



CICS/ENSP/FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

Epidemia sem fronteiras: Acção global, políticas públicas e o trajecto da luta contra a Sida em Portugal

FERNANDO BESSA RIBEIRO & OTÁVIO SACRAMENTO

UTAD/CICS

fbessa@utad.pt; riosacra@portugalmail.pt

Resumo:

De forma ainda mais acentuada do que aconteceu em muitos outros países, Portugal demorou demasiado tempo a agir e a implementar respostas pró-activas, selectivas, integradas e socialmente envolventes na abordagem à infecção pelo VIH/sida. Neste texto começamos por fazer uma breve arqueologia da criação de um quadro estrutural global de luta contra a infecção. De seguida debatemos o atraso com que foram implementadas no nosso país, apesar das orientações internacionais, políticas verdadeiramente sustentadas e eficazes de prevenção, monitorização, acompanhamento e tratamento da epidemia e, por outro lado, a permanência de legislação e orientações institucionais nefastas à sua prevenção e gestão ou, noutros casos ainda mais frequentes, a não operacionalização de quadros legislativos manifestamente adequados.

Abstract: Even more so than in many other countries, Portugal took too long to act and implement pro-active, selective, integrated and socially engaging responses in the approach to the HIV/AIDS infection. In this paper, we begin by presenting a brief structure for the creation of a global structural framework of the fight against the infection. Afterwards, we will discuss the delay with which these measures were implement in our country, despite the international guidelines, truly sustained and efficient policies of prevention, monitoring, follow-up and treatment of the epidemic. On the other hand, we also analyse the permanence of legislation and institutional guidelines harmful to its prevention and management or, in other more frequent cases, the non-implementation of more appropriate legislative frameworks.

Introdução

Nos anos oitenta do século passado, a infeção pelo VIH gerou medos que não andarão longe daqueles que marcaram a vida da humanidade na Idade Média e, para além desta, até tempos bem recentes. O contágio por via sexual, a associação a grupos sociais fortemente estigmatizados, como os homossexuais (Terto 2002, Valle 2002, White e Carr 2005) e, sobretudo, o carácter mortal da infecção até há alguns anos concorreram para um cenário de desassossego coletivo. O avanço rápido da pandemia prometia fazer dela a peste da transição do milénio. No entanto, e apesar de a infecção ter cobrado cerca de 36 milhões de vítimas desde

que ela foi diagnosticada em 1981, das quais 1.6 milhões morreram em 2012¹, o desenvolvimento de políticas de saúde pública mais ajustadas e de terapias antirretrovirais tem contribuído para dela evacuar o lado mais sombrio. Não só se verificou uma diminuição muito assinalável de novos casos nos últimos anos, em linha com o objectivo de “zero infecções” perseguido pelas instituições internacionais, como já não podemos catalogar os doentes infectados como sendo portadores de uma morte anunciada, à excepção dos países mais pobres, nomeadamente alguns países africanos, onde o acesso a programas terapêuticos de última geração é fortemente comprometido por um contexto socioeconómico muito depauperado, potenciador de uma baixa adesão e de uma baixa eficácia. Assim, seguindo Seffner (1995: 385), hoje não faz sentido dizer, como cantou Cazuzza², o grande compositor e cantor brasileiro, “o meu prazer / agora é risco de vida”. A nível institucional, a Onusida advoga que o conhecimento desta doença

requer que os países identifiquem os factores chave da epidemia, centrando-se na relação entre a epidemiologia da infecção do HIV e os comportamentos e condições sociais que impedem a sua capacidade de aceder e usar serviços e informações sobre o HIV. Conhecer a sua epidemia é a base para conhecer a sua resposta [...] (Onusida 2007: 2).

Em linha com estes argumentos (e recomendações), os estudos elaborados pelos cientistas sociais constituem um recurso fundamental e incontornável para uma compreensão densa da doença, tornando evidente as suas dimensões sociais, e para a própria formulação de políticas públicas neste campo. Relativamente a estas, é necessário sublinhar que, pelo menos na Europa, elas inscrevem-se no quadro do Estado-providência, a configuração estatal produzida pelos compromissos, promovidos e mediados pelo Estado, entre as diversas forças sociais que compõem as sociedades modernas, no qual ele assume um papel relevante enquanto financiador e prestador de cuidados de saúde sem distinção, pelo menos no plano jurídico, de género, idade, classe, doença ou outra “marca” que concorra para a definição identitária dos cidadãos e o seu posicionamento na estrutura social. Como nenhuma outra doença é talvez capaz de o fazer, o VIH/sida coloca sob exame os serviços públicos de saúde, contribuindo ao mesmo tempo para reforçar a sua legitimidade política e social. Face a uma doença com custos económicos muito elevados (Krentz, Auld e Gil 2004), muito especialmente nos casos de diagnóstico mais tardio, atingindo de forma severa doentes pobres e em situação de marginalização social, não raro acentuada, como acontece com os toxicodependentes, só o sistema público de saúde reúne as condições fundamentais para garantir os meios e o acesso aos tratamentos de todos os cidadãos sem discriminação ou exclusões. E, por outro lado, articular políticas sociais e de prevenção que possam dar profundidade e eficiência à luta contra o VIH/sida.

Apesar desta maior capacidade actual de controlo da doença, o caminho percorrido e a situação presente não deixam de interpelar as estratégias e as abordagens políticas escolhidas e

¹ Para conhecer os dados estatísticos mais recentes, o sítio de internet da Unaid é uma excelente fonte, sendo de destacar o relatório global de 2013 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/).

² Cazuzza morreu em 1990 vítima de sida. Bissexual, foi uma das primeiras figuras públicas brasileiras a assumir a sua condição de doente seropositivo.

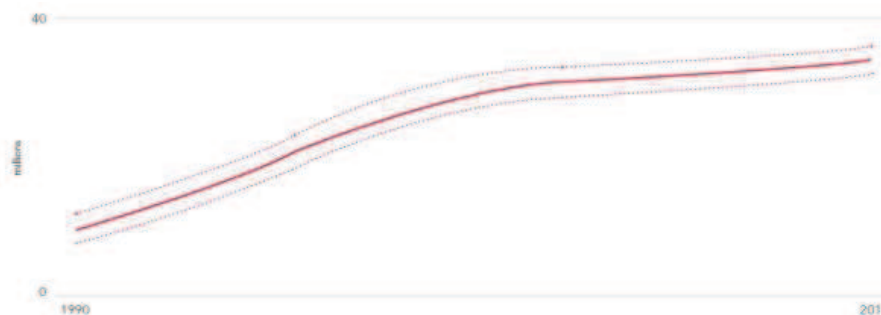
até hoje seguidas a nível internacional e nacional. Partindo da análise das políticas desenhadas a nível internacional, o texto procura discutir e compreender o trajecto da luta contra a infecção pelo VIH/sida em Portugal, mostrando como o Estado e seus organismos têm agido neste campo.

1. A macro-política da sida: o enquadramento da abordagem nacional

Em finais da década de 1970, em vésperas da emergência epidemiológica da infecção por VIH, assumia-se com relativo conforto que a luta contra as doenças infecciosas estava praticamente ganha. Apesar dos avanços científicos notórios, no terreno, isto é, nos contextos concretos em que se pode fazer a diferença entre a vida e a morte, havia ainda milhões de pessoas, muito em especial nos países menos desenvolvidos, que pouco ou nada beneficiavam desse alegado triunfo científico. Com o aparecimento do VIH/sida, esta ordem mundial em termos de saúde é, de certo modo, abalada, como destaca Bastos (2002: 21): “[...] ao aproximar desenvolvidos e subdesenvolvidos, centros e periferias, primeiro e terceiro mundos, unificando o globo num problema de saúde comum, a sida subverteu a clivagem binária do sistema de saúde mundial”. Esta unificação, incompleta e transitória, não implicou, todavia, o desaparecimento das “velhas desigualdades” socioeconómicas e políticas, nomeadamente entre a África subsahariana e a Europa e os EUA, que acabam por ter um peso decisivo na configuração do grau de vulnerabilidade face ao VIH (Parker e Camargo 2000) e na capacidade e eficácia das respostas públicas às doenças (Heimer 2007).

Embora a sida tenha provocado um forte impacto na opinião pública mundial, constituindo-se como uma espécie de “arquétipo de todas as doenças temidas” (Doka 1997: xiv), as medidas de combate à epidemia tardaram em implementar-se e em dar resultados significativos. No entender de Mane e Aggleton (2001), esta lentidão inicial nas respostas ao problema compreende-se se tivermos em consideração o cepticismo e a negação mais ou menos generalizada face à sida em que pareceram incorrer políticos, governos e o público em geral. Os casos dos governos conservadores de Ronald Reagan, nos EUA, e de Margaret Thatcher, em Inglaterra, preocupados em reduzir as competências e a esfera de acção social do Estado, são um bom exemplo deste torpor inicial, nomeadamente na falta de apoio à produção de conhecimento sociológico sobre a nova epidemia (Meter 2001) que de algum modo pudesse estimular e sustentar as necessárias estratégias de intervenção.

O sentimento de urgência parece ter-se acentuado sobretudo quando o olhar mudou definitivamente de escala: deixou de estar focalizado na América do Norte (o contexto em que foram diagnosticados os primeiros casos de sida) e passou a contemplar a dimensão global da epidemia (Maticka-Tyndale 2001: 16), marcada por uma progressão inicial muito rápida (v. figura 1).



Linha tracejada superior – estimativa pessimista; linha contínua – estimativa média; linha tracejada inferior – estimativa otimista. Fonte: UNAIDS - Report on the global AIDS epidemic (2012).

Com a percepção generalizada de que se estava perante uma doença sem fronteiras em acelerada disseminação, mudou a filosofia de organização das entidades nacionais e internacionais na construção de respostas para a doença, ao reconhecerem que as ameaças à saúde não podem mais ser contidas através do isolamento das áreas atingidas, uma vez que as pessoas, e com elas os micróbios e os vírus, viajam facilmente entre os diferentes países (Nossa 2001, Heimer 2007: 555).³ Enquanto problema de saúde global, desde finais dos anos 80 do século passado, a sida passou a ser, progressivamente, objecto de respostas políticas e socio-sanitárias com uma considerável capacidade de articulação internacional. Estas originaram dispositivos capazes de compreenderem e interpretar a sua difusão à escala regional, criando-se, assim, condições para uma gestão mais eficaz e com melhores resultados das estratégias e dos recursos direccionados para a prevenção e para o acompanhamento médico e social da epidemia.

Neste processo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desempenhou um papel fundamental enquanto instituição impulsionadora e coordenadora da acção global contra a sida, potenciando e difundindo as estratégias iniciais do activismo pioneiro norte-americano, promovendo a articulação entre diferentes instituições transnacionais e nacionais, canalizando recursos para programas nacionais de abordagem da epidemia e apoiando directamente a criação de organismos locais de base comunitária (Bastos 2002: 75-101). Esta densa e ampla conectividade organizacional na abordagem da enfermidade começou a ganhar forma em 1987 com a estratégia global para a sida, a que se seguiu, dois anos depois, o Programa Global da Sida (GPA). Este programa estabeleceu como grandes prioridades a sensibilização dos governos para a instauração de programas nacionais de combate à sida, a difusão generalizada de directivas sobre boas práticas sanitárias (por exemplo, a utilização do preservativo), o apoio aos países com sistemas de saúde mais débeis e o incentivo ao envolvimento directo dos seropositivos nos movimentos activistas (Bastos 2002: 97-99).

A necessidade de uma maior articulação sistémica interna da ONU, para desenvolver uma estratégia global integrada no combate à sida, levou a que em 1996 o GPA, instituição exclusivamente circunscrita à esfera da OMS, fosse substituído pelo programa conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida (Onusida), com sede em Genebra, na Suíça. Os objectivos subjacentes à criação deste programa foram "ajudar os países a fortalecerem a sua capacidade

³ Para um conhecimento mais aprofundado da relação entre sida e globalização, v. Barnett (2002) e Foller e Torn (2004).

para enfrentar o HIV/sida a longo prazo; proporcionar liderança e uma assistência mais sistemática e melhor coordenada sobre o VIH/sida aos países através das agências das Nações Unidas” (Onusida 2005: 5). O programa é administrado por um conselho de coordenação – que integra representantes de mais de duas dezenas de governos de todo o mundo, representantes das suas organizações co-patrocinadoras e cinco representantes de ONG –,⁴ contando com assessores de programas nacionais de luta contra a sida em mais de cinquenta países e com equipas multidisciplinares internacionais em várias regiões do globo (Onusida 2005). Esta nova entidade global tem vindo a assegurar a transversalidade necessária para a implementação de estratégias multi-sectoriais, mais consistentes e de maior alcance internacional, procurando dar conta das especificidades da infeção nas diferentes regiões do mundo. Se ela é, como dissemos, global, a sua dimensão, nomeadamente em termos de número de pessoas infectadas, e seus impactos sociais e económicos variam de forma muito significativa, atingindo com particular severidade quase todo o continente africano (v. figura 2).

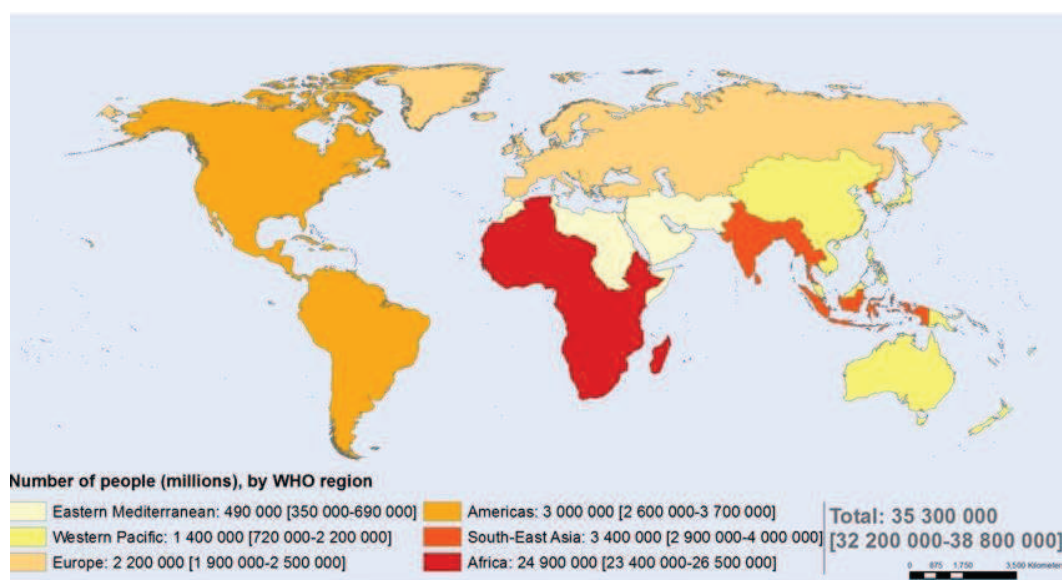


Figura 2. Número de pessoas infectadas por região OMS (em milhões)

Fonte: http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/

A Onusida procura desenvolver um trabalho em rede, baseado nas parcerias com instituições governamentais, ONG, organizações comunitárias, associações de seropositivos,

⁴ Os organismos que integram a Onusida são os seguintes: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização Mundial de Saúde (OMS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo das Nações Unidas para a População (Fnuap), Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga e do Crime (Undcp), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Programa Mundial para a Alimentação (PMA), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Banco Mundial (BM).

entre outras entidades.⁵ É possível, deste modo, concretizar respostas amplas e integradas, alocar eficazmente os recursos e delinear e concretizar programas mais ajustados às especificidades nacionais e locais. Nestas actividades há uma nítida preocupação em ouvir e envolver, muito em especial na educação e prevenção, as pessoas seropositivas, as mais vulneráveis à infecção e todas aquelas que, não sendo portadoras de VIH, são significativamente afectadas pela epidemia (Onusida 1999). A sua participação activa é considerada essencial “[...] para aumentar a relevância de tais actividades; para reduzir a discriminação; para ajudar a identificar necessidades de pessoas com VIH ou sida; para facilitar a compreensão do impacto do HIV/Sida e para apresentar um rosto humano à Sida” (Onusida 2005: 12). No caso português, como foi justamente assinalado por Matic *et al.* (2008: 46-47), só muito recentemente é que começou a vislumbrar-se alguma abertura e flexibilidade das instituições públicas no sentido de uma efectiva cooperação com as organizações de seropositivos, ao contrário do que sucedeu em países como os EUA.

Passada cerca de uma década desde a criação da Onusida, os Estados membros, entre os quais se inclui Portugal, estabeleceram em 2006 a ambiciosa meta do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidado e apoio até 2010, reforçando assim a declaração de compromisso sobre VIH/sida de 2001 e o objectivo de desenvolvimento do milénio de inverter o crescimento da epidemia em 2015, adicionando hoje um objectivo ainda mais ambicioso: “getting to zero”, quer dizer, “zero infecções”, acabando com a transmissão do vírus a seres humanos, e “zero mortes” deixando-o assim confinado aqueles que são portadores, não correndo estes risco de vida, desde que tenham acesso e sigam as terapias prescritas.⁶ O estabelecimento da meta do acesso universal foi, inicialmente, expressa sob a forma de uma declaração política conjunta e unânime dos vários países integrantes da ONU:⁷

Comprometemo-nos a envidar todos os esforços necessários para aumentar a escala das respostas orientadas a nível nacional, sustentáveis e abrangentes para alcançar uma cobertura abrangente e multissetorial para a prevenção, tratamento, cuidados e apoio, com a participação plena e activa das pessoas vivendo com o HIV, grupos vulneráveis, comunidades mais afectadas, sociedade civil e sector privado, rumo à meta do acesso universal para programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio mais abrangentes até 2010 (Onusida 2007: 7).

⁵ Foi, aliás, o primeiro Programa da ONU a ter representação formal da sociedade civil na sua estrutura directiva. Três dos casos de articulação com a sociedade civil mais conhecidos dizem respeito aos partenariados com a Caritas Internacional, com a Cruz Vermelha e com o Crescente Vermelho. Na Europa, a “Declaração de Dublin sobre o partenariado na luta contra a sida na Europa e na Ásia central”, assinada em Fevereiro de 2004, é mais um documento de referência a apelar ao sistemático envolvimento das organizações da sociedade civil na produção e implementação de políticas no campo da sida, em estreita cooperação com governos e instituições de âmbito continental, como é o caso da UE. É ainda de destacar no continente europeu o apelo da UE ao papel estratégico da sociedade civil no fortalecimento das respostas ao VIH, através da Declaração de Vilnius (UE 2004).

⁶ Trata-se, indiscutivelmente, de um objectivo muito exigente e que depende da combinação virtuosa de diferentes factores, quer públicos, quer individuais [(cf. *Chegando a Zero: Estratégia 2011 2015 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH/Aids/Sida* (UNAIDS/ONUSIDA)].

⁷ Como foi acima referido, o acesso universal está orientado para a eliminação total da mortalidade associada à infecção (v, entre outros, a posição da Unaid em <http://www.unaids.org/en/>, a Declaração da UE e dos seus Estados Membros por ocasião do Dia Mundial da Luta contra a SIDA, em 2011, e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e sida 2011-2015, definido pelas autoridades portuguesas).

Este compromisso dos diferentes países na definição programática de um objectivo em termos de prevenção e de formulação de respostas médicas e sociais generalizadas encontrava-se alicerçado no “princípio dos três uns”: (i) um quadro de actuação comum que estabeleça as referências fundamentais para articulação das iniciativas dos diferentes parceiros no campo do VIH/sida; (ii) uma entidade nacional para a coordenação das respostas à epidemia; (iii) um sistema de monitorização/avaliação nacional previamente acordado e definido (Onusida 1999). É no quadro desta filosofia de actuação que se inscrevem as autoridades nacionais para o VIH/sida. Tendo sempre como grande referência os guias de boas práticas da Onusida e beneficiando do seu apoio técnico, a autoridade nacional deverá assumir-se como a referência central de cada país nas estratégias a desenvolver no campo do VIH/sida. De entre as suas várias responsabilidades, poderão destacar-se as seguintes: (i) criar condições para uma discussão alargada e transversal das acções de prevenção; (ii) liderar o processo de concretização destas acções e a sua respectiva avaliação; (iii) dinamizar e coordenar a mobilização de recursos, (iv) garantir o envolvimento dos seropositivos nas respostas à epidemia; (v) referenciar quadros legais e procedimentos burocráticos indutores de vulnerabilidades face ao VIH e propor medidas para a sua respectiva alteração; (vi) contribuir para a generalização e adequabilidade dos serviços médicos e sociais às necessidades das pessoas seropositivas; (vii) sugerir medidas de potenciação das estratégias públicas e civis para a problemática em causa. A concretização destas linhas genéricas de actuação, de forma a ser ajustada, selectiva e eficaz, deverá ter sempre em consideração as especificidades do contexto em causa, sobretudo no que concerne à prevalência e distribuição da epidemia. Para tal, a Onusida identifica cenários de baixo nível, concentrados, generalizados e hiper-endémicos:

[...] cenários de baixo nível são os que têm níveis de prevalência do HIV abaixo de 1% e onde o HIV não se espalhou em níveis significativos dentro de qualquer subgrupo da população. Cenários concentrados são aqueles onde a prevalência do HIV é alta em um ou mais subgrupos da população, tais como em homens que têm relações sexuais com homens, utilizadores de drogas injectáveis [UDI] e trabalhadoras do sexo e seus clientes, mas onde o vírus não está a circular na população em geral. Cenários generalizados são aqueles onde a prevalência do HIV está entre 1 e 15% em mulheres grávidas que frequentam clínicas pré-natais, indicando que a prevalência do HIV está presente entre a população geral em níveis suficientes para fazer com que as redes sexuais conduzam a epidemia. Cenários hiper-endémicos são aquelas áreas onde a prevalência do HIV ultrapassa os 15% na população adulta determinada por extensivas relações heterossexuais com múltiplos parceiros simultâneos com baixo e inconsistente uso do preservativo (2007: 1).

No contexto do continente europeu, as orientações políticas da Onusida têm sido reforçadas e/ou complementadas pela actuação da UE, com algumas iniciativas políticas significativas nos últimos anos, tais como: (i) a canalização de mais de 260 milhões de euros anuais, desde 2003, para responder à sida, à tuberculose e à malária; (ii) a liderança política junto dos Estados-membros no processo de implementação das recomendações da Onusida e de outros fóruns internacionais relevantes, como a conferência de Dublin; (iii) a coordenação do debate e implementação de estratégias de abordagem do VIH no espaço europeu e em contextos geográficos vizinhos, assim como o reforço do compromisso dos Estados-membros em cumprir essas mesmas estratégias através das Declarações de Dublin e de Vilnius, ambas

estabelecidas em 2004 (iv) a criação do fórum *HIV/Aids Think Tank*, com o objectivo de promover a circulação de informação entre a Comissão Europeia, os Estados-membros, os países candidatos à entrada na UE e os países-terceiros do continente europeu; (v) a relevância dada à problemática da sida no comité do Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública; (vi) a formulação, em 2005, de um documento estratégico intitulado “The communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009”, estabelecendo estratégias e prioridades em relação à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica da sida na Europa (Matic *et al.* 2008: 30-31). As directrizes da UE, a uma escala mais imediata – reafirmadas pela Comissão Europeia na comunicação ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões intitulada “Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2009-2013” –, e da Onusida, a uma escala mais ampla e estruturante, têm vindo a constituir as principais referências macropolíticas da entidade portuguesa de liderança e coordenação da abordagem ao VIH/sida.

2. Percursos e estratégias institucionais de gestão da epidemia em Portugal

De forma ainda mais acentuada do que aconteceu em muitos outros países, Portugal demorou demasiado tempo a agir e a implementar respostas pró-activas, selectivas, integradas e socialmente envolventes na abordagem à epidemia da sida. Como é manifesto no caso da infecção por VIH, é necessário que todas as actividades inerentes a um sistema de saúde sejam capazes de promover, restaurar ou manter a saúde e sejam efectivas, assentes num sistema de informação de retaguarda que permita disponibilizar, quando necessário, dados epidemiológicos, económicos, financeiros, entre outros. Para além desta dimensão da informação procura-se que tais actividades assentem em processos racionais de gestão que permitam a mobilização adequada dos recursos e a organização da produção dos cuidados de saúde em Portugal⁸. Partindo do trabalho de Panchaud e Cattacin (1997), Lopes sintetizava, no

⁸ Sem o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a luta contra o VIH/sida seria feita em condições bem mais precárias. Traçando a sua história em breves linhas, ele é consequência das mudanças ocorridas pós-1974. Escorado na Constituição da República Portuguesa (1976), o SNS garante aos cidadãos o direito à saúde, geral e tendencialmente gratuito, independentemente das suas capacidades económicas, conforme o estabelecido no artigo 64o da Constituição da República. Em 1982 são criadas 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS); no ano seguinte é aprovado o regulamento dos centros de saúde. Depois desta data, vários diplomas consubstanciaram o SNS, como a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (decreto-lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) e o Regulamento das Administrações de Saúde (decreto-lei n.º 335/93, de 29 de Setembro). O decreto lei n.º 156/99, de 10 de Maio, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde e o decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio, estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Por último, o decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, apresenta alguns aspectos a realçar e que ainda hoje vigoram, apesar da mutação permanente do sistema. Assim, o artigo 1.º estabelece que: (i) a rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação; (ii) “a rede de cuidados de saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.” É notório que em Portugal a evolução do sistema de saúde desde os anos trinta do século passado foi marcada por uma concepção de assistência médico-sanitária predominantemente caritativa. A filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições nomeadamente da Previdência Social (Campos 1983). Esta matriz político-ideológica só se rompeu com a criação do SNS. Apesar de golpeado severamente pelos governos conservadores, não parece hoje

início dos anos 2000, do seguinte modo as grandes debilidades que caracterizavam o sector público na abordagem da epidemia:

Essas debilidades são marcadas por um modelo de reacções públicas lentas e fragmentadas, tomadas muitas vezes em condições de emergência e não na sequência de um planeamento lógico, com medidas administrativas que não têm muitas vezes tradução em acções concretas, onde as campanhas de prevenção são caracterizadas por mensagens moralizantes directas ou indirectas, onde as infra-estruturas de apoio tendem a seguir lógicas de medicalização do VIH, onde não é dada nenhuma atenção especial aos aspectos psicossociais da Sida, onde as campanhas não incluem mensagens de solidariedade e de sensibilização para a não-discriminação, ou só muito tardiamente o fazem, onde os mecanismos legais para a notificação e avaliação dos sistemas não estão desenvolvidos, onde a doença é gerida no quadro de serviços pré-existentes numa rede pública mínima e onde os agentes não lucrativos são vistos como aqueles que vão preencher muitos vazios para os quais os serviços públicos não estão preparados (2001: 183).

Por outro lado, avaliando o perfil das respostas produzidas pelo terceiro sector na gestão do complexo VIH/sida, destacava o facto de se tratar de respostas tardias, profundamente dependentes da iniciativa e do apoio financeiro dos actores públicos,⁹ sem grande autonomia e capacidade de mobilização, e inscritas num “modelo conservador e assistencialista” de matriz religiosa (Lopes 2001: 202-203).

Mais de dez anos decorridos em relação à avaliação acima descrita, a situação mudou bastante em Portugal. No entender de Matic et al. (2008), o cenário institucional em torno do VIH mudou sobretudo a partir de 2004, com a assinatura da Declaração de Dublin, após a qual o governo português e a autoridade nacional de coordenação das respostas à epidemia terão mostrado um crescente comprometimento e empenho em adoptar as boas práticas internacionais, uma maior abertura para uma actuação multivocal ampla e sustentada (através de parcerias com a sociedade civil e mesmo com privados), começando a reconhecer as consequências negativas de uma estratégia em que o Estado actua de forma isolada, centralizada e, sobretudo, deficiente. Um ano após a assinatura desta Declaração, em 2005, a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), então com 15 anos de existência, foi incorporada no Alto Comissariado da Saúde (ACS), passando a designar-se Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Cnsida). Com esta alteração ter-se-á procurado assegurar uma melhor articulação com outros serviços, nomeadamente no seio do próprio Ministério da Saúde (MS), e a concretização dos objectivos constantes do Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2004-2010.

existir uma alternativa socialmente justa e até economicamente viável ao SNS. Mais do que o debate entre diferentes modelos, isto é, entre um modelo público de acesso universal e não discriminatório e um modelo privado de acesso selectivo e profundamente excludente, a questão fundamental que se coloca ao sistema é o da melhoria da sua eficiência. Trata-se, não se pode obnubilar, de um sistema com diversos níveis de intervenção, com uma organização específica a cada nível, possuindo modelos de financiamento e métodos de avaliação específicos e objectivos em termos de efectividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

⁹ Um bom exemplo desta dependência é o programa Apoio, Desenvolvimento, Investimento, Sida (Adis/Sida), criado em 2000 para auxiliar financeiramente organizações da sociedade civil que desenvolvam projectos no campo do VIH, em especial nas áreas da prevenção, da prestação de apoio social e da formação.

Foi da responsabilidade da Cnsida o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida, em vigor entre 2007-2010 (v. Cnsida 2007), tendo como grandes orientações estratégicas os princípios que constam de documentos internacionais como a Declaração do Milénio, a Declaração de Compromisso sobre VIH/sida das Nações Unidas, a Declaração de Dublin e a Declaração de Vilnius (Cnsida 2007). Em 2012, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida reafirmou os compromissos já assumidos, sublinhando os três princípios fundamentais em que deve assentar a actuação clínica, a saber: (i) "universalidade, traduzida na disponibilização de terapêutica antirretrovírica a todos os indivíduos portadores de infecção por VIH elegíveis para o seu tratamento"; (ii) "equidade, traduzida na uniformidade de tratamento a nível nacional"; (iii) "qualidade, traduzida na indicação clara de utilização dos regimes terapêuticos considerados mais adequados face à evidência científica disponível" [Diniz 2012: 6]. Para o horizonte fixado em 2016, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida estabelece seis metas, em linha com os objetivos da Onusida (zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a SIDA e zero casos de discriminação). Para isso propõe: (i) redução em 25% do número de novas infeções; (ii) redução de 65% para 35% dos diagnósticos tardios de infecção pelo VIH; (iii) redução em 50% do número de novos casos de sida; (iv) redução em 50% do número de mortes por sida; (v) incrementar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem utilizar preservativo em relações sexuais ocasionais; (vi) eliminar a transmissão da infecção por VIH da mãe para o filho. Para atingir estes objetivos, foram consideradas como áreas prioritárias o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da infecção, as populações vulneráveis, o estigma e a discriminação, a investigação e, por fim, a cooperação internacional (v. <http://sida.dgs.pt/programa-nacional111111111.aspx>).

Com um total acumulado de 42.580 casos de infecção por VIH notificados até 31 de dezembro de 2012, dos quais 17.373 na fase de sida, o cenário epidémico em Portugal, a ter obrigatoriamente em linha de conta na definição de políticas e medidas, é caracterizado pela prevalência do VIH inferior a 1% na população total. Conquanto tenha diminuído de forma substancial a transmissão entre os UDI, estes representam ainda 16.086 (37.8%) do total de casos registados, sendo que 7.672 (45.2%) estão na fase de sida. Em concordância com estes dados, os óbitos deste grupo (4.003) representam 50.1% do total registado. Os dados mostram ainda uma prevalência elevada da infecção entre os homens face às mulheres (rácio homem/mulher de 2.4) e o aumento da transmissão sexual entre os homossexuais do sexo masculino [v. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013)]. A destacar muito positivamente temos a redução progressiva do número de mortes provocados pela infecção, que atingiu em 2012 o seu valor mais reduzido (139 mortes), refletindo uma tendência de quebra que se mantém inalterável desde 2002 – que contrasta fortemente com o pico ocorrido em 1996, quando ocorreram 702 mortes – em combinação com a redução do número de novos casos (776 em 2012 face a 2795 em 2000) (v. figura 3).

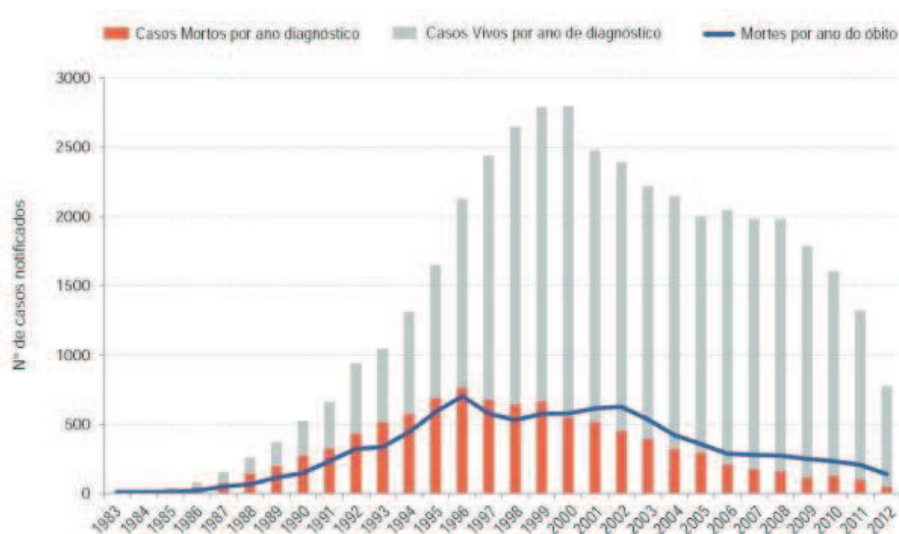


Figura 3. Casos de infeção VIH (1983-2012): Distribuição das mortes por ano de óbito e estado vital por ano de diagnóstico

Fonte: Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013).

A evolução futura do quadro epidemiológico dependerá das estratégias e ações socio-sanitárias a desenvolver, nomeadamente no que respeita aos UDI, incluindo os que se encontram em situação de reclusão, aos homossexuais masculinos e, mais em geral, aos heterossexuais, que hoje constituem, por larga margem, o maior grupo de infetados (v. figura 4). Deste modo, o controlo da infeção em Portugal passa, fundamentalmente, por implementar medidas políticas e programáticas adequadas para os grupos assinalados, a par de uma continuada e consistente estratégia de prevenção, transversal à sociedade portuguesa, iniciada em contexto escolar e estendida a grupos etários com maior longevidade.

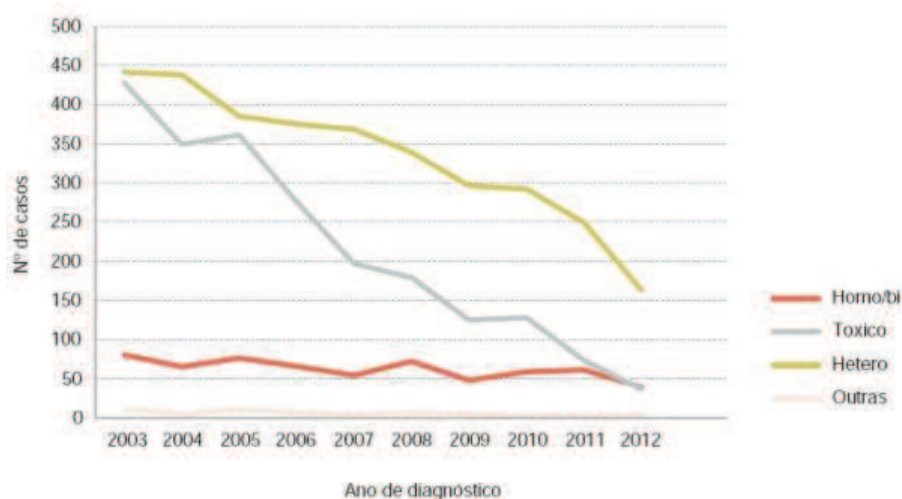


Figura 4. Casos de SIDA (2003-2012): Distribuição por categoria de transmissão e ano de diagnóstico

Fonte: Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013)

Vejam, em primeiro lugar, as recomendações internacionais. Apesar de a prevalência da infeção ser inferior a 1%, não é possível caracterizar a situação portuguesa como de baixo nível considerando a sua forte presença em alguns grupos, como o dos UDI e o dos reclusos. Assim, pode considerar-se que Portugal combina uma baixa prevalência com uma certa concentração em alguns grupos. Para o cenário da concentração, a Onusida (2007) estipula várias prioridades, entre as quais destacamos a canalização prioritária dos recursos para onde as taxas de infeção e o risco são maiores e para onde a epidemia se está a mover, prestando particular atenção às chamadas “populações ponte”, que desempenham o papel de disseminação do vírus pela população em geral, nomeadamente através das suas redes sexuais. Neste quadro de prioridades, as principais linhas políticas estruturantes advogadas (Onusida 2007) passam, sobretudo, pela (i) alteração dos quadros políticos e legais, bem como das orientações normativas em diferentes esferas dos sectores público, privado e associativo que, reconhecidamente, contrariem ou não promovam a prevenção da infeção, nomeadamente em contextos sociais onde a sua prevalência é elevada, (ii) pela formação dos chamados líderes locais, muito em especial, nos grupos mais vulneráveis, de forma que possam desempenhar um papel-chave na transmissão de informação e na disseminação de boas práticas sanitárias. A instauração destes princípios políticos genéricos deverá traduzir-se em acções programáticas concretas que, além das iniciativas consagradas para enfrentar cenários epidemiológicos de baixo nível, contemplem ainda o aconselhamento e o teste de seropositividade nos segmentos/grupos sociais com maior prevalência de VIH, a priorização destes mesmos grupos através de programas de prevenção e de apoio médico e social ajustado às suas características e necessidades e, por último, a promoção da sua capacidade de auto-organização, tendo em vista a prevenção inter-pares e a participação sistemática na construção de respostas à epidemia.

Considerando o contexto português, encontramos ainda vários desfasamentos face a estas recomendações. Desde logo, a manifesta falta de vontade política no sentido de promover a formação de líderes locais e estruturas de base comunitária para actuar nos contextos mais problemáticos em termos de saúde. Por outro lado, e talvez ainda mais preocupante, a permanência de legislação, políticas e orientações institucionais profundamente nefastas à prevenção e gestão do VIH/sida ou, noutros casos ainda mais frequentes, a não operacionalização de quadros legislativos que até se revelam adequados. A título de exemplo, nomeadamente para os contextos da toxicod dependência e das prisões, destacamos: (i) a falta de uma ampla rede de consumo assistido de drogas por via intravenosa (“salas de chuto”);¹⁰ (ii) a elevada taxa de encarceração e a utilização excessiva da figura da prisão preventiva, a sobrelocação das cadeias, a não distribuição sistemática de seringas, desinfectante de material de injeção e *piercing*, preservativos e lubrificante aos detidos, em clara contradição com aquelas

¹⁰ Convém, no entanto, não esquecer que através dos Centros de Respostas Integradas (CRI), de unidades móveis e de farmácias comunitárias, foram implementadas medidas de redução de riscos fundamentais, como a troca de seringas e agulhas e os Programas de Substituição Opiácea (PSO) com metadona ou subutex. Todavia, em Portugal o consumo de drogas injectáveis, ainda que importante, tem conhecido uma significativa redução no que se refere ao seu peso nos novos casos de infeção notificados, representando apenas 9,6% (v. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHSIDA.aspx>). Esta redução faz-se sentir num contexto em que a taxa de prevalência de seropositividade entre UDI em Portugal era extremamente elevada, alcançando ainda há meia dúzia de anos, em 2006, 22.4 novos casos por milhão de habitantes (OEDT 2008: 85-87).

que são as principais recomendações da Onusida para as prisões (cf. "HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings 2008")¹¹. Por mais paradoxal e intrigante que pareça, duas das mais preocupantes situações deste cenário – a inexistência do sistema de troca de seringas nas prisões e a ausência de uma rede nacional de salas de injeção assistida – têm já há muito um amplo reconhecimento legal. Tal pode ser comprovado, entre outros, (i) no decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, relativo ao Regime Geral das Políticas de Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos¹² (ii) no Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, muito em especial o último (2005-2012), no qual se apontava 2008 como data limite para se concretizarem medidas como as "salas de chuto" e a instalação de sistemas de troca de seringas nas prisões (PNDT 2005) e (iii) no Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, de 2006.

É muito provavelmente no quadro desta relutância política em concretizar de facto medidas imprescindíveis como as duas atrás discutidas, mesmo havendo já cabimento jurídico e programático a montante¹³, que devemos procurar compreender a existência de uma certa indefinição no estabelecimento de prioridades de intervenção, hoje parcialmente colmatada pelo programa em vigor, cujo horizonte temporal termina em 2016 (cf. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016 in <http://sida.dgs.pt/programa-nacional1111111111.aspx>). Com efeito, e considerando o cenário da infecção em Portugal, parece-nos que nestes documentos estruturantes deveria, de modo mais inequívoco e enfático, fazer-se referência ao consumo de drogas por via intravenosa e aos estabelecimentos prisionais como os campos prioritários em termos de canalização de recursos na luta contra a sida. Não podemos esquecer que Portugal apresentava, na segunda metade da década passada, a maior taxa de prevalência de VIH entre UDI na Europa Ocidental e uma das maiores taxas (10%) entre a população prisional em 2007, um valor pelo menos 16 vezes superior ao que prevalece na população em geral da Europa, ainda que se tenha registado uma queda de 38% entre 2001 e 2007 (Torres et al. 2008)¹⁴. O facto de os dois contextos sociais atrás referenciados não serem claramente assumidos como prioritários na abordagem à epidemia da sida não deixa, de algum modo, de reflectir uma tendência paradoxal mais ou menos generalizada, que se caracteriza, no entender de Matic et al. (2008), por uma certa negligência em termos de canalização dos

¹¹ Para esta elevada encarceração dão forte contributo os pequenos crimes relacionados com o consumo de estupefacientes, facto que desmente a tese, propalada até à exaustão pelos *media* e acarinhada pelas forças políticas e judiciais conservadoras, da existência de uma "justiça branda" (cf. Dores e Preto 2013). Nada mais falso, o país está também sujeito ao que Wacquant (2000) designa por Estado-carcerário".

¹² Este decreto-lei é implementado no seguimento das principais recomendações da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999 (cf. Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril).

¹³ Observe-se que são já algumas as experiências bem-sucedidas em diversos países. A Suíça e a Alemanha, por exemplo, desde meados da década de 90 do século passado têm vindo a implementar a troca de seringas em algumas das suas prisões, com resultados muito bons em termos de redução de danos e de prevenção do VIH, não se comprovando os receios mais comuns do aumento da violência e da insegurança como consequências desta medida (Onusida 2001). Esta situação mais não revela do que a duplicidade da acção do Estado português. Impelido pelos compromissos internacionais a legislar, abstém-se de aplicar a legislação que aprovou, evitando assim ter de enfrentar as forças políticas e sociais conservadoras e o próprio corporativismo reaccionário dos sindicatos dos guardas prisionais e de outros actores do sistema prisional, ainda que com manifesto prejuízo para a saúde dos indivíduos afectados e da saúde pública em geral.

¹⁴ Outros estudos apontam para valores semelhantes, na ordem dos 8 a 9% de prevalência da infecção em reclusos (www.sermis.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoesePeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A).

esforços de prevenção, apoio e tratamento para as populações socialmente mais vulneráveis à epidemia. Não obstante a referência (relevante) aos princípios da universalidade, equidade e qualidade.

Conclusão

Face a esta doença “excepcional” (Whiteside 2008: 124), as respostas têm também de ser excepcionais, não podendo circunscrever-se ao campo biomédico. Em estreita cooperação com a acção médica – que só poderá ser concretizada de uma forma eficiente através do sistema público de saúde de acesso universal e não discriminatório – o Estado deverá mobilizar os seus recursos no domínio da intervenção social, tendo em vista identificar e minimizar os efeitos das vulnerabilidades mais graves que afectam os indivíduos com VIH/sida, nomeadamente aqueles que se encontram em situação de desemprego ou sub-emprego precário, em regra associado a baixos salários, os que estão em situação de reclusão, os UDI e os que vivem do comércio do sexo, sofrendo quase sempre com opressão e discriminações severas, como as que afectam os transexuais e as prostitutas. Daqui decorre que, como foi enunciado há mais de uma década,

No fim de contas, a intervenção em resposta ao HIV/AIDS dependerá não apenas das acções técnicas da saúde pública, mas de nossa capacidade mais ampla em contribuir para transformações sociais verdadeiramente progressistas em um mundo no qual as transformações mais amplas que se desenrolam ao nosso redor parecem frequentemente estar caminhando na direcção oposta (Parker e Camargo Jr. 2000: 100).

Considerando os repetidos fracassos da investigação na procura de uma vacina ou tratamento para a erradicação da doença, a luta contra a infecção deve, sem ignorar a disponibilidade do tratamento para todos os doentes, focar-se na prevenção, num contexto de implementações de políticas públicas de saúde, emprego, oportunidades e apoio social eficazes. A prevenção não deve esquecer os doentes e as suas famílias, onde de forma assaz recorrente encontramos formas, ora abertas, ora dissimuladas, de discriminação. Mobilizando os recursos institucionais e humanos disponíveis, as acções de prevenção podem constituir espaços para se testarem novas estratégias assentes na explicitação dos comportamentos que não contaminam, em paralelo com a informação sobre as formas de contágio, opção mista e a nossa ver bem mais adequada para esclarecer as pessoas e reduzir progressivamente as práticas estigmatizantes.

A doença que afecta os portadores da infeção pelo VIH/sida é muito mais do que um assunto da medicina. É um problema social e político que tem de ser conhecido e sujeito ao escrutínio público, tendo em vista a imaginação de soluções que, por um lado, possam reduzir e eliminar mesmo as formas mais ou menos subtis mas sempre violentas de discriminação e censura sociais a que estes doentes se encontram sujeitos, e, por outro, proporcionar aos que se encontram em situação de privação económica meios de acesso a programas efectivos de emprego e de inserção social. Isto é, não basta disponibilizar bons recursos terapêuticos aos doentes, é necessário também meter em prática programas de intervenção que actuem nos domínios da política e da cidadania, através dos quais se possa fazer a denúncia e a

desconstrução dos estigmas que continuam a habitar, ainda que em grau variável, a cabeça de todos nós, incluindo a dos profissionais de saúde.

A intervenção das instituições públicas, muito por força da pressão política e mediática exercida pelas organizações que, no terreno, lutam contra a infeção pelo VIH/sida, melhorou de modo significativo as suas políticas, aproximando-se das recomendações internacionais e das boas práticas internacionais, nomeadamente no que se relaciona com o apoio aos UDI e aos cidadãos, infectados ou não, em estabelecimentos prisionais, não obstante prevalecer uma certa dissociação entre o que está fixado nos princípios e recomendações de acção e aquilo que é efectivamente levado à prática. Porém, a crise em que Portugal está mergulhado, amarrado ao pagamento do serviço da dívida, cada vez mais pesado e intolerável, tem produzido consequências inquietantes. As restrições orçamentais no sector da saúde parecem colocar em causa o acesso de muitos doentes com infeção pelo VIH/sida a terapêuticas e medicamentos adequados, como recorrentemente tem sido denunciado pelas ONG e colectivos de activistas¹⁵. Face a isto, não podem restar dúvidas: mesmo em crise, provocada por opções políticas que dão prioridade aos interesses dos credores em relação aos dos cidadãos, o sistema público de saúde é o que melhor pode responder à luta contra o VIH/sida. Colocando desafios colossais aos serviços públicos de saúde e ao próprio Estado-providência, a experiência demonstra que, nas condições actuais, é esta configuração estatal a que melhor pode garantir justiça na saúde. Sobretudo quando o país se comprometeu com uma agenda internacional ambiciosa fundada na estratégia “getting to zero”, libertando a humanidade da infeção, da morte por ela provocada e dos estigmas a ela associados.

Referências bibliográficas

- Barnett, Whiteside (2002), *AIDS in the 21st Century: Disease and Globalisation*, Houndsmill, Palgrave Global Publishing.
- Bastos, Cristiana (2002), *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à Sida*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, António Correia. (1983), *Saúde, o Custo de um Valor sem Preço*, Lisboa, Edições Portuguesas de Livros Técnicos e Científicos.
- Doka, Kenneth. (1997), *Aids, Fear and Society: Challenging the Dreaded Disease*, Washington, Taylor & Francis.
- Dores, António Pedro e José Preto (2013), *Segredos das Prisões*, Lisboa, RCP.
- Diniz, António (coord.) (2012), *Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção pelo VIH-1 e VIH-2* (2012). Lisboa, Programa Nacional para a Infeção VIH/sida.
- Foller, Maj-Lis, e Hakan Thorn (2004), *No Name Fever: AIDS in the Age of Globalization*, Gotemburgo: Studentlitteratur AB.
- Heimer, Carol (2007), “Old inequalities, new disease: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa”, *Annual Review of Sociology*, Vol. 33, 551-577.

¹⁵ Em Portugal o Gat é um dos movimentos que mais se tem destacado neste campo (v. http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica_24-03-2012.pdf).

- Krentz, H., M. Auld, e M. Gil (2004), "The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/ μ L) with HIV infection", *HIV Medicine*, 5 (2), pp. 93-98.
- Lopes, Alexandra (2001), "Lógicas do terceiro sector português na gestão do complexo VIH/Sida", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Vol. 61, 169-206.
- Mane, Purnima e Peter Aggleton (2001), "Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it?", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 23-37.
- Matic, Sardan et al. (orgs.) (2008), *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.
- Maticka-Tyndale, Eleanor (2001), "Twenty years in the AIDS pandemic: a place for Sociology", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 13-21.
- Meter, Karl van (2001), "Managing a plague: channelling the 'spread' of AIDS research", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 57-65
- Nossa, Paulo (2001), *Geografia da Saúde: O Caso da Sida*. Oeiras, Celta.
- Panchaud, Christine e Sandro Cattacin (1997), "The contributions of non-profit organizations to the management of HIV/AIDS: a comparative study", *Voluntas*, Vol. 3 (8), 213-234.
- Parker e Kenneth Camargo Jr. (2000), "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16 (Sup. 1), 89-102.
- Seffner, Fernando (1995), "AIDS, estigma e corpo" in Ondina Fachel Leal (organizado por), *Corpo e significado*, Porto Alegre, Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 385-407.
- Terto, Veriano (2002), "Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/aids", *Horizontes Antropológicos*, 17, pp. 147-158.
- Torres, Anália et al. (2008), *Drogas e Prisões em Portugal*, Lisboa, IDT.
- Whiteside, Alan (2008), *HIV/AIDS: A Very Short Introduction*, Oxford, Oxford University Press.
- Valle, Carlos (2002), "Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com HIV e aids", *Horizontes Antropológicos*, 17, pp. 179-210.
- Wacqaunt, Loïc (2000), *As prisões da miséria*. Oeiras, Celta.
- White, Ruth e Robert Carr (2005), "Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica", *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 7 (4), pp. 347-359.

Documentos e fontes primárias (incluindo em suporte electrónico)

- CHEGANDO A ZERO: ESTRATÉGIA 2011-2015 PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/VIH/AIDS/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA) (2010), Brasília, UNAIDS/ONUSIDA.
- CNSIDA (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010: Um Compromisso com o Futuro*. Lisboa, Cnsida.
- COMISSÃO EUROPEIA (2009), *Comunicação ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões intitulada "Luta contra o VIH/SIDA*

na União Europeia e nos países vizinhos, 2009 -2013” Bruxelas, Comissão Europeia [COM(2009)569 final].

Conselho da União Europeia (2011), *Declaração da UE e dos seus Estados-Membros por ocasião do Dia Mundial da Luta contra a SIDA Bruxelas*, [17567/11 PRESSE 451].

Decreto-lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro.

Decreto-lei n.º 335/1993, de 29 de Setembro.

Decreto-lei n.º 156/1999, de 10 de Maio.

Decreto-lei n.º 157/1999, de 10 de Maio.

Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho.

Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

United Nations Office on Drugs and Crime (2008), *HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings Viena*, United Nations Office on Drugs and Crime.

<http://sida.dgs.pt/programa-nacional111111111.aspx> (acedido em 7 de abril de 2014).

http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica_24-03-2012.pdf (acedido em 2 de novembro de 2013).

Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013), Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas e Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA (colaboração).

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

OEDT (2008), Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa, Luxemburgo, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

ONUSIDA (1999), *Da Teoria à Prática: Por uma Maior Participação das Pessoas Vivendo com o HIV/Sida ou por ele Afetadas*, Genebra, Centro de Informação da Onusida.

ONUSIDA (2001), *As Prisões e HIV/Sida*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

ONUSIDA (2005), *O Onusida e as Organizações Não Governamentais*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

ONUSIDA (2007), *Directrizes Práticas do Onusida para a Intensificação da Prevenção do HIV: Rumo ao Acesso Universal*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

PLANO DE ACÇÃO NACIONAL PARA COMBATE À PROPAGAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM MEIO PRISIONAL, in www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/

[plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_fo/Relat_Plano_Combate_](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_fo/Relat_Plano_Combate_Doenças_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98)

[Doenças_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_fo/Relat_Plano_Combate_Doenças_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98) (acedido em 6 de Abril de 2014).

PLANO NACIONAL CONTRA A DROGA E AS TOXICODEPENDÊNCIAS (2005-2012), in http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F6874B50-243E-49A0-86FC-D6EBoAFFA709/0/Plano_NacionalFinal.pdf (acedido em 6 de Abril de 2014).

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH E SIDA (2011-2015). Lisboa, Ministério da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril.

UNIÃO EUROPEIA (2004), "Vilnius Declaration" on Measures to Strengthen Responses to HIV/AIDS in the European Union and in Neighbouring Countries, em http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rdo3_en.pdf (acedido em 10 de setembro de 2013).

Unaid - Report on the global aids epidemic (2012).

www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHSIDA.aspx (acedido em 10 de agosto de 2013).

www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoosPeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A (acedido em 6 de Abril de 2014).

www.unaids.org/en/ (acedido em 6 de Abril de 2014).

www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/ (acedido em 31 de outubro de 2013).

www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/ (acedido em 6 de Abril de 2014).