

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



ISSN 2595-5667

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANO Nº 07 – VOLUME Nº 01 – EDIÇÃO Nº 03 – Dossiê Temático

ISSN 2595-5667

Editor-Chefe:

Prof. Dr. Emerson Affonso da Costa Moura, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

**Rio de
Janeiro, 2022.**

DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À AIDS COMO EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

PUBLIC POLICIES AGAINST AIDS AS EFFECTIVENESS OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH

Maria Lucia de Paula Oliveira¹

Adriano Fonseca²

RESUMO: O presente trabalho versa sobre as implicações do novo constitucionalismo brasileiro e da mobilização do direito na construção das políticas públicas de combate à AIDS no Brasil. A Constituição de 1988 resguardou a fundamentalidade do direito à saúde, indicando consigo instrumentos para que os cidadãos possam observá-los como direitos subjetivos, oponíveis ao Estado. Nesse momento, iniciava-se também a epidemia brasileira de AIDS. A partir desse cenário, serão indicados fatores relevantes no processo da construção do Programa Nacional de DST/AIDS – o PNDST/AIDS, sendo o objeto da pesquisa a confluência entre direito e políticas públicas na efetividade do direito à saúde no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: DIREITO À SAÚDE; CONSTITUCIONALISMO; POLÍTICAS PÚBLICAS; AIDS.

ABSTRACT: The present work deals with the implications of the new Brazilian constitutionalism and the mobilization of law in the construction of public policies to combat AIDS in Brazil. The 1988 Constitution protected the fundamentality of the right to health, indicating instruments so that citizens can observe them as subjective rights, opposable to the State. At that moment, the Brazilian AIDS epidemic also began. From this scenario, relevant factors will be indicated in the process of building the National STD/AIDS Program – the PNDST/AIDS, with the object of the research being the confluence between law and public policies in the effectiveness of the right to health in Brazil.

KEYWORDS: RIGHT TO HEALTH; CONSTITUTIONALISM; PUBLIC POLICY; AIDS.

¹ Doutora em Direito. Professora Adjunta da UNIRIO.

² Mestrando em Direito pela UNIRIO.

I. INTRODUÇÃO

Se hoje em dia é possível contar com a estrutura de um sistema integrado, onde os cidadãos podem exigir do Estado a prestação da efetividade do direito à saúde como direito social subjetivo, nem sempre se deu dessa forma. Embora a saúde seja objeto de políticas públicas desde o Brasil colonial, foi com novos movimentos constitucionalistas e mobilização dos agentes políticos que sua efetividade veio a consolidar uma estrutura integrada de proteção aos indivíduos. Nesse cenário, é possível observar o combate nacional e à AIDS como um entranhamento entre o direito e as políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988 não foi a primeira a reconhecer o direito social à saúde, mas sim caracterizá-lo como direito fundamental. Nesse sentido, diversos instrumentos constitucionais, assim como novos movimentos acadêmicos, permitiram que a constituição não apenas resguardasse sua positivação, como desse-lhe efetividade. Seguindo uma tendência internacional sanitarista, com vistas a ampliar a proteção à saúde, não só sob a perspectiva de combate, como também de prevenção e tratamento, o Brasil criou um Sistema Único de Saúde pautado por critérios de descentralização e universalidade.

Se em um primeiro momento a Administração Pública e o Legislativo foram vistos como loco ideal para mobilização de direitos individuais, no novo constitucionalismo latinoamericano o que se observa é a busca pela efetivação das normas fundamentais através de diversas instituições, inclusive o judiciário.

Nesse cenário, os movimentos constitucionalistas brasileiros iniciados na década de 80 permitiram a estruturação de uma roupagem jurídico-legal para a mobilização do direito à saúde por parte de diversos agentes, podendo objetivá-lo através de políticas públicas. O direito então passa a adotar um papel de vocalizador de demandas, por meio do qual serve instrumentos para não só assegurar a participação popular e mobilização da Justiça, como para apresentar soluções aos problemas públicos.

É nessa realidade constitucional que a epidemia da AIDS começa a ganhar força no Brasil. Já na década de 80 surgiram as primeiras políticas de combate à doença. No entanto, diversos fatores permitiram sua entrada massiva no debate da agenda institucional. A participação da

sociedade civil, a influência do campo científico e o apoio internacional auxiliaram na percepção da pandemia como problema público, a partir do qual a mobilização do direito em um cenário favorável permitiram a criação de agendas institucionais de políticas públicas.

II. O DIREITO HUMANO-FUNDAMENTAL À SAÚDE

O direito à saúde é previsto constitucionalmente como direito social no ordenamento brasileiro. Por sua vez, a formalização normativa do direito não foi novidade da Constituição de 1988. Como se sabe, os direitos sociais foram constitucionalizados a partir da Constituição de 1934, sendo o direito à saúde sempre conectado na nossa história constitucional com o trabalho. É, porém, com a Constituição de 1988 que é erigido em direito social fundamental. Embora sua efetividade contemporânea conte com diversos instrumentos, instituições e políticas públicas complexas e integradas, já no século XIX iniciava-se a trajetória da saúde pública no Brasil. Os caminhos percorridos até então são fundamentais para apreender a importância da subjetivação do direito à saúde a partir de um novo constitucionalismo, que não só reconhece os direitos sociais, como pretende dar-lhes efetividade.

Com a vinda da Corte portuguesa à colônia, algumas questões envolvendo a saúde pública já suscitavam a necessidade de ações formais por parte do Estado. O combate à lepra e à peste, por exemplo, permitiram a instrumentalização de mecanismos de controle sanitário, especialmente nos portos e nas ruas. Em meados da virada do século, o Estado passa a adotar novas medidas, com interesses de campanha, instrumentalizados a partir do uso da força policial. Apesar dos abusos cometidos, tal modelo teve sucesso na erradicação de algumas doenças, como a febre amarela no Rio de Janeiro. Até então, observam-se ações públicas voltadas ao combate e erradicação de doenças, ficando ao cargo de serviços privados e caridades as ações curativas dos indivíduos como sujeitos, como disponibilização de tratamentos medicamentosos. Sob a égide de uma constituição social, a década de 30 é marcada pela primeira estruturação básica de um sistema público de saúde. A criação de alguns institutos vinculados à previdência ampliaram o atendimento curativo dos indivíduos. No entanto, não se podia falar ainda em uma efetividade universal do direito à saúde, que muitas vezes ficava vinculado à categoria profissional de trabalhadores. A situação não mudou

substancialmente durante os regimes militares, onde a criação de novos institutos seguia vinculada aos trabalhadores do mercado formal, excluindo boa parte da população, que ainda contava, como no século anterior, com caridades no tratamento dos indivíduos (BARROSO, 2009, pp. 39-40).

O processo de redemocratização contou com a mobilização de diversos agentes de setores culturais diversos. Nesse momento, intensificava-se o debate nacional sobre os serviços públicos de saúde. Um movimento acadêmico-jurídico teve participação substancial na agenda sanitária da Assembleia Constituinte, culminando em uma nova sistematização do direito à saúde sob a ótica constitucional do direito social. É importante observar esse momento também sob a ótica de um período de novo constitucionalismo latino americano que, como registra Alfonso G. Figueroa, é crítico ao formalismo como única resposta ao problema da filosofia do direito sem, contudo, abrir mão dos direitos e garantias fundamentais como instrumentos valiosos para buscar a justiça (FIGUEROA, 2009, p. 79).

É então com a Constituição de 1988 que o direito à saúde é erigido em direito social fundamental. Dispõe o art. 6º que são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância e a assistência aos desamparados. No que tange à saúde, o texto resguardou os artigos 196 a 200 para regulamentação constitucional da saúde. É então que a saúde passa a ser tratada como direito público subjetivo oponível ao Estado. Ainda o direito à saúde integra o direito à seguridade, junto com o direito à previdência social e à assistência social.

Cumprido ressaltar que, além disso, o direito à saúde, do ponto de vista dos princípios, está protegido não só pelos princípios fundamentais (arts. 1º a 4º.) da Constituição (dentre os quais está, urge frisar, o princípio da dignidade humana), mas também os princípios gerais da seguridade social (art. 196). Prevê, ademais, a Constituição não só a atuação estatal na consecução do direito à saúde, mas também a assistência à saúde pela iniciativa privada. Existe, portanto, necessariamente, um serviço público de saúde, não prevendo, porém, a Constituição que o serviço tenha que ser prestado diretamente pelo Estado. A descentralização administrativa prevista (já que saúde é competência material de União, Estados e Municípios, nos termos do art. 23) há de ser estruturada por meio do SUS.

Pouco tempo após a nova constituição, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº. 8.080/90), que estabeleceu a estrutura e modelo do SUS. O sistema passa a ser concebido como conjunto de ações envolvendo entidades público e privadas, cujas principal atribuição foi a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (art. 6º, VI). Além disso, a lei passa estruturar a comunicação entre os entes públicos. Em relação ao cuidado dos indivíduos sob a ótica curativa, particularmente na distribuição de medicamentos, a lei não especificou. Todavia, alguns critérios passaram a timidamente compor regulamentações do Ministério da Saúde, ainda não suficientes para dar efetividade à universalização no tratamento constitucional dos indivíduos (BARROSO, 2009, p. 41).

O grande desafio posto ao direito à saúde com sua constitucionalização bastante detalhada é sua efetivação ou exequibilidade. Cuidando-se, em grande parte, de direitos condicionais (no sentido de que o seu asseguramento supõe a elaboração de leis e a organização administrativa necessárias), avulta, num primeiro momento, o papel do Poder Legislativo e do Poder Executivo, viabilizado por meio da Administração Pública, na consecução de políticas públicas na área da saúde. E se as leis não são elaboradas, ou são insuficientes? E se as políticas públicas na área de saúde, implementadas por meio da Administração Pública ou por delegação a terceiros, são insuficientes?

Inicia-se nesse momento não só uma nova normativa constitucionalizada, mas também uma mudança nos instrumentos necessários à sua efetividade. A doutrina brasileira da efetividade buscou superar disfunções que levavam à falta de determinação no cumprimento das normas constitucionais. É nesse momento que os direitos constitucionais se converteram em direitos subjetivos. A partir de então, buscou-se dar aplicação direta e imediata do texto maior, o que influenciou diretamente na estruturação de políticas públicas, assim como na maior intervenção do Judiciário nas determinações da Administração Pública, buscando-se, no caso da saúde, realizar a promessa constitucional da universalização do direito (BARROSO, 2009, pp. 35-36).

É importante também observar a efetivação do direito social à saúde a partir da tradução das normas internacionais. A globalização também se reflete no âmbito da saúde pública. Com propriedade, lembra Belinda Bennett de que o desenvolvimento de uma infraestrutura de saúde

pública suporia três ingredientes – saúde, direito e ética. Com relação à saúde, seria necessário “o desenvolvimento e implementação de sistema de efetiva vigilância para a emergência de questões e emergências na área da saúde pública”. É necessária ainda a implementação de um sistema de regras jurídicas, que disciplinem os vários direitos e deveres no âmbito da saúde pública. No plano internacional, a OMS (Organização Mundial da Saúde) vem exercendo importante papel na regulação jurídica da saúde. Mas, seria necessária ainda uma busca de uma fundamentação moral e ética para a tomada de decisões e as escolhas feitas na definição da infraestrutura, seja na regulação jurídica (BENNET, 2008). Algumas mudanças importantes, dentre as quais a mais importante foi a necessidade de enfrentar a AIDS como uma epidemia global, levaram a uma correlação antes não tão explícita entre saúde pública e direitos humanos. Assim, não mais seria possível imaginar o combate a uma pandemia por meio de medidas farmacêuticas ou não farmacêuticas, em desrespeito aos direitos humanos. As medidas farmacêuticas compreenderiam as vacinações, mas também os medicamentos necessários, anti-virais, etc.

Alyna Smith defende que o acesso à medicamento passa a ser pensado no contexto dos direitos humanos pois são bens produzidos por mercados centrais econômicos que contribuem para a qualidade da vida, inclusive, muitas vezes, sua básica sobrevivência. Nesse diagnóstico, podem se observar algumas vantagens, que seriam as seguintes: - orientar o debate para a situação dos pobres e dos marginalizados; - oferecer um modelo que facilita a análise das políticas de medicamentos, sob o prisma do acesso, disponibilidade e a quantidade que elas promovam ; - oferece uma base para advogar o direito, inclusive frente a outros Estados; - ligar o acesso de medicamentos à temática de valores, direitos e obrigações, permitindo uma discussão de ideais, mas conectados com as situações particulares dos vários atores; - estabelece altos standards, mas realistas, como o da citada noção de “progressiva realização” (SMITH, 2007, p. 70).

Nesse cenário, o direito à saúde pode ser mobilizado na consecução de políticas públicas, principalmente a partir do Judiciário. Matthew M. Taylor correlaciona esse fenômeno no Brasil com a busca por parte dos atores políticos das instancias institucionais que mais lhe convêm para contestação das políticas públicas, ganhando relevância o papel dos juízes nos estudos das ciências políticas (TAYLOR, 2007, p. 234). Junto ao novo caráter do direito à saúde, a Constituição de 1988 encorajou a ação judicial, seja por expandir os direitos fundamentais, delegar sua proteção ao

Judiciário e Ministério Público, ampliar os mecanismos de controle de constitucionalidade concentrado, dentre outros. Dessa forma, “o acesso que as instituições judiciais concedem aos cidadãos para eles fazerem valer seus direitos é um direito-chave e um indicador do vigor democrático de uma sociedade” (MCCANN, 2010, pp. 192-193). Um dos exemplos foi o reconhecimento em diversos precedentes, como no Recurso Extraordinário 399664/SP, do dever constitucional do Estado no fornecimento gratuito de medicamentos.

Dessa forma, a constitucionalização brasileira do direito à saúde como direito fundamental somada a internacionalização do direito humano à saúde estabeleceram novos patamares normativos para a sua efetivação no Brasil, passando a poder ser mobilizado por diversos agentes, judiciais, militantes, acadêmicos, o que suscita a importância de observar sua efetividade a partir da teoria das políticas públicas.

II. DA MOBILIZAÇÃO DO DIREITO NA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À AIDS

A teoria das políticas públicas como a conhecemos se iniciou em meados do século passado com estudos do norte-americano Lasswell, que buscou estabelecer parâmetros para uma teoria da ciência política que pudesse ser aplicada na busca de maior efetividade à solução de problemas públicos. Muitos estudos a partir de então buscaram reformular a teoria, ora representando a política pública a partir de ciclos racionais, ora criando abstrações teóricas, o que dificulta, até hoje, a unanimidade quanto ao objeto em si das políticas públicas, dentre vários outros desdobramentos acadêmicos. De certa forma, pode-se identificar, sob denominações e categorizações diferentes, que as políticas públicas estão vinculadas ao conjunto de medidas tomadas para solução de um problema público, que poderá ter seu “status quo” alterado a partir da criação de uma agenda.

Na década de 70, Cobb e Elder relacionam a “agenda” ao conjunto de discussões políticas que chamam atenção do sistema político. Ela pode ser sistêmica, quando as questões públicas chamam atenção da sociedade, encontram-se na pauta da opinião pública, porém não necessariamente são objeto de atuação governamental. A agenda governamental, situada dentro da

agência sistêmica, é aquela em que a questão é tomada como relevante também para os tomadores da decisão (COBB; ELDER, 1971). John Kingdon, a partir disso, estabeleceu a teoria dos múltiplos fluxos. De certa forma, sua teoria defende que a confluência de problemas, soluções e condições políticas favoráveis podem explicar a abertura de uma janela, através da qual a agenda torna propícia a busca pela mudança do status que gerou a percepção da questão pública com auxílio dos tomadores de decisão. (KINGDON, 2014).

Dito isso, é importante relembrar o cenário de: a) fundamentalização do direito subjetivo à saúde; b) constitucionalismo preocupado com a efetividade das normas constitucionais; c) sistema internacional discutindo a pauta da saúde. Se por um lado a saúde passa a ser constitucionalizada num ordenamento complexo que prevê sua efetividade, por outro tal direito é observado sob a ótica das políticas públicas como vocalizador de demandas. Segundo Coutinho, é possível enxergar o direito como objeto das políticas públicas ao reconhecer que o arcabouço jurídico possa formalizar metas e indicar “pontos de chegada” aos atores. Além disso, o autor chama atenção para o direito como vocalizador de demandas, ou seja, para além de instrumento e objeto das políticas públicas, a disciplina também serve para assegurar a participação popular nos momentos da tomada de decisão (COUTINHO, 2018, p. 196). Estudioso da *legal mobilisation*, Michael McCann define a mobilização do direito como “às ações de indivíduos, grupos ou organizações em busca da realização de seus interesses e valores.” (MCCANN, 2010, p. 182).

A partir da teoria de Kingdon, a subjetivação do direito à saúde e a criação de um sistema integrado universal podem ser entendidos como percepções de problema e solução na confluência das fatores políticos. Somado a um cenário de condições políticas favoráveis, permitem a abertura de uma janela de construção de agendas governamentais onde os tomadores de decisão poderão refletir sobre tal problema. Essa fórmula pode ser aplicada à mobilização desse direito fundamental na consecução de políticas públicas de combate à AIDS no Brasil.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o primeiro caso de AIDS foi registrado oficialmente no Brasil em 1982. Inicialmente, a doença era tratada a partir de uma visão do grupo de risco, reconhecidos como os 5H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos – usuários de heroína injetável -, e hookers (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Ainda sob uma visão restrita da afetação e amplitude da doença como, foi criada em 1985 a

primeira política pública a respeito da epidemia no Brasil, através da Portaria Nº. 236 do Ministério da Saúde, em que foram instituídas as diretrizes nacionais de coordenação do programa, cuja competência fora atribuída à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – DNDS/MS. No anexo juntado ao ato normativo havia informações sobre a AIDS, orientações para o acompanhamento do problema público, assim como medidas de educação sanitária a serem estabelecidas, reforçando num geral a ideia do grupo de risco. Por outro lado, no mesmo ano, fora criada a primeira ONG de luta contra a doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE). No entanto, não se podia observar ainda uma discussão a nível nacional que influenciasse os tomadores de decisão na construção de um programa integrado. Segundo Barros, em meados da década de 80 o então ministro da saúde Carlos Sant’Anna afirmava que se tratava de doença preocupante mas não prioritária (2018, p. 75).

O Programa Nacional de Controle DST e AIDS - PNDST/AIDS foi criado em 1986, ainda de forma incipiente, sem contar com integração a nível federal. Algumas condições e mobilização de atores podem explicar tal surgimento. Por parte da sociedade civil, observou-se maior mobilização na busca pela efetivação de seus direitos fundamentais. As condições de um cenário de redemocratização permitiram que a percepção a respeito da atuação estatal frente o crescimento dos casos de AIDS no Brasil mudassem. Nesse momento, estabeleceu-se uma nova corrente, que se fortaleceu à medida que reivindicava os direitos pressionando os atores políticos para tomada de decisões:

O surgimento da aids no painel mundial inaugura um modelo de articulação entre Estado e sociedade civil inédito até então no enfrentamento das questões de saúde, caracterizado pelo estabelecimento de parcerias e pelo financiamento direto do governo para organizações não governamentais que já estavam atuando na área e cuja penetração nos meios atingidos facilitava as ações previstas (MONTEIRO e VILLELA, 2009, p. 28-32).

A multiplicidade de atores, com representações do espaço militante, campo burocrático, médico, científico, político e até religioso permitiram a construção da AIDS como um problema social e político (BARROS, 2018, p. 43). Somado a isso, observaram-se condições internacionais

favoráveis para a abertura da janela. Embora na virada da década de 90 o PNDST/AIDS ainda contasse com a falta de comunicação entre a academia e a sociedade civil, assim como divergências dentro do próprio Ministério da Saúde sobre sua condução, afirma-se que, com a disponibilização de medicamentos antirretrovirais em decorrência da implantação do SUS, e com o financiamento do programa pelo Banco Mundial, a política nacional viria a se consolidar no Brasil até o final da década (BARROS, 2018, p. 124).

Em 1993, foi assinado o primeiro acordo com o Banco Mundial, por meio do qual fora criado o AIDS I, cujos objetivos focavam na prevenção, serviços de saúde, vigilância epidemiologia e treinamento institucional. Seguindo a tendência internacional, o programa ainda destinou maior parte de seus recursos na prevenção da doença (BARROS, 2018, p. 144). Três anos depois, foi publicada Lei Nº. 9.313, que passou a dispor sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes da AIDS. A lei indicou que esses indivíduos teriam direito a receber gratuitamente pelo SUS toda medicação necessária a seu tratamento. Além disso, concedeu competência ao Ministério da Saúde para padronização de tais medicamentos, de modo sempre adequado ao conhecimento científico atualizado. Após estudos comprovando a importância do foco no tratamento dos paciente somado às campanhas de prevenção, o AIDS II foi criado em 1998, contando ainda com financiamento internacional, dessa vez aumentando os recursos para disponibilização de medicamentos, assim como descentralizando o programa, estimulando demais entes federativos, assim como organizações não-governamentais, a comporem o programa em prol do controle da epidemia (BARROS, 2018, p. 145-146; MONTEIRO e VILLELA, 2009, p. 40). Para Sandra Barros,

Os recursos dos projetos AIDS I e II permitiram iniciar a estruturação da rede de assistência aos portadores do vírus e da rede pública de laboratórios, fundamentais para o apoio à estratégia de acesso aos medicamentos ARV, mas, de acordo com a avaliação do banco, o país não avançou na questão da avaliação das estratégias implementadas (2018, p. 153).

A política nacional ganhou uma nova face em 2003, com a criação do setor de avaliação na Assessoria de Planejamento e Avaliação – ASPLAV, que elaborou o Plano Nacional de

Avaliação do PNDST/AIDS, e com a criação do AIDS III, que durou até 2006. Pode-se afirmar que o projeto:

mantém as principais metas dos acordos de empréstimos anteriores, como a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; o fortalecimento dos gastos do Programa com o monitoramento e avaliação das ações; e a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento. Dessa forma, o AIDS III tem como objetivos reduzir a incidência das DSTs e do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, através do fortalecimento da eficácia e da eficiência da resposta nacional e da garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos. (MONTEIRO e VILLELA, 2009, p. 40).

É importante ressaltar que, não obstante a postura do Banco Mundial estivesse mais relacionada ao investimento em ações preventivas que de tratamento, resultados comprovando a eficácia dos medicamentos, a pressão causada pela sociedade civil, assim como pela comunidade política e acadêmica brasileira, permitiu que o programa continuasse com o apoio internacional por alguns anos (MONTEIRO e VILLELA, 2009, p. 41; BARROS, 2018, p. 179).

Em 2007, a política pública de distribuição de medicamentos de combate à AIDS ganhou novos contornos. Por meio do Decreto Nº. 6.107/07, foi concedido o licenciamento compulsório das patentes do medicamento antirretroviral Efavirenz, passando a ser ofertado ao PNDST-AIDS. Dessa forma, observa-se que a solução adotada pelo Brasil visou conciliar a propriedade intelectual com o direito à saúde fundamental, optando pelo segundo na ponderação na incrementação da política pública de combate à AIDS.

Desde então, o programa contou com diversas mudanças, de forma que a política formulada viria a ser reconhecida como uma das mais relevantes no cenário internacional. O que inicialmente foi configurado como uma política incipiente de prevenção, sem coordenação nacional e participação popular, passou a ser um programa descentralizado com as mudanças promovidas pela articulação entre percepção de problemas, soluções e condições favoráveis confluentes, cenário de uma mobilização entre sociedade civil e Estado na busca da efetivação do direito à saúde. Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, o PNDST-AIDS conta não só com

tratamentos, como medicamentos de profilaxia pré-exposição, testes rápidos, dentre vários outros instrumentos. Com o novo antirretroviral, o número de casos de AIDS notificados passaram a diminuir:

Quadro 1 - Casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico.

Casos de AIDS	Total	1980-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	1.011.617	511.487	41.225	41.192	40.775	42.772	42.480	43.368

Casos de AIDS	Total	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	1.011.617	42.135	40.995	39.425	38.535	38.040	37.308	11.880

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <<http://indicadores.aids.gov.br/>>.

A percepção de mudanças e melhorias no programa podem ser observados na teoria das políticas públicas sob o modelo incremental de Lindblom, podendo ser como objeto um programa nacional que seja orientado a reorganizações sempre que necessária a otimização quanto ao resultado das ações empregadas para solução do problema público. “Se proceder mediante uma sucessão de mudanças incrementais, ele consegue evitar, de várias maneiras, erros sérios de conseqüências duradouras.” (LINDBLOM, 2014, p. 175).

Dessa forma, pode-se observar a abertura de uma janela de oportunidade, própria da teoria das políticas públicas, a partir da mobilização do direito à saúde. Seus incrementos e melhorias seguem necessários para a manutenção de um direito constitucional efetivo. Por um lado, cabe aos estudiosos das políticas públicas avaliações concretas sobre o programa, objetivando-se uma política pública que cada vez mais otimize seus resultados. Por outro, que as normas jurídicas sigam acompanhando as necessidades políticas, indicando os instrumentos e instituições necessárias para

sua aplicabilidade. No meio termo, que o direito em si à saúde siga sendo prestado aos cidadãos, de forma que a AIDS não mais configure uma epidemia no Brasil.

III. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo indicar a possível confluência entre direito e teorias das políticas públicas na solução da epidemia de AIDS como problema nacional. A constitucionalização do direito a partir da ótica de sua fundamentalização e efetividade puderam estruturar a roupagem jurídica necessária para sua mobilização por parte dos cidadãos. Ao erigir o direito à saúde em direito fundamental subjetivo, permitiu-se a percepção por parte dos usuários da norma como instrumento de efetividade de Justiça. Nesse sentido, a estruturação sistemática do direito à saúde, contando com participação de diversas instituições, tornou o direito um aliado na luta contra a epidemia da AIDS.

Junto a isso, a sociedade civil e os grupos de interesse conseguiram mobilizar tal direito, aplicando suas bases na busca de soluções e problematizações da epidemia. Tal cenário sozinho poderia não indicar sozinho a abertura de uma janela para construção da agenda institucional. A mobilização da sociedade civil na identificação da AIDS como um problema de deveria ser superado contou também com apoio internacional, criando-se assim uma abertura, onde a junção entre problema (epidemia), solução (direito à saúde) e condições favoráveis (novo constitucionalismo e apoio internacional) culminaram na estruturação de uma política nacional de combate à AIDS reconhecida mundialmente.

De certo, não se pretendeu exaurir o tema, nem analisar todas as segmentações da política, que nacionalmente se subdivide em diversas frentes. Ainda assim, pode-se observar que o direito passou a ser instrumentalizado por parte das políticas públicas, indicando assim a importância da união dos caminhos para busca de um direito à saúde efetivo. É preciso seguir analisando os incrementos e eventuais retrocessos da política nacional, sendo importante acompanhar a modulação futura dos institutos jurídicos na manutenção do PNDST-AIDS, assim como retomá-los na tentativa de lembrar que sem saúde não há cidadania.

REFERÊNCIAS

BARROS, Sandra Garrido de. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisp. Mineira*, Belo Horizonte, A. 60, Nº. 188, pp. 29-30, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

BENNETT, Belinda. *Health Law's Kaleidoscope*. Hampshire: Ashgate, 2008.

COBB, Roger W.; ELDER, Charles D. The politics of agenda-building: an alternative perspective for Modern Democratic Theory. *Journal of Politics*, Chicago, V. 33, Nº. 4, pp. 892-915, 1971. Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/2128415>>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

COUTINHO, Diogo R. O Direito das Políticas Públicas. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (Org). *A política pública como campo disciplinar*. 2ª Ed. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2018. pp. 181-206.

FIGUEROA, A. G. *Criaturas de La Moralidad – Una Aproximación Neoconstitucionalista al Derecho a a la través de Los Derechos*. Madri: Editorial Trotta, 2009.

KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies: Second Edition*. Pearson: London, 2014.

LINDBLOM, Charles. *Muddling Through: a ciência da decisão incremental*. In: HEIDEMANN, Francisco G; SALM, José Francisco (Org). *Políticas Públicas e Desenvolvimento: Bases Epistemológicas e Modelos de Análise*. Brasília: Editora UnB, 2014. p. 161-180.

MCCANN, Michael W. Poder Judiciário e Mobilização do Direito: Uma Perspectiva dos “Usuários”. Revista da EMARF, Rio de Janeiro, dez. 2010, pp. 175-196. Disponível em: <<https://emarf.trf2.jus.br/site/documentos/revistaemarfseminario.pdf>>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. História da Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº. 236, de 02 de Maio de 1985. Brasília, 1985.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. Psicologia Política, São Paulo, v. 9, 17, pp. 25-45, jan./jul. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003>. Acesso em: 28 de Abril de 2022.

SMITH, Alyna C. Intellectual Property Rights and the Right to Health: Considering the Case of Access of Medicines. In: LENK, Christian; HOPPE, Nils; ADORDO, Roberto (Org.). Ethics and Law of Intellectual Property. Hampshire: Ashgate, 2007, pp. 47-73.

TAYLOR, Matthew M. O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, V. 50, Nº. 2, pp. 229-257, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dados/a/hcw8bdc7Ywfrp6cNjmCvPVh/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de Maio de 2022.