_s_speech_at_the_public_dialogue_on_.pdf. [Consultado em 7 de Março de 2012]; Strand, C., (2011), *Kill Bill! Ugandan human rights organisations’ attempts to influence the media’s coverage of the Anti-Homosexuality Bill*, Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, Vol. 13, Issue 8.
- 212 OMS, UNICEF, ONUSIDA, (2009), *Progress Report 2009: Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090930_tuapr_2009_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; ONUSIDA, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 213 Abu-Raddad, L. et al., (2010), *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*, Banco Mundial. Disponível em: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2010/06/04/000333038_20100604011533/Rendered/PDF/548890PUB0EPI11C10Dislosed061312010.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 214 Consultar, por exemplo, ONUSIDA (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, Chapter 2 Epidemic Update. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap2_em.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; amfAR Aids Research, (2008), *MSM, HIV, and the Road to Universal Access—How*

- Far Have We Come? Disponível em: http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; Mumtaz, G. et al., (2011), *Are HIV epidemics among men who have sex with men emerging in the Middle East and North Africa?: a systematic review and data synthesis*, PLoS Medicine 8(8): e1000444. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000444> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 215 UNUSIDA, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic 2008*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; UNUSIDA, (2008), *Keeping Score II: A Progress Report towards Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support in the Caribbean*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206_keepingcoreii_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 216 UNUSIDA, (2009), *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*, Action Framework. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 217 Hart, G., Elford, J., (2010), *Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges*, Current Opinion in Infectious Diseases 23(1), pp. 39–44; Consultar, também, Dowsett, G.W., Grierson, J.W., e McNally, S.P., (2006), *A Review of Knowledge about the Sexual Networks and Behaviours of Men who have Sex with Men in Asia*, Australian Research Centre in Sex, Health and Society La Trobe University, Melbourne, Australia, Monograph Series Number 59; For Latin America, Cáceres, C. et al., *Epidemiology of male same-sex behaviours and associated sexual health indicators in LMIC: 2003–2007 estimates*, Sexually Transmitted Infections 84(1), BMJ Publishing Group, pp. i49–i56.
- 218 Beyrer, C. et al., (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM)*, Banco Mundial. Disponível em: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269> [Consultado em 7 de Março de 2012]; UNUSIDA, PNUD, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 219 Wilson, P. et al., (2011), *Access to HIV Prevention Services and Attitudes about Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers*, Fórum Global sobre HSH e VIH (MSMGF, pelas suas siglas em inglês). Disponível em: <http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/Publications/GlobalSurveyReport.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 220 Poteat, T. et al, (2011), *HIV Risk among MSM in Senegal: A Qualitative Rapid Assessment of the Impact of Enforcing Laws That Criminalize Same Sex Practices*, PLoS ONE 6(12): e28760. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028760> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 221 Consideremos a *Anti Homosexuality Bill*, a proposta de lei do Uganda, que pretendia impor acusações a quem não relatasse às autoridades uma pessoa que soubesse ser homossexual. BBC News, (2011), *Uganda anti-gay bill 'shelved by parliament'*. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-13392723> [Consultado em 7 de Março de 2012]; Consultar, também, Human Rights Watch, (2004), *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*, 2004, Vol. 16 (6), p. 14. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/jamaica1104.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 222 Mensagem em vídeo do Secretário-Geral na reunião do Conselho dos Direitos Humanos sobre Violência e Discriminação baseada na Orientação Sexual e na Identidade de Género, Genebra, Suíça, 7 de Março de 2012. Disponível em: <http://www.un.org/sg/statements/?-nid=5900> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 223 Johnson, A., (2007), *Off the Map: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-sex Practicing People in Africa*, IGL-HRC, pp. 57–58; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Coligação Ásia-Pacífico sobre Saúde Sexual Masculina (APCOM, pelas suas siglas em inglês), p. 9.; Arreola, S. et al., (2010), *In Our Own Words: Preferences, Values, and Perspectives on HIV Preven-*

- tion and Treatment: A Civil Society Consultation with MSM & Transgender People, Fórum Global sobre HSH e VIH (MSMGF) e OMS, p. 10.
- 224 Beyrer, C., e Baral, S.D., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de Trabalho para a Comissão Global sobre o VIH e o Direito.
- 225 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Coligação Ásia-Pacífico sobre Saúde Sexual Masculina (APCOM), p. 4; Tejada, V., e Tristán, E., (2008), *Shadow Report for the Human Rights Committee submitted in conjunction with Panama's* (Third Periodic) Report, Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panama, IGLHRC, p. 6; ONUSIDA, UIP, e PNUD, (2007), *Taking action against HIV and AIDS: A handbook for parliamentarians*, pp. 171–173.
- 226 Beyrer, C., e Baral, S.D., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de Trabalho elaborado para a Comissão Global sobre o VIH e o Direito; Consultar, também, o documento submetido por Djamil, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011, e o documento submetido pela APUVIMEH, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 227 Documento submetido por Yahia Zaidi, Abu Nawas, Argélia, para a Análise da MENA (*Middle East and North Africa*, Médio Oriente e Norte de África), 27–29 de Julho de 2011.
- 228 Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, e ONUSIDA, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Consolidated Version. Disponível em: http://data.unaids.org/Publications/IR-C-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 229 Ottosson, D., (2009), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, IGLA, pp. 50–52. *Toonen v. Australia*, (1994), Communication No. 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992. Disponível em: http://www.humanrights.gov.au/education/hr_explained/case_studies.html [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 228 *Hong Kong (Sec'y for Justice) v. Yau Yuk Lung e Lee Kam Chuen*, 10 HKCFAR 335, H.K. Ct. of Final Appeal, 17 de Julho de 2007.
- 229 *Leung v. Hong Kong (Sec'y for Justice)*, 4 HKLRD 211, H.K. Ct. of Appeal, 20 de Setembro de 2006.
- 230 *Nadan and McCoskar v. State*, HAA0085 & 86 OF 2005, Fiji High Ct., 26 de Agosto de 2005.
- 231 *Romer v. Evans*, 116 S.Ct. 1620, (1996).
- 232 *Lawrence v. Texas*, 123 S.Ct. 2472, (2003).
- 233 Ministério da Saúde Pública, (2012), *Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012–2016)*, Tunísia, p. 31. Disponível em: <http://www.ccm-tunisie.rns.tn/oportunite/contrat/document4.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 234 The Jakarta Post, (2008), *Islam 'recognizes Homosexuality'*, 28 de Março de 2008. Disponível em: <http://www.thejakartapost.com/news/2008/03/27/islam-039recognizes-homosexuality039.html> [Consultado em 24 de Abril de 2012]. Consultar, também, Prof. Dr. Siti Musdah Mulia, (2009), *Understanding LGBT issues in Islam—Promoting the appreciation of human dignity*, 2nd CSBR Sexuality Institute—11–18 Setembro de 2009, Istambul. Disponível em: <http://www.bekhsos.com/web/wp-content/uploads/2009/09/Homosexuality-and-Islam.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]. Para outras posições de intelectuais muçulmanos sobre a homossexualidade, consultar Samar Habib, (2009), *Islam and Homosexuality (in two volumes)*. Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger.
- 235 *Ibid.* Consultar, também, ONU, (2010), *Universal decriminalisation of homosexuality a human rights imperative—Ban*. Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=37026> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 236 Comissão Asiática de Luta Contra a SIDA, (2008), *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*, Nova Deli, Oxford University Press, p. 203.
- 237 Grover, A., (2010), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 14^a sessão do Conselho dos Direitos Humanos da ONU, Promoção e proteção de todos os direitos humanos, civis, políticos, económicos, sociais e culturais, incluindo o direito ao desenvolvimento, UN Doc. A/HRC/14/20.
- 240 *BelizeCriminalCodeChapter101, Revised Edition 2000*. Disponível em: [http://www.belizelaw.org/lawadmin/PDF%](http://www.belizelaw.org/lawadmin/PDF%20)

- 20files/cap101.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 241 *Naz Foundation v. Government of NCT of New Delhi and Others*, WP(C) No. 7455/2001. Disponível em http://www.nazindia.org/judgement_377.pdf. [Consultado em 12 de Junho de 2012]. Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*. PNUD/APCOM.
- 242 Aids Free World, (2011), *Q&A: AIDS-Free World's challenge of Jamaica's Anti-Gay Law*. Disponível em: <http://www.aidsfreeworld.org/Our-Issues/Homophobia/Q-and-A-AIDS-Free-Worlds-Challenge-of-Jamaica-Anti-Gay-Law.aspx> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 243 Hilary Rodham Clinton, Secretária de Estado dos Estados Unidos, (2011), *Remarks in Recognition of International Human Rights Day*. Disponível em <http://www.state.gov/secretary/rm/2011/12/178368.htm>. [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 244 Global Rights et al., (2010), *Violations of the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons in Mexico: A Shadow Report*. Disponível em: http://www.globalrights.org/site/DocServer/LGBT_ICCPR_Shadow_Report_Mexico.pdf?docID=11184 [Consultado em 7 de Março de 2012]; Human Rights Watch, (2012), *Sweden: Letter to the Prime Minister regarding Transgender Law*. Disponível em: <http://www.hrw.org/news/2012/01/14/sweden-letter-prime-minister-regarding-transgender-law> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 245 Por exemplo, a Austrália, a Nova Zelândia e a Índia, disponível em: <http://thenewcivilrightsmovement.com/transgender-dont-try-to-board-a-plane-in-canada/politics/2012/02/02/33945> [Consultado em 7 de Março de 2012]. Em certos países, alterar o género nos documentos oficiais é legal, mas a lei não é posta em prática. No Paquistão, por exemplo, um tribunal ordenou a emissão de bilhetes de identidade destinados a pessoas transexuais, mas esta decisão nunca foi posta em prática. Disponível em: <http://www.hrw.org/news/2012/01/14/sweden-letter-prime-minister-regarding-transgender-law> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 246 Contribuição submetida por Aung Min Thein Purple Sky Network, sub-região do Grande Mekong, no Sudeste da Ásia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2012.
- 247 Section 153 (1) (xlvii), Summary Jurisdiction (Offences) Act, Chapter 8:02.
- 248 Art. 198, Código Penal do Kuwait, No. 16 of 1960, encontrado em Human Rights Watch, (2012), *They Hunt Us Down for Fun*, p. 4.
- 249 *Ibid.*
- 250 Contribuição submetida por Valentina Riascos Sanchez, Santamaría Fundación, Colômbia, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 251 Contribuição submetida pela Sociedade contra a Discriminação em relação à Orientação Sexual (*Society Against Sexual Orientation Discrimination*, SASOD, pelas suas siglas em inglês), Guiana, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011.
- 252 Paoli, L., (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, um Relatório da ILGA (a Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo). Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado em 16 de Maio de 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Coligação Ásia-Pacífico sobre Saúde Sexual Masculina (APCOM).
- 253 Consultar, por exemplo, as contribuições submetidas pela Red Initiative, Trinidad e Tobago e pela Universidade de Ontário, Instituto de Tecnologia, Canadá, para o Diálogo Regional nas Caraíbas, 12–13 de Abril de 2011, Contribuição submetida pela PT Foundation, Malásia, Pacific Islands AIDS Foundation, Fiji, Ravudi, Fiji e Space, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Contribuições submetidas pela Santamaría Fundación, Colômbia, Redlactrans, Argentina, Asociación Penamena de Personas TRANS, Panamá e OTRAVERS, Guatemala, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011; Contribuição submetida por DynamiX, África do Sul, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Brendan Michael Connor, Streetwise and Safe, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.

- 254 Contribuição submetida por Taysa Fernandes, Ángel Azul, Honduras, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 255 PNUD, (2011), *Towards Universal access Examples of Municipal HIV Programming for Men who have sex with Men and Transgender People in Six Asian Cities*. Disponível em: <http://www.snap-undp.org/elibrary/Publication.aspx?id=535> [Consultado em 7 de Março de 2012]; Consultar, também, a contribuição submetida por Sangama, Índia e SPACE, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 256 OMS, UNICEF e ONUSIDA, (2009), *Progress Report 2009: Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090930_tuapr_2009_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012]; ONUSIDA, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Global-Report/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 257 Consultar, por exemplo, a contribuição submetida pelos Transgender Sex Workers Cape Town, África do Sul, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Consultar o exemplo de uma experiência semelhante na Ásia, a contribuição submetida por Ravudi, Fiji, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 6–17 de Fevereiro de 2011.
- 258 Haas, A.P. et al., (2011), *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and Recommendations*, Journal of Homosexuality, 58(1), 10–51; American Foundation for Suicide Prevention, (2011), *Preventing Suicidal Behavior in LGBT Individuals*, Public Policy Issue Brief.
- 259 A expressão “minorias sexuais” refere-se às pessoas que se identificam, maioritariamente, através das suas preferências sexuais e das comunidades que procuram prazeres idênticos. A expressão “minorias de género” refere-se às pessoas que se sentem mais confortáveis ao viverem em papéis ou aparências sociais que não são conformes aos convencionalmente atribuídos aos seus corpos biológicos; estas pessoas podem nem se identificar como homens nem como mulheres.
- 260 National Centre for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, (2009), *National Transgender Discrimination Survey*, found in Beyrer, C. et al., (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM)*, Banco Mundial. Disponível em: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 261 *Ibid.*
- 262 Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, um Relatório da ILGA (a Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo). Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado em 16 de Maio de 2012]; Consultar, também, Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, PNUD, Bangucoque, Tailândia.
- 263 Beyrer C. et al., (2011), *Expanding the Space: Inclusion of Most-at-Risk Populations in HIV Prevention, Treatment, and Care Services*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Vol. 57, 96–99.
- 264 Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, um Relatório da ILGA (a Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo). Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado em 16 de Maio de 2012];
- 265 Sunil Babu Pant and others v. Nepal Government and others [2008] 2 N.J.A.L.J. 261–286; National Judicial Academy (NJA), Nepal, 2010, *The landmark decisions of the Supreme court, Nepal on Gender Justice*. Disponível em: http://www.njanepal.org.np/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=64%3Athe-landmark-decisions-of-the-supreme-court-nepal-on-gender-justice&Itemid=159 [Consultado em 28 de Março de 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, PNUD. Disponível em: http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consultado em 28 de Março de 2012]; PNUD, *Nepal census recognizes third gender for the first time*. Disponível em: <http://www.beta>

- undp.org/undp/en/home/ourwork/hiv-aids/successstories/Nepal_third_gender_census_recognition.html [Consultado em 28 de Março de 2012].
- 266 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, PNUD. Disponível em: http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consultado em 28 de Março de 2012]; Katyal, Sonia, (2010), *The Dissident Citizen*, UCLA Law Review, Vol. 57, p. 1415, 2010; Fordham Law Legal Studies Research Paper No. 1547148. Disponível na SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1547148> [Consultado em 24 de Abril de 2012]; Redding, Jeff, (2011), *From 'She-Males' to 'Unix': Transgender Rights in Pakistan and the Criminal Law Origins of a Constitutional Case*. Disponível na SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1905070> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 267 Argentina Approves Transgender Rights Legislation, Makes Sex-Change Surgery A Legal Right. Disponível em: <http://ilga.org/ilga/en/article/nx0WWQ81Ot> [Consultado em 15 de Maio de 2012]; Paoli, L., (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, um Relatório da ILGA (a Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo). Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado em 16 de Maio de 2012];
- 268 *Law No 18.620, 2009. Derecho a la Identidad de Genero y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios*, 2009, D.O 17 Nov/009, No 27858. Disponível em: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18620&Anchor> [Consultado em 10 de Abril de 2010]. Consultar, também, AWID (Associação para os Direitos das Mulheres no Desenvolvimento), (2009), *Uruguay Approves Sex Change Bill*. Disponível em: <http://www.awid.org/Library/Uruguay-approves-sex-change-bill> [Consultado em 10 de Abril de 2012].
- 269 Godwin, J., (2010), *Legal Environment, Human Rights and HIV Responses Among Men Who Have Sex With Men and Transgender People in Asia and the Pacific, An Agenda for Action*, PNUD, Coligação Ásia-Pacífico sobre Saúde Sexual Masculina (APCOM), Banguetcoque, Tailândia. Consultar, também, o sítio do Gabinete Indiano de Passaportes, em <http://www.passportindia.gov.in/AppOnlineProject/online/chanParticular#>. [Consultado em 26 de Abril de 2012]. Deshpande S., (2005), *Passport Office Takes Note of Sex Change*, The Times of India, Mumbai. Disponível em: http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2005-11-10/mumbai/27860904_1_passport-office-new-passport-change-operation. [Consultado em 26 de Abril de 2012]
- 270 *Lei no 7/2011, 15 de Março de 2011, Cria o procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil e procede à décima sétima alteração ao Código do Registo Civil*. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s-dip/2011/03/05200/0145001451.pdf> [Consultado em 25 de Abril de 2012]. Consultar, também, TGEU, (2011), *Portugal Adopts Trans Law, 8 days for Legal Gender Recognition*. Disponível em: http://www.tgeu.org/PR_Portuese_Trans_Law [Consultado em 10 de Abril de 2012].
- 271 GDC, *Prison Settings*. Disponível em: <http://www.unodc.org/southernafrica/en/hiv/prison-settings.html> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 272 ICPS, *Entire world—Prison Population Rates per 100,000 of the national population*. Disponível em: http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_stats.php?area=all&category=wb_poprate [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 273 Goyer, K.C., (2003), *HIV/AIDS in Prison, Problems, Policies and Potential*, Institute for Security Studies Monographs, p. 103.
- 274 International HIV/AIDS Alliance e Commonwealth HIV e AIDS Action Group, (2010), *Enabling legal environments for effective HIV responses: A leadership challenge for the Commonwealth*. Disponível em: <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001810.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 275 *Ibid.*
- 276 *Ibid.*
- 277 Lines, R., (2008), *The right to health of prisoners in international law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), p. 6.; Goyer, K.C., 2003, *supra*. Consultar, também, por exemplo, os vários processos que reconheceram o impacto das condições prisionais sobre o risco de contração do VIH que os reclusos enfrentam, tais como *S v Magida*, Processo No. 515/2004. Disponível em: <http://>

- www.saflii.org/za/cases/ZASCA/2005/68.html [Consultado em 6 de Março de 2012]; e *EN and Others v Government of the Republic of South Africa*, Case No. 4576/2006. Disponível em: <http://www.beatit.co.za/media/PDFs/EN%20and%20Others%20v%20Government%20of%20the%20RSA.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 278 *Ibid.* No processo *EN and Others*, o tribunal fez referência à vulnerabilidade específica dos reclusos com VIH. O juiz deu dois exemplos específicos que explicam por que motivo os reclusos são mais vulneráveis ao VIH: primeiro, porque estão à mercê dos agentes penitenciários, que têm como função transportar ou facilitar o acesso às clínicas de VIH, e, segundo, porque nem todos os serviços que seriam oferecidos às pessoas da comunidade, por exemplo, as visitas domiciliares, podem ser oferecidos aos reclusos.
- 279 Johnson, R. e Raphael, S., (2006), *The Effects of Male Incarceration Dynamics on AIDS Infection Rates among African American Women and Men*, Documento de Trabalho 22, Centro Nacional de Luta contra a Pobreza, Universidade do Michigan. Disponível em: http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper22/working_paper06-22.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 280 Csete, J., (2010), *Consequences of Injustice: Pre-trial Detention and Health*, International Journal of Prisoner Health 6(2), pp. 47–58; Jürgens, R., e Tomasini-Joshi, T., (2010), *Editorial*, International Journal of Prisoner Health 6(2), pp. 45–46; Jürgens, R., e Betteridge, G., (2005), *Prisoners who inject drugs: Public health and human rights imperatives*, Health and Human Rights 8(2), p. 54.
- 281 Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos, (1990), Assembleia-Geral das Nações Unidas, Res. 45/111, anexo, 45 ONU GAOR Supl. (No. 49A) at 200, ONU Doc A/45/49.
- 282 Artigo 10, Convenção Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 283 Este “princípio de equivalência” goza de um amplo consenso entre as instituições e instrumentos internacionais, em termos de saúde e de direitos humanos. Consultar, por exemplo, Basic Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos (1990), supra; Organização Mundial da Saúde, (1993), *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*; Gabinete das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade, Organização Mundial da Saúde e ONUSIDA, (2006), *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*; Conselho da Europa, Comité de Ministros, Recomendação do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre Regras Penitenciárias Europeias (adotada a 11 de Janeiro de 2006).
- 284 Consultar, por exemplo, em referência ao Artigo 3 da *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, Akandji, JF., (2007), *Positive Obligations under the European Convention on Human Rights*, Human Rights Handbook Nr.7, Conselho da Europa. Disponível em: <http://echr.coe.int/NR/rdonlyres/1B521F61-A636-43F5-AD56-5F26D46A4F55/0/DG2ENHRHAND072007.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Lines, R., (2007), *Injecting Reason: Prison Syringe Exchange and Article 3 of the European Convention on Human Rights*. Disponível em: <http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Injecting-Reason-R-Lines.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012]; Elliott, R., (2011), *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers*, Open Society Foundations. Disponível em: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treatment-or-torture-20110624/treatment-or-torture-20110624.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 285 Human Rights Watch, (2006), *HIV/AIDS in Prisons*, Nova Iorque, EUA; consultar, também, GDC, ONUSIDA (2008), *Women and HIV in Prison Settings*, Genebra, Suíça; GDC, ONUSIDA, (2007), *HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa*, Geneva, Switzerland and Eurasian Harm Reduction Network, Disponível em: <http://www.harm-reduction.org/prisons/advocacy-and-policy.html> [Consultado em 6 de Março de 2012]. Estas fontes concluíram que o encarceramento resulta, frequentemente, na interrupção do tratamento do VIH, da tuberculose e da toxicod dependência. De forma geral, consultar Lines, R., (2008), *The Right to Health of Prisoners in International Human Rights Law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), pp. 3–53.
- 286 Contribuição submetida pelo Thai AIDS Action Group, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 287 AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, (2009), *HIV/AIDS and Human Rights in Southern Africa*. Disponível

- em: http://www.safaid.net/files/ARASA_Human_rights_report_2009.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 288 *Ibid.*
- 289 Jurgens, R., Lines, R. e Cook, C., (2010), *Out of sight, out of mind? Harm reduction in prisons and other places of detention*, in Cook, C., (2010), *Global State of Harm Reduction: Key issues for broadening the response*, Associação Harm Reduction International.
- 290 OMS/Europa, (2005), *Status Paper on Prisons, Drugs, and Harm Reduction*, Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 291 Martin, V. et al., (1998), *Predictive Factors of HIV infection in Injection Drug Users Upon Incarceration*, *European Journal of Epidemiology* 14(4), p.327-331.
- 292 Jürgens, R., Ball, A., Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, *Revista The Lancet infectious diseases* 9(1). Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 293 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction*. Disponível em: <http://www.ihra.net/international-response> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 294 Jürgens, R., Ball, A., Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, *Revista The Lancet infectious diseases* 9(1). Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 295 Ministério da Justiça da República da Moldávia, no Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011.
- 296 *Strykiwsky contra Mills e o Canadá*, Court File No. T-389-00 (2000).
- 297 OIM, (2010), *World Migration Report 2010, The Future of Migration: Building Capacities for Change*, OIM, Genebra, Suíça; DESA, (2010), *World Population Policies 2009*, DESA, Nova Iorque; DESA, (2009) *Trends in total migrant stock: 2008 revision*, DESA, Nova Iorque; PNUD, (2009), *Human Development Report 2009, Overcoming barriers: Human mobility and development*, PNUD.
- 298 ONUSIDA, OIM, OIT, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genebra, Suíça.
- 299 *Ibid.* Ver também Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Porto Rico*, 15 de Outubro de 2010, 59(40): 1297–1301; PNUD, (2004), *Migration and HIV: Vulnerability Assessment among Foreign Migrants in South Korea*, Relatório PNUD, Coreia do Sul. Ver também, por exemplo, o documento submetido por Palitha Vijayabandara, Sri Lanka, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011 que afirmava: ‘Enquanto os trabalhadores migrantes são, eles próprios, vulneráveis, ser seropositivo; mulher; ou de uma minoria sexual; aumenta a sua vulnerabilidade.’
- 300 Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Porto Rico*, 15 de Outubro de 2010, 59(40): 1297-1301; Ver também, por exemplo, um estudo sul-africano sobre mulheres que viviam em Carltonville, que mostrou que a taxa de VIH era de 46% entre os migrantes e de 37,1 % entre não-migrantes, Zuma, K., Gouws, E., Williams, B. e Lurie, M., (2003) *Risk factors for HIV-infection among women in Carltonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases*, *International Journal of STD and AIDS*, Vol. 14, 814–817. Do mesmo modo, um estudo na República Dominicana mostrou que as mulheres migrantes tinham um perfil de risco semelhante ao dos trabalhadores do sexo, Brewer T. et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations*, *AIDS*, Vol. 12, 879–1887.
- 301 ONUSIDA, OIM, OIT, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genebra, Suíça; Zuma K., Gouws E., Williams B. e Lurie M., (2003), *Risk factors for HIV-infection among women in Carltonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases*, *International Journal of STD and AIDS*, Vol. 14, 814–817. Brewer T. et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations*, *AIDS*, Vol. 12, 879–1887. No estudo de Carltonville, os autores sugeriam que muitas mulheres migrantes se envolviam em relações sexuais múltiplas por razões económicas, o que aumentava o seu risco de infeção por VIH. Ver também PNUD, (2008), *HIV Vulnerabilities Faces by Women Migrants: From Asia to the Arab States, From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*, PNUD.

- 302 ONUSIDA, OIM, OIT, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genebra, Suíça.
- 303 Comunicação pessoal do Comissário Jon Ungphakorn, 22 de Novembro de 2011, relativa à situação na Tailândia, e ver, por exemplo, Human Rights Watch (2007), *Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants detained by the United States*, Vol. 10, Nova Iorque, EUA, que descreve a falta de acesso ao tratamento do VIH para pessoas detidas nos centros de imigração dos Estados Unidos.
- 304 Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, (1966); Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (1966); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e seu Protocolo Facultativo (2000); e Protocolo das Nações Unidas para Prevenir, Suprimir e Punir o Tráfico de Pessoas (2000). O Artigo 12 do PIDESC reflete o direito humano ao nível mais alto possível de saúde, aqui referido como o “direito à saúde”. Ver também OIT, (1998), Declaração sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho; UNESCO, (1960), Convenção contra a Discriminação na Educação. O Artigo 1 define discriminação como incluindo “qualquer distinção, exclusão, limitação ou preferência que, tendo por base a raça, a condição económica ou o nascimento, tem o objetivo ou o efeito de anular ou comprometer a igualdade de tratamento na educação”.
- 305 Artigo 12 (1) do *Pacto sobre os Direitos Civis e Políticos* (1966): “Todo aquele que esteja legalmente dentro de um Estado terá, dentro desse território, o direito à liberdade de movimentos e à liberdade de escolher a sua residência.” Ver também Artigo 13 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 10 de Dezembro de 1948.
- 306 Ver também os princípios e regras expostos nos instrumentos relevantes elaborados no quadro da Organização Internacional de Trabalho, especialmente a Convenção relativa aos Trabalhadores Migrantes, N.º 97, adotada em 1949, e a Convenção relativa às Migrações em Condições Abusivas e à Promoção da Igualdade de Oportunidades e de Tratamento dos Trabalhadores Migrantes, N.º 143, adotada em 1975.
- 307 *Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias*, A.G., 45.ª sessão, em 18 de Dezembro de 1990, A/RES/45/158.
- 308 Ver, por exemplo, comunicação pessoal, Comissário Jon Ungphakorn, *supra*. Ver também documentos submetidos por Space Allies, Japão, Diálogo Regional Ásia Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011, onde se descreve como os cidadãos não japoneses sem residência permanente são excluídos do sistema nacional de saúde.
- 309 No Diálogo Regional em África, referia-se que os ARVs são só facultados a prisioneiros que sejam cidadãos do Botsuana, Relatório do Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011, Pretória, África do Sul.
- 310 Medical Justice, (2011), *Detained and Denied, The Clinical Care of Immigration Detainees Living with HIV*, disponível em <http://www.medicaljustice.org.uk/images/stories/reports/d%26d.pdf>. [Consultado em 3 de Abril de 2012]. National Aids Trust, (2011), *Failures of HIV Treatment in Immigration Removal Centres are Inexcusable*, Março de 2011. Disponível em: <http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2011/March/Medical%20Justice.aspx>. [Consultado em 3 de Abril de 2012]. Documento especializado submetido pela African Health Policy Network para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 311 National Aids Trust, (2012), *NAT comments on the Government's commitment to give free HIV treatment in England to all those who need it*, Comunicados de Imprensa, Fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2012/February/Charging%20amendment.aspx> [Consultado em 29 de Março de 2012]; Migrants' Rights Network, (2012), *HIV treatment to be free for undocumented migrants and non-UK citizens*, 5 de Março de 2012. Disponível em: <http://www.migrantsrights.org.uk/news/2012/hiv-treatment-be-free-undocumented-migrants-and-non-uk-citizens> [Consultado em 29 de Março de 2012].
- 312 ONUSIDA (2011), *HIV-related restrictions on entry, stay and residence*, UNAIDS Human Rights and Law Team, Junho de 2011, <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/eliminatingtravelrestrictions/> [Consultado em 10 de Janeiro de 2012]. Em Novembro de 2011, 47 países, territórios e zonas continuavam a impor restrições discriminatórias à entrada, permanência e residência de pessoas que vivem com VIH: Assembleia-Geral das

- Nações Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 313 *Ibid.* Ver também documento submetido pelo European AIDS Treatment Group e Deutsche AIDS-Hilfe para o Diálogo Regional entre Europa de Leste & Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011.
- 314 Documento submetido por David Haerry e Peter Wiesner, Global Database on HIV-specific Entry and Residence Restrictions, Alemanha, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 315 *Ibid.* ONUSIDA, (2009), *The Impact of HIV-related Restrictions on Entry, Stay and Residence: Personal Narratives*, ONUSIDA, Genebra, Suíça; ONUSIDA, (2008), *Report of the international task team on HIV-related travel restrictions, Findings and Recommendations*, ONUSIDA, Genebra, Suíça.
- 316 Ver <http://hivtravel.org/Default.aspx?pagelid=150>. Ver também Comunicado de Imprensa da ONUSIDA (2010), *UNAIDS salutes country leadership to eliminate HIV-related restrictions on entry, stay and residence*. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/july/20100720prtravelrestrictions/>. [Consultado em 3 de Abril de 2012]; Declaração de Imprensa da ONUSIDA, (2011), *Armenia Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/july/20110715psarmenia/>. [Consultado em 3 de Abril de 2012]; Declaração de Imprensa da ONUSIDA, (2011), *Fiji Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/august/20110826c-fiji/>. [Consultado em 3 de Abril de 2012]; Declaração de Imprensa da ONUSIDA, (2010), *UN Secretary-General applauds the removal of entry restrictions based on HIV status by United States of America and Republic of Korea*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2010/20100104_ps_travelrestrictions_en.pdf [Consultado em 3 de Abril de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de Maio de 2012].
- 317 ONUSIDA, OMS e UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 318 ONUSIDA, UNIFEM e FNUAP, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponível em: http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012]. Ver também documento submetido por Meena Sen, SANGRAM, Índia, para o Diálogo Regional Ásia Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 319 *Ibid.*
- 320 Quarraisha, A-K. et al., (2010), *HIV and Maternal Mortality: Turning the Tide*, Revista Lancet 375 (2010): 1948–1949. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60747-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60747-7/fulltext) [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 321 Hogan, M.C. et al., (2010), *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: a Systematic Analysis of Progress Towards the Millennium Development Goal 5*, Revista Lancet. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100402_ihmearticle.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 322 Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011; Documento submetido pelo Conselho Nacional da Juventude do Malawi, Malawi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS*, E/CN.4/2005/72. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement> [Consultado em 6 de Março de 2012].

- 323 Ngwena C., (2011), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*, ICHRP. Disponível em: http://www.ichrp.org/files/papers/185/140_Ngwena_Africa_2011.pdf#search=%27Sexual%20rights%20in%20africa%20%27. [Consultado em 10 de Abril de 2012]. Ver também Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2006), *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General*, A/61/122/Add. 1. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/484e58702.html> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 324 *Ibid.*
- 325 Documento submetido pela American Society for Muslim Advancement, EUA, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 326 Documento submetido por Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, Comunidade Internacional de Mulheres que Vivem com VIH (ICW – Sul de África), Suazilândia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 327 Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; ONUSIDA (2010) Relatório de 2010 sobre a Epidemia Mundial da Sida. Disponível em: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 328 Sivakumaran, S., (2007), *Sexual Violence Against Men in Armed Conflict*, The European Journal of International Law, 18:2. Disponível em: <http://ejil.oxfordjournals.org/content/18/2/253.full.pdf+html> [Consultado em 10 de Abril de 2012]; Africa Faith and Justice Network, (2011), *Male Rape in Armed Conflict Widespread and Underreported*. Disponível em: <http://afjn.org/focus-campaigns/promote-peace-d-r-congo/30-commentary/986-male-rape-in-armed-conflict-underreported-.html> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 329 Frasca, T., (2005), *AIDS in Latin America*, Palgrave/Macmillan.
- 330 Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2009), *Intensification of Efforts to Eliminate All Forms of Violence Against Women*, Resolução 63/155, 30 de Janeiro de 2009.
- 331 Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Cusack, S., (2010), *Advancing Sexual Health and Human Rights in the Western Pacific*, Conselho Internacional sobre Política de Direitos Humanos. Disponível em: http://www.ichrp.org/files/papers/179/140_Simone_Cusack_Western_Pacific_2010.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 332 OMS, (2005), *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Response*. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 333 Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS*, E/CN.4/2005/72. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement> [Consultado em 6 de Março de 2012]. ECOSOC, (2006), *Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women*, E/CN.4/2006/61. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/103/50/PDF/G0610350.pdf?OpenElement> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, (1992), *Recomendação Geral Nº. 19: Violence Against Women Eleventh Session*, A/47/38. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2010), *Report of the Special Rapporteur on torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/13/39/Add.5. Disponível em: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.39.Add.5_en.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 334 Zimbabué, *Criminal Law (Codification and Reform) Act No. 23 2004* define violação da seguinte maneira: “Quando uma pessoa do sexo masculino tem, conscientemente, relações sexuais ou relações sexuais anais com uma pessoa do sexo feminino e, na altura das relações, (a) a pessoa do sexo feminino não consentiu nelas; e (b)

- ele sabe que ela não consentiu ou tem consciência de que existe risco ou possibilidade real de que ela possa não ter consentido.”
- 335 Tanto a Tanzânia como o Botsuana não decretam que a violação no casamento é ilegal: Centro de Apoio Jurídico [Namíbia] (LAC), (2006), *Rape in Namibia: An Assessment of the Operation of the Combating of Rape Act 8 2000*. (Ver outra nota abaixo sobre violação conjugal).
- 336 ONU Mulheres, (2011), *Progress of the World's Women 2011-2012: In pursuit of Justice*. Disponível em: <http://progress.unwomen.org/2011/07/laws-on-violence-against-women> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 337 *Ibid.* Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2006), *In-depth study on all forms of violence against Women*, A/61/122/Add.1. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/61/122/Add.1 [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 338 Base de Dados do Secretário-Geral da ONU sobre Violência contra as Mulheres, (2009), *Antigua: Section 4 of the Sexual Offenses Act 1995 (No.9 of 1995)*. Disponível em: <http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28469&baseHref=country&baseHrefId=136> [Consultado em 7 de Março de 2012]; Base de Dados do Secretário-Geral da ONU sobre Violência contra as Mulheres, (2009), *Bahamas: Section 15 of the Sexual Offenses and Domestic Violence Act (1991)*. Disponível em: <http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28489> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 339 Documento submetido pelo Ativista Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Nepal, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chile, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011; Kassoum Ibrahim, Association des Jeunes Juristes du Niger, Níger; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigéria; Sanger e Keehn; Cheung, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; ONUSIDA e CDH, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights Consolidated Version*. Disponível em: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf [Consultado em 6 Março 2012]; Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Human Rights Watch, (2011), *He Loves You, He Beats You: Family Violence in Turkey and Access to Protection for a discussion of the failures of implementing domestic violence laws*. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/turkey0511webwcover.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 340 Documento submetido pelo Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chile, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 341 Comissão Global sobre Mulheres e SIDA e OMS, (2004), *Sexual Violence in Conflict Settings and the Risk of HIV*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/unaid/2004/a85593.pdf> [Consultado: 25 de Outubro de 2011].
- 342 Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, (2004), *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Resolução 2004/27, 16 de Abril de 2004. Disponível em: http://www.unhcr.org/refworld/topic/4565c-2252f4565c25f3e345377c40c0_0_0_0_RESOLUTION.html [Consultado em 29 de Março de 2012].
- 343 ONUSIDA, UNIFEM e FNUAP, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponível em: http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consultado em 8 de Março de 2012]; Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas, (2005), *Elimination of Violence Against Women*, Resolução 2005/41, parágrafo 9. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45377c59c.html> [Consultado em 29 de Março de 2012]; ONUSIDA e Coligação Global sobre Mulheres e SIDA, (2004), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections*, Information Bulletin Series, 1–9. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf> [Consultado em 29 de Março de 2012].
- 344 Lewis, I., Maruia, B., et al., (2008), *Report on the links between Violence against Women and the Transmission of HIV in 4 PNG provinces*, Universidade de Camberra, Austrália, e Conselho Nacional de Luta contra a SIDA, Papua-Nova Guiné.
- 345 OMS, (2002), *World Report on Violence and Health*. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ [Consultado em 6 de Março de 2012].

- 346 O FNUAP refere que quase 50 por cento de todos os abusos sexuais em todo o mundo são contra raparigas de 15 anos ou mais novas: Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), *State of World Population 2005—The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millenium Development Goals*, capítulo 7. Disponível em: www.unfpa.org/swp/2005/english/ch7/index.htm [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 347 Human Rights Watch, (2004), *Deadly Delay*. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica0304.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 348 Documento submetido por Syed Mohsin Raza, Friends for Progress, Paquistão, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 349 Documento submetido pela Tanzânia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 350 Os serviços de saúde reprodutiva de relevância especial para o VIH incluem o acesso a contraceção; cuidados pré-natais, assistência qualificada no parto e cuidados pós-natais; prevenção e tratamento apropriado de baixa fertilidade e infertilidade; aborto seguro e legal; gestão das complicações causadas por aborto sem segurança; e prevenção e tratamento de infeções do aparelho reprodutor e doenças sexualmente transmitidas, e gestão de complicações e emergências obstétricas e neonatais, incluindo o fornecimento de sangue seguro.
- 351 UNICEF, (2010), Preventing Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV. Disponível em: http://www.unicef.org/esaro/5482_pmtct.html [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 352 Instituto Guttmacher, (2011), *Estimating Unintended Pregnancies Averted from Couple-Years of Protection (CYP)*. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/2011/01/24/Guttmacher-CYP-Memo.pdf>. [Consultado em 6 de Março de 2012]; Ahmed, S. e Hill, K., (2011), *Maternal Mortality Estimation at the Subnational Level: a Model-based Method with an Application to Bangladesh*, Boletim da OMS. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862011000100008&script=sci_arttext [Consultado em 7 de Março de 2012]; Collumbien, M., Gerresu, M., e Cleland, J., (2004), *Non Use and Use of Ineffective Methods of Contraception*; Ezzati, M., Lopez, A., Rogers, A., Murray, C.eds., (2004), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1255–320; Singh, S. et al., (2009), *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, Nova Iorque: Instituto Guttmacher e Fundo das Nações Unidas para a População. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/presentations/Adding-It-Up.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 353 Documento especializado submetido pelo Centro para População, Investigação e Saúde Reprodutiva, 2011. Ver também Ibrahim Naiya Sada, Fatima L. Adamu e Ali Ahmad, (2005), *Promoting women's rights through Sharia in Northern Nigeria*, British Council. Disponível em: http://www.ungei.org/resources/files/dfid_promoting_womens_rights.pdf; *DIVORCE- The Dissolution of a Marriage in Muslim Personal Laws in Nigeria*, Baobab legal Literacy Leaflet No.2. Disponível em: <http://www.nigerianlawguru.com/articles/family%20law/DIVORCE%20-%20THE%20DISSOLUTION%20OF%20A%20MARRIAGE%20IN%20MUSLIM%20PERSONAL%20LAWS%20IN%20NIGERIA.pdf> [Consultado em 11 de Abril de 2012]; Dr. Peter Ruus, (2001), *The reintroduction of Islamic criminal law in northern Nigeria a study conducted on behalf of the European Commission*. Disponível em: http://rezaei.typepad.com/hassan_rezaei/files/islamic-criminal-law-nigeria_en.pdf [Consultado em 11 de Abril de 2012]. Ibrahim Na'ya Sada, (2006), *The Making of the Zamfara and Kano State Sharia Penal Codes*. Disponível em: http://www.sharia-in-africa.net/media/publications/sharia-implementation-in-northern-nigeria/vol_4_3_chapter_4_part_II.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 354 “O tempo passava e nós a tentarmos, eu não conseguia engravidar... decidi, finalmente, voltar ao meu médico e pedir ajuda. Podia ver-se o olhar no rosto dele depois de eu relatar a minha história. Só perguntou: Porque é que quer outro bebé se quase morreu da última vez? E, além disso, foi esterilizada durante o parto da sua filha”: Documento submetido por Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, ICW, Suazilândia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Magalia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Elena Bilokon, ONG Kredo, Cazaquistão, para o Diálogo Regional ELAC, 18–19 de Maio de 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Ge-

- nero en Salud (OEGS), Chile, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011; Charles Kwadwo Oppong, NAP+, Gana; Kassoum Ibrahim, Association des Jeunes Juristes du Niger, Níger; Shadie Wena-fonu Marysha, UCOF+, RD Congo; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, África do Sul, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Brook Kelly, US Positive Women's Network, EUA, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011; Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Ver também Human Rights Watch, *A Test of Inequality*, (2004), *Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic*, HRW, Vol. 16. Disponível em: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/dr0704.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 355 Open Society Foundations, (2011), *Against her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide*. Disponível em: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/against-her-will-20111004/against-her-will-20111003.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 356 Documento submetido por Grace Maingi-Kimani, Federação de Advogadas do Quênia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 357 Documento submetido por Maliyere Gabriel, Recherche Centrafricaine des Personnes Vivant Avec le VIH/SIDA, República Centro-Africana, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 358 Comissão da União Africana, (2006), *The Maputo Plan for Action, 2007-2010*. Disponível em: http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 359 ONUSIDA. (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponível em: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 360 Assembleia-Geral das Nações Unidas, (1966), *International Covenant on Civil and Political Rights* (PIDCP), 16 de Dezembro de 1966, 999 U.N.T.S. 171, artigos 2(1) e 3. Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW), 1979.
- 361 Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, (2003), *Protocol to the African Charter on Human Rights and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponível em: http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 362 *Ibid.*
- 363 Documento submetido por Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Judith Kateule, Zâmbia; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigéria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbabuê; Allan Maleche, KELIN, Quênia; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, África do Sul; Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzânia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; Ahmed, A., (2011), *“Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV”*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Maleche, A. e Day, E., (2011), *“Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights”*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011. Ver também OMS, (2009), *Women and Health, Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, OMS, Genebra. Sa Z., Larsen U., (2008), *Gender Inequality Increases Women's Risk of HIV Infection in Moshi, Tanzania*, *Journal of Biosocial Science*, 40: 505–525.
- 364 Documento submetido por Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Ngwenya, C., (2010), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*; citado em Basu, A. e Menon, R., (2011), *“Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability and the Law”*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 365 Procedimentos que envolvem remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou qualquer outra lesão dos órgãos genitais femininos por razões não médicas. É largamente praticada em África, em alguns países da Ásia e do Médio Oriente e na Península Arábica, Austrália e América Latina.

- 366 Prática tradicional pela qual uma mulher, ao enviudar, é “herdada” pelo irmão do marido. Historicamente, esta prática visava prover às necessidades da viúva e dos seus filhos, mas as práticas recentes tendem a obrigar as mulheres a relações sexuais com quem a herda. Tem sido referida em muitos países africanos, como Quênia, Zimbabuê, Malawi, Zâmbia, Namíbia e Uganda.
- 367 Ato sexual realizado por um parente masculino do marido que se crê purificar a beneficiária através do sémen que entra no corpo da mulher. A prática é comum para as viúvas depois da morte dos maridos. Tem sido documentada em muitos países africanos, como Quênia, Malawi, Zâmbia e Botsuana.
- 368 Documento submetido por Bocci e Khan, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011; Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011; Ahmed, A., (2011), *‘Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV’*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Maleche, A. e Day, E., (2011), *‘Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights’*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; New York Times, (2005), *AIDS Now Compels Africa to Challenge Widows’ ‘Cleansing’*. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2005/05/11/international/africa/11malawi.html?pagewanted=print> [Consultado em 16 de Junho de 2011]; Loosli, B.C., (2004), *Traditional Practices and HIV Prevention in Sub-Saharan Africa*. Disponível em: http://www.gfmer.ch/GFMER_members/pdf/Traditional_HIV_Loosli.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 369 “Há uma rapariga numa das comunidades do distrito de Mzimba que foi obrigada a casar, o nome dela não é divulgado. Abandona a escola onde tinha fortes esperanças de mudar o seu destino, uma vez terminada a sua educação. Decorridos dois anos, descobriu que era seropositiva, o que, de uma maneira otimista, estava certa de que se devia ao homem. A rapariga vive uma vida de miséria e cheia de medo, sem qualquer esperança, pois receia morrer em breve, como se espera”, James Wilson Phiri, Malawi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 Agosto 2011; ONUSIDA, UNIFEM e FNUAP, (2004), *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Disponível em: <http://www.unfpa.org/hiv/women/> [Consultado em 7 de Março de 2012]; citado em Basu, A. e Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 370 Combating of Rape Act 8 2000, s. 3, e Zimbabuê, Criminal Law (Codification and Reform) Act No. 23 2004, s. 68(a).
- 371 Ahmed, A., (2011), *‘Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV’*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011; Africa Renewal, (2008), *Women Struggle to Secure Land Rights*. Disponível em: <http://www.un.org/en/africarenewal/vol22no1/221-women-struggle-to-secure-land-rights.html> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 372 PNUD, (2007), *Women’s Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. Disponível em: <http://www.beta.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/hiv-aids/womens-property-rights-as-an-aids-response-emerging-efforts-in-south-asia/214.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 373 Ver, por exemplo, na Tanzânia, o processo *Ndossi contra Ndossi*, no qual foi concedido a uma viúva o direito a administrar os bens do marido falecido, em vez do cunhado do marido, e, no Uganda, o processo *Owagage contra Mudhma*, no qual o Supremo Tribunal do Uganda defendeu que um testamento que concedia os bens à mulher do falecido prevalecia sobre a prática de ficar à guarda dos membros do clã, discutido em Ahmed, A., 2011. *“Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV”*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 374 Conselho de Imigração e Refugiados do Canadá, (2007), *Zimbabuê: Recent domestic violence legislation and its implementation*. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/469cd6941e.html> [Consultado em 6 de Março de 2012].

- 375 Documento submetido pelo Ativista Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Nepal, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Judith Kateule, Zâmbia; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigéria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbabuê; Allan Maleche, KELIN, Quênia; Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzânia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 376 Documento submetido pela KELIN, Quênia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 377 Deacon, H. e Stephney, I., (2007), *HIV/AIDS, Stigma and Children: A Literature Review*, Human Sciences Research Council, Pretória, África do Sul.
- 378 Definição de criança (Artigo 1 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança): Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo. O Comité dos Direitos da Criança, o órgão de acompanhamento da Convenção, encorajou os Estados a reverem a idade da maioridade, no caso de esta ser inferior a 18 anos, e a aumentarem o nível de proteção para todas as crianças com menos de 18 anos de idade. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm> [Consultado a 29 de Dezembro de 2011]; Nos casos em que a juventude é definida em termos de idade, a idade de maioridade varia. Por exemplo, a definição oficial das Nações Unidas de juventude refere-se às pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos, enquanto a UNESCO define os jovens como pessoas com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos (UNESCO 2004). A UNICEF identifica os “adolescentes” (10 a 18 anos), enquanto a Convenção das Nações Unidas sobre a Proteção da Criança considera “criança” toda a pessoa que tenha até 18 anos. Portanto, qualquer pessoa entre os 15 e os 18 anos pode ser considerada um “jovem” e uma “criança” e inserir-se também na “juventude”; UNICEF, (2012), *Towards an AIDS Free Generation*. Disponível em: http://www.unicef.org/about/execboard/files/Towards_and_AIDS_Free_Generation_18JAN2012.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 379 Secretário-Geral das Nações Unidas, (2011), *Uniting for Universal Access*, Relatório do Secretário-Geral, disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110331_SG_report_en.pdf [Consultado em 4 de Abril de 2012]; The Stephen Lewis Foundation, (2012), *Children and HIV AIDS*, Folha Informativa, disponível em: http://www.stephenlewisfoundation.org/assets/files/Materials%20-%20General/SLF_HIV-AIDS_factsheet_children.pdf. [Consultado em 4 de Abril de 2012]. OMS, UNICEF, ONU-SIDA, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access*, Relatório de Progresso 2011.
- 380 UNICEF, (2011), *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/oic_report_en.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 381 UNICEF, (2008), *Global Perspectives on Consolidated Children's Statutes*. Disponível em: http://www.unicef.org/policyanalysis/files/postscript_Childrens_Codes_formatted_final.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 382 Akhtur, S., (1996), *Do Girls Have a Higher School Drop-out Rate than Boys? A Hazard Rate Analysis of Evidence from a Third World City*, Urban Studies, Vol 33(1); Lloyd, C.B., Mensch, B.S., e Clark, W.H., (2000), *The Effects of Primary School Quality on School Dropout among Kenyan Girls and Boys*, Comparative Education Review, Vol. 44 (2).
- 383 *Ibid.* Hunter, S., (1998), *Rethinking Development Paradigms in the Context of Extremely High Mortality in Sub-Saharan Africa*, UNICEF; Contribuição submetida por Jean Claude Niyongabo, Burundi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; National Association of PLHA, Nepal, Meera Raghavendra, WINS, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011; Edstrom, J. & Kahn, N., (2009), *Protection and Care for Children Faced with HIV and AIDS in East Asia and the Pacific: Issues, priorities and responses in the region*, UNICEF e IDS. Disponível em: <http://www.jlica.org/userfiles/file/Protection%20and%20Care%20book.pdf> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 384 Adato, M. e Bassett, L., (2009), *Social Protection to Support Vulnerable Children and Families: the Potential of Cash transfers to Protect Education, Health and Nutrition*, AIDS Care, S1.
- 385 Banco Mundial, (2010), *A Cash Transfer Programme Reduces HIV Infection amongst Adolescent Girls*. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resour>

- ces/HIVExeSummary%28Malawi%29.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 386 Contribuição submetida pelo AIDS Action Committee of Massachusetts, Inc., para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 387 UNICEF, (2010), *Blame and Banishment, The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia*. Disponível em: http://www.unicef.org/serbia/UNICEF_Blame_and_Banishment%283%29.pdf [Consultado em 4 de Abril de 2012].
- 388 Artigo 14 do Código Penal Paraguai (Lei 1136/97 relativa às adoções) e Artigo 17 (Lei 1/92 modificadora do Código Penal); Contribuição submetida por María José Rivas Vera, SOMOSGAY, Paraguai, para o Diálogo Regional na América Latina, 26–27 de Junho de 2011.
- 389 Contribuição submetida pela Gidnist, ONG de assistência jurídica, Kiev, Ucrânia, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011.
- 390 McPherson, D., (2006), *Property Grabbing and Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi*, Documento-Projeto sobre o VIH/SiDA em África, Universidade de Toronto. Disponível em: http://74.125.95.132/search?q=cache:GDp5wNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consultado em 7 de Março de 2012]; Citado em Strode, A. e Grant, K., (2011), '*Children and HIV*'. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; Contribuição submetida por Wilfred Masebo, Malawi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 391 UNICEF, (2006), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/files/Africas_Orphaned_and_Vulnerable_Generations_Children_Affected_by_AIDS.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 392 Contribuição submetida pela Our Hope Foundation, Crimeia, Ucrânia, para o Diálogo Regional entre Europa de Leste e Ásia Central, 18–19 de Maio de 2011.
- 393 A lei *Americans with Disabilities Act (ADA)* 1990, proíbe a discriminação com base na deficiência. A regra da não discriminação é definida sob o Título II, que se aplica às agências de adoção públicas, como: "Nenhum indivíduo qualificado portador de uma deficiência deve ser excluído, devido a tal deficiência, de participar nestes serviços ou de ver recusados os benefícios, programas, ou atividades de uma entidade pública, ou ser sujeito a discriminação por um tal organismo." No Título III, a regra que se aplica a agências de adoção privadas (que são consideradas "estabelecimentos públicos" pela ADA) é referida como: "Nenhum indivíduo deve ser sujeito a discriminação, com base em deficiência, no exercício pleno e equitativo de bens, serviços, equipamentos, privilégios, vantagens, ou qualquer outra prestação efetuada por um estabelecimento público, por parte de qualquer pessoa que seja proprietária, arrendatária (ou senhoria) ou gira um local assim definido." A lei *Americans with Disabilities Act* encontra-se disponível em: <http://www.ada.gov/> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 394 Ely, A., (2008), *Looking after HIV: Considering the needs of HIV positive looked after children*, National Children's Bureau Disponível em: http://www.ncb.org.uk/media/442281/hiv_looking_after_hiv.pdf [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 395 Human Rights Watch, (2001), *In the Shadow of Death: HIV/AIDS and Children's Rights in Kenya*. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/publisher/HRW,KEN,3bd0239c3,0.html> [Consultado em 6 de Março de 2012]; citado em McPherson, D., 2005. *Property Grabbing and Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi*, Documento-Projeto sobre o VIH/SiDA em África, Universidade de Toronto. Disponível em: http://74.125.95.132/search?q=cache:GDp5wNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consultado em 7 de Março de 2012]; Contribuição submetida por Wilfred Masebo, Malawi, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011; National Association of PLHA, Nepal; Meera Raghavendra, WINS, Índia; Fr. Jeyaseelan, Y., MMSST, Índia, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.

- 396 Contribuição submetida por Annmarie Mavenjina Nkellame, Associação de Advogadas da Tanzânia (TAWLA, pelas suas siglas em inglês), Tanzânia, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 397 Comité dos Direitos da Criança da ONU, Comentário Geral No.3, (2003), *HIV/AIDS and the rights of the Child*, CRC/GC/2003/3, 17 de Março de 2003.
- 398 Shanta Bloemen, (2011), *Teen Centres provide a Refuge for Adolescents Living with HIV in Botswana*, Newsline. Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/botswana_58032.html [Consultado em 4 de Abril de 2012].
- 399 Contribuição submetida por Nthabiseng A. Phaladze, Universidade do Botsuana, Botsuana, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 400 Flicker, Sarah et al., (2005), *Falling Through the Cracks of the Big Cities: Who is Meeting the Needs of HIV-positive Youth?* Canadian Journal of Public Health 96:4: 308–12.
- 401 Contribuição submetida por Emily Hamblin, National Children's Bureau, para o Diálogo entre os Países de Alto Rendimento, 16–17 de Setembro de 2011.
- 402 Jackson, S., e Hafemeister, T.I., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV*, Journal of Adolescent Health, Vol 29; Contribuição submetida por Nthabiseng A. Phaladze, Universidade do Botsuana, Botsuana, para o Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011: este documento descreve as dificuldades enfrentadas pelos adolescentes quando tentam aceder ao teste de despistagem do VIH, no Botsuana. Embora a política nacional em termos de despistagem do VIH no Botsuana permita às crianças concordarem com a mesma, de forma independente, aos 16 anos de idade, esta disposição não é reconhecida pela lei e, por consequência, vários serviços exigem às crianças um consentimento parental para a despistagem do VIH.
- 403 Jackson, S., e Hafemeister, T.I., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV*, Journal of Adolescent Health, Vol 29; Meehan TM., Hansen H., e Klein WC., (1997), *The Impact of Parental Consent on the HIV testing of Minors*, The American Journal of Public Health, 87(8), Agosto de 1997.
- 404 Strode, A., e Slack, C., (2009), *Sex, lies and disclosures: Researchers and the reporting of underage sex*, Southern African Journal of HIV Medicine, Vol. 2.
- 405 Mail e Guardian Online, (2011), *Criminalising Sex is not the Answer*. Disponível em: <http://mg.co.za/article/2011-09-26-criminalising-sex-is-not-the-answer/> [Consultado em 8 de Outubro de 2011]; Han, J. e Bennish, M.L., (2009), *Condom Access in South African Schools: Law, Policy, and Practice*, PLoS Medicine, 6(1): e1000006.
- 406 Kirkby, D., Laris, B.A., e Roller, L.A., (2007), *Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviour of Young People Throughout the World*, Journal of Adolescent Health, Vol 40; UNESCO, (2009), *International Technical Guidance on Sexuality Education, Volume I: The rationale for sexuality education*. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf> [Acedido: 21 de Dezembro de 2011].
- 407 Contribuição submetida pela Rede da Juventude da Ásia e Pacífico, para o Diálogo Regional Ásia-Pacífico, 16–17 de Fevereiro de 2011.
- 408 Assembleia-Geral das Nações Unidas, (2003), *Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, Point 6(d), Comentário Geral No. 4. Disponível em: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.En?OpenDocument) [Acedido: 29 de Novembro de 2011].
- 409 Ely, A., (2008), *Looking After HIV: Considering the Needs of HIV Positive Looked After Children*. Disponível em: <http://www.ncb.org.uk/hivn/resources.aspx> [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 410 PEPFAR, Plan, UNICEF e World Vision, (2007), *Registo Civil e Crianças no Contexto do VIH e da SIDA em África*. Disponível em [http://www.unicef.org/aids/files/0707-IATT-ToR-civil_registration-HIV-AIDS_Final\(1\).doc](http://www.unicef.org/aids/files/0707-IATT-ToR-civil_registration-HIV-AIDS_Final(1).doc) [Consultado em 7 de Março de 2012].
- 411 El Said, M., e Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 412 ONUSIDA, OMS e UNICEF, (2011) *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response*. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html [Consultado em: 6 de Março de 2012]; Assembleia-Geral das Nações Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/docu->

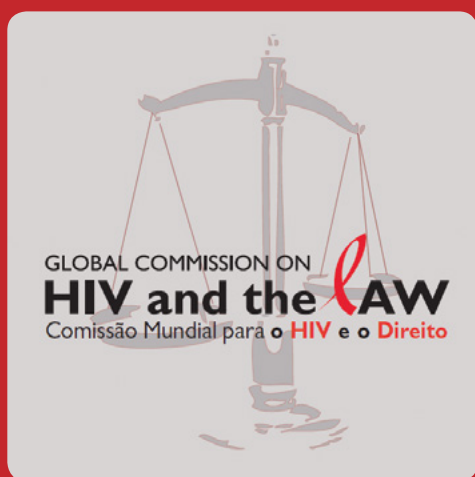
- ments/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado em 1 de maio de 2012].
- 413 Reis, R., Vieira, M., e Chaves, G., *Access to Medicines and Intellectual Property in Brazil : A Civil Society Experience*, disponível em Reis, R., Terto, V., e Pimenta, M.C., (2009), *Intellectual Property Rights and Access to ARV Medicines: Civil Society Resistance in the Global South*, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS do Rio de Janeiro, pp. 12–54; Teixeira, P., Vitória, M.A.A., e Barcarolo, J., *The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy*, disponível em Moatti, J.P. et al, (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*, Paris, França: Agência Nacional Francesa de Investigação sobre a SIDA, Paris, pp. 69–88; Ministério da Saúde do Brasil e ONUSIDA, (2001), *AIDS: the Brazilian Experience / SIDA: la experiencia Brasileña*; Ministério da Saúde do Brasil, (2001), *National AIDS Drug Policy*. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/126national_drug_policy.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 414 Cruz Bermudez et al. v. Ministerio de Sanidad et Asistencia Social, (1999), Supremo Tribunal de Justiça, República da Venezuela, Registo Número: 15.789, Sentença Número 196.
- 415 *Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others*, SA 721 (CC) (2002). Disponível em: <http://41.208.61.234/uhtbin/cgiirsi/20120306222629/SIRSI/0/520/J-CCT8-02A> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 416 ONUSIDA, (2011), *Key Global Findings: AIDS at 30: Nations at the crossroad*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restores/AIDS30_KEY_FINDINGS_en.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 417 Consultar o artigo no jornal Hindu de 23 de Fevereiro de 2001 com o título *Cipla Stirs Pharma World with its AIDS Cocktail*. Disponível em: <http://www.hindu.com/2001/02/23/stories/0623000f.htm>
- 418 O financiamento de doadores relacionados com o VIH diminuiu em cerca mil milhões de dólares em 2010. Consultar ADDIN RW.CITE{{34 Kates, Jennifer 2010}} Kates, J. et al., (2010), *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009*, ONUSIDA e The Kaiser Family Foundation. Disponível em: <http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf> [Consultado em: 6 de Março de 2012]; Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponível em: <http://www.aidspace.org/index.php?issue=167&article=1> [Consultado em: 6 de Março de 2012].
- 419 Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponível em: <http://www.aidspace.org/index.php?issue=167&article=1> [Consultado em: 6 de Março de 2012].
- 420 The Kaiser Family Foundation, (2012), *President Obama Releases FY13 Budget Proposal With Overall Decrease For GHI*. Disponível em: <http://globalhealth.kff.org/Daily-Reports/2012/February/14/GH-021412-FY13-Budget-Proposal.aspx?p=1> [Consultado em: 8 de Março de 2012].
- 421 Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights, (2011). Disponível em: http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consultado em: 6 de Março de 2012]; Assembleia Geral das Nações Unidas, (2011), *Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate AIDS*, A/RES/65/277. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_en.pdf [Consultado em: 6 de Março de 2012].
- 422 Baker, B. e Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Outubro de 2010; Baker, B. e Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 423 Relatório da Comissão Sobre Direitos de Propriedade Intelectual do Reino Unido (CIPR, pelas suas siglas em inglês), *Integrating Intellectual Property rights and Development Policy* (2002) Disponível em: http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/final_report/CIPRfullfinal.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012].

- 424 Baker, B. e Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011.
- 425 La Croix, S. e Liu, M., (2009) *The Effect of GDP Growth on Pharmaceutical Patent Protection, 1945-2005*, Brussels Economic Review, Vol. 52 N° (3/4) Autumn/Winter 2009. Disponível em: <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/80767/1/ARTICLE%20LACROIX-LIU%20pdf2.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 426 Baker, B. e Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 427 T'Hoen, E., (2009), *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power*, AMB Diemen Publishers.
- 428 Poku, N., Whiteside, A., e Sandkjaer, B., (2007), *AIDS and governance*, Ashgate Publishing Limited, England, p.207.
- 429 Waning, B., Dietrichsen, E., e Moon, S., (2010), *A lifetime to treatment: The Role of Indian Generic Manufacturers in Supplying Antiretroviral Medicines to Developing Countries*, Journal of the International AIDS Society 13:35. Disponível em: <http://www.jiasociety.org/content/13/1/35> [Acddido a 6 de Março de 2012].
- 430 Baker, B. e Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 431 Os membros PMD da OMC são obrigados a respeitar o TRIPS até Julho de 2013. No entanto, podem adiar a implementação do tratado para os produtos farmacêuticos até Janeiro de 2016. Consultar Conselho para o TRIPS da Organização Mundial do Comércio (OMC), (2005), *Extension of the Transition Period Under Article 66.1 for Least-Developed Country Members*, WTO Doc. IP/C/40. Disponível em: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/ldc_e.htm [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 432 MSF, *Untangling the Web of antiretroviral price reductions*. Disponível em: <http://msf-utw.tumblr.com/post/7755591372/14th-edition-of-untangling-the-web-launches-at> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 433 Para o Equador, consultar Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, Apresentação na Reunião Regional sobre o Acesso e a Gestão dos Medicamentos e Outros Produtos Essenciais para o Tratamento do VIH/SIDA, Santo Domingo, República Dominicana, 9–11 de Novembro de 2011; Para a Tailândia, consultar Mohara et al., (2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponível em: <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf>; para o Brasil, consultar El Said, M. e Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; para a Indonésia e a Malásia, consultar Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponível em: <http://www.twinside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 434 Para a Índia, consultar o pedido de licença obrigatória do controlador indiano de patentes, que definiu o preço de 8800 INR por mês de tratamento. Consultar o pedido de licença obrigatória Nº1 de 2011. Disponível em: http://www.ipindia.nic.in/ipoNew/compulsory_License_12032012.pdf [Consultado em 30 de Março de 2012]; para o Equador, consultar Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, Apresentação na Reunião Regional sobre o Acesso e a Gestão dos Medicamentos e Outros Produtos Essenciais para o Tratamento do VIH/SIDA, Santo Domingo, República Dominicana, 9–11 de Novembro de 2011; Para a Tailândia, consultar Mohara et al., (2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponível em: <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf>;

- para o Brasil, consultar El Said, M. e Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011; para a Indonésia e a Malásia, consultar Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponível em: <http://www.twinside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf> [Consultado em 8 de Março de 2012].
- 435 PNUD, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponível em: http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443 [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 436 *The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, World Trade Organization, adotada a 14 de Novembro de 2001. Disponível em: <http://www.worldtradelaw.net/doha/tripshealth.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012]; Decision of the General Council of 30 de Agosto de 2003, *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health*, WT/L/540. Disponível em: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 437 South Centre, (2011), *Policy Brief: The Doha Declaration on TRIPS and Public Health Ten Years Later: The State of Implementation*. Disponível em: http://www.southcentre.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1639%3Athe-doha-declaration-on-trips-and-public-health-ten-years-later-the-state-of-implementation&Itemid=1&lang=en [Consultado em 6 de Março de 2012]; ONUSIDA, OMS e PNUD, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 438 PNUD, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponível em: http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443 [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 439 ONUSIDA, OMS e PNUD, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 440 Mohara, A. et al., (2012), *Impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure on Seven Medicines in Thailand*, Value in Health 15(1), pp. S95–S99. Disponível em: <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 441 Chaudhuri, S., Park, C., e Gopakumar, K.M., (2010), *Five Years into the Product Patent Regime: India's Response*, PNUD Nova Iorque. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17761en/s17761en.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 442 Baker, B. e Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Documento de Trabalho elaborado para a Primeira Reunião da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Outubro de 2010.
- 443 *Ibid.*
- 444 Harris, D., (2011), *TRIPS after fifteen years: success or failure, as measured by compulsory licensing*, Journal of Intellectual Property Law 18, p. 387.
- 445 Medicines and Related Substances Control Amendment Act 90 of 1997.
- 446 Decreto-Lei 13155 (10 de maio de 2000).
- 447 Médicos Sem Fronteiras, (2012), *As Novartis challenges India's patent law, MSF warns access to medicines is under threat*. Disponível em: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1870> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 448 Mara, K., (2010), *TRIPS Council Discusses Efficacy Of ACTA, Public Health Amendment*, Intellectual Property Watch. Disponível em: <http://www.ip-watch.org/weblog/2010/10/29/trips-council-discusses-efficacy-of-acta-public-health-amendment/> [Consultado em 6 de Março de 2012]. Consultar também Joint Statement by NGOs on TRIPS and Public Health, (2005), *WTO Members Should Reject Bad Deal on Medicines*, Disponível em: www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos12032005.html [Consultado em 6 de Março de 2012].

- 449 Conselho sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio, (2010), *Annual Review of the Decision on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Report to the General Council, WTO. Disponível em: http://192.91.247.23/english/tratop_e/trips_e/ta_docs_e/3_ipc57_e.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 450 Council Regulation No. 1383/2003.
- 451 No seu pedido de participação nas consultas ao abrigo do sistema de Resolução de Litígios da OMC, a Índia declarou que as medidas da UE não se encontravam em coerência com um número de disposições do GATT de 1994 e do Acordo TRIPS, incluindo os “Artigos 41 e 42 do Acordo TRIPS, porque as medidas em questão, entre outras coisas, criam barreiras ao comércio legítimo, permitem abusos dos direitos conferidos ao titular de uma patente, são injustas e desiguais, desnecessariamente onerosas e complicadas e criam atrasos injustificados”. Pedido de participação nas consultas da Índia, “União Europeia e um Estado Membro: Apreensão de medicamentos genéricos em Trânsito”, WT/DS408/7 3 de Junho de 2010. Disponível em: http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2011/january/tradoc_147470.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 452 As negociações foram inicialmente propostas pelos EUA e pelo Japão, em 2006. A Austrália, o Canadá, o Japão, a Coreia, Marrocos, a Nova Zelândia, Singapura, e os Estados Unidos da América assinaram o Acordo em Outubro de 2011.
- 453 O parágrafo 17 do comunicado dos chefes de Estado do G8, de 2008, sobre a Economia Mundial (Cimeira Hokkaido Toyako), pede, sob o título “Proteção dos Direitos da Propriedade Intelectual (DPI)”, uma aceleração das negociações para o estabelecimento de um novo quadro jurídico internacional, o ACTA, e define uma prazo para a conclusão das negociações até ao final de 2008.
- 454 Consultar as declarações da Índia e da China sobre as negociações do ACTA e o seu impacto no acesso aos medicamentos na Reunião do Conselho para o TRIPS da OMC a 8 de Junho de 2010. Estas declarações foram subscritas por vários países em desenvolvimento, incluindo o Peru, Cuba, a Bolívia, o Equador, a África do Sul e o Egito, entre outros.
- 455 European Parliament New, (2012), *European Parliament Rejects ACTA*. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/news/en/pressroom/content/20120703IPR48247/html/European-Parliament-rejects-ACTA>. [Consultado em 4 de Julho de 2012].
- 456 Oxfam, (2011), *Eye on the Ball—Medicine Regulation—not IP enforcement—can best deliver quality medicines*. Disponível em: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/eye-on-the-ball-medicine-regulation-020211-en.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 457 El Said, M., e Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 458 Consultar, por exemplo, National Forum of People Living with HIV/AIDS Networks in Uganda, no Diálogo Regional em África, 3–4 de Agosto de 2011.
- 459 Documento de consulta do PNUD, (2012), *Anti-counterfeit Laws and Public Health: What to Look Out For*.
- 460 República do Quênia, no Supremo Tribunal de Justiça do Quênia, em Nairóbi, *Petition no. 409 of 2009*. Disponível em: <http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2012/04/Kenya-Judgment-Petition-No-409-of-2009.pdf> [Consultado em 24 de Abril de 2012]. A referência da Kenya Legal Ethical Issues Network on HIV & AIDS (KELIN) encontra-se disponível em: <http://kelinkkenya.org/2012/04/judgment-on-generic-medicines-kenya%E2%80%99s-first-victory-on-the-right-to-health/> [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 461 Consultar, por exemplo, Oxfam, (2007), *All costs and No Benefits: How TRIPS-Plus Rules in the US-Jordan FTA Affect Access to Medicines*. Disponível em: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/all%20costs,%20no%20benefits.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 462 Hollis, A., (2011), *The Canada-European Union Comprehensive Economic and Trade Agreement—An Economic Impact Assessment of Proposed Pharmaceutical Intellectual Property Provisions*, Canadian Generic Pharmaceutical Association (CGPA). Disponível em: <http://www.canadiangenerics.ca/en/news/docs/02.07.11CETA> Eco-

- nomicImpactAssessment-FinalEnglish.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 463 G-Finder, (2011), *Neglected Disease Research and Development: Is the Global Financial Crisis Changing R&D* (2011). Disponível em http://www.policycures.org/downloads/g-finder_2010.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 464 Outterson, K., (2005), *Pharmaceutical Arbitrage: Balancing Access and Innovation in International Prescription Drug Markets*, Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics 5(1), pp. 193–291.
- 465 Correa, C., (2007), *Guidelines for the Examination of Pharmaceutical Patents: Developing a Public Health Perspective*, ICTSD, WHO, UNCTAD and UNDP. Disponível em: http://www.iprsonline.org/resources/docs/Correa_Patentability%20Guidelines.pdf [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 466 National Institute for Health Care Management (Instituto Nacional de Gestão dos Serviços de Saúde, tradução aproximada), (2002), *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*, NIHCM Washington DC, p.3. Disponível em: <http://www.nihcm.org/pdf/innovations.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 467 OMS, (2006), *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights: Report of the Commission on Intellectual Property Right, Innovation, and Public Health*, p. 22. Disponível em: <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 468 El Said, M. e Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, Julho de 2011; Consultar, também 't Hoen, E. et al., (2011) *Driving a decade of change : HIV/AIDS, patents and access to medicines for all*, Journal of the International AIDS Society 14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078828/> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 469 Alabaster, A., (2012), *Gates, pharma and other partners commit to accelerated R&D to find new treatments for NTDs*, Sabin Vaccine Institute. Disponível em: <http://www.sabin.org/blog/gates-pharma-and-other-partners-commit-accelerated-rd-find-new-treatments-ntds> [Consultado em 6 de Março de 2012].
- 470 OMS, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponível em: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012]; South Centre, (2012), *Rethinking The R&D Model for Pharmaceutical Products: A Binding Global Convention*, Resumo de Políticas 8. Disponível em: http://www.southcentre.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2141&itemid=182&lang=en [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 471 OMS, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponível em: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consultado em 24 de Abril de 2012].
- 472 So, A. e Oh, C., (2011), *Approaches to Intellectual Property and Innovation That Meet the Public Health Challenge of AIDS*, Documento de Trabalho elaborado para a Terceira Reunião do Grupo Técnico Consultivo da Comissão Global sobre o VIH e o Direito, 7–9 de Julho de 2011.
- 473 Schwartlaender, B. et al., (2011), *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*, Revista The Lancet 377 (9782), pp. 2031–2041.
- 474 Grupo de Referência da ONUSIDA sobre o VIH e os Direitos Humanos, (2011), *The Global Fund and the Crisis of HIV Funding—A Severe Setback for HIV and Human Rights: Statement and Recommendations*, p. 1.



Para mais informações, contactar: info@hivlawcommission.org
ou consultar o endereço web: www.hivlawcommission.org

Suiga a Comissão no Facebook:
www.facebook.com/HIVLawCommission e
no Twitter: www.twitter.com/HIVLawCom

Secretariado, Comissão Global sobre o VIH e o direito
UNDP, HIV/AIDS Group, Bureau for Development Policy
304 East 45th Street, New York, NY 10017
Tél: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023