V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

VLADMIR OLIVEIRA DA SILVEIRA

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598
Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/Unisinos/URI/ UFSM /Univali/UPF/FURG;

Coordenador: Vladmir Oliveira da Silveira – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-257-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Instituciones y desarrollo en la hora actual de América Latina

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Interncionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. I. Encontro Internacional do CONPEDI (5. : 2016 : Montevidéu, URU).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br



Universidad de la República
Montevideo – Uruguay
www.fder.edu.uy

V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

Essa obra é fruto do intenso debate ocorrido no Grupo de Trabalho (GT) de “Direitos Sociais e Políticas Públicas II” realizado no V Encontro Internacional do CONPEDI em Montevidéu, entre os dias 08 e 10 de setembro de 2016, o qual focou suas atenções na temática “Instituciones y desarrollo em la hora actual de América Latina". Este tema norteou as análises e os debates realizados no Grupo de Trabalho, cujos artigos, unindo qualidade e pluralidade, são agora publicados para permitir a maior divulgação, difusão e desenvolvimento dos estudos contemporâneos.

Gustavo Dantas Carvalho e Carlos Augusto Alcântara Machado tratam da percepção internacional das políticas públicas de moradia do Estado brasileiro e a importância do Programa ‘Minha Casa, Minha Vida’ para o desenvolvimento nacional e efetivação do direito social. Já Claudia Cristina Trocado Gonçalves de Araujo Costa verifica as consequências trazidas pela Lei nº 12.990/2014 que assegura o direito a cotas aos candidatos que se autodeclararem negros ou pardos no ato de inscrição de concurso público.

Guilherme Emmanuel Lanzillotti Alvarenga investiga a declaração do estado de coisas inconstitucional na saúde pública brasileira e a celebração de compromisso significativo para efetivação do direito social. Ainda quanto à saúde, Pryscilla Gomes Matias avalia no Brasil e, subsidiariamente, no âmbito do sistema ONU, as principais medidas estatais e multitudinárias realizadas da década de 80 aos anos 2000 em busca do acesso à saúde, especificamente no que diz respeito à obtenção de medicamentos antirretrovirais (ARV).

Rogerio Luiz Nery da Silva e Darléa Carine Palma Mattiello trabalham o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) e investigam se o trabalho digno resta assegurado eficazmente a essas pessoas. Por sua vez Jessica Hind Ribeiro Costa e Mônica Neves Aguiar da Silva fazem uma criteriosa análise da incompatibilidade entre a política de redução de danos e o modelo proibicionista incorporado pela Lei 12.343/06.

O artigo de Maria Luiza Pereira de Alencar Mayer Feitosa e Marana Sotero de Sousa apresenta o desenvolvimento econômico do setor rural a partir das políticas públicas de crédito desenvolvidas para a agricultura familiar e de que maneira políticas criadas para uma atividade agrícola específica podem acarretar reflexos positivos. Na mesma esteira sobre

agricultura familiar, Lucelaine dos Santos Weiss Wandscheer e Daiana de Lima Mito tratam dessa característica, mas com protagonismo da segurança alimentar nacional e a relação estatística com a diminuição da fome.

Maria Paula Daltro Lopes aborda a aplicação da justiça restaurativa como política pública criminal. Enquanto que Paloma Costa Andrade e Bianca Berdine Martins Mendes fazem uma análise comparativa da efetividade constitucional do direito social à educação nos casos Brasil e Portugal. E José Carlos Loureiro da Silva e Daniel de Souza Assis trazem reflexos sobre políticas públicas no setor migratório brasileiro.

Guilherme Martins Teixeira Borges aborda o direito humano à alimentação adequada como expressão do fenômeno da pobreza em sua dimensão social da privação das capacidades. Dorli João Carlos Marques e Elizabeth Cristina Brito Vale fazem um diagnóstico do bairro Jorge Teixeira da capital amazonense quanto as vulnerabilidades sociais que podem favorecer a violência intencional.

Por fim, Alline Luiza de Abreu Silva analisa o idoso, vítima pela violência intrafamiliar, e a viabilidade do counseling de grupo na Medida Específica de Proteção. E Alessandra Noremberg e Isabelle Pinto Antonello abordaram os direitos sociais da mulher dentro das políticas públicas no contexto brasileiro.

Boa leitura!

Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira – PUC-SP

PERSPECTIVAS SOBRE O TRATAMENTO DA AIDS E DO HIV NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS LUTAS CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

PROSPETTIVE SUL TRATTAMENTO DI AIDS E HIV IN BRASILE: UN'ANALISI DELLE LOTTE CONTRO LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SALUTE

Pryscilla Gomes Matias [1]

Resumo

O presente artigo tem por escopo avaliar no Brasil e, subsidiariamente, no âmbito do sistema ONU, as principais medidas estatais e multitudinárias realizadas da década de 80 aos anos 2000 em busca do acesso à saúde, especificamente no que diz respeito à obtenção de medicamentos antirretrovirais (ARV). Discute-se a influência dos movimentos dos cidadãos, à luz da teoria de Hardt e Negri, principalmente a partir da transição democrática no Brasil, na implementação dos direitos sanitários que geraram como consequência os programas de prevenção e combate à Aids, e que acabaram tornando o país uma referência mundial no tema.

Palavras-chave: Patentes, Hiv, Aids, Direito à saúde, Lutas e construções multitudinárias

Abstract/Resumen/Résumé

Questo articolo propone di valutare in Brasile e, secondariamente, all'interno del sistema delle Nazioni Unite, le principale misure statali e moltitudinarie effettuate del 80 per il 2000 in cerca di accedere alla salute, in particolare per quanto riguarda l'ottenimento di farmaci antiretrovirali (ARV). Se discute l'influenza del movimento dei cittadini, in considerazione della teoria di Hardt e Negri, soprattutto dalla transizione democratica in Brasile, nella applicazione dei diritti di salute che hanno generato come consequenze i programmi di prevenzione e combattimento dell'AIDS, e hanno finito per rendere il paese un punto di riferimento mondiale in questa materia.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Brevetti, Hiv, Aids, Diritto alla salute, Lotte e costruzioni moltitudinarie

[1] Atualmente é Mestranda em Direito na Faculdade de Direito da UFMG, onde atua como estagiária de docência.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por escopo avaliar no Brasil e, subsidiariamente, no âmbito do sistema ONU, as principais medidas estatais e multitudinárias realizadas da década de 80 aos anos 2000 em busca do acesso à saúde, especificamente no que diz respeito à obtenção de medicamentos antirretrovirais (ARV). Discute-se a influência dos movimentos dos cidadãos, principalmente a partir da transição democrática no Brasil, na implementação dos direitos sanitários que geraram como consequência os programas de prevenção e combate à Aids, e que acabaram tornando o país uma referência mundial no tema.

Desde os anos 80 o Brasil foi palco de grandes mudanças sociais relacionadas ao advento da democracia e dos direitos relacionados à saúde. Concomitantemente, naquela década, o mundo encontrava-se perplexo e desorientado perante a descoberta do vírus HIV e da Aids. Com isso, o aparecimento dos primeiros casos no país deu-se durante a transição democrática e gerou um ciclo de retroalimentação entre lutas sociais de reconhecimento e implementação dos direitos sanitários que contribuíram para as políticas públicas de combate à Aids e ao HIV – mormente a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARV) – ao passo que as próprias demandas dos pacientes geraram lutas para uma ampliação cada vez maior dos tratamentos.

Tais movimentações acabaram transparecendo uma opção contra a privatização da saúde e a favor de recursos como o licenciamento compulsório que, mesmo amplamente amparado pela legislação nacional e internacional, geraram diversas insatisfações por parte dos Estados Unidos e das grandes empresas farmacêuticas do mundo. São analisadas no presente trabalho as mudanças legislativas e os atos administrativos relacionados a essa questão, bem como a atuação do país em órgãos e eventos internacionais.

Ademais, são discutidos, à luz da teoria de Michael Hardt e Antonio Negri, fatos importantes como as conquistas no direito à saúde, os contextos em que os movimentos sanitários deram-se, as medidas criativas adotadas pelos indivíduos como alternativas à falta de acesso à saúde e as querelas relacionadas às patentes de medicamentos. Isto tendo em vista a análise dos autores mencionados a respeito do trabalho imaterial perante os direitos autorais no contexto de luta contra as constantes tentativas imperiais de controle do *bios* mediante a privatização da saúde.

1 LUTAS MULTITUDINÁRIAS

O século XX e o início do XXI de uma forma geral foram marcados pelas lutas por acesso à saúde, que buscavam uma assistência cada vez mais ampla e acessível, contra a privatização da saúde e a redução do atendimento à população como um todo. As lutas se deram em vários países, de diversas formas, desde o *welfare state* do pós-guerra europeu até a luta pelo acesso gratuito a medicamentos e tratamentos, e seguem como necessárias:

> "precisamos encarar os arcabouços jurídicos que os regimes neoliberais estabeleceram e contra os quais lutam os movimentos da multidão. Esses arcabouços jurídicos sustentam o projeto de privatização de bens públicos (como a água, o ar, a terra e todos os sistemas de gestão da vida, inclusive a assistência à saúde e as pensões que durante o período do bem-estar social eram funções do Estado) (...)." (HARDT; NEGRI, 2005, p. 266).

No Brasil, as políticas públicas de saúde atreladas a um organismo próprio tiveram início nos anos 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que eram extremamente limitados, atendendo à ínfima parcela da população que trabalhava regulamentada e formalmente (RECH, 2003). As décadas seguintes não foram tão promissoras por incorporar muito lentamente um número maior de pessoas na assistência à saúde e, mesmo quando o Estado prestava algum serviço, boa parte era contratada com o setor privado, o que ajudava a manter a privatização e a mercantilização da saúde. As políticas amplas de sanitarização, como as campanhas de vacinação[1], só foram possíveis pelos interesses econômicos, pois a disseminação de doenças ameaçava a agroexportação. Ainda, os debates mais intensos sobre a importância da saúde da população só foram levados mais a sério quando atrelados com a lógica desenvolvimentista, a partir de meados do século XX.

Durante a decadência da ditadura militar surgiram os primeiros organismos colegiados para discutir a questão da saúde e questões sociais em geral, onde foi incentivada a participação de membros da população em geral, como forma de tentar manter a legitimação do regime, embora de feição ainda paternalista. De qualquer maneira, foi a brecha encontrada para pessoas com pensamento diverso ao do regime participarem, uma vez que não tinham pessoal suficiente para preencher os espaços de participação criados. Com isso, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, e acabaram contribuindo para a discussão de medidas sanitárias muito mais universalizantes do que se tinha feito até então (FIGUEIREDO NETO, s.d.):

[1] Cabe lembrar sobre a intensidade da sobreposição de interesses econômicos, com a vacinação compulsória que desencadeou a Revolta da Vacina, em 1904. Chegaram a ponto de invadir a casa das pessoas para vaciná-las à força, violentamente, pois muitas não tinham confiança nas vacinas ou nos efeitos que poderiam causar.

> As organizações sociais e as lutas populares conseguiram inverter o conceito de controle social, praticado pelo regime militar, e garantir base legal e constitucional para compartilhar poder com o Estado (...). A partir da década de 1980, mais especificamente da Constituição de 1988, o Estado brasileiro assumiu a possibilidade de se abrir para a sociedade, permitindo a inversão da compreensão do significado do controle social, ou seja, não do Estado em relação à sociedade, mas desta em relação àquele. A Constituição estabeleceu um conjunto de princípios que, posteriormente, tornaram-se mecanismos formais e possibilitam à sociedade exercer esse controle, entre os quais estão os conselhos gestores – na temática que estamos tratando, os conselhos de saúde nas três esferas do governo. (SYDOW; MENDONÇA, 2002, pp. 219-220)

Seguiram-se diversas reuniões e negociações em diversos setores da sociedade, que participava cada vez mais como interessada na ampliação e na reestruturação do acesso à saúde no país, bem como na sua afirmação definitiva como direito social, ainda que profissionais autônomos e a área da saúde privada embargassem os avanços.

Esse foi o contexto de criação do SUS (Sistema Único de Saúde), durante o advento da Constituição da República de 1988, que assegurou os princípios da assistência universal, gratuita, igualitária e equânime (SYDOW; MENDONÇA, 2002, p.217). Além disso, o sistema deu continuidade à participação popular nas decisões das políticas públicas de saúde, que mais tarde foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90. A sociedade brasileira, por meio de segmentos diretamente envolvidos com a saúde (governos, profissionais, prestadores de serviços e usuários) seria responsável pela formulação de estratégias, avaliação e controle da execução da política de saúde, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros, por meio, principalmente, de órgãos colegiados, como as conferências de saúde (de reunião quatrienal) e os conselhos de saúde (permanentes). Os problemas relacionados ao financiamento do SUS foram resolvidos por meio de pressões populares pela Emenda Constitucional nº29/00, que assegura com precisão as fontes dos recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil, delineando as responsabilidades orçamentárias dos entes da federação.

No mesmo contexto de redemocratização dos anos 80, foram descobertos os primeiros casos de Aids no Brasil, e os movimentos dos aidéticos tiveram melhores condições para exercer pressão contra as autoridades aproveitando o momento de conquistas sanitárias e democráticas. Esse movimento contou bastante com o apoio e impulso da sociedade civil, grupos de soropositivos, profissionais do sexo, gays, feministas, travestis e organizações religiosas, amparados pelo discurso da dignidade humana que ganhava força (SYDOW; MENDONÇA, 2002), principalmente pelo fato de, na época, a doença atingir mais a grupos

marginalizados e minorias. A violação dos direitos humanos[2], que fazia parte das palavras de ordem das organizações da sociedade civil, era considerada contribuinte para a disseminação do HIV e, na prática, possibilitou o surgimento de vários grupos que tinham nos serviços de assessoria jurídica uma das principais atividades.

Outro fator que somou à luta de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids foi a participação de pessoas que haviam lutado contra o regime militar e ex-exilados políticos – a exemplo de ativistas como Herbert de Souza, conhecido como "Betinho", e Herbert Eustáquio de Carvalho, conhecido como "Herbert Daniel". Algumas dessas pessoas estavam tanto em organizações da sociedade civil quanto no setor governamental (SYDOW; MENDONÇA, 2002, p. 241). Betinho fundou, ainda, em 1986, a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) que lutava pelo controle dos bancos de sangue e contra a discriminação.

Outros campos de atuação e disseminação de conhecimento e conscientização sobre a doença recém-descoberta foram os diversos encontros, congressos e palestras, como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Foram surgindo novos tipos de solidariedade e militância, como as casas de apoio e atendimento aos portadores de HIV, construídas e mantidas por voluntários e doadores, e que somente anos mais tarde passaram a receber auxílio financeiro governamental. Tais iniciativas espontâneas e independentes foram pioneiras e determinantes no amparo aos doentes, antes mesmo que autoridades estatais resolvessem tomar alguma providência. Isso ocorreu não só no Brasil, como em diversas partes do mundo.

Após alguns anos de avanço nas pesquisas sobre a doença e possíveis tratamentos, internamente cresceram muito as reivindicações pelo acesso a medicamentos, sobretudo em razão das estatísticas divulgadas sobre a mortalidade que a Aids estava causando. O Estado acatou positivamente o apelo, passando a desenvolver uma extensa política de combate à enfermidade. A tendência tornava-se mundial (pelo menos em parte) e incentivou a legislação internacional a regular o tema:

> Em 2001, alguns acontecimentos reforçaram a importância de trabalhar a AIDS na agenda dos direitos humanos: a Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas aprova, em abril, a Resolução intitulada "Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/AIDS" (United Nations, 2001); a proposta foi encaminhada pela delegação brasileira. Na "The Fourth World Trade Organization Ministerial Conference", realizada em novembro, em Doha, Qatar, é aprovada uma declaração que destaca que, em situações de emergência nacional, em saúde pública seja aplicado o licenciamento compulsório (WTO, 2001); a proposta foi encaminhada pelo Brasil. (SYDOW; MENDONÇA, 2002, pp. 242-243)

[2] Apesar das críticas direcionadas ao discurso dos direitos humanos por vários autores, inclusive Hardt e Negri, aqui trata-se de um uso não tão imperial, tendo em vista o assunto que será tratado no item 2 e seguintes.

Entretanto, o fornecimento gratuito e a quebra de patentes de medicamentos anti-Aids e anti-HIV foi e ainda é tema de muita controvérsia entre diversos países e grandes corporações farmacêuticas por trás, e será tratado de forma mais detida a seguir.

2 ASSIMILAÇÃO DOS ESTADOS E INTERESSES CORPORATIVISTAS

O Brasil assimilou as reivindicações sociais e, apesar do período em que pacientes tiveram de se virar sozinhos, o país, em vista de outros, começou relativamente cedo com os programas governamentais de combate à Aids: em 1984 foi criado o primeiro programa local de combate à Aids (São Paulo), e em 1985, o primeiro de âmbito nacional. Já em 1988, com advento do SUS e da nova constituição, começa a distribuição gratuita de medicamentos contra as infecções oportunistas facilitadas pela Aids. Posteriormente, a legislação estabeleceu e tornou obrigatória ao SUS a oferta universal e gratuita de antirretrovirais aos portadores de HIV e doentes de Aids que preenchessem os critérios estabelecidos no documento de consenso terapêutico em HIV/Aids do Ministério da Saúde (Lei nº 9.313/96). E assim o Brasil se tornou o primeiro país com renda média a oferecer tratamento com medicamentos distribuídos gratuitamente para a Aids (LAGO; COSTA, 2010. pp. 3530-3531):

> A assinatura dessa Lei refletiu a luta dos grupos comunitários que moviam processos contra estados e municípios para garantir tanto assistência como tratamento para as pessoas com AIDS. Também, dá seguimento à política brasileira de distribuição de medicamentos para a AIDS, iniciada em 1988, com remédios para infecções oportunistas. (SYDOW; MENDONÇA, 2002, p. 242)

Ainda:

> No final de 2001, 40 milhões de pessoas viviam com HIV/AIDS em todo o mundo. Desse total, 95% estavam em países em desenvolvimento e menos de 1 milhão estariam recebendo tratamento. Foram 3 milhões de mortes em 2001. O Brasil se tornou uma liderança ao garantir o acesso a medicamentos para pessoas com AIDS registradas nos serviços públicos de saúde. Em torno de 10% das pessoas que, globalmente, estão recebendo medicamentos são brasileiras. Tal política (...) diminuiu em 54% a mortalidade em São Paulo e 73% no Rio de Janeiro. (SYDOW; MENDONÇA, 2002, p. 239)

Em 2003, constatou-se a diminuição de 70% da mortalidade por Aids e 60% da morbidade em relação a 1997. Devido a todos esses dados, o clima era de grande esperança e positividade em relação às políticas públicas nesse setor. Todavia, o que levou o Estado brasileiro a adotar políticas nesse sentido e a arriscar seu bom relacionamento com outras nações devido a embargos sobre patentes de medicamentos vão muito além da filantropia, atenção aos direitos fundamentais e humanos ou interesses eleitoreiros. As movimentações pelo acesso aos medicamentos estavam atingindo diretamente o coração do império e este,

como sempre, se organizou frente à movimentação da multidão. O Brasil, apesar de avançar na organização e efetivação dos anseios da multidão, tentou neutralizar também outros interesses.

Uma das maiores vantagens da política foi a enorme redução dos gastos estatais com a saúde. Caso não tratasse o vírus HIV, os infectados se manteriam doentes de Aids e, consequentemente, adquiririam outras doenças e infecções decorrentes. Como o país adotou a assistência universal, teria de arcar – como realmente teve em vários casos – com os tratamentos de todas essas outras enfermidades advindas, o que comprovadamente saía muito mais caro aos cofres públicos do que o tratamento preventivo contra o vírus, com os antirretrovirais. Ainda, havia outras questões econômicas em questão:

> Desde o seu início [da política anti-Aids], a despesa total com ARV consumiu mais de US$1 bilhão. No entanto, estudos mostram que os gastos evitados com despesas ambulatoriais, hospitalizações, seguros, absenteísmo e perda de mão de obra são da ordem de US$ 2 bilhões. (LAGO; COSTA, 2010, p. 3531)

Tais dados são um trunfo para os defensores da distribuição dos ARVs contra os críticos que reclamavam dos gastos excessivos com tais medicamentos, como se fossem supérfluos. Entretanto, também fazem repensar se a situação seria a mesma se essa política representasse um aumento nos gastos, ao invés de uma diminuição. O Estado é apenas mais um ente que depende da economia e não existe sem o capital. Mais: é um gestor dos interesses racionais do capitalismo, como afirma Marx, e o governo brasileiro com certeza não teria se empenhado tanto em aceitar gastos excessivos com uma doença específica, bastando observar pela imensa dificuldade que ainda possui para suprir a assistência básica de saúde. Assim, lembramos também dos interesses de manutenção da mão-de-obra para o capitalismo, viva e saudável para continuar trabalhando sem qualquer empecilho.

No âmbito internacional, a organização do império se deu de outra maneira. As constantes pesquisas farmacêuticas e as movimentações reivindicando medicamentos acabaram incentivando a OMC a instituir o Trips (Acordo Sobre Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio). Ele estabelece a proteção patentária com flexibilidades, permitindo o licenciamento compulsório em casos de urgência nacional. Muitos criticaram o acordo por instituir a possibilidade da quebra da patente em alguns casos, mas seu mote principal era, em verdade, a proteção patentária, que era inexistente em vários países, ou mais fraca que o desejável, como no Brasil. O "detalhe" da possibilidade de licenciamento compulsório em alguns casos específicos serviu apenas como critério de coerência com as políticas de direitos humanos preconizadas pelo sistema ONU. Assim, o

acordo serviu o máximo possível aos anseios de todas as partes[3] e pôde penetrar no ordenamento interno de vários países, como pretendido.

Ainda assim, várias corporações farmacêuticas representantes do capital que constantemente não consegue se controlar ficaram insatisfeitas e passaram a agir, até mesmo através de fortes influências em seus países de origem, contra as medidas de licenciamento compulsório, ou mesmo contra o fornecimento gratuito dos medicamentos por parte dos Estados. Dentro do esquema de Hardt e Negri, as grandes corporações são tidas como entes importantes na detenção do poder monetário, e as represálias foram igualmente relevantes na política internacional. Um dos casos mais emblemáticos foram os problemas que o Brasil encontrou para contrair empréstimos com o Banco Mundial para investir ainda mais na política de fornecimento de ARVs. O motivo foi que o banco não aprovava a iniciativa brasileira de fornecimento de medicamentos contra a Aids. Outros exemplos são tratados mais detidamente nos tópicos a seguir.

Por fim, é importante ressaltar também que, a despeito de serem sedes das maiores corporações farmacêuticas, o pouco interesse dos países mais ricos no controle da pandemia da Aids, principalmente na África, se restringe a tentar conter o alastramento da doença nos países para que não cheguem a seus domínios (ao menos não em níveis alarmantes), conforme observamos mais recentemente com o ebola. Oxalá a fome e a miséria também se transmitissem assim.

Isso lembra o comentário de Hardt e Negri sobre as missões colonizadoras, que tinham por finalidade a higienização e instituição de barreiras protetoras, por horror ao contato, ao fluxo da troca, ao contágio: "contágio é o perigo constante e imediato, o negro lado de baixo da missão civilizadora" (HARDT; NEGRI, 2001, p. 152). No mesmo sentido:

> A velocidade relâmpago da expansão da Aids na América, na Europa, na África e na Ásia demonstrou os novos perigos de contágio global. Por ter sido a Aids reconhecida primeiro como doença e depois como pandemia global, desenvolveram-se mapas de suas origens e expansão que, geralmente, se concentram na África central e no Haiti, em termos que lembram o imaginário colonialista: sexualidade descontrolada, corrupção moral e falta de higiene. De fato, o discurso dominante da prevenção da Aids tem sido todo sobre higiene: precisamos evitar o contato e usar proteção. Os trabalhadores médicos e humanitários têm de lançar as mãos para o alto, frustrados por trabalharem com essas populações infectadas que levam a higiene tão pouco a sério! (...) Projetos internacionais e supranacionais para deter a expansão da Aids tentaram criar fronteiras protetoras em outro nível ao exigir testes de HIV para a travessia de fronteiras nacionais. As fronteiras dos Estados-nação, entretanto, são cada vez mais permeáveis a todo tipo de fluxo. Nada pode trazer de

[3] O licenciamento compulsório foi uma das soluções propostas para o conflito entre a necessidade dos remédios e as leis de patentes, que permitiria aos governos conceder licenças a um produtor nacional ou estrangeiro de remédios genéricos quando julgasse necessário (HARDT; NEGRI, 2005, p. 494), e seu uso ainda era promissor à época em que a trilogia *Império*, *Multidão* e *Commonwealth* de Hardt e Negri foi escrita.

> volta os escudos higiênicos das fronteiras coloniais. A era da globalização é a era do contágio universal. (HARDT; NEGRI, 2001, p. 153)

3 A NATUREZA DA PATENTE E OS DESAFIOS DECORRENTES

Os interesses corporativos levaram a diversos outros conflitos e questionamentos no âmbito da política internacional, principalmente no campo das patentes. Um dos maiores alvos foi o Brasil, obviamente, por ter sido o pioneiro nas políticas de distribuição de genéricos de ARVs, e teria gerado muitos "constrangimentos" nas relações com outros países. As principais argumentações são no sentido de que o licenciamento compulsório não constitui estratégia de ampliação da competitividade, desestimula a pesquisa, representa um retrocesso, banaliza os interesses públicos e desequilibra as relações com os interesses privados, como se o país agisse na ilegalidade e não se importasse com o trabalho desenvolvido pelos inventores. Os Estados Unidos chegaram até mesmo a requerer, em consulta à OMC, em 2001, que esta discutisse a questão do licenciamento compulsório na legislação brasileira, pretendendo principalmente que fosse restringido o conceito de "emergência nacional" (que justifica a quebra da patente). Utilizaram justamente o fórum do comércio para tentar relativizar uma medida sanitária. Os dois países acabaram entrando em acordo, através do qual os Estados Unidos retiraram a queixa e o Brasil prometeu anunciar com antecedência qualquer intenção de licenciamento compulsório.

Entretanto, vários pontos das acusações apontadas contra a realização da quebra de patente não procedem. Primeiramente, podemos apontar neste sentido a antiguidade das previsões a esse respeito, na legislação pátria com o objetivo de proteção, e na legislação internacional posteriormente assimilada, com a possibilidade de relativização.

O Brasil foi o 4º país do mundo a instituir alguma proteção às invenções, já em 1809, baseado em um princípio inserido na Constituição de 1824, e repetido nas posteriores. A legislação internacional sobre o assunto também é muito antiga: a Revisão de Haia da Convenção de Paris, em 1925, já previa pela primeira vez a possibilidade de licença compulsória. O Trips foi estabelecido pela OMC em 1994 para uma proteção mais específica da propriedade industrial, e todos os países tinham até 2005 para incorporá-lo em seu ordenamento interno.

Já em 1996 foi promulgada a Lei nº 9.279, com entrada em vigor em 1997, como resultado da adesão do Brasil ao acordo, instituindo a licença compulsória por interesse público (este como forma de especificação da "emergência nacional" exposta no tratado). Ou

seja, o país em verdade acelerou a instituição da legislação que conferia maior proteção à propriedade industrial do que sua legislação anterior, e reiterava a possibilidade de licenciamento compulsório já aceita há muito na legislação internacional. A Declaração de Doha na *The Fourth World Trade Organization Ministerial Conference* e a Resolução da Comissão de Direitos Humanos da ONU intitulada "Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/AIDS" no ano de 2001 apenas ajudam a confirmar que o uso do licenciamento compulsório seria um excelente recurso a ser usado no combate à doença.

Apesar de todas as autorizações possíveis, o Brasil ao longo de anos não utilizou o mecanismo da quebra de patente. Conseguiu manter-se bem com a produção local de medicamentos sem proteção patentária e com negociações de redução de preço de medicamentos importados. Sempre que se especulava lançar mão do licenciamento compulsório era fácil ajustar com os laboratórios reduções significativas nos preços dos insumos. Quando essas alternativas deixaram de ser eficazes, seja pela constante necessidade de busca opções de medicamentos de novas gerações, que fossem eficazes às resistências e mutações do vírus em fases diferentes do tratamento, seja pela recusa dos laboratórios em negociar preços mais razoáveis, foi que o país realmente não viu outra alternativa. Somente em 2007 o Brasil lança mão pela primeira vez do mecanismo de licenciamento compulsório com relação ao medicamento efavirenz, de nome comercial Stocrin (Merck Sharp & Dohme), 10 anos depois de, por lei, estar autorizado internamente a fazê-lo, e 13 anos depois de estar autorizado internacionalmente a fazê-lo.

Mesmo com tudo isso, os portadores dos ideais das corporações se esquecem de dizer que o licenciamento compulsório não é a perda do direito de receber vantagens pela invenção ou modelo de utilidade. Perdem somente o privilégio de exploração exclusiva e de estabelecer o valor dos *royalties*. Mas estes são pagos de qualquer forma, com valor que o Executivo estipular como justo (ROCHA FILHO, 2204). Com isso, de uma forma ou de outra, as grandes corporações farmacêuticas continuam enriquecendo.

Assim, analisando a solução para a demanda de medicamentos para tratar a Aids dentro do sistema capitalista atual, observa-se que, apesar das queixas, o Brasil agiu dentro das conformidades com toda a legislação a respeito. Apesar do império não depender realmente do direito, ele continua sendo eficaz, como método de atuação (HARDT; NEGRI, 2001, p. 45), e como legitimação da atuação de alguns entes políticos, como no caso em questão.

Entretanto, devemos ir além ao analisar o problema e justificar a atuação do Estado brasileiro (e de quaisquer outros entes que questionem o atual controle sobre patentes)

também sob o ponto de vista da teoria libertária de Hardt e Negri, já que o direito é estrutura que legitima a propriedade privada, e as novas formas de produção imaterial trazem desafios para sua legitimação e proteção, sendo que o direito sempre foi terreno privilegiado para identificar e estabelecer controle sobre o comum (HARDT; NEGRI, 2005, p. 263).

As patentes foram criadas no século XIX como instrumento de desenvolvimento tecnológico e industrial dos países signatários de tratados internacionais. Já naquele momento, elas visavam beneficiar tanto o proprietário da descoberta como as sociedades que desejavam utilizá-la. Em troca do pagamento de direitos de propriedade para uso de uma invenção, os Estados recebiam a descrição completa do invento, de modo a acumular conhecimento naquele campo e permitir a produção local do invento para fortalecer a sua base industrial (RODRIGUES; SOLER, 2009. p. 553). Muitas décadas atrás, o próprio direito internacional instituía até mesmo que em determinados casos o inventor deveria trabalhar para outro Estado que desejasse obter vantagens com a sua invenção, com o objetivo de disseminar seu conhecimento e permitir a futura reprodução. Assim, mesmo nas origens, a propriedade intelectual ou industrial estava intimamente relacionada às suas possibilidades de propagação do conhecimento e contribuição com o desenvolvimento do gênero humano. Tempos depois é que passou a se enxergar apenas sob o ponto de vista da lucratividade:

> "O conhecimento científico em tal medida tornou-se parte da produção econômica que o paradigma econômico dominante deslocou-se da produção de bens materiais para a produção da própria vida. Se o conhecimento se torna tão identificado com a produção, não deve surpreender que as potências econômicas apliquem suas marcas às manifestações do conhecimento e submetam a produção do conhecimento às regras do lucro." (HARDT; NEGRI, 2005, p. 358)

Ainda, sobre o paradoxo que passa a circundar as patentes:

> "(...) temos aqui com toda evidência, no entanto, uma questão política e uma questão de justiça, em parte porque a propriedade desses conhecimentos é sistematicamente concentrada nos países ricos do hemisfério norte, à exclusão do sul global. As queixas contra as corporações farmacêuticas que processaram o governo sul-africano para impedir a importação de cópias baratas de suas drogas patenteadas de combate à Aids, por exemplo, tem fundamentalmente como alvo o controle privado do conhecimento para a produção de drogas. Neste caso, é extrema a contradição entre os lucros das corporações farmacêuticas e os milhares de vidas que poderiam ser salvos caso houvesse acesso a remédios baratos" (HARDT; NEGRI, 2005, p. 259)

Hardt e Negri tratam da grande expansão da propriedade privada para os terrenos da vida que até então eram de propriedade comum, através de patentes, direitos autorais e outros instrumentos legais. O capitalismo seria o responsável por colocar em marcha o ciclo contínuo de apropriação de bens públicos ou comuns por particulares. No campo social, a tendência seria para tornar tudo público e, portanto, suscetível de vigilância e controle por parte do governo; e no econômico, para tornar tudo privado e sujeito aos direitos de

propriedade (HARDT; NEGRI, 2005, p. 264-265). Os autores exemplificam que os Estados Unidos chegam ao absurdo de patentear organismos vivos como animais e bactérias, informações genéticas e seus respectivos "processos de fabricação", com aval da Suprema Corte, por serem "produtos do engenho humano", em clara referência ao trabalho imaterial[4]. Com isso, privatizam até mesmo partes da natureza, que são explicitamente propriedades comuns, ao passo que o direito brasileiro pelo menos tem o decoro de diferenciar claramente invenção ou modelo de utilidade (inovações no mundo da técnica, patenteáveis) das descobertas (desvelar de algo já existente na natureza, não patenteável).

De acordo com os autores, bem é aquilo que é de todos, e os bens comuns são a encarnação, a produção e a liberação da multidão (HARDT; NEGRI, 2001, p. 324). Por isso, a produção deve ser encarada sob o ponto de vista do trabalho imaterial, predominante hoje em dia. Mesmo em trabalhos de produção material há conjugação de trabalhos imateriais nos processos, e a produção de conhecimento é um tipo de produção imaterial, ou seja, um trabalho intelectual que no caso em comento serve à solução de um problema, qual seja, minimizar os efeitos do vírus HIV no organismo humano, a fim de evitar a Aids. Os produtos são eles próprios, em muitos aspectos, imediatamente sociais e comuns (HARDT; NEGRI, 2005, p. 156).

O trabalho imaterial seria incentivado pelos desejos e anseios dos indivíduos, ao mesmo tempo em que sua produção se concentra no comum. São incentivadas a cooperação e a produção do conhecimento em rede, como realmente ocorre na multidão. A produção do conhecimento, portanto, é apenas mais um espaço onde está havendo a privatização do comum.

Mas justamente pela produção do conhecimento se dar no comum, possibilitada pelas redes, a sua privatização pelas patentes perdem ainda mais o sentido. Seja nos fóruns de trocas de informação formais ou informais, seja no caso dos testes "legais" realizados com remédios, seja no caso dos Buyers Clubs[5], seja nas constantes reformulações de

[4] Sobre o assunto, ainda comentam: " (...) a questão primordial não é que os homens estejam mudando a natureza, mas que a natureza esteja deixando de ser comum, que se venha tornando propriedade privada controlada com exclusividade por seus novos proprietários" (HARDT; NEGRI, 2005, p. 239-240).

[5] Os Buyers Clubs foram clubes de compras surgidos nos EUA de medicamentos contrabandeados para combate à Aids. Lá os infectados por HIV enfrentaram dificuldades maiores ainda, devido ao *lobby* das grandes empresas que dominavam a agência reguladora de medicamentos e fizeram com que houvesse imensa demora nos testes e aprovações de ARVs, que além de tudo eram extremamente caros, não fornecidos pelo Estado e de eficácia duvidosa. Os Estados Unidos, por sua vez, se negavam a autorizar o uso de medicamentos já comprovadamente eficazes em outros países e preferiam deixar os soropositivos, que já não tinham nada a perder, morrerem diretamente ao invés de tentarem usar tais remédios. Eles, então, se organizaram nesses clubes para aquisição desses medicamentos e, na prática, acabou sendo uma iniciativa muito eficaz, que conseguiu aumentar bastante a sobrevida dos pacientes. Ainda, acabou sendo uma importante forma de produção e troca de informações através

medicamentos mediante contribuições de usuários, percebe-se a relevante e definitiva participação do outro para a composição do conhecimento. Só que no caso das pesquisas formais, amparadas pela atual institucionalização, a produção se dá mais lentamente que nos métodos informais de troca de conhecimento propostos multitudinariamente, nos quais houve intensa comunicação em rede e colaboração, e acabou até mesmo servindo de base para o modo de produção formal. Por isso, Hardt e Negri defendem que as práticas de privatização do conhecimento, como as patentes, "frequentemente restringem o livre uso e troca necessários para o desenvolvimento e inovação" (HARDT; NEGRI, 2005, p. 359)[6]:

> Esses casos de inovação em rede poderiam ser considerados como uma orquestra sem regente – uma orquestra que através da permanente comunicação estabelece seu próprio ritmo e só poderia ser desarticulada e silenciada pela imposição da autoridade central de um regente. Precisamos livrar-nos da noção de que a inovação depende do gênio de um indivíduo. Nós produzimos e inovamos juntos apenas em redes. Se existe um ato de gênio, é o gênio da multidão. (HARDT; NEGRI, 2005, p. 423).

Por esses e outros fatores é preciso avançar e melhorar ainda mais contra o modelo atual de proteção patentária de forma que o conhecimento possa avançar sem as barreiras físicas cabíveis a uma propriedade física. O controle do conhecimento é um tipo de luta biopolítica e o objetivo do império é governar a vida social como um todo. Todavia, com relação a um assunto tão delicado como a saúde, o poder sobre a vida e sua reprodução se dá mais expressa e diretamente ainda sobre o corpo, de maneira crua e literal. É o que chamam de verdadeiro biopoder, no sentido mais próprio de controle do corpo: poder sobre a produção e reprodução da própria vida, de escolha sobre quem deve viver e quem deve deixar morrer. Essas medicações, enquanto tecnologias que são, não são entidades neutras e independentes. São "ferramentas biopolíticas dispostas em regimes específicos de produção, que facilitam certas práticas e proíbem outras" (HARDT; NEGRI, 2001, p. 429).

Sobre a possibilidade infinita de dispersão e uso compartilhado do conhecimento:

---

da cooperação dos próprios membros, num momento em que a doença era ainda pouco conhecida. Os participantes testavam medicamentos diversos, combinações e artifícios para aumentar a imunidade, e acabaram até mesmo servindo de referência para médicos e outros interessados no combate à doença, além de inspirarem a produção dos coquetéis. Sua produção de conhecimento e seu avanço "científico" acabou sendo mais rápido que os meios institucionais de pesquisa e produção de medicamentos.

[6] Citam ainda outros exemplos deste tipo de situação: "Os usuários da internet e os especialistas em cibernética insistem em que a abertura do patrimônio eletrônico comum foi o fator primordial que permitiu a grande inovação do período inicial da revolução da informação, e em que hoje a inovação vem sendo cada vez mais constrangida pela propriedade privada e pelos controles governamentais que limitam o pleno acesso e a livre troca. O mesmo se aplica aos diferentes campos da produção de conhecimento. Identificamos anteriormente algumas das contradições entre os conhecimentos tradicionais coletivamente produzidos, desde o desenvolvimento de sementes aperfeiçoadas por agricultores até a produção de conhecimentos médicos em comunidades, e a propriedade privada desses conhecimentos através de patentes. Também os conhecimentos científicos são produzidos em amplas redes coletivas que são tolhidas pela propriedade privada e o controle unitário." (HARDT; NEGRI, 2005, p. 423)

> O conceito de propriedade privada, entendido como o direito exclusivo de usar um bem e de dispor de toda a riqueza que deriva da sua posse, torna-se cada vez mais despropositado nesta nova situação. É cada vez menor o número de bens que podem ser possuídos e usados exclusivamente, neste contexto; é a comunidade que produz e que, ao produzir, é reproduzida e redefinida. (...) A propriedade privada, apesar de sua força jurídica, não tem como deixar de tornar-se um conceito mais e mais abstrato e transcendental (...). (HARDT; NEGRI, 2001, p. 323)

Assim, Hardt e Negri propõem que se eliminem as formas destrutivas de controle econômico, e a patente seria uma delas. A sua mera restrição seria uma alternativa modesta, mas já muito inovadora e adaptável até mesmo ao arcabouço jurídico atualmente existente. Para tanto, dever-se-iam encontrar outras formas sociais de compensar a criatividade dos autores, cientistas e inventores, que não fosse o lucro (HARDT; NEGRI, 2005, pp. 381-382).

4 CONCLUSÃO

Diante das análises realizadas, verifica-se a importância de dedicar mais atenção às medidas realizadas pelo sistema ONU, uma vez que a normatização por ele produzido ainda possui grande peso, e "a transformação imperial do direito internacional tende a destruir tanto o público quanto o privado" (HARDT; NEGRI, 2005, p. 270). E, com relação a isto, o Brasil está na mesma linha dos outros países da América Latina e das instituições sanitárias que pretendem erguer em conjunto, visto que, a despeito de diversas críticas sobre a eficiência ou a contribuição direta dos usuários em alguns casos, a grande maioria destes Estados presta serviços de saúde pública, ainda que parcialmente (quando não amplamente ou universalmente), lutando contra a tendência privatista ou exclusivamente privatista. Talvez isto seja outra grande fonte de insatisfação dos países ricos contra as políticas públicas dos países da América Latina.

Observa-se que os ganhos adquiridos pelo Estado brasileiro no seu programa de combate à Aids, após muita luta, dedicação e participação da população, e independentemente dos motivos que o levaram a adotá-lo, vão além do financeiro, ainda que não nos importemos se este é seu principal motor, visto que, desde de 2002, dados indicavam que todas as pessoas com Aids cadastradas no SUS estavam sendo beneficiadas. Resta-nos continuar lutando para que os interesses nos tratamentos dessa ou de outras doenças permaneçam em sua agenda pelos ganhos humanos, não mercadológicos.

Com relação à privatização do conhecimento, faz-se necessário que a multidão exerça o seu direito à reapropriação, ou seja, ter livre acesso e controle do conhecimento e informação, para que voltem a pertencer ao comum e possa avançar de forma mais eficaz. A

multidão deve se apossar novamente dessas formas de produção e seus respectivos produtos, uma vez que "propriedade privada dos meios de produção hoje, na era da hegemonia do trabalho cooperativo e imaterial, é apenas uma obsolescência pútrida e tirânica" (HARDT; NEGRI, 2001, p. 434).

Por fim, observa-se que os problemas em torno da doença e das políticas de combate não estão superados e estão longe de sê-lo. A nova e assustadora crise de alastramento da Aids no Brasil e o recente desenvolvimento de interesse da indústria farmacêutica e médica em utilizar o vírus HIV para tratamentos de regeneração do sistema nervoso com certeza trarão novos desafios sobre como pensar a doença. Esperamos que já tenhamos condições reais, em um futuro bem próximo, de instituir soluções para isso em rede, cooperativa e criativamente.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

AMARAL JÚNIOR, Alberto do. Licença compulsória e acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. *Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo*. n. 16, pp.11-23, 01/2005.

ARAÚJO, Lorena Ulhôa *et alli*. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. *Revista Panamericana de Salud Publica*. n.28(6), pp. 480-492, dez. 2010.

BARCELLOS, Milton Lucídio Leão. Licença Compulsória: balanceamento de interesses, motivação e controle dos atos administrativos. *Revista da Associação Brasileira de Propriedade Intelectual*. n. 79, pp- 60-66, nov/dez 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>

BRASIL. Decreto nº 635, de 21 de agosto de 1992 (Referente à revisão de Estocolmo de 1967 sobre a Convenção da União de Paris). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0635.htm>

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>
BRASIL. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm>

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Império*. Trad. Berilo Vargas. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Multidão*. Tradução de Clóvis Marques. Revisão de Giuseppe Cocco. Rio de Janeiro: Record, 2005.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente *et alli*. *O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectiva.* Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo _id=7781>.

LAGO, Regina Ferro do; COSTA, Nilson do Rosário. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. n. 15 (Supl.3), pp. 3.529-3.540, nov. 2010.

RECH, Daniel et alli (coord.). Direitos Humanos no Brasil 2: diagnóstico e perspectivas. *Coletânea CERIS*, Ano 2, n. 2. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad, 2003.

ROCHA FILHO, José Maria. Curso de Direito Comercial: Parte Geral. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

RODRIGUES, William C.V.; SOLER, Orenzio. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. *Revista Panamericana de Salud Publica*. n.26(6), pp. 553-559, dez. 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*. n. 67, pp. 125-172, 2008.

SYDOW, Evanize. MENDONÇA, Maria Luisa. *Direitos Humanos no Brasil 2002*: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos em parceria com Global Exchange. São Paulo: Peres, 2002.