



Legislação e Direitos das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA

Relatório Final

Helena Pereira de Melo

Coordenadora Científica

Diana Paraíso Vicente

Investigadora Principal

Susana Cámara Marín

Investigadora

Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa

Dezembro de 2012

Agradecimentos

Este trabalho contou com a preciosa colaboração da SER+ (Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA), sediada em Cascais, e em especial, dos membros da coordenação, Pedro Silvério Marques e Andreia Pinto Ferreira, do GAT (Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA), com sede em Lisboa, com destaque para Luís Mendão e Rosa Freitas, da Associação Positivo, com sede em Lisboa, com referência para Ricardo Regalado e Vanessa Alves, da FPCCSida (Fundação Portuguesa Comunidade contra a SIDA), delegações de Lisboa e Setúbal, com registo de Filomena Frazão e de Vera Carinhas, da Associação Abraço, delegação de Lisboa, da Acompanha (Cooperativa de Solidariedade Social, CRL), com sede em Peniche, e com registo de Joana Marcelino, do Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, com especial agradecimento a José Poças, médico e director do Serviço de Infecciologia do Hospital, e respectiva equipa, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com menção de Ana Campos Reis, e de Manuel Lisboa, professor na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (departamento de sociologia).

Índice

Lista de acrónimos	6
Introdução	9
Parte I – Instrumentos aplicáveis	
I. Portugal	17
1.1. Discriminação	17
1.1.1. Actos normativos	17
1.1.2. Recomendações e Pareceres	46
1.1.3. Jurisprudência	52
1.2. Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis	55
1.2.1. Actos normativos	55
1.2.2. Outros documentos	74
1.3. Serviços de Saúde	78
1.4. Cuidados de Saúde	83
1.4.1. Actos normativos	83
1.4.2. Outros documentos	90
1.5. Estruturas e Apoios Sociais	92
1.5.1. Protecção na Invalidez	92
1.5.2. Transfusões de sangue contaminado com o vírus da SIDA	93
1.5.2.1. Actos normativos	93
1.5.2.2. Jurisprudência	97
1.6. Estruturas e Apoios Institucionais	99
1.7. Medicamentos	105
1.8. Notificação Obrigatória	106
1.8.1. Actos normativos	106
1.8.2. Outros documentos	107
1.9. Mundo Laboral	108
1.9.1. Actos normativos	108
1.9.2. Outros documentos	113
1.10. Dados Pessoais	116

1.10.1. Actos normativos	116
1.10.2. Outros documentos	117
1.11. Cooperação internacional	118
1.11.1. Actos normativos	118
1.11.2. Outros documentos	120
II. União Europeia	121
2.1. Comissão	121
2.2. Conselho	142
2.2.1. Instrumentos normativos	142
2.2.2. Outros actos	144
2.3. Parlamento Europeu	148
2.4. Parlamento Europeu e Conselho	177
2.4.1. Instrumentos normativos	177
2.4.2. Outros actos	183
2.5. Conselho e Representantes dos Governos dos Estados-Membros	186
2.6. Representantes dos Governos dos Estados-Membros	188
2.7. Conselho e Ministros da Saúde dos Estados-Membros	188
2.8. Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE	195
2.9. Declarações adoptadas em Conferências	201
2.10. Tribunal de Justiça da União Europeia	210
III. Europa	212
3.1. Conselho da Europa	212
3.1.1. Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa	212
3.1.2. Comité de Ministros	218
3.2. Tribunal Europeu dos Direitos do Homem	221
IV. Internacional	228
4.1. Organização das Nações Unidas	228
4.1.1. ONUSIDA	266
4.1.2. Organização Mundial da Saúde	285
4.1.3. Organização Internacional do Trabalho	312
4.2. Organização Mundial do Comércio	323

Parte II – As pessoas que vivem com o VIH	
I. Enquadramento aos inquéritos	325
1.1. Introdução	325
1.2. A percepção da discriminação em função do estatuto serológico	330
1.2.1. Em geral	330
1.2.2. No trabalho	331
1.2.3. Nos serviços de saúde	334
1.2.4. Nos seguros e nas instituições de crédito	335
1.3. A percepção do grau de protecção	336
1.3.1. Do conhecimento da legislação e dos meios de resposta	337
1.3.2. Da eficácia da legislação e dos meios de resposta	338
II. Metodologia	339
2.1. Construção do inquérito	340
2.1.1. Análise das variáveis	341
2.2. Pré-teste do questionário	346
2.3. Trabalho de campo	346
2.4. Características da população inquirida	347
III. Resultados	348
3.1. Discriminação em geral	348
3.2. Discriminação no âmbito dos serviços de saúde	350
3.3. Discriminação no domínio laboral	352
3.4. Discriminação no âmbito dos seguros	354
3.5. Discriminação no âmbito das instituições de crédito	355
IV. Conclusões dos inquéritos	356
Conclusões gerais	367
Bibliografia	392
Índice de jurisprudência	403

Lista de acrónimos

- ACP** – (Estados de) África, Caraíbas e Pacífico
- ADIS** – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
- AIDS** – *Acquired immunodeficiency syndrome*
- AR** – Assembleia da República
- AZT** – azidotimidina
- BIT** – *Bureau International du Travail*
- CCE** – Comissão Coordenadora de Emergência
- CCVE** – Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica
- CDC** – *Centers for Disease Control and Prevention*
- CDPC** – *European Committee on Crime Problems*
- CDS-PP** – Partido Popular
- CE** – Conselho da Europa
- CEDH** – Convenção Europeia dos Direitos do Homem
- CEPCD** – Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ou ECDC)
- CNSP** – Conselho Nacional de Saúde Pública
- CPLP** – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
- CRP** – Constituição da República Portuguesa
- CNECV** – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- CNLS** – Comissão Nacional de Luta contra a SIDA
- DAR** – Diário da Assembleia da República
- DGS** – Direcção Geral da Saúde
- DGSP** – Direcção Geral de Serviços Prisionais
- DL** – Decreto-Lei
- DLR** – Decreto Legislativo Regional (A- R.A. Açores)
- DR** – Diário da República
- DRR** – Decreto Regulamentar Regional
- DST** – Doenças sexualmente transmissíveis
- DUDH** – Declaração Universal dos Direitos do Homem

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EDCTP – Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos

FAO – *Food and Agriculture Organization of the United Nations*

FMI – Fundo Monetário Internacional

GCWA – *The Global Coalition on Women and AIDS*

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IACS – infecções associadas aos cuidados de saúde

I&D – investigação e desenvolvimento

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISP – Instituto de Seguros de Portugal

IST – infecções sexualmente transmissíveis

OA – Ordem dos Advogados

OAPI – Organização Africana da Propriedade Intelectual

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OIM – Organização Internacional para as Migrações

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – organizações não governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCP – Partido Comunista Português

PE – Parlamento Europeu

PEV – Partido Ecologista ‘Os Verdes’

PGR – Procuradoria Geral da República

PIDCP – Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PREMAC – *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado*

PS – Partido Socialista

PSD – Partido Social Democrata

SARR – Sistema de alerta rápido e de resposta

SIDA – síndrome da imunodeficiência Adquirida

SNRIPD – Secretariado Nacional para a Reabilitação e a Integração das Pessoas com Deficiência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STA – Supremo Tribunal Administrativo

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TAF – Tribunal Administrativo e Fiscal

TB – tuberculose

TRIPS – *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*

TRL – Tribunal da Relação de Lisboa

TRP – Tribunal da Relação do Porto

UE – União Europeia

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

UNDP – *United Nations Development Programme*

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNFPA – *United Nations Population Fund*

UNHCR – *United Nations High Commissioner for Refugees*

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

VIH – vírus da Imunodeficiência Humana

WB – *World Bank*

WFP – *United Nations World Food Programme*

WHO – *World Health Organization*

Introdução

Em 2010 foi celebrado um Protocolo entre o Alto Comissariado da Saúde (Coordenação Nacional de Luta Contra a SIDA)¹, e a Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa. O objectivo era o desenvolvimento de um estudo de avaliação legislativa sobre a adequação da legislação que abarca no seu âmbito subjectivo as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e o estado da protecção dos seus direitos na ordem jurídica nacional. Como sublinhamos ao longo do estudo, a propósito de aspectos diversificados, as pessoas que vivem com esta doença enfrentam frequentemente obstáculos que dificultam ou impedem o exercício de direitos, com as inerentes consequências negativas para a pessoa e respectivo agregado familiar, bem como para a sociedade em geral, desde logo pela influência adversa que tais constrangimentos têm na saúde pública.

A avaliação legislativa pode ser feita em momento anterior ou posterior à entrada em vigor dos diplomas, analisando-se, consoante os casos, quais os efeitos que poderão vir a ter ou que têm efectivamente². É nesta segunda modalidade, a sucessiva, que se integra este relatório, procurando-se pois reunir os instrumentos normativos existentes na matéria, avaliar se os objectivos assumidos na adopção dos diplomas se verificam, bem como identificar eventuais lacunas ou aspectos passíveis de serem melhorados³.

A partir do plano de trabalhos estabelecido no Protocolo, optámos por dividir o trabalho em duas partes. A primeira parte integra todo o trabalho de recolha desde a fase inicial do estudo, de instrumentos nacionais, de Direito da União Europeia, europeus e

¹ Entidades actualmente extintas pelo Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro. Cfr., *infra*, pág. 102.

² Veja-se, nomeadamente, João Caupers, Marta Tavares de Almeida, Pierre Guibentif, “Efeitos de algumas normas do Código de Procedimento Administrativo – estudo de caso em avaliação legislativa”, *in Cadernos de Ciência e Legislação*, nº 12, Janeiro-Março de 1995, Oeiras, Instituto Nacional de Administração.

³ Veja-se, Sabrina Batista Barroso da Silva, *Avaliação do Impacto dos Atos Legislativos*, Relatório de Introdução à Legislação ao Mestrado na área de Ciências Jurídico-Internacionais da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, no ano lectivo de 2008/2009, sob a regência do Professor Carlos Blanco de Moraes, como requisito para obtenção do grau de mestre. A autora descreve a avaliação sucessiva como “o instrumento técnico e metodológico que tem por intuito analisar a repercussão dos efeitos reais produzidos por normas jurídicas que tenham entrado em vigor, tendo em vista a aferição de sua qualidade e eficiência” (pág. 20).

internacionais aplicáveis, e a análise dos objectivos visados na adopção de diplomas normativos. A aferição desses objectivos resultou da análise conjunta do processo legislativo, das inferências passíveis de serem extraídas do próprio texto legal e do confronto com as várias orientações e *softlaw* anteriores e contemporâneas relativamente à entrada em vigor desses diplomas. Em termos de processo legislativo – e no que às leis concerne – examinou-se sobretudo as propostas e projectos de lei (tanto as exposições de motivos, como o cotejo entre as disposições preconizadas e a redacção final do texto), as suas discussões na generalidade e os relatórios das comissões parlamentares competentes em cada matéria. Relativamente aos decretos-lei, despachos normativos e resoluções do Conselho de Ministros, a sua génese foi determinada com recurso às considerações tecidas nos respectivos preâmbulos. Quanto às directrizes internacionais e documentos de *softlaw* pertinentes no tratamento de cada diploma, a sua menção permite enquadrar os diplomas normativos nacionais no quadro de princípios e de ideias dominantes no contexto internacional. Alguns daqueles documentos foram referidos nas exposições de motivos das iniciativas legislativas, nas discussões na generalidade ou nos preâmbulos dos diplomas, casos em que se percebe a influência directa que tiveram na sua adopção. A segunda parte é relativa aos questionários realizados a 230 pessoas infectadas pelo VIH sobre a percepção que têm relativamente à protecção dos seus direitos.

A primeira parte (*Instrumentos Aplicáveis*) encontra-se estruturada em quatro secções, divididas, por sua vez, em vários subcapítulos. Em cada uma das divisões e subdivisões, os instrumentos surgem por ordem cronológica. A legislação nacional está enquadrada nos seguintes temas: *Discriminação; Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis; Serviços de Saúde; Cuidados de Saúde; Estruturas e Apoios Sociais; Estruturas e Apoios Institucionais; Medicamentos; Notificação Obrigatória; Mundo Laboral; Dados Pessoais; e Cooperação Internacional*. O tema *Estruturas e Apoios Sociais* integra ainda dois subtemas: Protecção na Invalidez e Transfusões de sangue contaminado com o vírus da SIDA. A opção por esta organização tem em vista uma melhor identificação das questões a que se refere a legislação analisada. Em cada um dos subtemas a divisão é feita consoante se trate de actos normativos ou de natureza diferente. Entre os actos não normativos incluem-se diplomas que, embora não contendo normas gerais e abstractas de observância obrigatória, vinculam a administração (é o caso de determinados despachos e dos pareceres da Procuradoria-

Geral da República, quando homologados⁴) ou determinados sectores ou serviços da mesma (é o caso das circulares normativas). Como referimos, na lista foram integradas documentos que, apesar de não vinculativos, considerámos relevantes. É o caso das recomendações do Provedor de Justiça, atenta a relevância do emissor e a influência que exerce na interpretação jurídica e mesmo na evolução legislativa⁵. Influência para que concorrem os Pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, do Centro de Direito Biomédico, e as recomendações da Entidade Reguladora da Saúde, que aqui incluímos. As referências a instrumentos jurídicos nacionais não específicos constam da listagem por uma razão de enquadramento da legislação específica e de uma consequente percepção mais integrada desta. Aditámos referências de jurisprudência, por ser este um meio de revelação do sentido das normas jurídicas e por ser possível, mediante a sua análise, observar de que modo as regras, os princípios e as orientações, emanadas das entidades nacionais e internacionais competentes, estão a ser efectivamente seguidas e concretizadas.

Cumprir referir que, dentro de cada um dos temas incluídos, pode haver mais ou menos divisões, consoante se tenha considerado relevante a sua autonomização. Sobre cada diploma normativo, haverá em princípio uma súpula, um enquadramento, aspectos a ressaltar e aspectos que poderiam ser melhorados.

Os instrumentos de Direito da União Europeia estão organizados de acordo com o seu emissor e, dentro deste, consoante se trate de instrumentos normativos ou de diferente natureza⁶. A enunciação inicia-se com as decisões e comunicações da Comissão Europeia. Seguidamente, elencam-se documentos emitidos pelo Conselho da União Europeia, os quais englobam regulamentos, resoluções, recomendações e conclusões. Da autoria singular do Parlamento Europeu constam sobretudo resoluções. Os capítulos posteriores referem-se a documentos da autoria conjunta do Conselho e de outras entidades: o Parlamento Europeu (decisões, directivas e regulamentos), os Representantes dos Governos Estados-Membros (“conclusões”), os Ministros da Saúde

⁴ Uma vez homologados os pareceres da PGR são vinculativos, por força do disposto no artigo 43º do Estatuto do Ministério Público, constante da Lei nº 47/86, de 15 de Outubro.

⁵ Vide artigo 20º do Estatuto do Provedor de Justiça, de 9/91, de 9 de Abril (alterada pela Lei nº 30/96, de 14 de Agosto e pela Lei nº 52-A/2005, de 10 de Outubro).

⁶ No Direito Comunitário, lembramos que são actos normativos: o *Regulamento*, o qual tem carácter geral, força obrigatória relativamente a todos os seus elementos e é directamente aplicável; a *Directiva*, que vincula os Estados-Membros destinatários no que respeita apenas ao resultado ao alcançar (a opção pelos meios a adoptar é deixada ao critério dos Estados); a *Decisão*, que é vinculativa para os seus destinatários específicos.

dos Estados-Membros (“conclusões”, resoluções e decisões). Os dois últimos capítulos respeitam a resoluções da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE⁷ e a declarações adoptadas em conferências realizadas no âmbito de diferentes presidências da União Europeia. Por último, integramos uma referência de jurisprudência do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, de 1994, relativa aos testes de despistagem efectuados no momento da contratação laboral e à eventual ofensa do direito a manter secreto o estado de saúde.

Da súmula dos referidos instrumentos de Direito da União Europeia constatamos a transversalidade de vários aspectos inerentes à luta contra a sida desenvolvida no âmbito da União Europeia e dos respectivos Estados-Membros. É o caso da aposta prioritária na prevenção, uma vez que não existe ainda vacina ou cura para a doença. As actividades preventivas englobam acções diversificadas, tais como a divulgação de informação adequada e pertinente, a educação para a saúde, o reforço da investigação e desenvolvimento (I&D), a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos serviços de saúde e sociais. O estímulo de uma resposta positiva da sociedade, através da sua sensibilização e da revisão legislativa em matéria de igualdade e não discriminação, é também uma referência constante. E bem assim, a participação de vários intervenientes na luta contra a doença e a sua propagação, não apenas dos governos dos países, mas também das organizações da sociedade, designadamente associações de defesa dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

Dentro do sector privado, salientamos particularmente os apelos às indústrias farmacêuticas para que se envolvam activamente e reduzam os preços dos medicamentos essenciais. A questão do insuficiente acesso aos medicamentos, sobretudo por parte dos países em desenvolvimento, é tratada exaustivamente. Proliferam as referências aos entraves impostos a esse acesso devido, designadamente, ao reforço da legislação de propriedade industrial, que influi na determinação daqueles preços.

Outra ideia permanente é a da necessidade de atender às especificidades de determinados grupos considerados mais vulneráveis ou em maior risco de contrair a infecção pelo VIH. A associação entre a luta contra os factores que os tornam mais vulneráveis e a luta contra o VIH/SIDA é considerada essencial. Também o é a ligação

⁷ *Acordo de Parceria entre os Estados de África, das Caraíbas e do Pacífico, por um lado, e a Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros.*

entre esta e outras doenças transmissíveis, como a malária e a tuberculose, pelo que o âmbito objectivo de vários documentos integra as *doenças transmissíveis* e não especificamente o VIH/SIDA. A razão para o tratamento conjunto destas doenças reside não só na frequente transversalidade dos factores que lhes estão subjacentes e das consequências que provocam, mas também no facto de se reflectirem reciprocamente na incidência de cada uma, sobretudo em determinadas zonas do mundo em que a sua propagação é maior.

A nível da *ajuda aos países em desenvolvimento*, a luta contra a SIDA surge enquadrada no contexto da redução da pobreza. Neste âmbito sublinhamos as acções e apelos no sentido do reforço da autonomia e auto-suficiência destes países, designadamente em matéria de formação de pessoal e de produção de medicamentos, de equipamentos e de serviços de saúde aptos a proporcionar o diagnóstico, a prevenção, o tratamento, o aconselhamento e o acompanhamento adequados. Outra ideia marcadamente assumida é a da necessidade de perceber a SIDA como uma questão de saúde pública e de tratar a luta contra a mesma em conformidade. É afirmação recorrente que a saúde em geral e o VIH/SIDA, em especial, deviam ser consideradas prioridades nos orçamentos públicos e nas políticas desenvolvidas a nível nacional, local, regional e comunitário.

Salientamos ainda um outro aspecto que surge em vários documentos: a referência às pessoas que convivem diariamente com os portadores de VIH/SIDA, nas diferentes relações em que se traduz esse contacto. Sublinhamos concretamente duas ideias. Por um lado, a necessidade de formação, informação e sensibilização dos profissionais, familiares e outras pessoas que acompanhem os portadores da doença, nomeadamente, que lhes prestem cuidados. Por outro, a importância de ter em conta as necessidades das pessoas de que dependem os portadores de VIH/SIDA e de aquelas que são deles dependentes.

De seguida, são referidas as resoluções e recomendações emitidas pelo Conselho da Europa, cuja leitura permite extrair o quadro da situação da epidemia da SIDA e do seu impacto a nível europeu e em que se abordam as várias questões relacionadas com a mesma, entre as quais: *i*) a prioridade do combate empreendido contra o VIH/SIDA, no âmbito das políticas nacionais de saúde pública; *ii*) a necessidade de eliminar a discriminação contra as pessoas que vivem com esta doença e contra determinados grupos da sociedade (*v.g.*, os homossexuais); *iii*) a promoção do respeito pelos direitos

humanos e da igualdade de género; *iv*) a importância de atender às necessidades específicas das mulheres, das crianças infectadas pelo VIH/SIDA e dos órfãos de SIDA; *v*) a vantagem da cooperação no âmbito da Europa para o desenvolvimento da luta contra a SIDA; *vi*) a necessidade de adoptar ou alterar a legislação nacional em conformidade com as respostas necessárias no que concerne às diferentes questões relacionadas com o VIH/SIDA; *vii*) a necessidade de adaptar as políticas e os programas desenvolvidos neste âmbito aos contextos específicos em que são aplicados. Ainda no âmbito do Conselho da Europa são referidos acordos do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, relacionados com a matéria de que tratamos.

O último capítulo da primeira parte é relativo aos instrumentos e orientações provindos do sistema das Nações Unidas. São elencadas resoluções de órgãos⁸ e comissões⁹ da Organização das Nações Unidas (ONU), bem como declarações da Assembleia Geral. É ainda feita menção a alguns relatórios do Secretário Geral da ONU. Autonomizamos igualmente as referências a documentos emitidos no âmbito do Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), as quais englobam um protocolo, directrizes internacionais, declarações políticas e outros documentos igualmente não vinculativos¹⁰. Os subcapítulos seguintes contêm documentos de agências especializadas da ONU, a saber: a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Ao nível da OMS são mencionadas as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e, seguidamente, directrizes e outros documentos que visam orientar e concertar as respostas ao VIH/SIDA. Reitere-se, a propósito dos documentos não vinculativos, constantes dos elencos relativos a estas entidades, que a sua inclusão no enunciado deste relatório deve-se à vantagem do seu conhecimento para a apreensão do quadro geral relativo às diferentes matérias em causa e consequente compreensão da génese, objectivos e efeitos dos instrumentos jurídicos adoptados.

⁸ A Assembleia Geral, o Conselho Económico e Social e o Conselho de Segurança.

⁹ A Comissão de Direitos Humanos, a Comissão do Estatuto das mulheres e a Comissão de Estudefacientes.

¹⁰ O ONUSIDA é um dos organismos da ONU. Determinados documentos inseridos nos capítulos relativos à OMS e à ONUSIDA são da autoria conjunta de ambas as entidades ou de outros organismos internacionais. Por uma questão de metodologia, optámos por integrar cada um destes documentos no capítulo relativo à organização em cujo sítio da Internet os referenciamos. O mesmo sucede relativamente a outros instrumentos cuja autoria é conjunta, como é o caso das Directrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/SIDA, que incluímos no capítulo referente à OIT.

Na OIT, sublinhamos a referência à Recomendação nº 200 sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho. Há ainda uma referência final a documentos emitidos no domínio da Organização Mundial do Comércio (OMC). Aqui destacamos a Declaração de Doha, relativa ao Acordo TRIPS¹¹ e à saúde pública. Esta Declaração clarifica o sentido das cláusulas de salvaguarda previstas naquele acordo, para protecção da saúde pública, sendo frequentemente referida nos instrumentos jurídicos da União Europeia que versam o tema do acesso aos produtos farmacêuticos disponíveis, nomeadamente para o tratamento do VIH/SIDA.

A segunda parte do relatório, intitulada *As pessoas que vivem com o VIH*, visa apresentar a perspectiva de pessoas afectadas relativamente à possibilidade de exercício efectivo dos seus direitos e, dessa forma, conferir a este estudo uma dimensão empírica sobre a real eficácia da legislação existente. Para o efeito, foram realizados inquéritos a 230 pessoas seropositivas, para o que se contou com o apoio de associações e de um centro hospitalar, através dos quais se obteve a amostra.

A partir do confronto entre os diversos instrumentos e linhas de orientação das várias entidades que os emitem, por um lado, e da referida percepção de pessoas que vivem com a doença, por outro, espera-se obter uma visão mais consistente acerca do estado em que se encontra a protecção dos seus direitos, procurando identificar eventuais lacunas ou aspectos que poderiam ser melhorados.

Esta segunda parte do relatório está dividida em quatro capítulos. No primeiro, epigrafado de *enquadramento aos inquéritos* incluem-se, na sequência de uma introdução em que são, nomeadamente, evidenciadas as hipóteses cuja averiguação se objectivou através da aplicação do inquérito, dois subcapítulos, relativos à *percepção da discriminação em função do estatuto serológico* e à *percepção sobre o grau de protecção*. O primeiro destes subcapítulos contém uma exposição sobre a discriminação em geral e, em particular, os vários domínios cuja permeabilidade à prática de actos discriminatórios se procurou analisar através da realização dos questionários. São estes: o trabalho, os serviços de saúde, os seguros e as instituições de crédito. Esta sucinta reflexão sobre a problemática da discriminação em cada um destes contextos, ao mesmo tempo em que identifica os obstáculos relacionados com o facto de uma pessoa ser seropositiva, situa-os no panorama jurídico nacional, clarificando assim a ligação entre as duas partes deste relatório. Para além disso, contém esclarecimentos quanto à razão

¹¹ Acordo que criou a OMC, em 1994.

de ser das questões colocadas no inquérito. O outro subcapítulo, relativo à percepção do grau de protecção, engloba a explicação das questões que tiveram por objectivo perceber o nível de conhecimento da legislação aplicável e dos meios de resposta disponíveis, evidenciando a importância desse conhecimento para a efectivação dos direitos. Inclui ainda aspectos directamente relacionados com o nível de eficácia da norma existente, buscando, como é objectivo do inquérito, identificar a perspectiva de destinatários.

O segundo capítulo (*Metodologia*) elucida quanto às etapas seguidas em vista à obtenção da amostra, à formulação e validação dos questionários e ainda à respectiva aplicação. No terceiro capítulo são apresentados os resultados dos inquéritos, a partir das questões identificadas na análise das variáveis, integrada no capítulo anterior. Finalmente, no quarto capítulo são elencadas as conclusões extraídas desses resultados, para cuja análise contribuiu o conhecimento e a visão obtidos ao longo de todo este estudo, nomeadamente através do contacto com as entidades junto das quais se obteve a amostra.

Não é despendendo reiterar que a estrutura deste relatório tem ínsito o propósito de permitir o cotejo entre o que se *escreve* e o que se *faz* na realidade em Portugal, em vista a apurar se existe, e em que medida se verifica a correspondência entre o que está legislado e a realidade social.

O exercício efectivo dos direitos por parte das pessoas que vivem com o VIH é crucial, não apenas do ponto de vista pessoal e social, mas também de uma perspectiva de saúde pública. Na verdade, a discriminação, a estigmatização e todos os entraves que obstam a uma realização plena desses direitos impedem que a epidemia regreda, perpetuando-a e fomentando inclusivamente o aumento da sua incidência. Ao invés, um ambiente de respeito e de promoção da dignidade social e da igualdade de oportunidades será o único que poderá propiciar uma mitigação substancial do impacto da doença. Na ausência de uma vacina ou de cura para a infecção, a prioridade reside na prevenção e, para que a mesma seja eficaz, é necessário garantir o respeito e a promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH.

Lisboa,

7 Dezembro de 2012

Parte I

Instrumentos aplicáveis

I. Portugal

1.1. Discriminação

1.1.1. Actos normativos

– **Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto** – Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde¹².

Objectivos: concretizar o princípio da igualdade constitucionalmente consagrado, prevenindo e combatendo quaisquer formas de discriminação contra pessoas com deficiência ou com risco agravado de saúde, visando assim garantir que estas não são excluídas ou condicionadas no exercício dos seus direitos.

Âmbito de aplicação subjectivo: geral¹³.

¹² O conceito de *risco agravado de saúde* engloba “toda e qualquer patologia que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, de longa duração, evolutiva, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e económico e seja causa potencial de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida” (artigo 3º, al. c), da Lei em referência). Esta definição não exclui, antes abarca, os portadores de VIH/SIDA.

¹³ É aplicável a todas as pessoas em geral, não se restringindo a determinado grupo (caso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA).

Sanções: contra-ordenação¹⁴ (muito grave no âmbito laboral).

A Lei contém um enunciado exemplificativo de práticas discriminatórias motivadas pela existência de deficiência ou de risco agravado de saúde. Será o caso de certas práticas que obstem à fruição de bens e serviços, que inibam ou condicionem o acesso à habitação, que impliquem a recusa ou penalização da contratação de seguros, e que impeçam ou limitem o acesso a cuidados de saúde, em estabelecimentos de saúde públicos ou privados [cfr. artigo 4º, als. a), c) e g)]¹⁵. O artigo 5º especifica as práticas que ocorram no âmbito laboral (nº 1), seja na fase da contratação [al. a), *in fine*] ou durante a relação contratual, ocasionando ou não a sua cessação [als. a) e c), respectivamente], e define em que circunstâncias é que as mesmas serão, ou deixarão de ser, consideradas discriminatórias (nºs 3 e 4). Não são entendidas como discriminação as práticas que impliquem a cessação do contrato de trabalho ou a recusa de contratação de pessoas com deficiência ou com risco agravado de saúde [artigo 5º, nº 1, al. a)], quando estas possam justificar-se em virtude da *natureza da actividade profissional* ou do *contexto da sua execução*, e desde que respeitadas os parâmetros da proporcionalidade (nº 3)¹⁶. A decisão sobre estas situações de excepção está sujeita à adopção, por parte do empregador, de medidas que promovam o acesso ao emprego, a estabilidade laboral e a progressão profissional (artigo 5º, nº 4), bem como à emissão de um parecer prévio do actual Instituto Nacional para a Reabilitação (INR), que absorveu as competências

¹⁴ A coima é graduada entre 5 e 10 vezes ou entre 20 e 30 vezes o valor da retribuição mínima mensal garantida, consoante esteja em causa pessoa singular ou pessoa colectiva (pública ou privada), respectivamente. Isto, sem prejuízo das situações previstas no nº 5 (sobre práticas discriminatórias ocorridas no local de trabalho, enunciadas no art. 5º) e da eventual responsabilidade civil ou da aplicação de outra sanção (cfr. artigo 9º, nºs 1 e 2). Prevê-se a possibilidade de substituição da coima por “dias de trabalho em estabelecimentos, obras do Estado ou de outras pessoas colectivas de direito público ou de instituições particulares de solidariedade social cuja principal vocação seja a prestação de serviços às pessoas com deficiência [ou risco agravado de saúde] e suas famílias” (art. 9º, nº 4).

¹⁵ Sobre a aplicação da Lei nº 46/2006 às práticas discriminatórias que ocorram na área dos seguros veja-se, v.g., Francisco Luís Alves, “O regime jurídico da discriminação aplicável aos seguros – presente e futuro”, *in* Fórum - Lisboa - A. XIV, nº 31, Fevereiro de 2012, págs. 28-59, disponível em <http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=21274&img=5152> (consulta em 08.01.13), págs. 30 a 41.

¹⁶ De acordo com o artigo 5º, nº 3, da Lei não serão discriminatórias as práticas enunciadas no nº 1 se, “em virtude da natureza da actividade profissional em causa ou do contexto da sua execução, a situação de deficiência afecte níveis e áreas de funcionalidade que constituam requisitos essenciais e determinantes para o exercício dessa actividade, na condição de o objectivo ser legítimo e o requisito proporcional”.

cometidas ao extinto Secretariado Nacional para a Reabilitação e a Integração das Pessoas com Deficiência [SNRIPD (artigo 5º, nº 6)]¹⁷.

De sublinhar a consagração dos *direitos processuais das associações de pessoas com deficiência* (artigo 15º), particularmente a atribuição de legitimidade a “*todas as organizações cujo escopo principal seja a representação, a defesa e a promoção dos direitos e interesses das pessoas com deficiência, ou a prestação de serviços às pessoas com deficiência e suas famílias*”¹⁸, para que intervenham judicialmente, em representação ou apoio dos interessados (nº 1).

Iniciativas legislativas subjacentes: Projectos de Lei nº 92/X (CDS-PP)¹⁹, 149/X (PS)²⁰, 161/X (PEV)²¹, 163/X (BE)²² e 165/X (PCP)²³

De um modo geral, as iniciativas têm subjacentes as reivindicações da Associação Portuguesa de Deficientes. Os Projectos nº 161/X e 149/X não contemplavam apenas a discriminação em função da deficiência, mas também do risco agravado de saúde²⁴. O alargamento da previsão às pessoas com risco agravado de saúde, que veio a constar do texto legal, havia já sido proposto em 2002, pelo PEV, no Projecto de Lei nº 160/IX, que chegou a ser discutido na generalidade, juntamente com as iniciativas dos demais grupos parlamentares²⁵, mas todos acabaram por caducar com o final da Legislatura. A necessidade de responder à discriminação das pessoas com VIH/SIDA foi um dos aspectos que esteve na base de ambas as iniciativas do PEV²⁶,

¹⁷ Cfr. Decreto-Lei nº 217/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica do INR, IP. Este diploma revogou o Decreto Regulamentar nº 56/97, de 31 de Dezembro, que tinha aprovado a orgânica do SNRIPD, determinando que o INR suceda nas suas atribuições.

¹⁸ Isto a par das que estão previstas na Lei nº 127/99, de 20 de Agosto (*Lei das Associações de Pessoas Portadoras de Deficiência*).

¹⁹ *Proíbe e pune as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na deficiência* [DAR, II série A, nº 20/X/1, de 2 de Junho de 2005, págs. 27 a 31].

²⁰ *Previne e proíbe a discriminação com base na deficiência* [DAR, II série, nº 47/X/I, de 7 de Setembro de 2005, págs. 14 a 18].

²¹ *Proíbe e pune as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na deficiência ou na existência de risco agravado de saúde* [DAR, série II, nº 52/X/I, de 29 de Setembro de 2005, págs. 2 a 6].

²² *Proíbe e pune as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na deficiência*, [DAR, II série, nº 52/X/1, de 29 de Setembro de 2005, págs. 9 a 13].

²³ *Define medidas de prevenção e combate à discriminação no exercício de direitos por motivos baseados na deficiência* [DAR, II série, nº 53/X/I, de 30 de Setembro de 2005, págs. 47 a 53].

²⁴ Cfr. art. 1º, nº 2, de ambas as iniciativas (no Projecto de Lei nº 161/X a referência ao risco agravado de saúde surge logo na epígrafe).

²⁵ Projectos de Lei nºs 48/IX (PS), 162/IX (BE), 166/IX (PCP) e 167/IX (CDC-PP).

²⁶ Projectos de Lei nºs 160/IX e 161/X.

tanto que um dos instrumentos ali mencionados foi a Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, da ONU, de 2001.

No Projecto de Lei nº 161/X propunha-se a criação de uma *Comissão para a igualdade das pessoas com deficiência e risco agravado de saúde* (artigos 6º a 9º)²⁷, mas a proposta não teve acolhimento na redacção final do texto da Lei.

Na exposição de motivos do Projecto de Lei nº 161/X é esclarecida a razão para um alargamento do âmbito subjectivo da legislação a adoptar: o facto de haver “*peças que, não sendo deficientes, são consideradas em situação de risco agravado de saúde e, nessa qualidade, são discriminadas e também elas impedidas ou limitadas no exercício de direitos, liberdades e garantias fundamentais e condicionadas, quando não mesmo impossibilitadas, no acesso de bens fundamentais, como é o caso da habitação*”²⁸. O emprego e a escola foram também áreas assinaladas para a prevenção e resposta relativamente a práticas discriminatórias, cuja ocorrência implicaria a adopção de medidas de política legislativa que fomentassem a integração das pessoas com deficiência e com risco agravado de saúde. Na discussão na generalidade, o PEV reconheceu existir já “*alguma legislação que procura dar resposta a alguns desses problemas, nomeadamente através de medidas de discriminação positiva*”, mas fez notar que esta se mostrou insuficiente, razão pela qual considerava “*absolutamente necessário densificar as suas múltiplas vertentes, sempre numa perspectiva de direitos humanos*”. De sublinhar ainda a inclusão de uma inversão do ónus da prova no Projecto de Lei nº 161/X. De acordo com o deputado José Luís Ferreira (PEV), esta inversão visava aumentar a eficácia da legislação em casos de presumíveis práticas discriminatórias, atendendo a que na generalidade das situações estas surgem de forma indirecta, casos em “*que se torna mais difícil a produção de prova*”²⁹.

No enquadramento da matéria, feito no Relatório e Parecer da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, destacamos as seguintes referências: *i*) a nível nacional, ao artigo 13º da CRP e à Lei nº 134/99 de 28 de Agosto,

²⁷ O Projecto de Lei do PCP (nº 165/X) também previa a criação de uma comissão para a igualdade e contra a discriminação, direccionada para as pessoas com deficiência. Os restantes grupos parlamentares que apresentaram iniciativas atribuíam o acompanhamento da legislação em projecto ao Observatório para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (criado pela Lei nº 30/98, de 13 de Julho), mediante uma extensão das suas competências.

²⁸ Na discussão das iniciativas em plenário (publicada no DAR nº 52, de 1 de Outubro de 2005), o PEV enfatizava a necessidade deste alargamento, pois que, argumentava, as pessoas com risco agravado de saúde, entre as quais os seropositivos, “se encontram numa situação idêntica de particular incapacidade e vulnerabilidade”.

²⁹ Citações da intervenção do deputado na discussão em plenário, DAR nº 54, de 1 de Outubro de 2005.

que proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica (e cujo texto inspirou a maioria das aludidas iniciativas) e o Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril, embora este não se mantenha já em vigor³⁰; ii) a nível comunitário, à evolução dos instrumentos relativos à protecção de direitos fundamentais e, particularmente, à Directiva n.º 2000/78/CE, que estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional e um programa de acção comunitário de combate à discriminação, para o período entre 2001 e 2006³¹.

Enquadramento

No momento da adopção da Lei em referência, eram bastos os instrumentos internacionais específicos sobre a discriminação³² ou que continham cláusulas no sentido de proibi-la³³. Eram também vários os documentos emanados do Conselho da Europa, da União Europeia e de organizações internacionais (*softlaw* e orientações), que abordavam especialmente a discriminação dos portadores de VIH/SIDA, e de cuja leitura resultam dois aspectos que cabe aqui evidenciar. Primeiro, o reconhecimento generalizado de uma particular incidência da discriminação contra pessoas infectadas pelo VIH em determinados domínios, como o laboral, o acesso aos serviços de saúde e sociais, o crédito à habitação e o sector dos seguros³⁴. Segundo, o papel de relevo

³⁰ O DL 54/92, de 11 de Abril, isentava os portadores de doenças crónicas do pagamento das taxas moderadoras. Actualmente a regulação do acesso ao SNS consta do DL 113/2011, de 29 de Novembro.

³¹ Naquele Relatório e Parecer salienta-se ainda, a nível do CE, a CEDH e, no âmbito da UE, o artigo 13.º do Tratado de Amesterdão. O Projecto de Lei n.º 92/X (CDS-PP) destacava também a Carta Social Europeia Revista, adoptada em 3 de Maio de 1966 (aprovada para ratificação pela Resolução da AR n.º 64-A/2001, de 17 de Outubro). Sobre esta Carta recordamos o facto de integrar expressamente a *saúde* no seu enunciado de factores de não discriminação.

³² Cfr., nomeadamente, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (aberta à assinatura em 21/12/1965) e a Convenção n.º 111 da OIT, sobre a Discriminação em matéria de Emprego e Profissão, adoptada na Conferência Geral da OIT, realizada em 4 de Junho de 1958, e que entrou em vigor a 15/7/1960.

³³ Cfr., art. 2.º da DUDH, aprovada a 10/12/1948; art. 2.º, n.º 2, do PIDESC, que entrou em vigor a 3/1/1976 (em Portugal foi aprovado para ratificação pela L 29/78, de 12/6); art. 2.º, n.º 1, do PIDCP, que entrou em vigor a 3/1/1976 (em Portugal foi aprovado para ratificação pela L 45/78, de 11/7); art. 14.º da CEDH, adoptada em 4/11/1950; e art. 21.º da Carta dos Direitos Fundamentais da UE, de 7/12/2000.

³⁴ Nos vários instrumentos comunitários e internacionais específicos sobre o VIH/SIDA, estes domínios são frequentemente identificados como contextos prováveis de ocorrência de práticas discriminatórias. Cfr., v.g., a Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos no Conselho, de 22 de Dezembro de 1989, publicada no *Jornal Oficial n.º C 010, de 16/01/1990, pág. 0003 – 0006*; a Resolução legislativa do PE, de 27 de Abril de 1995, publicada no *Jornal Oficial n.º C 126, de 22.5.1995, pág. 60*; a Decisão n.º 1729/95/CE do PE e do Conselho, de 19 de Junho de 1995, publicada no

atribuído à adopção de legislação que promova a realização plena dos direitos das pessoas infectadas pelo VIH e que previna e combata os comportamentos discriminatórios. São sistemáticos os apelos dirigidos aos Estados que ainda não têm legislação na matéria, para que a criem, ou àqueles que a têm, para que a revejam, confrontando-a com a realidade social e aferindo assim a sua adequação e eficácia. Em termos de saúde pública, a ideia central subjacente é a de que a discriminação e a estigmatização minam os esforços de prevenção e de resposta ao VIH/SIDA, ao contribuírem para o aumento da vulnerabilidade da pessoa, que se reflecte negativamente na procura dos serviços de diagnóstico, tratamento, cuidados e aconselhamento. Tem sido reiteradamente evidenciado, desde que a epidemia é conhecida, que a discriminação potencia o isolamento das pessoas. Tanto a prática discriminatória como o medo que esta ocorra são dissuasores da procura daqueles serviços pelo que põem em risco a saúde do próprio e a saúde pública.

Em 1989, o Parlamento Europeu³⁵ pedia à Comissão que criasse um quadro jurídico do qual constasse “*uma proibição de despedir, de recusar promoções, etc., a trabalhadores/as com base em dados clínicos*”. Incentivava, por outro lado, os Estados a observarem “*as leis e medidas existentes contra a discriminação de pessoas por motivo de raça, sexo, sexualidade*” ou outros factores subjectivos, e a introduzir, sendo o caso, “*nova legislação e regulamentação destinada a proibir e a evitar a discriminação de pessoas com VIH e com SIDA*”³⁶. No âmbito do Programa «A Europa contra a SIDA»³⁶ previa-se o levantamento, a nível comunitário, das situações de discriminação, reais ou potenciais, verificadas nos Estados-membros, “*nomeadamente em matéria de emprego, seguros, habitação, educação e cuidados de saúde*”, e bem ainda a “*análise e intercâmbio de informações, em cooperação com os Estados-membros, das medidas neles tomadas para evitar ou atenuar a discriminação, nomeadamente nas áreas supramencionadas*”. Na sua comunicação de 15 de Dezembro de 2005³⁷, a Comissão

Jornal Oficial n° L 168, de 18.7.1995, pág. 1—6; e o Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, da ONUSIDA, de 2000 (cfr., infra, pág. 267).

³⁵ Cfr. Resolução, de 26 de Maio de 1989, sobre a luta contra a SIDA, *Jornal Oficial* n° C 158, de 26/06/1989, pág. 0477.

³⁶ Cfr. Plano de Acção para 1994/1995, constante do Anexo à Decisão n° 1729/95/CE do PE e do Conselho, de 19 de Junho de 1995, relativa ao prolongamento do programa «A Europa contra a SIDA», *Jornal Oficial* n° L 168, de 18.7.1995, pág. 1—6. As citações respeitam à área de actividade 6 deste plano, intitulada *Luta contra a discriminação das pessoas seropositivas, dos doentes com SIDA e dos seus próximos*.

³⁷ Cfr. ponto 2.3, pág. 6 da Comunicação da Comissão ao Conselho e ao PE, sobre a Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, no período de 2006-2009.

Europeia apelou “à melhoria da formação profissional no domínio do VIH, em especial nos sectores da saúde e sociais, bem como nos sectores de aplicação da legislação e da educação”. De acordo com a Comissão, esta seria uma forma de contrariar os fenómenos de discriminação e de estigmatização das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, na medida em que fomentava o conhecimento sobre as suas características (e tendo consciência que a falta dessa informação, designadamente sobre as vias de transmissão do VIH, estava na base de práticas discriminatórias).

No plano internacional, a Comissão de Direitos Humanos, da ONU, invocou constantemente a necessidade de criar um ambiente social favorável à prevenção e aos cuidados relacionados com a doença, através do reforço de acções e mecanismos destinados a combater a discriminação, designadamente pela adopção de legislação adequada e eficaz³⁸.

No Protocolo para identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, de 2000, do ONUSIDA³⁹, enuncia-se, enquanto medidas para combater as práticas discriminatórias, a revisão das leis existentes, a adopção de legislação específica contra a discriminação, com previsão de sanções civis e penais⁴⁰, e a formulação e aplicação de políticas no local de trabalho que sancionem aquelas práticas. O Protocolo abarca aquelas que considera as dez principais áreas da vida social: *cuidados de saúde, emprego, justiça/processo jurídico, administração, bem-estar social,*

³⁸ Desta Comissão, cfr., v.g., a Resolução nº 2001/51, de 24 de Abril de 2001: “(...) [invites States] to continue to take all necessary steps to ensure the respect, protection and fulfillment of HIV-related human rights as contained in the Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights”; “(...) [urges] States to ensure that their laws, policies and practices respect human rights in the context of HIV/AIDS, prohibit HIV/AIDS-related discrimination, promote effective programmes for the prevention of HIV/AIDS; “ (...) [requests] States, in consultation with the relevant national professional bodies, to ensure that codes of professional conduct, responsibility and practice respect human rights and dignity in the context of HIV/AIDS, including access to care for people infected and affected by HIV/AIDS”; e a Resolução nº 1996/43, de 19 de Abril de 1996: “Engage également tous les Etats à prendre toutes mesures nécessaires (...) à adopter une législation protectrice et à dispenser un enseignement approprié pour lutter contre la discrimination, les préjugés et la stigmatisation” (ponto 3).

³⁹ Cfr., Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, da ONUSIDA, de 2000, em que são analisadas as três fontes possíveis de discriminação arbitrária: a lei, os regulamentos internos de organismos, organizações ou grupos públicos e privados, e as situações de discriminação que ocorram na prática e onde, por essa razão, não existe uma base escrita (ponto 2.3.). Vide, também, UNAIDS, “HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: case studies of successful programmes”, in *UNAIDS Best Practice Collection*, 2005, disponível em http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf (consulta em 24.05.12).

⁴⁰ Cfr. ponto 4.8 do Protocolo, pág. 21. Relativamente à legislação, é referida a eventual adequação da elaboração de iniciativas legislativas destinadas a proibir a discriminação em razão da saúde (não específicas para o VIH/SIDA) e em que sejam identificadas algumas áreas em que são frequentes as práticas discriminatórias. Esclarece-se ainda que a eventual admissibilidade de sanções penais se explica pela necessidade de censurar especialmente o carácter inaceitável de certas medidas.

habitação, educação, vida familiar e reprodutiva, seguros e outros serviços financeiros, e acesso às instituições ou serviços públicos. Embora admitindo a possibilidade de excepções ao carácter discriminatório de certas práticas, o Protocolo contém a advertência de que a invocação da saúde pública como justificação não é, só por si, suficiente, pois que a legitimidade das mesmas depende da sua adequação, necessidade e proporcionalidade relativamente aos fins visados. É salientado que, no que tange ao VIH/SIDA, a avaliação dessa legitimidade deve ter em consideração “*o raio limitado dos modos de transmissão do vírus (sexual, através do sangue e da mãe para a criança)*”⁴¹.

A Assembleia Mundial da Saúde tem igualmente alertado para o flagelo da discriminação e para a necessidade de os Estados agirem activamente em ordem a reduzir a vulnerabilidade das pessoas, garantindo nomeadamente o seu acesso a serviços de saúde e sociais de qualidade (com recursos humanos suficientes e adequadamente formados) e aos medicamentos essenciais⁴².

Na altura das iniciativas legislativas que estão origem do diploma em referência, a OIT tinha já publicado, em 2001, a Recolha de Directivas Práticas do BIT sobre o VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, onde se considerava a actividade legislativa um mecanismo adequado para combater as práticas discriminatórias motivadas pelo estatuto serológico ocorridas no local de trabalho⁴³. Entre os princípios fundamentais enunciados, salientamos a recusa do despedimento determinado por aquele factor⁴⁴. A necessidade de promover a integração social e laboral das pessoas que vivem com o

⁴¹ Cfr. ponto 2.2, nº 3, do Protocolo, pág. 8.

⁴² Cfr., v.g., a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 57/14, de 22 de Maio de 2004, designadamente o ponto 3, c), relativo à aplicação de políticas e práticas de fomento do acesso aos medicamentos: “*la asequibilidad y disponibilidad en cantidades suficientes de productos farmacéuticos de buena calidad, en particular de antirretrovirales y de las tecnologías médicas empleadas para tratar, diagnosticar y manejar el VIH/SIDA*”, sumariada infra, na pág. 293. Veja-se o Relatório da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, da OMS, de 2008, “Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health”, cujo texto se encontra disponível em http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (consulta em 27.06.11). Sobre os determinantes sociais da saúde, e especificando quanto a doenças transmissíveis, veja-se Wendy Mariner, “O papel do direito no controlo de epidemias: o exemplo da TB, VIH e da SARS”, in *Sub Judice*, nº 38, Janeiro-Março 2007, Lisboa, Almedina, págs. 33 a 61.

⁴³ Uma das responsabilidades apontadas aos Governos e autoridades competentes é a criação ou revisão da legislação neste domínio: “[de] forma a eliminar as discriminações e assegurar a prevenção no local de trabalho, bem como a reforçar a protecção social, os governos, por consulta aos parceiros sociais e aos especialistas em HIV/SIDA, devem prever um quadro regulamentar e, caso necessário, rever os diferentes domínios da legislação do trabalho”. Cfr. ponto 5.1., al. i) das Directivas (cfr. infra, pág. 317).

⁴⁴ Cfr. ponto 4.8 destas *Directivas Práticas*, de acordo com as quais “as pessoas atingidas por doenças associadas ao HIV devem poder continuar a trabalhar durante o tempo que estejam clinicamente aptas a ocupar um emprego disponível e apropriado”.

VIH/SIDA é assinalada em diversos instrumentos internacionais relativos à doença⁴⁵.

O desemprego, o trabalho precário e, de um modo geral, as más condições de trabalho, são factores de risco na medida em que agravam exponencialmente a vulnerabilidade da pessoa à infecção e ao seu impacto. O desemprego comporta um empobrecimento e uma fragilização da pessoa e respectivo agregado familiar, podendo conduzir a uma rota de constrangimentos na sua vida, como seja a dificuldade em obter crédito à habitação ou em satisfazer necessidades correntes. Estes obstáculos são maximizados no caso de uma pessoa que é discriminada, nomeadamente pelo facto de ser seropositiva. O trabalho precário traduz uma instabilidade que se reflecte na menor tutela do trabalhador e na diminuição da sua capacidade para exercer os seus direitos. No caso do VIH/SIDA isso implica nomeadamente que haja uma maior dificuldade em justificar ausências para recurso aos serviços de saúde, bem como uma maior susceptibilidade relativamente ao problema da discriminação (e ao medo de ser discriminado), na medida em que é mais fácil a desvinculação. Quanto menor for a protecção do trabalhador maior será a sua vulnerabilidade e a probabilidade de ocorrerem situações de discriminação sem qualquer procedimento para avaliar da sua existência (sem passar qualquer crivo) e mais ameaçada estará a saúde pública. A melhoria das condições de vida da população é essencial para a resposta ao VIH/SIDA, *rectius*, a protecção e a promoção da saúde pública. Tal exige, designadamente, que a legislação do trabalho proteja devidamente o trabalhador e que as disposições destinadas a esse efeito sejam efectivamente respeitadas na prática⁴⁶.

Em 2001, na Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, os Estados tinham-se comprometido a intensificar a resposta ao VIH/SIDA no mundo do trabalho, estabelecendo programas de prevenção e tratamento em todos os sectores e a adoptar medidas para criar um ambiente de trabalho de apoio à pessoa que vive com o VIH/SIDA, até 2005⁴⁷. Comprometeram-se ainda a estabelecer, até 2003, um quadro jurídico e normativo nacional que protegesse os direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA (ou em maior risco de contrair o vírus) no local de trabalho. Para o efeito,

⁴⁵ Cfr., *v.g.*, a Declaração de Vlnius sobre medidas para reforçar a resposta ao VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, adoptada pelos ministros e representantes dos governos da União Europeia e Países vizinhos, em Setembro de 2004 (cfr. *infra*, pág. 207).

⁴⁶ A este propósito veja-se, nomeadamente, o referido relatório da OMS sobre determinantes sociais da saúde, “Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health”, cit. págs. 72 a 83.

⁴⁷ Cfr. § 49 da Declaração.

deveriam ser consultados os representantes dos trabalhadores e dos empregadores, bem como seguidas as orientações internacionais sobre o VIH/SIDA e o local de trabalho⁴⁸.

De sublinhar finalmente, a nível nacional, a Lei nº 55-A/2004, de 30 de Dezembro, que aprovou as Grandes Opções do Plano para 2005, que previa um conjunto de medidas de combate ao VIH/SIDA, entre as quais a existência de legislação destinada a proteger os direitos pessoais, sociais e económicos da pessoa seropositiva para o VIH/SIDA⁴⁹.

⁴⁸ Conquanto no enquadramento importasse ressaltar os subsídios institucionais, por forma a esboçar o quadro contemporâneo das concepções acolhidas na matéria a nível internacional, não deixamos de anotar doutrina nacional relativamente ao tema da discriminação no âmbito do VIH/SIDA: Maria do Céu Rueff, *O Segredo Médico como Garantia de Não Discriminação – Estudo de Caso: HIV/SIDA*, Coimbra, Coimbra Editora, 2009; André Dias Pereira, “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/SIDA: estudo de um caso”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 3, nº 6, 2006, págs. 121 a 136; Augusto Lopes Cardoso, “O Problema da Discriminação nas Medidas Legislativas sobre a SIDA”, in *O Direito*, ano 124º, nº 3, Julho – Setembro (direcção de Inocêncio Galvão Telles), Lisboa, Ed. SIPEC, S.A., 1992, págs. 427 a 438; António Bernardo Colaço, “O infectado de VIH: a aguardar cidadania em plena sede laboral”, *Revista do Ministério Público*, nº 23, Ano 24º, Janeiro/Março, Lisboa, Editorial Minerva, 2003, págs. 101 a 112; João Carlos Simões Gonçalves Loureiro, “SIDA e Discriminação Social – Escola, Habitação, Imigração, Rastreo Obrigatório, Isolamento Clínico, Tratamento Forçado: Uma Perspectiva Jurídico-Constitucional”, in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 2, nº 3, 2005, págs 9 a 54; Jorge Torgal, “O Direito ao Trabalho e a Não Discriminação dos Infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, VIH/SIDA – O Atestado de Robustez”, in *Acta Médica Portuguesa*, nº 8, 1995, págs. 401 a 404; João Calvão da Silva, «Apólice “Vida Risco – Crédito Habitação”: As pessoas com Deficiência ou Risco Agravado de Saúde e o Princípio da Igualdade na Lei nº 46/2006, in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, Ano 136, nº 3942, 2007, págs. 158 a 170; UVA, António de Sousa, “SIDA e Trabalho: (in)compatibilidade?”, VI Congresso Virtual HIV/AIDS (*Prevenção da SIDA. Um desafio que não pode ser perdido*), 2006, disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=35&CommentID=173 (consulta em 24.05.12). Para um retrato histórico da discriminação das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, veja-se, nomeadamente: Mirko Grmek, *História da SIDA* (trad. do original francês de 1989 por Paulo Faria), Lisboa, Relógio D’Água, 1994; René Bernex, *Sida – Aids, O que cada um deve saber para a combater* (trad. do original francês de 1986 por Wanda F. Freitas Canas Ferreira), Mem Martins, Publicações Europa-América, 1987; [ed.] Virginia Berridge, Philip Strong, *AIDS and Contemporary History*, Cambridge History of Medicine, Cambridge, Cambridge University Press, 1993; O. Lawrence Gostin, Zita Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the Aids Pandemic*, Oxford, Oxford University Press, 1997.

⁴⁹ Além desta, estavam previstas as seguintes medidas: i) criação de “um sistema de obtenção permanente de dados que permita a monitorização da epidemia”; ii) aumento em 30% da população que conhece os meios de prevenção da transmissão do VIH e o respectivo estatuto serológico; iii) redução para metade do número anual de novas infecções que ocorrem por via de transmissão vertical; iv) garantia do acesso aos cuidados de saúde adequados aos utentes do SNS com VIH/SIDA (em conformidade com as recomendações que existem sobre a matéria a nível internacional); v) existência de “um médico ou de uma equipa multidisciplinar responsável pela área do VIH e IST, em 70% dos centros de saúde”; vi) implementação de “Centros de Terapêutica Combinada de acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia”; vii) integração das respostas sociais, que contam com o apoio financeiro da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLS), na rede de cuidados continuados de saúde e nas iniciativas de acção social do Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança. Cfr. anexo à Lei nº 55-A/2004.

Aspectos a ressaltar na Lei

A explicitação de ambas as categorias de discriminação (directa e indirecta) releva na medida em que esta surge frequentemente encoberta, dissimulada por via da invocação de motivos considerados legítimos (casos em que *aparentemente* não existiu discriminação). Releva igualmente para aquelas situações em que não há intenção de discriminação, mas esta acaba por ser o resultado de uma certa disposição, critério ou prática que eram *efectivamente* neutros na sua motivação.

O diploma concede destaque à relação laboral (artigo 5º), que se justifica pela vulnerabilidade da posição do trabalhador, inerente ao vínculo de subordinação, que o torna mais susceptível à discriminação. Como foi já referido, o domínio do trabalho é sempre mencionado como uma das áreas em que a discriminação ocorre com mais frequência. Nas muitas vezes em que se traduz em recusas de contratação e em cessações dos contratos de trabalho, a discriminação corporiza, desde logo, uma violação do direito ao trabalho e do direito à segurança no emprego (artigos 58º e 53º da CRP, respectivamente). A disposição relativa à proibição de actos de retaliação (artigo 5º, nº 2) releva na medida em que o medo de consequências desfavoráveis em resposta ao exercício de direitos desincentiva a reacção face a comportamentos discriminatórios, conduzindo à impunidade de quem os pratica e à proliferação deste tipo de práticas⁵⁰. No entanto, o juízo quanto a estes actos é o mesmo que se tem que considerar relativamente às práticas discriminatórias em geral, o facto de frequentemente surgirem ocultos, dificultando a produção de prova.

Há que ter muita cautela na leitura das restrições previstas no artigo 5º, nº 3, para não permitir a desvirtuação da função social da proibição de discriminação, abrindo excessivamente o espectro do *legalmente admissível*. Sempre que haja meio menos oneroso para o trabalhador do que a cessação do contrato, o princípio da proporcionalidade (consagrado no artigo 18º, nºs 2 e 3, da CRP e reproduzido no artigo 5º, nº 3, *in fine*, deste diploma) comanda que seja esse o aplicado, ditando a

⁵⁰ Cfr. as seguintes disposições do Código do trabalho: artigo 129, nº 1, al. a), nos termos do qual é proibido ao empregador opor-se, “por qualquer forma a que o trabalhador exerça os seus direitos, bem como despedi-lo, aplicar-lhe outra sanção, ou tratá-lo desfavoravelmente por causa desse exercício” e artigo 331º, nº 1, al. d), que define como abusiva a sanção disciplinar motivada pelo facto de o trabalhador, em geral, “exercer, ter exercido, pretender exercer ou invocar direitos ou garantias”.

ilegitimidade dos demais⁵¹. A previsão da obrigação de o empregador tomar *medidas adequadas* para permitir que a pessoa obtenha, se mantenha ou progrida no emprego (artigo 5º, nº 4) é importante para casos em que o trabalhador está impossibilitado de desempenhar as funções habituais devido a uma incapacidade causada por deficiência ou doença. Trata-se de um último reduto a favor da estabilidade da relação de trabalho que, como qualquer requisito que promova essa continuidade, constitui uma concretização dos comandos constitucionais em sede laboral, *maxime* o da segurança no emprego. Porém, a dispensa desse procedimento nos casos em que o mesmo implique encargos desproporcionados (artigo 5º, nº 3, *in fine*), somada a uma eventual invocação falsa quanto à inexistência de postos de trabalho compatíveis, levanta novamente o problema da efectividade prática da legislação. É crucial que a fiscalização acompanhe devidamente a aplicação das disposições tutelares. O INR, entidade que hoje tem a seu cargo as atribuições que anteriormente estavam cometidas ao extinto SNRIPD, tem que se pronunciar relativamente à decisão da entidade empregadora sobre a adequação daquelas medidas e a avaliação dos encargos, o que possibilita um certo controlo.

De sublinhar também a distribuição do ónus da prova (artigo 6º), segundo a qual quem invoca a discriminação tem que aduzir indícios da sua prática, estando a contraparte onerada a provar que esta não ocorreu. A dificuldade que o trabalhador tem em provar muitas das situações de discriminação justifica que lhe caiba apenas apresentar elementos que a indiciem. Esta distribuição vale apenas relativamente ao pedido de indemnização (artigo 7º), já que não é aplicável aos processos de natureza penal e contra-ordenacional (artigo 6º, nº 2).

Apesar de conter tão só referência expressa às organizações ligadas à deficiência, o artigo 15º da Lei aplica-se também ao risco agravado de saúde, tal como o restante normativo, por via da extensão operada pelo artigo 1º, nº 2. Isto significa que têm idêntico direito de intervenção judicial (em representação ou apoio do interessado) as associações vocacionadas para a defesa e promoção dos direitos e interesses das pessoas com risco agravado de saúde⁵². A atribuição de legitimidade processual a estas

⁵¹ Veja-se, v.g., Carla Amado Gomes, *Defesa da saúde pública vs. liberdade individual – casos da vida de um médico de saúde pública*, Lisboa, A.A.F.D.L., 1999, págs. 25 a 28.

⁵² A este propósito salientamos que o artigo 4º, alínea f), do Regulamento das Custas Judiciais, aprovado pelo Decreto-Lei nº 34/2008, de 26 de Fevereiro, isenta de custas as “pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos, quando actuem exclusivamente no âmbito das suas especiais atribuições ou para defender os interesses que lhe estão especialmente conferidos pelo respectivo estatuto ou nos termos de legislação que

entidades, a ser exercitada, contribui para efectivar os direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, já que o medo da exposição e conseqüente divulgação do estatuto serológico (com a perspectiva de estigmatização associada a essa revelação) suscita frequentemente a inacção destas pessoas. A previsão da possibilidade de representação por parte de associações é um passo importante para colmatar essa ausência.

Aspectos que poderiam ser melhorados

A par das referidas cautelas a ter na interpretação das restrições previstas no artigo 5º, nº 3, e da necessidade de assegurar que a fiscalização é adequada, consideramos que existem dois aspectos a ponderar, ambos para densificar a concretização do princípio da igualdade relativamente a pessoas com risco agravado de saúde. Primeiro, a inexistência de uma entidade especializada na saúde que exerça, no âmbito da saúde, as funções que hoje estão genericamente cometidas ao INR. A criação de uma entidade exclusivamente vocacionada para a saúde poderia eventualmente ser uma vantagem por permitir um grau de especialização maior, nomeadamente para lidar com as diferenças que existem entre doenças e respectivos estádios evolutivos. Mesmo que se concluísse que não seria necessário criar uma tal entidade, parece que seria sempre de equacionar a eventual falta de identificação das pessoas com risco agravado de saúde com uma entidade manifestamente direccionada para a deficiência e cuja própria designação em nada indicia a outra vertente das respectivas atribuições. Segundo, a inexistência de uma lei das associações de pessoas portadoras de doença em paralelo com a Lei nº 127/99, de 20 de Agosto, que “*define os direitos de participação e de intervenção das associações de pessoas portadoras de deficiência (...) junto da administração central, regional e local*” e que visa a “*eliminação de todas as formas de discriminação e a promoção da igualdade entre pessoas portadoras de deficiência e os restantes cidadãos*”⁵³. Entre os direitos consignados nesta Lei destacamos o de “*participar na definição das políticas e das grandes linhas de orientação legislativa no domínio da reabilitação e integração social das pessoas portadoras de deficiência*”⁵⁴. Este é mais um exemplo dos diferentes níveis de concretização legislativa do princípio

lhes seja aplicável”. O nº 6 desta norma dispõe que a “parte isenta é responsável, a final, pelos encargos a que deu origem no processo, quando a respectiva pretensão for totalmente vencida”.

⁵³ Cfr. artigo 1º da citada lei.

⁵⁴ Cfr. nº 1 do artigo 4º (direitos de participação e intervenção) da Lei.

da igualdade entre pessoas com deficiência e pessoas com risco agravado de saúde, quando também este pode implicar debilidades acentuadas, dando frequentemente azo a privações e a episódios de discriminação.

Em vários instrumentos internacionais relativos ao VIH/SIDA é recorrentemente salientada a necessidade de envolver as pessoas que vivem com a doença, designadamente através do movimento associativo, tanto na definição de estratégias a desenvolver a nível local e nacional, como nas acções de resposta. Não há dúvida que as organizações que trabalham diariamente com a população em causa têm uma proximidade relativamente às pessoas e aos problemas concretos que estas enfrentam que é muito relevante no combate ao VIH/SIDA e ao seu impacto, na medida em que traz a debate uma dimensão da realidade imprescindível para a adequação das respostas criadas. Para além disso, todo o trabalho junto das populações infectadas ou em maior risco torna estas organizações plataformas essenciais para a divulgação de informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento, e assistência psicológica e jurídica. Naturalmente que cada uma dessas instituições terá a sua abordagem, variando pois o tipo de iniciativas, mas todas integrando esta componente de proximidade com os problemas, de apoio e de visibilidade às questões relevantes neste âmbito e aos obstáculos concretos com que se defrontam as pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Seria pois vantajoso incrementar os mecanismos que assegurem a participação dos próprios interessados no processo de criação e desenvolvimento de estratégias.

É ainda essencial que não restem dúvidas quanto à legitimidade das associações de pessoas com risco agravado de saúde para intervir em processos judiciais, em representação ou apoio dos interessados, nos termos do artigo 15º da Lei nº 46/2006. O medo da exposição individual e das consequências que pode acarretar a divulgação do estatuto serológico explica, em grande parte, a ausência, quase total, de jurisprudência nacional sobre a matéria em referência. Tanto quanto se conseguiu indagar, a asserção ainda é mais saliente em sede de recurso, quando já houve uma tentativa e é necessário que o caso seja reavaliado por instâncias superiores. A publicidade será maior e a frustração será um desincentivo. A ausência de referência expressa às associações direccionadas para a defesa e promoção dos direitos das pessoas com risco agravado de saúde no artigo 15º resulta da técnica legislativa utilizada, de alargamento do âmbito pessoal da lei a estas pessoas nos termos do artigo 2º. Isto significa que essas associações podem representar ou apoiar os associados ao abrigo do artigo 15º. E é

muito importante que isto seja clarificado porque será uma forma de incentivar as pessoas a optarem por levar as suas questões aos tribunais, na medida em que contorna em parte o medo da exposição (ainda que o interessado pudesse ter de comparecer em alguma diligência, já não estaria a pleitear isoladamente). A divulgação desta possibilidade seria importante para conseguir que os casos de discriminação fossem efectivamente denunciados e resolvidos em sede judicial. O consequente aumento de jurisprudência poderia vir a constituir em si um factor de desincentivo à própria reiteração de situações de discriminação (isto, naturalmente, se as decisões se basearem em dados correctos para assim identificarem devidamente as práticas que são de natureza discriminatória).

– **Decreto-Lei nº 34/2007, de 15 de Fevereiro** – Regulamenta a Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto

Objectivos: regulamentar a Lei nº 46/2006, definir as entidades competentes para instruir os processos contra-ordenacionais e aplicar as respectivas sanções, estabelecer um dever geral de informação sobre potenciais práticas discriminatórias e determinar o carácter vinculativo do parecer a emitir ao abrigo do artigo 5º, n 6, da Lei.

Âmbito de aplicação subjectivo: geral⁵⁵.

No Decreto-Lei são estabelecidas as entidades administrativas responsáveis pela instrução dos processos de contra-ordenação respeitantes a práticas discriminatórias, bem como pela aplicação das respectivas coimas e sanções acessórias (artigos 3º, nº 1, e 4º, nº 1). É consignado um dever geral de informação sobre situações de discriminação em razão da deficiência ou do risco agravado de saúde, que impende sobre qualquer pessoa, singular ou colectiva, que tenha conhecimento das mesmas (artigo 5º). No artigo 8º, nº 1, é explicitado o significado de *medidas adequadas*, para efeito do artigo 5º, nº 4, da Lei nº 46/2006: “*técnicas adequadas à supressão das situações discriminatórias*” e “*boas práticas realizadas a nível nacional e internacional*”. De sublinhar ainda neste

⁵⁵ É aplicável a todas as pessoas em geral, não se restringindo a determinado grupo (caso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA).

preceito, a determinação do carácter obrigatório e vinculativo do parecer prévio que, pela extinção do SNRIPD, cabe hoje ao INR (artigo 8º, nº 2).

Aspectos a ressaltar no diploma

No âmbito da obrigação de informação consignada no artigo 5º prevê-se um dever de *denúncia* por parte da comunidade em geral relativamente ao conhecimento de práticas discriminatórias.

A atribuição de carácter obrigatório e vinculativo ao parecer a emitir (hoje pelo INR) integra-se na postura de reforço das medidas de combate à discriminação, para cuja urgência se tem alertado a nível internacional. Sem dúvida que a concessão deste valor ao parecer é relevante, na medida em que visa obstar à arbitrariedade na decisão da entidade empregadora, mas a sua utilidade relativamente às pessoas com risco agravado de saúde merece as reservas que tecemos quando enunciámos a questão⁵⁶.

Aspectos que poderiam ser melhorados

A ausência de uma entidade especializada na área da saúde (que referimos a propósito do parecer a emitir ao abrigo do artigo 5º, nº 6, da Lei 46/2006) faz-se notar também no elenco dos organismos que têm a seu cargo a tarefa de receber comunicações relativas ao conhecimento de práticas discriminatórias (artigo 5º, nº 1)⁵⁷. Neste âmbito, o que se pode ressaltar a nível de consequências da referida ausência é a falta de identificação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA em relação a entidades vocacionadas para a deficiência, sendo de prever um aumento das comunicações caso existisse uma tal entidade (que abarcaria todas as situações de discriminação relacionadas com o risco agravado de saúde, não apenas o VIH/SIDA)⁵⁸.

⁵⁶ Trata-se da questão de saber se não haveria vantagem na criação de uma entidade especializada na área da saúde, que emitiria este parecer nos casos em que estivesse em causa o risco agravado de saúde. Cfr., supra, pág.28.

⁵⁷ Nenhum deles tem como especial atribuição à saúde (*membro do Governo que tenha a seu cargo a área da deficiência; Instituto Nacional para a Reabilitação; Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência; entidade competente para a instrução do processo de contra-ordenação*).

⁵⁸ O deputado João Semedo (BE) questionou o governo sobre o número de comunicações de portadores de VIH/SIDA recebidas por aquelas entidades, tendo recebido como resposta que eram zero. Evidenciou desse modo que as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA não se sentiam representadas por um instituto para reabilitação para deficientes, o que justificava a inexistência de queixas. As citações fazem parte da

– **Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril** – estabelece o Regime Jurídico do Contrato de Seguro

Objectivos (específicos): proibir práticas discriminatórias no sector do seguros, reforçar a tutela do segurado e do tomador do seguro, evitar que a protecção concedida se traduza em *ónus desproporcionados* que afectem a competitividade das empresas e permitir uma avaliação das decisões de recusa de celebração de contrato de seguro ou de agravamento do prémio em razão da deficiência ou do risco agravado de saúde.

Âmbito de aplicação subjectivo: geral⁵⁹.

Sanções: responsabilidade civil, nos termos gerais, em caso de incumprimento dos deveres de informação e de esclarecimento por parte do segurador.

No preâmbulo do diploma lê-se que um dos objectivos da sua adopção foi o de conceder uma particular atenção à protecção do tomador do seguro e do segurado, enquanto parte mais débil da relação contratual, sem, no entanto, “*descurar a necessária ponderação das empresas de seguros*”. O objectivo apresentado para a actualização da legislação sobre a matéria foi o da alteração do *paradigma liberal oitocentista*, através do reconhecimento explícito da “*necessidade de protecção da parte contratual mais débil*”, mas sem a imposição de “*ónus desproporcionados e não competitivos para os seguradores*”, cuja avaliação seria feita tendo em consideração o direito comparado próximo, sobretudo de países da União Europeia.

O diploma contém uma norma relativa às práticas discriminatórias perpetradas no âmbito dos contratos de seguro (artigo 15º), o que se insere no anunciado objectivo de

resposta do deputado à pergunta do GAT relativa à forma como a Assembleia da República poderia contribuir para reduzir a discriminação social e laboral das pessoas com VIH/SIDA e outras pessoas com risco agravado de saúde. *Vide Acção e Tratamentos*, publicação do Grupo de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT), Nº 13, Novembro – Dezembro 2008, pág. 15. O Grupo parlamentar do BE chegou a propor a criação de uma Comissão contra a discriminação dos portadores de VIH/SIDA. Cfr. Projecto de Lei nº 385/IX, 1 de Dezembro de 2003 (*que visa proibir a discriminação dos portadores de VIH/SIDA ou de doença crónica*) e nº 557/X, de 11 de Junho de 2008 (*que visa proibir a discriminação dos portadores de VIH/SIDA*).

⁵⁹ É aplicável a todas as pessoas em geral, não se restringindo a determinado grupo (caso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA).

aumento da tutela conferida ao segurado. São proibidas as práticas discriminatórias que violem o princípio da igualdade, seja na fase da celebração, execução ou cessação do contrato de seguro (nº 1). Estas ocorrem sempre que, em virtude dessa prática (seja por acção, omissão, com dolo ou negligência), uma pessoa seja sujeita a *“tratamento menos favorável do que aquele que seja dado a outra pessoa em situação comparável”* (nº 2). Porém, não serão proibidas *“as práticas e técnicas de avaliação, selecção e aceitação de riscos próprias do segurador que sejam objectivamente fundamentadas, que assentem em dados estatísticos actuais, precisos e relevantes”* (nº 3). Em caso de recusa ou de agravamento do prémio devido à existência de deficiência ou de risco agravado de saúde, o segurador deve prestar informações ao proponente, com base naqueles dados, relativamente ao *“rácio entre os factores de risco específicos e os factores de risco de pessoa em situação comparável mas não afectada por aquela deficiência ou risco agravado de saúde, nos termos do artigo 178º, nº 3 a 6”* (nº 4). Prevendo a possibilidade de divergências quanto à razoabilidade do fundamento apresentado para a recusa do contrato ou o agravamento do prémio, o legislador atribui ao proponente a faculdade de requerer a constituição de uma comissão tripartida que emita parecer sobre o rácio⁶⁰, ainda que não vinculativo⁶¹.

Consta da lei que a celebração do contrato de seguro pode estar dependente de uma *“declaração sobre o estado de saúde e de exames médicos a realizar à pessoa segura que tenham em vista a avaliação do risco”*, sem prejuízo dos deveres de informação que caibam ao segurado (artigo 177º, nº1). O segurador não pode recusar-se a prestar todas as informações que tenha sobre a saúde do segurado quando instado para o efeito (artigo 178º, nº 6). O segurado tem direito a ter conhecimento sobre todos os exames médicos, testes e análises a que irá ser submetido, antes da sua realização, bem como a conhecer o respectivo resultado e a influência que este teve na decisão do segurador [artigo 178º, nº 1, al. a), e nº 3 e 5]. A comunicação sobre o resultado de exames médicos só pode ser feita por médico, salvo se a informação já for conhecida do segurado, ou se puder razoavelmente considerar que este a conhece (artigo 178º, nº 4).

⁶⁰ De acordo com o nº 6 deste artigo, a comissão inclui na sua composição um representante do Instituto Nacional para a Reabilitação, um representante do segurador e um representante do Instituto Nacional de Medicina Legal. Estabelece ainda o nº 7 que o segurador *“tem o dever de prestar todas as informações necessárias”* à elaboração do parecer, a emitir por esta comissão.

⁶¹ *Vide* artigo 15º, nºs 5 a 8 do Decreto-Lei em referência.

Enquadramento

A referência ao sector dos seguros surge frequentemente em instrumentos internacionais que abordam o tema da discriminação contra o VIH/SIDA, jurídicos e não jurídicos⁶². Os Estados são incentivados, nomeadamente, a adoptar legislação que iniba as companhias de seguros de rejeitarem ou condicionarem o acesso a seguros de doença, de invalidez e de vida, com base no estatuto serológico. Foi o que fez o Parlamento Europeu na sua Resolução sobre a luta contra a SIDA, de 1989, ao instar os Estados e a Comissão a criarem “*uma regulamentação que negue às companhias de seguros o direito de tratar de forma diferente diversos grupos da população no que se refere à admissão de pessoas a seguros de doença, de invalidez e de vida*”⁶³. No mesmo ano o Conselho e os Ministros da Saúde dos Estados-membros sublinhavam que era necessário “*exercer a maior vigilância para lutar contra todas as formas de discriminação, especialmente (...) em matéria de habitação e de seguro de doença*”. Em ambos os domínios, consideravam conveniente “*encontrar soluções que conciliem os interesses económicos com o princípio da não-discriminação*”⁶⁴. Aproximadamente na mesma altura, o Conselho da Europa recomendava que as autoridades nacionais cooperassem com as companhias de seguros para elaboração de um código de boas práticas destinado a promover o respeito pela dignidade e pela vida privada da pessoa, a obtenção de consentimento informado acompanhado de aconselhamento para qualquer tipo de teste, a não introdução de testes para apólices de grupo, a protecção dos dados pessoais, designadamente os de saúde, e a adopção de políticas inequívocas

⁶² Por exemplo, na Recolha de directivas práticas do BIT sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho, lê-se que o “rastreamento do HIV não deve ser uma condição de admissão aos sistemas nacionais de segurança social, às políticas de seguros gerais, aos sistemas de seguro profissional e aos sistemas de seguros de saúde” e que as “companhias de seguros não devem exigir o rastreamento do HIV antes de aceitarem um seguro num determinado local de trabalho” (Ponto 8.2 das Directivas, pág. 24). No já citado Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH/SIDA, da ONUSIDA, o sector dos seguros surge como uma das *dez principais áreas da vida social* “nas quais as distinções, exclusões ou restrições contra pessoas com HIV/SIDA possam ocorrer” (*vide*, ponto 3.1, pág. 10 do Protocolo).

⁶³ Cfr. ponto 3 da Resolução, de 26 de Maio de 1989, publicada no *Jornal Oficial nº C 158, de 26/06/1989*, pág. 0477.

⁶⁴ Cfr. ponto III, 3 e 4, da Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos no Conselho, de 22 de Dezembro de 1989, relativa à luta contra a SIDA, *Jornal Oficial nº C 010, de 16/01/1990*, pág. 0003 – 0006.

relativamente ao VIH. As autoridades nacionais deveriam ainda considerar estudar possibilidades de seguros para pessoas infectadas pelo VIH⁶⁵.

No Parecer nº 16 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), sobre a obrigatoriedade dos testes de SIDA, de 1996, a celebração de seguro de saúde e de vida foi identificada como sendo uma das “situações específicas em que se nota maior tendência para a obrigatoriedade dos testes”⁶⁶. Não obstante, no entendimento deste Conselho, não havia ilegitimidade, do ponto de vista ético, no pedido (exigência) das companhias de seguros relativamente a informação detalhada sobre a saúde da pessoa que pretendia fazer um seguro. Explica a asserção referindo que o cliente normal deve fornecer “as informações que lhe são pedidas e que condicionam os montantes a pagar anualmente como prémio do seguro firmado”⁶⁷.

De sublinhar a Recomendação nº 3/B/2008 do Provedor de Justiça, de 10 de Março, em que este advertiu para a ineficácia da Lei nº 46/2006 no que concerne ao problema da discriminação no domínio dos seguros⁶⁸, pois que a regra continuava a ser a *esquiva* das companhias de seguros relativamente à celebração de contratos de seguro ou ao agravamento dos prémios para montantes inoportáveis. Da Recomendação constam excertos de um ofício do ISP em que este afirma a insuficiência dos termos da Lei nº 46/2006 para prevenir a discriminação no domínio dos seguros pelo facto de a proibição ser apenas para as práticas arbitrárias, injustificadas, não parecendo portanto extravasar os fundamentos da técnica seguradora^{69 70}.

⁶⁵ Cfr. ponto VI do anexo à Recomendação Nº R (89) 14, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 24 de Outubro de 1989, sobre os Incidentes éticos da infecção do VIH no quadro sanitário e social.

⁶⁶ Duas outras situações foram elencadas: a da “entrada como trabalhador numa determinada empresa” e o momento da habilitação para “contrair empréstimos numa entidade bancária”. Vide, Parecer nº 16/CNECV/96, sobre obrigatoriedade dos testes de SIDA, de 17 de Janeiro de 1996.

⁶⁷ Veja-se o ponto 1 do Parecer (*Possibilidade e limites da prevenção*).

⁶⁸ Criticou ainda a atribuição de competências ao ISP “para instruir processos de contra-ordenação e aplicar coimas pela prática de actos discriminatórios dos seguros”, por via do artigo 3º, nº 1, e 4º do DL 34/2007, que regulamenta a Lei 46/2006.

⁶⁹ Cfr. *infra*, pág.47.

⁷⁰ Sobre o enquadramento em matéria de seguros e de VIH/SIDA, não cabe no âmbito deste relatório chamar à colação trabalhos doutrinários (não institucionais), se bem que não seja despidendo anotar os seguintes: Maria do Céu Rueff, “Dever de Informar, Conflitos de Interesse e Deontologia na Relação Tripartida Cidadão-Médico-Seguradora”, Separata de *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 7 - nº 13 - Janeiro/Junho, Coimbra, Coimbra Editora, 2010; Pedro Silvério Marques, “O acesso a empréstimos bancários e a seguros de vida por parte de pessoas com um risco de saúde agravado”, II Congresso Virtual HIV/AIDS (*Ontem, Hoje e Amanhã*), disponível em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=31&Com_mID=58 (consulta em 10.02.12); Oscar Raúl Puccineli, *Derechos Humanos y SIDA*, Tomo I, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1995; e Francisco Luís Alves, “O regime jurídico da discriminação aplicável aos seguros – presente e futuro”, cit., e ainda o texto de Christopher Park, “Empowering people living with HIV in Europe: manifesto, mantra or mirage?” in *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to*

Aspectos a ressaltar no diploma

Como referimos acima, a Lei nº 46/2006 já considerava *práticas discriminatórias* contra pessoa com deficiência ou com risco agravado de saúde “as acções ou omissões, dolosas ou negligentes”, que em razão daquele factor violassem o princípio da igualdade, entre as quais “a recusa ou penalização na celebração de contratos de seguros”⁷¹. O diploma em análise veio, desde logo, reiterar a identificação destas práticas como discriminatórias (o que reforça o implícito reconhecimento da frequência com que estas ocorrem no sector dos seguros). A par disto, veio estabelecer as potenciais restrições admitidas (casos em que aquelas práticas não são consideradas discriminatórias por serem *objectivamente fundamentadas*) e os procedimentos a adoptar nos casos de recusa ou de agravamento do prémio em virtude da existência de deficiência ou de risco agravado de saúde.

Tal como sucede em outros normativos que contêm disposições que proíbem a discriminação (v.g., o Código do Trabalho), o diploma em referência prevê restrições a este princípio, cuja leitura requer as devidas cautelas, para não fazer da excepção a regra, admitindo que qualquer justificação sirva para legitimar uma prática que à partida seria considerada discriminatória. Pode ser problemática a amplitude do que potencialmente cabe no artigo 15º, nº 3, do Decreto-Lei nº 72/2008. Da tutela constitucional do princípio da igualdade decorre a necessidade de uma interpretação restritiva do conteúdo da excepção, para que esta não extrapole os limites da legitimidade, necessidade e proporcionalidade, impostos no momento da constrição de

chronic disease management, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 15 a 26, que se encontra disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 21.02.12). Neste texto destacamos particularmente o seguinte excerto, constante das págs 24 e 25: “*Insurance providers throughout Europe (...) are systematically refusing to insure HIV-positive clients, due to the increased risk of early mortality that an HIV infection allegedly implies. Without these forms of insurance (primarily life insurance), it is impossible (or at least extremely difficult or costly) to obtain bank credit, mortgage guarantee and other statements of financial solvency that are essential to acquire property or set up an independent business. This is perhaps the most urgent item for the intervention list for present-day AIDS advocates in Europe: eliminating HIV from the “bad risks” determined by insurance providers. (...) Employers, insurers, carers and educators need to update their perceptions of HIV infection. The unequal treatment of HIV-positive people by insurance companies is a relic of the time when AIDS had no medical solutions and when, in most cases, a positive HIV diagnosis was tantamount to a death warrant in the short term*”.

⁷¹ Supra, pág. 18.

direitos fundamentais⁷². Já referimos este aspecto a propósito do artigo 5º, nº 3, da Lei nº 46/2006, relativo ao âmbito laboral. No sector dos seguros há um problema acrescido que dificulta a eficácia da proibição de discriminação: a facilidade com que aparentemente se fundamenta uma restrição através da invocação do risco, deixando sem qualquer valor prático a proibição legal de discriminação⁷³.

O sector dos seguros é particularmente susceptível relativamente à ocorrência de práticas discriminatórias por duas razões. Primeiro, porque existe uma parte mais vulnerável na relação que aí se estabelece, normalmente por via de contratos de adesão. Segundo, porque o que as seguradoras entendem por *objectivamente fundamentado* pode ser excessivo, tendo em consideração o núcleo essencial do princípio da não discriminação (uma das vertentes do princípio da igualdade, constante do artigo 13º, nº 2, da CRP), do qual o artigo 15º deste Decreto-Lei constitui uma concretização. Essa interpretação excessiva pode levar, em última instância, à impossibilidade de enquadrar qualquer prática no conceito de discriminação, para efeito do artigo 15º deste diploma. A sugerir essa dificuldade está a conclusão do Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde, do INR, de 2011, de que na área dos seguros se mantém a incidência de queixas de discriminação, mas que estas “continuam a ser arquivadas devido à impossibilidade de recolha de indícios suficientes da existência de uma prática discriminatória punida por lei, tendo presente o entendimento do Instituto de Seguros de Portugal, I.P., sobre a aplicação

⁷² Cfr. artigo 18º da CRP.

⁷³ Sobre a avaliação do risco relativamente ao VIH/SIDA, veja-se: *Verbond van Verzekeraars* [Dutch Association of Insurers], “Insurability of HIV a step closer”, Report of the Working Group on AIDS, 8 March 2005, disponível em <http://www.verzekeraars.nl/UserFiles/File/download/Hiv-engels.pdf> (consulta em 15.02.12). O estudo, relativo à avaliação do risco para efeito da celebração de contrato de seguro, teve como população alvo as pessoas com VIH que já tinham iniciado a terapêutica antiretroviral e que não tinham consumido drogas intravenosas nem padeciam de doenças oportunistas. Relativamente ao quadro internacional, é referido neste estudo (capítulo 4, pág. 23) que na altura, na Europa, só eram feitos seguros de vida a pessoas com VIH em França e no Reino Unido e que mesmo aí os prémios eram relativamente elevados. Veja-se ainda a sua actualização: *Verbond van Verzekeraars* [Dutch Association of Insurers], “HIV Insurability Expanded”, Report of the HIV Working Group, June 2009, disponível em http://www.hivnet.org/downloads/pdf/verzekerbaarheid_hiv_uitgebreid_eng_juni2009.pdf (consulta em 15.02.12). Em termos de população-alvo o que difere neste estudo é que foram também consideradas pessoas seropositivas que ainda não necessitavam de medicação antiretroviral. Concluiu-se que para este grupo a probabilidade de mortalidade era apenas ligeiramente maior, desde que não houvesse outros factores de risco (capítulo 3, pág. 17).

conjugada da Lei nº 46/2006, de 28 de agosto, e do regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de abril⁷⁴.

Importa também garantir que os dados estatísticos e actuariais utilizados sejam efectivamente pertinentes e rigorosos, o que implica a contínua actualização e ponderação dos elementos disponíveis. No que concerne ao VIH/SIDA, é totalmente diferente utilizar, por exemplo, dados sobre a doença relativos a trinta anos atrás ou dos dias de hoje, em que a evolução dos conhecimentos científicos permitiu prolongar muito a esperança média de vida das pessoas infectadas.

Não é fácil conjugar os deveres de informação do segurado e a necessidade de este entregar declaração sobre o estado de saúde e exames médicos (artigo 177º, nº 1) com a proibição de discriminação em razão do estado de saúde. As informações servem para munir a seguradora de elementos para proceder à análise do risco, que irá assim verificar se a situação cabe nas “*práticas e técnicas de avaliação, selecção e aceitação de riscos próprias do segurador (...) objectivamente fundamentadas*”, a que se refere o artigo 15º, nº 3. Cabe sublinhar que enquanto a proibição da discriminação é genérica, a regra, as excepções previstas neste diploma implicam necessariamente uma avaliação da situação concreta, pois que de outra forma não seria possível assegurar o carácter pontual e justificado das mesmas. Quando se exclui automaticamente alguém da possibilidade de contratar um seguro pelo facto de estar infectado pelo VIH/SIDA não se está a permitir essa avaliação concreta, precisa, que vá revelar se existem efectivamente razões para recusa do contrato ou agravamento do prémio. Dir-se-á mesmo que esta prática acaba por transformar a excepção em regra⁷⁵. Esta é também uma questão que convoca uma fiscalização rigorosa e uma leitura restritiva das normas que introduzem excepções, de forma a conferir utilidade prática à proibição de discriminação e assim permitir que se realize a função social que a mesma visa satisfazer. É importante garantir que o ISP, entidade a que actualmente compete essa fiscalização, intervém no sentido de assegurar, além da adequação dos dados actuariais

⁷⁴ INR, Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde, Março de 2011, disponível em <http://www.inr.pt/content/1/1185/lei-da-nao-discriminacao> (consulta em 08.01.13), pág. 21.

⁷⁵ Pelo simbolismo que comporta, anote-se que o protocolo celebrado entre a Ordem dos Advogados (OA) e companhias de seguro, actualmente em vigor, é instruído por apólices tipo (condições gerais) que registam a exclusão de “quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do Vírus da imunodeficiência humana”. Cfr. cláusula 10ª, al. d) das Condições Gerais da Apólice de Seguro de Saúde Médica, em <http://www.oa.pt/upl/%7Bbbf87089-21ad-46b7-abfc-ceb396c02a2b%7D.pdf> (consulta em 29.05.12).

utilizados, que não são feitas exclusões prévias indiscriminadas. Se existir arbitrariedade nas condições de contratação não será possível diferenciar as situações, conferindo-lhes um tratamento adequado e não discriminatório.

Cumpra ainda destacar o artigo 178º (*Informação sobre exames médicos*), para cujos nºs 3 a 6 remete o artigo 15º, nº 4. Nos termos deste nº 3, o “*resultado dos exames médicos deve ser comunicado, quando solicitado, à pessoa segura ou a quem esta expressamente indique*”⁷⁶. Também a influência do resultado destes exames na decisão do segurador, v.g., quanto à “*não aceitação do seguro ou à sua aceitação em condições especiais*”, deve, quando requerido, ser objecto de comunicação (nº 5). Conforme mencionámos a propósito do artigo 15º, nº 4, a necessidade de controlar as decisões da entidade seguradora implica a informação do segurado/tomador de seguro sobre os motivos que levaram à recusa do seguro ou ao agravamento do respectivo prémio.

Aspectos que poderiam ser melhorados

O parecer a emitir a requerimento do proponente ao abrigo do artigo 15º, nº 5, deste Decreto-Lei, é relevante na medida em que permite uma avaliação da decisão tomada pelo segurador quanto à recusa de celebração do contrato de seguro ou ao agravamento do respectivo prémio. A comissão que procede a esta avaliação é constituída por um representante do Instituto Nacional para a Reabilitação, um representante do segurador e um representante do Instituto Nacional de Medicina Legal (artigo 15º, nº 6). Não há ninguém que directamente represente o proposto segurado, o que pode saldar-se em prejuízo deste, pelo que será um aspecto a melhorar⁷⁷. À semelhança do referido a propósito do artigo 15º da Lei nº 46/2006, e muito embora aí esteja em causa a representação da pessoa interessada em processos judiciais, o representante do segurado nessa comissão até poderia ser uma associação de portadores

⁷⁶ Esta comunicação deve ser feita por um médico nos casos em que a pessoa segurada não sabe o resultado desses exames ou se for possível “*supor, à luz da experiência comum, que já as conhecia*” (art. 178º, nº 4). Esta exigência é compreensível, atento o particular cuidado que é necessário ter na comunicação de determinadas informações pessoais de saúde. Cuidado que o médico estará, em princípio, por experiência e incumbência deontológica, em melhores condições de assegurar.

⁷⁷ Neste sentido veja-se, Francisco Luís Alves, “O regime jurídico da discriminação aplicável aos seguros – presente e futuro”, cit., pág 52: “(...) consideramos que também deveria ser dada a hipótese de estar presente um representante do proponente do seguro na Comissão que, atendendo ao fim de emitir parecer, deveria ser um médico”.

da doença em causa, caso o interessado assim o desejasse. Por seu turno, havendo uma entidade especializada na área da saúde que tivesse a seu cargo as atribuições actualmente cometidas ao INR, passaria a ser esta a integrar a comissão nos casos relativos a um risco agravado de saúde (ficariam reservados ao INR os casos relativos a pessoas com deficiência). É a esta comissão que o segurador tem o dever de informar relativamente aos elementos estatísticos e actuariais utilizadas no cálculo do risco (artigo 15º, nº 7). A precisão dos dados utilizados é fundamental, na medida em que estes podem influenciar decisivamente a decisão do segurador. É pois de grande importância promover o aproveitamento do potencial desta comissão, garantindo a representação efectiva do interessado e o conhecimento especializado nas questões relacionadas com a situação de risco agravado de saúde em causa. Apesar de não se tratar de um parecer vinculativo (artigo 15º, nº 8), a sua previsão é positiva, na medida em que permite que o interessado tenha um documento que atesta a adequação ou não dos fundamentos utilizados na decisão, nomeadamente em vista a instruir uma acção judicial.

Tendo em consideração que a comissão só é constituída quando solicitada (para resolução de eventuais conflitos sobre a recusa do seguro ou o agravamento do prémio), seria importante que a obrigação de informação que impende sobre o segurador tivesse suficiente destaque, por forma a evidenciar a possibilidade de o interessado a requerer.

– Resolução do Conselho de Ministros nº 5/2011, de 18 de Janeiro

Objectivos (na área da saúde): promover a igualdade de género; fomentar a saúde sexual e reprodutiva; melhorar a saúde materna; promover a autodeterminação sexual da mulher; prevenir a transmissão do VIH.

Âmbito de aplicação subjectiva: Administração directa e indirecta do Estado.

Mediante esta Resolução, o Conselho de Ministros aprova o IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e não Discriminação, 2011-2013. O Plano prevê a adopção de medidas nas diferentes áreas estratégicas (entre as quais a da saúde, área estratégica nº 4) destinadas, nomeadamente, a combater as desigualdades de género e os

factores subjacentes⁷⁸. Entre as medidas a adoptar no âmbito da saúde salientamos o combate à *feminização do VIH/SIDA*, através do “lançamento de uma campanha nacional para o incentivo do uso do preservativo feminino”⁷⁹.

Enquadramento

O Plano enquadra-se “nos compromissos assumidos por Portugal nas várias instâncias internacionais e europeias, com destaque para a Organização das Nações Unidas, o Conselho da Europa e a União Europeia”. O enfoque é na questão da discriminação de género e na necessidade de integração da mulher nos vários “domínios de actividade política e de realidade social”, designadamente através da inclusão de uma perspectiva de género em todas as áreas em que ocorrem situações de discriminação. Anuncia-se que através da implementação de acções de âmbito nacional, regional e local, é possível, ao abrigo deste Plano, “fazer a passagem da igualdade *de jure* para a igualdade *de facto*”⁸⁰.

No que concerne especificamente à *saúde*, é afirmada no preâmbulo do diploma a *não inevitabilidade* das desigualdades em saúde, desde que haja inclusão de uma perspectiva de género na concepção das políticas de saúde, em que sejam considerados os factores que criam ou potenciam a desigualdade de género, tais como as “desigualdades sócio-económicas, a maior vulnerabilidade das mulheres a situações de

⁷⁸ A este propósito veja-se a Resolução de Lisboa, sobre “Género, Saúde e Violência”, de 4 de Maio de 2010, aprovada na II Reunião de Ministros/as Responsáveis pela Igualdade de Género da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, realizada em Lisboa, nos dias 3 e 4 de Maio de 2010, <http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/cplp1.pdf> (consulta a 12 de Junho de 2012), em que se acordou, nomeadamente, em: reduzir “a vulnerabilidade das mulheres, raparigas e meninas ao VIH/SIDA e a feminização desta pandemia através da eliminação de todas as formas de discriminação e desigualdades de género, da exploração sexual, de todas as formas de violência de género, incluindo o tráfico, as práticas tradicionais nocivas, o abuso sexual, a violação e outras formas de violência sexual, contra elas praticadas, bem como através da construção do seu empoderamento e da Igualdade e Equidade de Género”; e concretizar “a agenda definida no Plano Operacional para a Matriz de Resultados do UNAIDS/ONUSIDA”, particularmente o combate às desigualdades de género e violações de direitos das mulheres que potenciam a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA].

⁷⁹ Estes objectivos estão enunciados na Declaração do Milénio das Nações Unidas, de 8 de Setembro de 2000.

⁸⁰ Cfr. exórdio da Resolução.

pobreza, o acesso ao emprego, os horários prolongados, as dificuldades de conciliação e a ausência de tempos de lazer”⁸¹.

A campanha de incentivo ao uso do preservativo feminino está inserida no âmbito dos programas da cooperação para o desenvolvimento e, particularmente, nas acções de prossecução do objectivo nº 5 dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (*Melhoria da saúde materna*)⁸².

Em vários instrumentos internacionais é enfatizada a necessidade de fomentar a igualdade de género, garantir que as mulheres têm efectivamente acesso à saúde sexual e reprodutiva e combater os factores que promovem a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA. O apelo a este enfoque no âmbito das acções de resposta ao VIH/SIDA é constante, surgindo com menor ou maior ênfase, de acordo com o âmbito mais ou menos generalizado do instrumento⁸³.

Na sua Resolução de 7 de Setembro de 2000⁸⁴, o Parlamento advertiu que a política comunitária relativa à luta contra a SIDA deveria estar em coerência com as políticas desenvolvidas “em áreas como o planeamento familiar, a educação e a saúde, a capacitação das mulheres, o emprego, a luta contra a pobreza e os direitos humanos”⁸⁵.

⁸¹ Este relatório está a ser desenvolvido precisamente num período em que se assiste a um aumento muito substancial do desemprego e da pobreza e em que o sentido das alterações propostas à legislação laboral é o da desregulamentação, nomeadamente, dos tempos de trabalho e de descanso, com as inerentes consequências a nível da vida pessoal e familiar. Cfr. Proposta de Lei nº 46/XII, que *Procede à terceira revisão do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro*.

⁸² Cfr. Resolução 55/2 da Assembleia Geral da ONU, de 8 de Setembro de 2000: Declaração do Milénio das Nações Unidas, adoptada na Cimeira do Milénio, realizada em Nova Iorque, de 6 a 8 de Setembro de 2000.

⁸³ Veja-se, v.g., a Declaração Política da OMS/ONUSIDA: Garantia do acesso equitativo ao tratamento anti-retroviral para as mulheres (sumariada infra, na pág. 272): “*Gender-based inequalities put women and girls at increased risk of acquiring HIV. Women’s limited ability to negotiate safer sex practices with their partners, including condom use, can place even women who are faithful to one partner at risk of HIV infection*”; a Resolução nº 47/1 da Comissão do Estatuto das Mulheres, de 14 de Março de 2003: Mulheres, meninas e o vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) [infra, pág. 244]; e ainda as orientações emitidas em 2005 pelo ONUSIDA, em conjunto com o GCWA: “Educar as raparigas – combater a SIDA”, “Eliminar a violência contra as mulheres – combater a SIDA”, “Segurança económica para a luta das mulheres contra a SIDA”, “Aumentar o controlo das mulheres sobre a prevenção do VIH – combater a SIDA”, referenciadas infra, nas págs. 277 a 280. Veja-se ainda P. Distabile, NN. Dubler, L. Solomon, RS, Klein, “Self-reported legal needs of women with or at risk for HIV infection”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, December 1999, págs. 435 a 447, texto que se encontra disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02351501#page-2> (consulta em 05.10.2012).

⁸⁴ Resolução do Parlamento Europeu, de 7 de Setembro de 2000, relativa à Conferência Internacional sobre a SIDA realizada em Durban, na África do Sul, *Jornal Oficial nº C 135, de 07/05/2001*, pág. 0258 – 0261.

⁸⁵ Cfr. ponto 7 da Resolução.

Em 24 de Abril de 2007⁸⁶, assinalou a necessidade de combater os “factores que continuam a colocar as mulheres em risco e a aumentar a sua vulnerabilidade”, enunciando como exemplos “a falta de autodeterminação, a violência contra as mulheres, o tráfico de mulheres, a pobreza e a discriminação sexual”. Destacou o facto de ser crescente o número de mulheres infectadas pelo vírus “na sua vida privada, inadvertidamente, através de relações heterossexuais não protegidas, tornando-se portadoras do vírus, que poderão transmitir aos seus descendentes”⁸⁷. Por essa razão, incentivou a Comissão e os Estados-membros a subsidiarem e financiarem a investigação e o desenvolvimento de preservativos femininos, pois que, contrariamente aos tradicionais, dispensam o consentimento do parceiro sexual masculino⁸⁸. Convidou ainda os Estados-membros a desenvolverem estratégias nacionais destinadas a “aumentar a capacidade das mulheres e das jovens para se protegerem do risco de infecção pelo VIH”⁸⁹. Na Resolução de 13 de Março de 2008⁹⁰, o Parlamento alertou para esta matéria, assinalando a necessidade de garantir o acesso pleno aos serviços e equipamentos de prevenção, em ordem a colocar as mulheres “em melhor posição para negociarem sexo seguro e se protegerem das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o VIH/SIDA”⁹¹. Em 2010, em Resolução de 8 de Julho, instou os Estados a condenarem e adoptarem medidas contra obstáculos jurídicos que estejam a impedir a eficácia das acções de combate ao VIH relativamente a mulheres.

O Conselho da Europa chamou outrossim à atenção para a problemática apontando como factores da maior vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA as situações de dependência económica e social e a violência contra as mesmas⁹², e

⁸⁶ Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de Abril de 2007, sobre a luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2006-2009, *JO C 74E, de 20.3.2008*, pág. 348—356.

⁸⁷ Cfr. considerando T da Resolução. Cfr. também o ponto 14, em que os Estados-Membros e a Comissão são instados a adoptar medidas de combate à violência contra as mulheres.

⁸⁸ Cfr. ponto 30 da Resolução: “[os preservativos] continuam a ser o meio de protecção mais conhecido e largamente disponível contra o VIH/SIDA e as doenças sexualmente transmissíveis, mas requerem o consentimento do parceiro masculino”.

⁸⁹ Cfr. ponto 31 da Resolução. Veja-se, a este propósito, o considerando S, em que se afirma que, “de acordo com a OMS, as mulheres são provavelmente mais susceptíveis do que os homens de contrair o VIH em qualquer encontro heterossexual, devido a factores biológicos”.

⁹⁰ Resolução do Parlamento Europeu, de 13 de Março de 2008, sobre a igualdade entre os sexos e a atribuição de poderes e responsabilidades às mulheres na cooperação para o desenvolvimento, *Jornal Oficial n.º C 066 E de 20/03/2009*, pág. 0057 – 0066.

⁹¹ Cfr. Ponto 33 da Resolução.

⁹² Cfr. ponto 4 da Recomendação 1785, da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro de 2007, sobre a propagação do VIH/SIDA às mulheres e raparigas na Europa: “*Physiologically, women are more prone to the virus than men. Coupled with social and economic dependence, sexist attitudes and domestic violence, a deadly cocktail can develop*”.

destacando a relevância da promoção da emancipação da mulher no combate ao VIH/SIDA⁹³.

Aspectos a ressaltar na Resolução

Sendo a utilização do preservativo essencial para prevenir a transmissão, reveste de grande relevância a sua disponibilização generalizada, bem como todas as medidas que visem fomentar a prática de comportamentos sexuais seguros. São vários os factores que estão na base da existência de desigualdades de género e da adopção de comportamentos de risco, designadamente as situações de carência ou de violência contra as mulheres⁹⁴. Estes comportamentos podem inclusivamente ser determinados por aspectos do foro psicológico, porventura relacionados com uma ideia de imunidade (a de que *só acontece aos outros*) ou de alheamento dos riscos reais (embora com conhecimento acerca da sua existência)⁹⁵. Haverá também algumas associações de ideias subjacentes à desvalorização dos riscos e aos comportamentos subsequentes, como a percepção (porventura involuntária) de que uma boa aparência ou o conhecimento prévio da pessoa envolvida são sinais de segurança relativamente à hipótese de contrair uma infecção sexualmente transmissível, podendo levar inclusivamente a que nem sequer se questione a necessidade de o precaver.

⁹³ cfr. Ponto 5 da Recomendação 1785: “*The empowerment of girls and women in Europe is thus a key factor in the fight against HIV/AIDS. Girls and women must both be properly informed of the risks associated with certain behavior and be put into a position where they have the power to act on this information*”. Sobre este assunto veja-se ainda a Resolução 1536 (2007) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro, relativa ao VIH/SIDA na Europa.

⁹⁴ Sobre isto veja-se, nomeadamente, Charlotte Watts, Cathy Zimmerman, Brenda Roche, “Violence against women and trafficking: a priority for HIV programmes?”, in HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management”, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 67 a 85, disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 24.02.12).

⁹⁵ Importa pois sublinhar que, muito embora sejam naturalmente fundamentais as acções de divulgação de informação e de educação para a saúde, é necessário agir também no sentido de compreender e contrariar os fenómenos psicológicos e sociais que influenciam também na adopção de comportamentos sexuais de risco, com base nos estudos realizados sobre a matéria. Vide, v.g., Maria João Alvarez, *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*, Tese de Doutoramento em Psicologia (defendida em 2002), publicada ao abrigo do protocolo entre a Fundação para a Ciência e a Tecnologia e a Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2005; e Jane Ogden, *Psicologia da Saúde*, 2ª ed., Manuais universitários, Lisboa, Climepsi Editores, pág. 367: “Os factores psicológicos são importantes, não apenas para as atitudes e crenças sobre o HIV, e comportamentos resultantes, como também podem estar implicados na susceptibilidade individual ao vírus, na replicação do vírus, uma vez contraído, e na esperança de vida”.

A desigualdade de género e a violência contra as mulheres são factores sociais do VIH/SIDA, na medida em que aumentam a probabilidade das mesmas serem afectadas pela doença e seus efeitos. A utilização do preservativo feminino permite que a mulher tenha um maior controlo sobre a sua própria saúde sexual e reprodutiva, ao implicar uma maior facilidade na imposição da utilização desta protecção nas relações sexuais. Nesta medida, é relevante o lançamento da campanha de incentivo ao uso do preservativo feminino. E isto tanto na diminuição da transmissão do VIH por via sexual como na transmissão vertical do vírus, de mãe para filho. Para que seja eficaz, deverá naturalmente ser acompanhada de medidas que incidam sobre os diferentes factores que intercedem na situação das mulheres relativamente à doença e que fomentem a sua saúde sexual e reprodutiva, designadamente através da garantia generalizada do acesso aos serviços desta área. Também o acesso de todos ao diagnóstico precoce é essencial para os fins visados, na medida em que o conhecimento do estatuto serológico tenderá a reflectir-se (espera-se) na redução dos comportamentos de risco voluntários.

1.1.2. Recomendações e pareceres

Recomendações

– Recomendação nº 32/8/99 do Provedor de Justiça sobre Despistagem de VIH e discriminação, de 26 Agosto de 2001⁹⁶

A Recomendação teve subjacente uma queixa de um militar do Exército, em que este alegava ter sido vítima de discriminação pelo facto de ser seropositivo. O fundamento era o da sua dispensa do serviço que prestava à cozinha após ter sido descoberto o seu estatuto serológico. O Provedor de Justiça pronunciou-se no sentido da ausência de razão para considerar o militar “uma ameaça para a saúde pública no exercício das suas funções, que à altura eram de reforço de cozinha”. Destacou, em sede de conclusões, a ilicitude daquela dispensa, por ser “contrário ao direito ao trabalho e à

⁹⁶ Não obstante não terem carácter normativo, as recomendações do Provedor de Justiça influenciam muitas vezes as decisões administrativas e as iniciativas legislativas. Daí a sua inserção neste local.

segurança no emprego (artigos 53º e 58º da CRP), estabelecer limites à relação de trabalho por força de afecção detectada, não objectivamente justificadas”.

A queixa fazia ainda referência a uma violação do segredo por parte de uma enfermeira. Relativamente a este aspecto, o Provedor destacou a ilicitude de comportamentos como: *i)* a divulgação dos resultados individualizados dos testes, na medida em que viola o direito à reserva da intimidade da vida privada (artigo 26º, nº 1, da CRP) e não encontra justificação “dentro do actual conhecimento de saúde pública”; *ii)* a realização de análises, tratamentos, hospitalizações ou isolamentos compulsivos, na medida em que consubstancia uma violação, desde logo, do direito à liberdade (artigo 27º, nºs 1 e 2, da CRP).

– Recomendação do Provedor de Justiça nº 2-A/2005, de 18 de Março

A Recomendação foi motivada por uma reclamação sobre a expulsão de um utente de um lar de idosos, alegadamente com base no facto de este ser portador de VIH/SIDA.

O utente havia sido acolhido sem a entrega do respectivo relatório clínico, que é obrigatória⁹⁷. Na sequência da entrega do relatório clínico, que permitiu o conhecimento do estatuto serológico do utente por parte do médico, este informou uma voluntária do estabelecimento que teriam de ser adoptadas precauções especiais relativamente a este utente por padecer de uma *doença infecto-contagiosa*, não lhe revelando, não obstante, de que doença se tratava. A referida voluntária acabou por descobrir que doença era ao consultar o processo do utente, à revelia do médico. Seguidamente, o utente foi expulso do estabelecimento, tendo sido alegado que o mesmo “não tinha condições para acolher um doente com aquele tipo de patologia”.

Na Recomendação, o Provedor de Justiça adverte que a relevância do incumprimento da entrega do relatório clínico do utente em nada estava ligada ao facto

⁹⁷ Cfr. Norma X do Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de Fevereiro, *que aprova as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, abrangidas pelo Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio*. De acordo com o nº 4 desta norma (que regula a matéria da higiene e dos cuidados de saúde), o processo clínico do idoso só é susceptível de consulta e actualização por parte do pessoal médico e de enfermagem, ou pelos familiares ou representantes do médico (segundo o critério médico). A propósito do caso em análise na Recomendação é de sublinhar ainda o nº 5 da Norma X, nos termos do qual pode, no acto de admissão do idoso “ser exigido um atestado comprovativo de que não sofre de doença infecto-contagiosa ou mental aguda e, quando exista um passado clínico, um relatório médico”.

de o mesmo estar infectado pelo VIH, na medida em que “todas as evidências científicas esclarecem que inexistem justificações para o impedimento ou para a limitação do acolhimento de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana”. Sublinha ainda a gravidade do comportamento da voluntária de devassar o processo clínico do utente, alertando para a necessidade da tomada urgente de medidas destinadas a impedir a repetição deste tipo de situação⁹⁸.

– Recomendação nº 3/B/2008 do Provedor de Justiça, de 10 de Março de 2008⁹⁹

A recomendação foi motivada por reclamações de cidadãos portadores de deficiência e respectivos familiares, apresentadas na sequência da entrada em vigor da Lei nº 46/2006, no sentido da intervenção do Provedor de Justiça quanto ao problema das “práticas discriminatórias consubstanciadas na recusa de celebração de contratos de mútuo ou de seguro, ou no inopinado agravamento dos prémios de seguro, por efeito da deficiência e da existência de risco agravado de saúde”. Estava pois em causa a concretização do artigo 4º, alínea c), da mesma Lei.

Como notámos acima, a propósito do Decreto-Lei nº 72/2008, o Provedor de Justiça sublinhou a ineficácia da Lei nº 46/2006 em relação à discriminação no sector dos seguros, pois que continuava a ser muito frequente a “esquiva das companhias de seguros celebrarem contratos de seguros de vida com pessoas (...) com riscos especiais de vida” ou o agravamento dos respectivos “prémios para montantes intoleráveis”. Como também referimos, criticou igualmente a atribuição de competência ao Instituto de Seguros de Portugal (ISP) para instruir os processos de contra-ordenação e aplicar coimas pela prática de actos discriminatórios neste sector¹⁰⁰.

A pronúncia do ISP relativamente à persistência de situações de discriminação neste âmbito é objecto de citação na Recomendação em referência¹⁰¹. Extrai-se dos excertos citados que, de acordo com este Instituto, a ineficácia da Lei prende-se com a limitação da proibição às discriminações injustificadas (e, *em termos técnicos, não necessárias*). Isto não serviria para ultrapassar o problema porque seriam aceitáveis

⁹⁸ O Provedor refere que o comportamento daquela voluntária poderia consubstanciar um crime de *devassa da vida privada*, previsto no art. 192º do Código Penal

⁹⁹ A recomendação é dirigida ao Ministro do Estado e das Finanças (Processo R-1329/07).

¹⁰⁰ Cfr. artigos 3º, nº 1 e 4º, do Decreto-Lei nº 34/2007, de 15 de Fevereiro.

¹⁰¹ A posição do ISP, amplamente citada na recomendação, consta do ofício nº 301/CDI/2007.

todas as condições incluídas no contrato, desde que fundadas nos *manuais de risco*, em *situações clínicas diferenciadas* ou nos *fundamentos da técnica seguradora*¹⁰². Assim, na medida em que apenas proibia a *recusa de negociação* e a *imposição arbitrária de condições mais gravosas*, a Lei 46/2006 não teria sido suficiente para eliminar as práticas discriminatórias no sector.

Na Recomendação é ainda citada a posição do Instituto sobre eventuais formas de tutela do Estado relativamente a práticas discriminatórias, tais como a criação de um fundo público accionável subsidiariamente às garantias reais, para garantir a celebração do contrato de seguro quando o risco elevado para a empresa seguradora conduz à recusa da mesma e o exercício dos direitos de accionista das empresas com capital do Estado, como a Caixa Geral de Depósitos, v.g., por via de orientações nesse sentido.

Pareceres

– **Parecer do Centro de Direito Biomédico sobre um caso de discriminação em contexto laboral, da autoria de André Dias Pereira, de 23 de Maio de 2006, Coimbra**¹⁰³

O Parecer é relativo à situação de um trabalhador seropositivo que exercia funções de cozinheiro num hotel do grupo Sana, a quem fizeram cessar o contrato de trabalho após o conhecimento do seu estatuto serológico pelo médico do trabalho. Os problemas jurídicos abordados foram, por um lado, a eventual violação do sigilo profissional por parte daquele médico e, por outro, a potencial existência de discriminação, consubstanciada num despedimento sem justa causa. André Dias Pereira analisou a responsabilidade do médico do trabalho sob os pontos de vista penal (crime de violação do segredo, previsto no artigo 195º do Código Penal Português), civil e disciplinar,

¹⁰² Importa citar aqui também parte do excerto destacado na recomendação retirado do ofício nº 301/CDI/2007: “(...) para a actividade seguradora, e seus fundamentos, esta Lei aparenta ser tendencialmente neutra, uma vez que apenas parece proibir as discriminações injustificadas e, em termos técnicos, não necessárias (...). Assim, embora esta Lei represente uma limitação à autonomia da vontade, na medida em que passam a ser proibidas as situações de recusa de negociação ou de imposição de condições mais gravosas **ad nutum**, e embora sirva de base sólida para a superação de problemas sentidos na contratação de alguns seguros por pessoas com deficiência, a verdade é que não parece contrariar os fundamentos da técnica seguradora”.

¹⁰³ Parecer solicitado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, disponível em <http://sida.dgs.pt/> (consulta a 11.06.12).

evidenciando a consagração do direito à reserva da vida privada no direito interno. Quanto à questão da discriminação, e depois de enunciar normas e instrumentos existentes sobre este tema, bem como os direitos dos trabalhadores, o jurista concluiu pela ilicitude do despedimento (ausência de justa causa) e pelo carácter discriminatório da cessação do contrato (discriminação em virtude da doença crónica)¹⁰⁴.

André Dias Pereira deixou ainda duas recomendações: primeira, que os testes de rastreio de VIH em domínio laboral sejam realizados por uma agência independente, à semelhança do que acontecia já com os testes genéticos; segunda, que fosse elaborada, por parte de uma comissão médico-legal, uma lista dos casos em que seria admissível solicitar testes de diagnóstico de VIH em âmbito laboral.

– Parecer da jurista Maria do Céu Rueff sobre o exercício de funções de um médico cirurgião portador de VIH, de 15 de Julho de 2007, Cascais¹⁰⁵

O que motivou o Parecer foi a questão de saber se existiria legislação ou orientação em saúde pública aplicável ao caso de um médico cirurgião em exercício de funções a quem tinha sido diagnosticada seropositividade para o VIH pelos serviços da medicina do trabalho.

Para abordar a situação concreta, e na sequência de um enquadramento inicial, com referências históricas, éticas e de instrumentos jurídicos aplicáveis, Maria do Céu Rueff distinguiu entre os casos em que o médico desempenha técnicas de diagnóstico ou terapêuticas invasivas e aqueles em que isso não acontece.

A jurista foi de parecer que o médico seropositivo deveria abster-se “de práticas diagnósticas ou terapêuticas invasivas, o que no caso de um cirurgião em funções (...) [implica] mudança de especialidade, conquanto manutenção na carreira médica”. Ressalvou, no entanto, que à excepção destas situações, “o profissional de saúde não deve ser discriminado por possuir *doença crónica*”¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Cfr. arts. 23º e 24º do CT. Sublinhamos que a *doença crónica* é dos factores de não discriminação expressamente previstos no art. 24º, nº 1.

¹⁰⁵ Parecer solicitado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, disponível em <http://sida.dgs.pt/> (consulta a 11.06.12).

¹⁰⁶ Sobre o tema do exercício de profissões na área da saúde por parte de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA veja-se, António Queirós, “VIH, risco e aptidão para o trabalho”, IX Congresso Virtual sobre a infecção do VIH/SIDA nos países de língua portuguesa, 2008, disponível em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=281 (consulta em 11.02.12). Avaliando o risco de transmissão do VIH do profissional de saúde para o paciente como *muito*

– Parecer do Centro de Direito Biomédico sobre o exercício de funções de um médico cirurgião portador de VIH, da autoria de André Dias Pereira, de 13 de Julho de 2007, Coimbra¹⁰⁷

O que motivou também o Parecer foi a questão de saber se existiria legislação ou orientação em saúde pública aplicável ao caso de um médico cirurgião em exercício de funções a quem tinha sido diagnosticado seropositividade para o VIH pelos serviços da medicina do trabalho.

A exposição do Parecer está dividida em seis partes: i) *Da legitimidade de submeter o médico cirurgião a um teste para o VIH, no âmbito da medicina do trabalho;* ii) *Do consentimento informado para a realização do teste e da ilicitude do acesso a esta informação por parte do médico do trabalho;* iii) *Da ilicitude da comunicação à Directora Clínica do Hospital e ao Conselho de Administração do Hospital do estatuto serológico do trabalhador;* iv) *Da legitimidade de o Conselho de Administração do Hospital tomar medidas restritivas do conteúdo funcional do estatuto profissional do cirurgião seropositivo;* v) *Dos deveres do Conselho de Administração face ao médico cirurgião.*

André Dias Pereira considerou que o caso deveria ser analisado por uma comissão técnica, estritamente confidencial, que englobasse na sua composição especialistas em

baixo, o autor considera não ser legítimo proceder “à realização de testes de diagnóstico de VIH no âmbito dos exames de saúde em medicina do trabalho, quando entendidos como mecanismos de justificação para a atribuição de incapacidade para o trabalho dos profissionais de saúde”. Veja-se ainda, - CARO, Javier Sánchez, “Relaciones laborales y SIDA: algunas cuestiones (A propósito de la ley de Prevención de Riesgos laborales)”, in *Revista de Administración Sanitaria*, volume IV, nº 13, Janeiro-Março, Madrid, 2000, págs. 85 a 107; The World Medical Association General Assembly, “*The World Medical Association Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession*”, Pilanesberg, South Africa, October 2006, disponível em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a25/index.html> (consulta em 11.02.12); The American College of Surgeons, “*Statement on the Surgeon and HIV infection*” (Revised May 2004), Reprinted from Bulletin of the American College of Surgeons, volume 89, nº 5, disponível em http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-13.html (consulta em 11.02.12); Joël Colonna, *Le Droit des Relations de Travail Confronté au VIH/SIDA*, Presses Universitaires d’Aix-Marseille-Puam, Aix en Provence, 2002, págs. 95 a 98; Caroline Suter, “Switzerland: exclusion of a healthcare professional because he was HIV-positive”, in *HIV/AIDS Policy & Law Review*, vol. 15, nº 1, Canadian Legal Network, 2010, texto que se encontra disponível em <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1775> (consulta em 07.10.11).

¹⁰⁷ Parecer solicitado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, disponível em <http://sida.dgs.pt/> (consulta a 11.06.12).

. O texto encontra-se igualmente na seguinte publicação: André Pereira, “Cirurgião Seropositivo. Do Pânico ao Direito”(texto que corresponde, com ligeiras alterações, ao publicado em *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 4, nº 8, 2007, págs. 97 a 114), disponível em <http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/2797> (consulta em 29.05.12).

infeciologia, cirurgiões e outros profissionais de saúde com conhecimentos no âmbito das infeções transmissíveis por via sanguínea¹⁰⁸. Seria em função desta análise que se resolveria o caso concreto. Se aquela comissão concluísse pela existência de práticas, no âmbito das funções que exercia o cirurgião, que pudessem colocar o paciente em risco de transmissão do VIH, aquele deveria abster-se de as desempenhar¹⁰⁹. Se chegasse a conclusão inversa, não seria necessária a revelação do estado de saúde do cirurgião aos seus pacientes, na medida em que não satisfaria qualquer *finalidade racional*. O jurista sublinha ainda que o Conselho de Administração do Hospital deveria promover o respeito pelos direitos do trabalhador, o direito à reserva da intimidade da vida privada e o direito à não discriminação, bem como adoptar “as medidas positivas de requalificação profissional que valorizem as capacidades laborais deste jovem médico”¹¹⁰.

1.1.3. Jurisprudência

– Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 24 de Setembro de 2008, Processo 07S3793, Relator: Mário Pereira

O Supremo Tribunal de Justiça, aduzindo não ter competência para reapreciar a matéria de facto, confirmou o acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 29 de Maio de 2007¹¹¹, de acordo com o qual era legítima a decisão da entidade empregadora de fazer caducar o contrato de trabalho de um trabalhador que exercia funções de cozinheiro, devido ao facto de este ser seropositivo.

¹⁰⁸ Vide página 28 deste Parecer.

¹⁰⁹ Vide páginas 28 e 29 deste Parecer.

¹¹⁰ Vide página 1 deste Parecer.

¹¹¹ *Acórdão não publicado*. Vide, a comentar este Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, André Dias Pereira, “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/SIDA: estudo de um caso”, cit.; Joana Vicente, Milena Silva Rouxinol, “Entre o direito à saúde e o direito a estar doente - comentário ao Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 29 de Maio de 2007”, in *Questões Laborais*, ano 9, nº 31, Janeiro-Julho, 2008, págs. 89 a 114. Veja-se também, quanto a questões laborais no contexto do VIH/SIDA, Joana Nunes Vicente, Milena da Silva Rouxinol, “Em torno do VIH/SIDA: Subsídios para uma cultura laboral de saúde e justiça”, IX Congresso Virtual HIV/AIDS (*A Infeção VIH e o Direito*), 2008, em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=277 (consulta em 23.02.12).

A instância recorrida deu por provado que o VIH/SIDA tornaria o trabalhador inapto para o exercício das suas funções habituais, pois que estas implicavam a manipulação de alimentos e a utilização de objectos cortantes, o que poderia comportar risco de transmissão. Fundamentam a asserção do seguinte modo: “o vírus respectivo existe no sangue, saliva, suor e nas lágrimas e pode ser transmitido no caso de haver derrame dos mesmos sobre alimentos servidos em cru consumidos por quem tenha na boca uma ferida mucosa de qualquer espécie”. Foi com base nesse argumento que foi declarada a caducidade do contrato de trabalho, por impossibilidade superveniente, absoluta e definitiva [artigo 387º, alínea b), do Código do Trabalho]¹¹².

– Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 26 de Junho de 2012, Processo 1269/09, Relator: Pimentel Marcos

A questão central no acórdão é a de saber se é discriminatória a inclusão, num seguro de vida, em caso de morte, temporário, de uma ou várias cláusulas que exceptuam do capital de seguro a favor da generalidade das pessoas seguras, aquelas em que a morte for provocada ou agravada pela SIDA, fixando-se esse capital em montante inferior relativamente a estas.

¹¹² A decisão foi polémica, na medida em que contraria as evidências científicas e as orientações de instâncias internacionais. Embora o VIH exista na saliva, suor e lágrimas, a sua quantidade não é considerada suficiente para que opere a transmissão. Por seu turno, a transmissão sanguínea ocorre por via mais *directa*, nomeadamente através da utilização de seringas infectadas. O caso convoca direitos fundamentais potencialmente conflituantes, como o direito à segurança no emprego e o direito à integridade física (artigos 53º e 25º da CRP, respectivamente), cujo equilíbrio implica o respeito pelo princípio da proporcionalidade (artigo 18º, nºs 2 e 3, da CRP). Não sendo os fundamentos invocados cientificamente válidos, justificar-se-ia uma decisão que evidenciasse o despedimento ilícito, com as respectivas consequências. Sobre isto veja-se Augusto Lopes Cardoso, “O Problema da Discriminação nas Medidas Legislativas sobre a SIDA”, cit., pág. 432, que depois de sublinhar a necessidade de, no juízo sobre a restrição de direitos fundamentais, ser respeitado o princípio da proporcionalidade, nas suas dimensões de *legitimidade, legalidade e proporcionalidade*, afirma ser “assente que nenhum desses critérios, em matéria de saúde pública, subsiste no caso da SIDA”. Cfr., v.g., as Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos em Conselho de 15 de Dezembro de 1988, relativas a SIDA e ao local de trabalho, *em que se assume que nos locais de trabalho não existe risco de contaminação pelo VIH/SIDA*; a Recomendação Nº 200, sobre o VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 17 de Junho de 2010, em que se afirma que, mesmo “quando haja possibilidade de exposição ao VIH, os trabalhadores devem receber informação e formação necessárias sobre os modos de transmissão”, nunca se referindo a hipótese de deixarem de desempenhar funções por razões de prevenção (pág. 9) [sumariada infra, na pág. 314]. Veja-se ainda [Ed.] Peter Byrne, *Ethics and Law in Health Care and Research*, Chichester: John, Wiley & Sons, 1990, pág. 114: “*The WHO is emphatic that there is no evidence at all that the virus can be spread by (...) food, water, sneezing, coughing (...) sweat, tears (...)*”; e ainda as Directrizes para juízes e magistrados dos tribunais de trabalho, de 2005, da OIT, pág. 2: “*(...) judicial officers cannot be entirely free of the prejudices, fears and attitudes of the societies in which they live. It is, therefore, critical that all judicial officers equip themselves with accurate information about the disease so that they have a good understanding of HIV/AIDS*” (referenciadas infra, na pág. 319).

Os factos subjacentes ao caso remontam a 1974, altura em que os trabalhadores da empresa recorrida passaram a estar cobertos por um seguro de vida e de invalidez. O filho da recorrente veio a falecer em 2005, quando ainda permanecia ao serviço da entidade recorrida¹¹³, em virtude de um linfoma não Hodgkin, tipo B de alto grau, para o qual contribuiu a SIDA. Sucede que, em 1994, foi feita uma alteração mediante acta adicional, que reduziu o valor do capital de seguro, que era em geral de € 124.699,99, para € 24.939,89 no caso de o falecimento ser causado ou agravado pela SIDA¹¹⁴. A razão invocada para a alteração foi a de alegadamente ter havido um agravamento do risco coberto, comprovado por estudos actuariais (aumento substancial da sinistralidade relativa a esta apólice no ano de 1993).

O Tribunal retoma a referência feita na instância recorrida ao carácter discriminatório e inaceitável de uma redução do capital seguro, nos seguros de vida inteira, para os casos de morte causada pela SIDA, explicitando que nestes seguros a morte “é um facto que ocorrerá necessariamente, apenas se ignorando quando o evento se verificará”. A questão que pondera é se também no caso de um seguro facultativo e “de vida temporário”, como é o da situação em juízo, em que a seguradora só estava vinculada a pagar a prestação acordada na eventualidade de a morte ocorrer durante o período previsto na apólice, deve ser considerada discriminatória a redução desse capital para os casos em que a morte tenha sido provocada ou potenciada pela SIDA.

Apesar de citar diplomas legislativos que contêm normas destinadas a proibir a discriminação em função do risco agravado de saúde, como a Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto, e o Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril, o Tribunal nota que nenhum destes estava em vigor no momento da celebração do contrato de seguro ou sequer quando foram feitas as alterações constantes das actas adicionais. No entanto, logo ressalva que, apesar de não poderem ser directamente aplicadas, estas normas não podem ser ignoradas, já que através delas é possível “conhecer o pensamento do legislativo sobre a matéria e a doutrina mais recente sobre a questão”. Afirma ainda que é aplicável ao caso o disposto no artigo 13º, nº 2, da CRP, na medida em que os princípios da igualdade e da não discriminação se impõem também nas relações entre privados, por força do disposto no artigo 18º, nº 1, da CRP.

¹¹³ Era comissário de bordo na Companhia de uma das recorridas, referenciada nos autos por “C...SA”. A outra recorrida era a companhia de seguros em causa, identificada nos autos como “B...COMPANY”.

¹¹⁴ Posteriormente foram aditadas mais duas actas no mesmo sentido da restrição do valor da indemnização.

O Tribunal considerou que as razões invocadas pela recorrida não podiam justificar o tratamento diferenciado da SIDA relativamente a outras doenças de gravidade semelhante¹¹⁵. Concluiu assim pela nulidade das cláusulas em causa, no segmento em que estabeleciam a redução do capital seguro para os casos em que a morte tinha sido provocada ou potenciada pela SIDA, condenando as arguidas, recorridas, a pagar à autora a quantia de € 104.699.99, acrescida de juros de mora à taxa legal, desde a data da citação e até ao integral pagamento desse valor.

1.2. Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis¹¹⁶

1.2.1. Actos normativos

– Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, na redacção dada pela Lei nº 59/2007

Objectivos [artigos 177º e 283º]: tutelar os direitos fundamentais mediante o reforço da protecção dos bens jurídicos pessoais; criminalizar a propagação de doenças *contagiosas*.

Âmbito de aplicação subjectivo: geral¹¹⁷.

Sanções: pena de prisão, com possibilidade de substituição por pena de multa em alguns casos de negligência.

O presente diploma revê e republica o Código Penal. De sublinhar o artigo 177º, na redacção dada pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro, relativo ao agravamento das

¹¹⁵ E explicita a posição, afirmando o seguinte, na pág. 63 do acórdão: “(...) destinando-se o seguro de grupo a cobrir os riscos dos trabalhadores de uma determinada classe profissional, e podendo alguns deles vir a sofrer de doenças tão mortíferas como as provocadas pela SIDA, não se vê qualquer razão para somente serem excluídos os que viessem a morrer de doença provocada ou agravada por este síndrome”.

¹¹⁶ Sobre a intervenção da legislação penal no controlo da propagação de doenças transmissíveis *vide*, designadamente, José Souto de Moura, “S.I.D.A e Responsabilidade Penal”, in *Revista do Ministério Público*, nº 37, Ano 10º, Janeiro-Março, Editorial Minerva, 1989, págs. 33 a 57; Augusto Silva Dias, “A Responsabilidade Criminal por transmissão Irresponsável do Vírus da SIDA: um Olhar sobre o Código Penal Português e o novo Código Penal de Cabo Verde”, in *Direito e Cidadania*, Ano 6º, nº 20-21, 2004, págs. 9-38.

¹¹⁷ É aplicável a todas as pessoas em geral, não se restringindo a determinado grupo (caso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA).

penas aplicáveis a crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual. O nº 3 determina que as penas previstas nos artigos 163º a 167º e 171º a 174º sejam “agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se o agente for portador de doença sexualmente transmissível”. O nº 4 prevê ainda as penas previstas nos artigos 163º a 168º e 171º a 174º sejam agravadas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, se dos comportamentos aí descritos resultar nomeadamente “transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida”¹¹⁸.

Destacamos ainda o artigo 283º, nº 1, alínea a), que determina a aplicação de pena de prisão, de 1 a 8 anos, a quem propagar doença contagiosa e criar, dessa forma, perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física de outrem. O limite máximo da pena diminui para 5 anos nos casos em que a situação de perigo tenha sido criada por negligência (nº 2) e para 3 anos, com possibilidade de substituição por pena de multa, quando a conduta em si (independentemente da criação de perigo) tiver sido adoptada por negligência (nº 3).

Enquadramento

O Comité de Ministros do Conselho da Europa recomendou, em 1993¹¹⁹, que a aplicação da lei penal aos casos de transmissão do VIH fosse apenas uma via de último recurso, considerando o contexto das infracções cometidas, e que apenas fossem sancionados os comportamentos que criassem perigo de transmissão não obstante a pessoa ter tido acesso a informação sobre os riscos e a campanhas de consciencialização

¹¹⁸ Na redacção anterior do preceito, do Decreto-Lei em referência, o nº 3 (correspondente ao actual nº 4) referia explicitamente a transmissão de vírus da imunodeficiência adquirida. A actual redacção, com a alusão indiferenciada a um agente patogénico susceptível de criar perigo para a vida, é mais abrangente. De sublinhar ainda o artigo 177º, nº 7, na redacção dada pela Lei nº 59/2007, nos termos do qual sempre que concorram no mesmo comportamento outras circunstâncias referidas no preceito [por exemplo, dele resultar o suicídio ou morte da vítima (nº 4)] “só é considerada para efeito de determinação da pena aplicável a que tiver efeito agravante mais forte, sendo a outra ou outras valoradas na medida da pena”.

¹¹⁹ Cfr. Recomendação Nº R (93) 6, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 18 de Outubro de 1993, sobre os “aspectos penitenciários e criminológicos do controlo das doenças transmissíveis, incluindo a SIDA, e os problemas relacionados com a saúde nas prisões”. Sobre a posição do Conselho da Europa relativamente à criminalização do VIH/SIDA veja-se também o ponto 4 sua Recomendação 1116 (1989), de 29 de Setembro, sobre “SIDA e Direitos Humanos”, em que é feito o seguinte convite aos Estados-membros: “*where appropriate, to apply only in conformity with the principles of common law the concept of criminal liability to persons who, while knowing that they carry the virus, have transmitted it to other persons by having sexual relations with them, provided that no coercion was involved and the other persons are adults and duly informed*”.

para a prevenção do VIH¹²⁰. A orientação do Conselho da Europa é para que seja concedida prioridade a medidas de prevenção em ordem a incutir um sentimento de responsabilidade relativamente a condutas que comportem riscos de contrair doença transmissível, nomeadamente o VIH/SIDA¹²¹. Fez ainda uma recomendação específica quanto aos profissionais da área da saúde que violassem normas de segurança, para que lhes fossem aplicadas sanções disciplinares e, revelando-se necessário, penais¹²².

Aspectos a ressaltar no diploma

No preâmbulo do Decreto-Lei nº 48/95 lê-se que foi precisamente no plano das molduras penais que se procedeu a alterações mais significativas, “no sentido do reforço da tutela dos bens jurídicos pessoais em confronto com os patrimoniais”¹²³. Aí se evidenciou também que essa protecção acrescida era particularmente notória no âmbito dos crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual, sobretudo quando praticados contra um menor. O agravamento das penas previstas para esses crimes nos casos em que o agente seja portador de doença sexualmente transmissível ou em que da sua perpetração resulte a transmissão do VIH (actualmente, na redacção da Lei nº 59/2007, a *transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida*) insere-se naquela linha de salvaguarda dos direitos fundamentais, mediante o reforço da protecção dos bens jurídicos pessoais.

A imputação do crime previsto no artigo 283º (propagação de doença contagiosa) depende da efectiva transmissão do vírus, na medida em que a mera adopção do comportamento de risco não é suficiente para se entender que houve *propagação*¹²⁴.

¹²⁰ Cfr. pontos 28 e 29 da Recomendação. Sobre a posição do Conselho da Europa relativamente à criminalização do VIH/SIDA veja-se também o ponto 4 sua Recomendação 1116 (1989), de 29 de Setembro, sobre “SIDA e Direitos Humanos”, em que é feito o seguinte convite aos Estados-membros: “*where appropriate, to apply only in conformity with the principles of common law the concept of criminal liability to persons who, while knowing that they carry the virus, have transmitted it to other persons by having sexual relations with them, provided that no coercion was involved and the other persons are adults and duly informed*”.

¹²¹ Cfr. ponto 27 da Recomendação em referência.

¹²² Cfr. ponto 30 da Recomendação.

¹²³ Explicita o preâmbulo que não “se justificando um abrandamento da punição dos últimos, optou-se por um claro agravamento nos primeiros”.

¹²⁴ Veja-se, Maria Fernanda Palma, “Transmissão da SIDA e responsabilidade penal”, in *Estudos de Direito da Bioética*, vol. I., Coimbra, 2005, págs. 113-128, pág. 122, em que a autora afirma que o princípio da legalidade impõe a interpretação de que o evento de perigo é a efectiva contaminação da vítima, “na medida em que só se verifica a propagação (e não a mera possibilidade de propagação) quando as vítimas contraem a doença”. Acrescenta ainda, enfatizando a ideia, que a “propagação

Em termos de aplicação da lei penal de casos de transmissão, esta norma não é a única susceptível de os enquadrar. Augusto Silva Dias refere o *carácter limitado* do alcance da aplicação do artigo 283º, na medida que a mesma se torna difícil “no contexto de relações cara a cara em que a vítima é uma pessoa determinada”¹²⁵. Para estes casos, o autor considera mais adequada a aplicação do tipo de ofensas corporais, eventualmente qualificadas pela utilização de meio insidioso¹²⁶. Sobre a questão da delimitação da competência pelo risco entre autor e vítima, afirma Augusto Silva Dias que se aquele sabe que é seropositivo, “informa disso o parceiro são e este anui de forma consciente e livre na relação sexual sem protecção, afastada se encontra (...) a tipicidade das ofensas corporais simples”¹²⁷.

A orientação do ONUSIDA é no sentido da limitação da criminalização da transmissão de doenças aos casos em que tenha sido intencional e em que tenha efectivamente ocorrido. A explicação reside na inexistência de provas de que a criminalização seja eficaz do ponto de vista da prevenção do VIH e da justiça criminal e, por outro lado, nos riscos que comporta para a saúde pública e os direitos humanos¹²⁸. Aconselha-se ainda a que a incriminação não especifique uma doença¹²⁹. O ONUSIDA considera que não deveria ser aplicada a lei penal nos casos em que a pessoa infectada: *i)* desconheça o seu estatuto serológico; *ii)* não tenha compreendido os modos de transmissão do VIH; *iii)* tenha revelado o seu estatuto serológico à pessoa em risco ou

pressupõe uma actividade de multiplicação da enfermidade (atingindo-se uma multiplicidade de vítimas ou pelo menos mais do que uma” (pág. 122).

¹²⁵ Augusto Silva Dias, “Responsabilidade criminal por transmissão irresponsável do vírus da SIDA: um olhar sobre o Código Penal Português e o novo Código Penal de Cabo Verde”, in *Direito e Cidadania*, Ano VI, nºs 20/21, Maio a Dezembro de 2004 (Director: Jorge Carlos Fonseca), págs. 9 a 37. O autor continua, na mesma pág. 17, escrevendo que a “contaminação do namorado ou do cônjuge com VIH são situações que escapam à «ratio» dos crimes de perigo comum e são mais adequadamente resovidas através de tipos que tutelam bens jurídicos individuais de titularidade determinada”.

¹²⁶ Augusto Silva Dias, “Responsabilidade criminal por transmissão irresponsável do vírus da SIDA: um olhar sobre o Código Penal Português e o novo Código Penal de Cabo Verde”, cit., pág. 29.

¹²⁷ Augusto Silva Dias, “Responsabilidade criminal por transmissão irresponsável do vírus da SIDA: um olhar sobre o Código Penal Português e o novo Código Penal de Cabo Verde”, cit., págs. 33 e 34. Neste sentido veja-se ainda, v.g., André Gonçalo Dias Pereira, “Sigilo Médico e SIDA: breves apontamentos”, s.d., em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=164 (consulta em 11.05.12).

¹²⁸ Cfr. ONUSIDA, Resumo de políticas: Criminalização da Transmissão do VIH, pág. 1: “*There are no data indicating that broad application of criminal law to HIV transmission will achieve either criminal justice or prevent HIV transmission. Rather, such application risks undermining public health and human rights. Because of these concerns, UNAIDS urges governments to limit criminalization to cases of intentional transmission i.e. where a person knows his or her HIV positive status, acts with the intention to transmit HIV, and does in fact transmit it*” (documento referenciado infra, na pág. 283)..

¹²⁹ Cfr. ONUSIDA, Resumo de políticas: Criminalização da Transmissão do VIH, pág. 1: “[states should] avoid introducing HIV-specific laws and instead apply general criminal law to cases of intentional transmission”.

tivesse razões suficientes para acreditar que esta tinha conhecimento do mesmo; *iv*) tenha omitido essa informação por medo de ser alvo de violência ou de outras consequências negativas gravosas; *v*) tenha tomado medidas razoáveis para reduzir o risco de transmissão (v.g., a utilização de preservativo nas relações sexuais); *vi*) tenha acordado previamente com o parceiro sexual num nível de risco considerado aceitável por ambos¹³⁰. Em 2010, e remetendo para as referidas orientações do ONUSIDA, o Parlamento Europeu incentivou a Comissão e os Estados-membros a “promoverem esforços para descriminalizar a transmissão e exposição não intencionais ao VIH/SIDA”¹³¹.

De notar também o teor das recomendações nesta matéria constantes do relatório da Comissão Global sobre VIH e Lei, de Junho de 2012, intitulado “Riscos, Direitos e Saúde”, que é no sentido de cingir a criminalização a casos em que tenha havido dolo e em que a transmissão tenha ocorrido efectivamente. Ressalva, no entanto, esta comissão que os processos judiciais relativos à transmissão do VIH devem ser prosseguidos com cuidado e que requerem uma prova rigorosa, com um nível de exigência elevado¹³².

Tendo consciência das potenciais desvantagens (referidas, designadamente, no citado relatório da Comissão Global sobre VIH e Lei) da aplicação da lei penal aos casos em que não há intenção [v.g., por contribuir para dissuadir a pessoa de procurar saber se é seropositiva ou de revelar essa informação ao(s) seu(s) parceiro(s)], seria importante que se abordasse esta matéria, procurando as melhores soluções em termos de adequação do regime aplicável¹³³.

¹³⁰ Cfr. ONUSIDA, Resumo de políticas: Criminalização da Transmissão do VIH, pág. 1.

¹³¹ Cfr. ponto 4 da Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Julho de 2010, sobre uma abordagem em matéria de direitos de resposta da UE ao VIH/SIDA.

¹³² Cfr. Global Commission on HIV and the Law, “Risks, Rights and Health”, June 2012, New York, UNDP, pág. 29, disponível em <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf> (consulta em 15.11.12), em particular a recomendação nº 2.4.

¹³³ Veja-se, indagando a propósito da transmissão do VIH e referindo que a doutrina maioritária nega o dolo eventual de ofensa à integridade física ou morte, Jorge de Figueiredo Dias, *Direito Penal*, Tomo I (Questões Fundamentais – A Doutrina Geral do Crime), Coimbra Editora, 2004, pág. 357. O autor concorda com a posição, justificando-a “quer porque o conhecimento indispensável à afirmação do dolo do tipo pressupõe que a consequência lateral seja tomada pelo agente, no momento da sua actuação, como uma *possibilidade real*, não como um mero perigo abstracto; quer porque, desta última forma, não será correcto falar de uma *decisão*”, e afirmando que outra conclusão só será adequada “se a infecção do parceiro não é prevista como uma consequência lateral, mas constitui o fim da conduta (sexual) do agente.

– **Lei nº 170/99, de 18 de Setembro de 1999** – Adota medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional

Objectivos: salvaguardar a saúde dos reclusos, do pessoal prisional e a saúde pública; prevenir a propagação do VIH/SIDA em meio prisional; assegurar que reclusos têm acesso aos serviços disponíveis para a comunidade em geral (para tratamento, cuidados e acompanhamento); conceder força de lei a medidas de prevenção que já haviam sido tomadas; garantir os direitos dos reclusos à intimidade da vida privada, à integridade pessoal e à não discriminação; promover a dignidade dos reclusos e a sua reinserção social após a libertação.

Âmbito de aplicação subjectivo: reclusos e pessoal prisional

No diploma são definidas medidas a adoptar nos estabelecimentos prisionais em ordem a prevenir e a reduzir a incidência de doenças infecciosas em meio prisional¹³⁴. Consta expressamente do artigo 1º, nº 2, da Lei que os cidadãos reclusos mantêm a sua condição de utentes do Serviço Nacional de Saúde, ao qual lhes deve ser garantido o acesso mediante uma devida articulação entre este e os serviços prisionais. Está prevista a garantia da realização de testes de rastreio a todos os reclusos, de forma sistemática e gratuita, e assegurando sempre a confidencialidade dos dados de saúde (artigos 2º e 3º). Em termos de tratamento e acompanhamento (designadamente, psicológico e psiquiátrico), o princípio é o de que os reclusos tenham as mesmas oportunidades que assistem aos cidadãos em geral, o que é, aliás, decorrência da manutenção da sua cidadania e condição de utentes do Serviço Nacional de saúde¹³⁵. O enunciado de medidas de prevenção consta do artigo 5º, integrando aspectos como a disponibilização de informação necessária, a distribuição regular e gratuita de preservativos e de material de desinfecção e a promoção de programas de redução de riscos (nº 1). Finalmente, o artigo 6º estabelece a proibição de quaisquer formas de segregação ou discriminação dos reclusos infectados (nº 1). A mesma norma ressalva a possibilidade de adopção de medidas restritivas necessárias para a salvaguarda da saúde dos demais reclusos e do pessoal trabalhador, mas determina que nestes casos deve prevalecer o internamento

¹³⁴ Cfr. artigo 1º, nº 1, da Lei.

¹³⁵ Cfr. artigos 4º e 1º, nº 2, da Lei.

hospitalar, em detrimento do isolamento em meio prisional, desde que garantidas todas as medidas de segurança (nº 2).

Enquadramento

Na origem desta Lei está o Projecto de Lei nº 664/VII, do PEV¹³⁶, que encontrou motivação na alarmante incidência de doenças infecciosas nos estabelecimentos prisionais e consequente necessidade de adoptar medidas urgentemente, sob pena de a situação “tomar proporções ainda mais drásticas”¹³⁷. Neste Projecto são citados dois relatórios da Provedoria de Justiça, de 1996 e 1999, em que foi relatado o quadro *assustador*¹³⁸ que assumia a propagação da doença em meio prisional e se apelava à tomada imediata de medidas, pois que seria a única forma de evitar que se comprometesse “de forma irremediável a saúde e a vida da população reclusa” e de garantir a protecção da saúde pública. Perante este cenário, o PEV propôs a adopção de medidas com o objectivo de “minimizar rapidamente a situação e de erradicar a longo prazo a incidência de doenças infecciosas em meio prisional”.

No Relatório e Parecer da Comissão de Saúde sobre o referido Projecto é feito um enquadramento da matéria com base no nosso ordenamento jurídico-constitucional. São convocados os artigos 30º, nº 5, 25º e 64º da Constituição. O primeiro, artigo 30º, nº 5, é relativo aos limites das penas e das medidas de segurança, concretamente a regra da manutenção da titularidade dos direitos fundamentais em situações de privação de liberdade, com excepção das limitações decorrentes da execução da pena ou medida de segurança (desde logo, a suspensão do exercício da liberdade). Entre esses direitos encontram-se o direito à integridade física e o direito à protecção da saúde, citados artigos 25º e 64º, respectivamente. Na conjugação do artigo 30º, nº 5, com o 64º reside a

¹³⁶ Projecto de Lei publicado no DAR II série A, nº 57/VII/4, de 29 de Abril de 1994 (págs. 1652 e 1653).

¹³⁷ Na discussão na generalidade, a deputada Maria José Nogueira Pinto (CDS-PP) salienta o facto de, não obstante a Circular nº 9/97 conter medidas no sentido de facilitar o acesso a estes materiais de prevenção, muitos estabelecimentos prisionais continuavam a não o cumprir, alertando para a inexistência ou insuficiência da fiscalização. Heloísa Apolónia (PEV) refere que “o que o nosso projecto vem fazer é dar força de lei” ao contributo no sentido de que a prevenção e o tratamento chegue a todos os reclusos. No final do debate, a deputada reitera a necessidade desta *força de lei*, pois que “estas matérias não devem ficar ao sabor das direcções dos estabelecimentos prisionais e de determinados indivíduos da especialidade”, devendo “existir uma orientação global, determinações claras de prevenção e de tratamento, no sentido de que se criem regras para cumprir”.

¹³⁸ No excerto do relatório de 1999 citado no Projecto lê-se que são *assustadores* «os números associados às doenças infecciosas em meio prisional».

base explícita para a concessão aos reclusos das mesmas oportunidades de tratamento e de acompanhamento que existem para a comunidade em geral. Isto não obstante essa regra decorrer sempre de princípios informadores do nosso ordenamento, *maxime* o princípio da dignidade da pessoa humana e do Estado de Direito democrático (artigos 1º e 2º, respectivamente). Em termos de enquadramento legal, é feita referência ao Decreto-Lei nº 265/79, de 1 de Agosto, que reestrutura os serviços que têm a seu cargo as medidas privativas de liberdade¹³⁹, actualmente não vigente (a matéria consta actualmente da Lei nº 115/2009, de 12 de Outubro, que aprova o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade¹⁴⁰), ao Decreto-Lei nº 10/97, de 14 de Janeiro, que altera a Lei Orgânica da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais¹⁴¹, e ainda à Resolução do Conselho de Ministros nº 62/96, de 29 de Abril, que contém o Plano de Acção para o Sistema Prisional¹⁴².

De sublinhar, a este propósito, o Relatório sobre o Sistema Prisional, da Provedoria da Justiça, de 1996, em que são feitas várias recomendações em matéria de prevenção e controlo do VIH/SIDA e no que tange ao problema da discriminação dos reclusos infectados. Entre os aspectos referidos destacamos, a referência à necessidade de consentimento informado para sujeitar os reclusos a testes de rastreio do VIH, bem como ao facto de terem sido verificadas situações de discriminação, designadamente consubstanciando a recusa de os reclusos infectados desempenharem determinados trabalhos, como os que implicam a manipulação de alimentos, e ainda à menção de que este tipo de práticas se deverem em grande parte ao desconhecimento relativamente à doença e modos de transmissão. Relativamente a este aspecto, a Provedoria afirma que era já “reconhecido não haver riscos sérios de transmissão dessas doenças pela circunstância de se desempenhar certa actividade” e destaca a necessidade de elucidar

¹³⁹ Cfr. artigos 95º e seguintes, relativos à assistência médico-sanitária.

¹⁴⁰ Cfr. o Capítulo II, Título VII (artigos 32º e seguintes), relativo à saúde. De acordo com o artigo 33º, nº 3, podem “ser realizados, com consentimento do recluso, rastreios de doenças transmissíveis, de acordo com as orientações dos serviços clínicos”.

¹⁴¹ Lei Orgânica que, por sua vez, havia sido aprovada pelo Decreto-Lei nº 268/81, de 16 de Setembro. No Decreto-Lei 10/97 sublinhamos, nomeadamente, a al. b), do artigo 21º, nos termos da qual compete à Direcção de Serviços de Saúde a implementação de “medidas de rastreio e prevenção das doenças infecto-contagiosas e da toxicod dependência da população reclusa”.

¹⁴² Nas considerações iniciais é mencionado o problema da sobrelotação do sistema prisional, que se agudizava com a “preocupante incidência de doenças infecto-contagiosas entre a população reclusa, intimamente relacionada com os níveis muito significativos de toxicod dependência”. No nº 4, al. b), da Resolução, prevê-se a celebração de acordos no âmbito da Presidência do Conselho de Ministros e dos Ministérios da Saúde e da Justiça, “que estabeleçam o acompanhamento epidemiológico em matéria de toxicod dependências e doenças infecto-contagiosas e as medidas profilácticas para lhes fazer face, envolvendo a população reclusa e os trabalhadores que exercem funções no sistema prisional”.

quanto ao “que é ou não é perigoso, do que é ou não é recomendável para acautelar a saúde dos doentes ou dos reclusos em geral”, considerando que a tarefa de o fazer nos estabelecimentos prisionais deveria estar a cargo de consultores especialistas em infecciologia¹⁴³. Relativamente aos testes de rastreio e informações sobre o estado clínico dos reclusos, a Provedoria ressalta que, estando em causa espaços fechados, é necessário ter esse facto em consideração para tomar as medidas adequadas a garantir que as mesmas se mantêm efectivamente confidenciais¹⁴⁴.

No âmbito europeu, comunitário e internacional, cumpre indicar alguns exemplos de instrumentos, existentes na altura da Lei em referência, em que é abordada a problemática das doenças transmissíveis em contexto prisional.

A Recomendação nº 1080 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa é sobre a questão da prevenção da propagação do VIH/SIDA nas prisões¹⁴⁵. Considerando a crescente incidência da doença entre a população prisional, esta Assembleia convidou os Estados-membros a adoptarem um conjunto de medidas com vista a inverter essa tendência. Entre tais medidas destacamos: *i*) a prestação de informação sobre o VIH/SIDA, tanto aos reclusos como ao pessoal prisional, e designadamente quanto aos seus meios de transmissão (informação que, para os reclusos deveria ser escrita e, quando necessário, traduzida); *ii*) a disponibilização de testes de rastreio e de aconselhamento, sempre com salvaguarda da confidencialidade dos dados; *iii*) a garantia de que os reclusos não são alvo de isolamento (a menos que ajam de modo irresponsável) e de segregação; *iv*) a transferência dos reclusos que padeçam de SIDA para hospitais especializados e a permissão de libertação antecipada aos que se encontrem em fase terminal; *v*) o fornecimento de preservativos; *vi*) a adopção de medidas de combate à toxicod dependência¹⁴⁶. A propósito desta Recomendação salientamos que no referido relatório da Provedoria de Justiça sobre o sistema prisional foi recomendada a execução urgente da Resolução do Conselho de Ministros nº 62/96, de 29 de Abril, que contém um Plano de Acção para o Sistema Prisional, em concreto a

¹⁴³ Vide, Provedoria de Justiça, “Relatório sobre o Sistema Prisional”, 1996, disponível em http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoos1996.pdf (consulta em 14.05.12), em que se recomenda ao governo “que não sejam adoptadas medidas de isolamento ou de segregação de reclusos portadores de doenças infecciosas que não sejam medicamente fundadas; e que se proceda à elaboração, em colaboração com especialistas, das regras comuns a respeitar em todos os estabelecimentos no tocante à participação desses reclusos em determinadas actividades em meio prisional” (pág. 49).

¹⁴⁴ Cfr. Provedoria de Justiça, “Relatório sobre o Sistema Prisional”, pág. 47.

¹⁴⁵ Recomendação 1080 (1988), da Assembleia parlamentar do Conselho da Europa, de 30 de Junho, sobre uma política de saúde europeia coordenada para prevenir a expansão do VIH nas prisões.

¹⁴⁶ A enunciação de medidas consta do ponto A da Recomendação.

questão da libertação antecipada dos reclusos com doença grave e irreversível em fase terminal¹⁴⁷. A matéria consta actualmente do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade, no qual se prevê a possibilidade de modificação da execução da pena de prisão de reclusos portadores de doença grave, evolutiva e irreversível ou de deficiência grave e permanente ou de idade avançada¹⁴⁸.

De forma bastante mais exaustiva e pormenorizada se pronunciou o Comité de Ministros do Conselho da Europa, na Recomendação R (93) 6, em cujo anexo são enunciados princípios gerais em matéria de aspectos prisionais, nomeadamente o da disponibilização do mesmo tratamento médico e psicológico ao que existe para a comunidade em geral¹⁴⁹. Este Comité recomendou aos Estados-membros que garantissem que os princípios e as disposições constantes do referido anexo fossem efectivamente “postos em prática nas políticas de saúde prisionais nacionais e regionais concebidas para combater a infecção pelo VIH e outras doenças transmissíveis”¹⁵⁰, e bem ainda que assegurassem a maior divulgação possível do texto da Recomendação.

A este propósito salientamos finalmente o Programa de Acção «A Europa contra a SIDA», que prevê medidas a implementar em meio prisional na *área de actividade 3*, relativa à *prevenção da transmissão do VIH junto de grupos e contextos específicos*¹⁵¹ e

152

¹⁴⁷ Cfr. Provedoria de Justiça, “Relatório sobre o Sistema Prisional”, cit., pág. 53.

¹⁴⁸ Cfr. artigo 118º do Código, republicado em anexo à Lei nº 115/2009, de 12 de Outubro (que revogou a Lei nº 36/96, de 29 de Agosto), de acordo com o qual pode beneficiar de modificação da execução da pena em função de doença grave, evolutiva e irreversível, conquanto “a tal não se oponham fortes exigências de prevenção ou de ordem e paz social”, o recluso condenado que esteja, nomeadamente, nas seguintes situações: (i) se “encontre gravemente doente com patologia evolutiva e irreversível e já não responda às terapêuticas disponíveis” [al. a)]; (ii) seja “portador de (...) doença irreversível que, de modo permanente, obrigue à dependência de terceira pessoa e se mostre incompatível com a normal manutenção em meio prisional” [al. b)]. A referida modificação está sujeita ao consentimento do recluso (ainda que presumido) e pode revestir duas modalidades: o internamento em estabelecimento de saúde ou de acolhimento adequados ou o regime de permanência na habitação. Nos termos do artigo 138º, nº 4, al. i), a decisão sobre a modificação de execução da pena de prisão relativamente a reclusos portadores de doença grave, evolutiva e irreversível, é da competência material dos tribunais de execução das penas.

¹⁴⁹ Cfr. capítulo I do Anexo à Recomendação nº R (93) 6, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 18 de Outubro de 1993, sobre os aspectos penitenciários e criminológicos do controlo das doenças transmissíveis, incluindo a SIDA, e os problemas relacionados com a saúde nas prisões.

¹⁵⁰ Cfr. texto da Recomendação: “[The Committee of Ministers recommends] that governments of member states: “see to it that the principles and provisions set out in the appendix to the recommendation (...) are put into practice in national and regional prison health policies designed to combat HIV infection and other transmissible diseases”.

¹⁵¹ Cfr. anexo I à Decisão nº 1729/95/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Junho de 1995. As medidas a que se fez referência foram as seguintes: 1) “Análise e intercâmbio de informações relativas a regimes actualmente aplicados, na Comunidade, a seropositivos ou doentes com SIDA em meio prisional e, nomeadamente, relativas aos procedimentos previstos na admissão, durante a encarceração e após a libertação, em relação à educação dos presos, à formação do pessoal, à possibilidade de uma

Aspectos a ressaltar na Lei

A Lei não contém referência ao consentimento informado do recluso para a realização de testes de rastreio. O Projecto de Lei nº 664/VII previa a regra da necessidade desse consentimento, mas apenas para doenças de carácter não endémico. Não obstante, a obrigação de obter o consentimento informado antes da realização de quaisquer testes ou outras intervenções de saúde decorre de normas como o artigo 156º do Código Penal e os artigos 45º e 73º, nº 1, do Código Deontológico dos Médicos¹⁵³.

A revelação do estatuto serológico tem consequências do ponto de vista da integração social, uma vez que suscita frequentemente a discriminação e estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Em contextos fechados, como é o caso dos estabelecimentos prisionais, facilmente essa informação se disseminará, a suscitar possivelmente a segregação dos reclusos. É, pois, fundamental que se garantam as condições necessárias para que a mesma se mantenha confidencial¹⁵⁴.

Não é pelo facto de a pessoa estar privada de liberdade que tem menos direito ao respeito pela sua dignidade e integridade pessoal, à protecção da sua saúde e da intimidade da vida privada. O indivíduo que se encontra em privação de liberdade mantém todos aqueles direitos que não estejam directamente implicados na sanção criminal, ou seja, a ausência de liberdade¹⁵⁵.

prevenção específica e de medidas destinadas a reduzir os efeitos nocivos”; 2) “Promoção de acções-piloto, em cooperação com os Estados-membros, que tomem em consideração as regulamentações e as circunstâncias locais, destinadas a desenvolver novos métodos de prestação de cuidados e apoio a seropositivos ou a pessoas com SIDA e respectivas consequências a nível da epidemia”.

¹⁵² Sobre o VIH/SIDA em contexto prisional veja-se, Henrique de Barros, Raquel Lucas e Maria José Santos, *SIDA em Meio Prisional*, Colecção Gulbenkian Saúde, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2009; Heino Stöver, Rick Lines, “Silence Still = Death: 25 years of HIV/AIDS in prisons” in *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 67 a 85, disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 24.02.12); Alice Gomes Martins Oliveira, *O Risco do VIH/SIDA na População Prisional Portuguesa – O caso particular do Estabelecimento Prisional de Sintra*, Lisboa, Edições Colibri, 2007.

¹⁵³ Aprovado pelo Regulamento nº 14/2009, DR 8, Série II, de 13 de Janeiro de 2009.

¹⁵⁴ Cfr. artigo 3º, nº 2, da Lei: A informação relativa à situação clínica dos reclusos não pode, em circunstância alguma, pôr em causa o dever de confidencialidade e deve cingir-se às situações em que possam estar em risco a segurança e a saúde de terceiros”.

¹⁵⁵ Como refere o deputado António Filipe (PCP), na discussão na generalidade deste Projecto, a “forma como são tratados os cidadãos privados de liberdade é sempre, em cada país, o espelho do respeito com que são encarados os direitos fundamentais de todos os seus cidadãos. O respeito para com a dignidade dos reclusos e a preocupação com a função ressocializadora das prisões são sinais de maturidade democrática e são questões essenciais quanto ao respeito pelos direitos humanos” (discussão publicada no DAR, série I, nº 90/VII/4, de 26 de Maio de 1999).

A garantia de idênticas oportunidades de tratamento e aconselhamento implica não apenas o acesso a estes, mas também que a sua qualidade seja comparável à que existe relativamente à população em geral. Conforme se prevê no diploma, isto poderá implicar que se proceda à deslocação dos reclusos infectados a serviços de saúde especializados.

– **Lei nº 3/2007, de 16 de Janeiro** – Adota medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional

Objectivos: evitar a propagação de doenças *infecto-contagiosas* em meio prisional e testar a eficácia da introdução de um programa de troca de seringas em estabelecimentos prisionais.

Âmbito de aplicação subjectivo: reclusos nos estabelecimentos prisionais seleccionados para a aplicação experimental do programa.

O diploma adita um artigo 5º-A à Lei nº 170/99, de 18 de Setembro. Este novo preceito prevê a criação do “Programa Específico de Troca de Seringas”, que deveria ser implementado a título experimental em estabelecimentos prisionais seleccionados para o efeito¹⁵⁶.

Enquadramento

Na origem da Lei nº 3/2007 estiveram os Projectos de Lei nº 110/X (PEV)¹⁵⁷ e nº 189/X (BE)¹⁵⁸.

O Projecto d’Os Verdes contém referência ao relatório da Provedoria de Justiça sobre o sistema prisional, de 1996, que alertava designadamente, e como referimos, para o problema da disseminação do VIH em estabelecimentos prisionais, potenciado pela

¹⁵⁶ Sobre o sistema de troca de seringas fora dos estabelecimentos prisionais, cfr. Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de Junho, que aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos.

¹⁵⁷ *Altera a Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro, que adopta medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional* [DAR II, série A, nº 24/X/1, de 17 de Junho de 2005, págs 6 a 8].

¹⁵⁸ *Estabelece a implementação de um projecto piloto destinado ao combate e prevenção de doenças infecto-contagiosas em meio prisional* [DAR II, série A, nº 72/X/1, de 5 de Janeiro de 2006, págs. 27 a 30].

partilha de seringas, e recomendava a realização de um estudo sobre a viabilidade de introduzir um sistema de troca de seringas nas prisões¹⁵⁹. São ainda mencionadas outras recomendações nesse sentido, emitidas pela mesma entidade, bem como dois estudos que evidenciavam a necessidade de criar programas de trocas de seringas, tendo em consideração a dimensão da prática da sua partilha seringas e o conseqüente aumento do número de infecções pelo VIH¹⁶⁰. Antevendo possíveis objecções à introdução de um tal programa baseadas na *perigosidade* da existência de seringas nos estabelecimentos prisionais, os autores do Projecto sublinharam que a iniciativa não era no sentido de as seringas circularem aí livremente, mas apenas que fossem “distribuídas de forma segura, em compartimento próprio e imediatamente restituídas após a sua utilização”¹⁶¹.

O Projecto do BE incide igualmente sobre a prevenção da transmissão de doenças infecciosas nas prisões, abordando também o problema da partilha de seringas e ainda os comportamentos sexuais de risco. O objectivo seria reforçar as medidas previstas na Lei 170/99 quanto a estas duas matérias e ainda criar mecanismos de acompanhamento da sua aplicação. Especificamente sobre a transmissão por via sexual, é sublinhado o insucesso da aplicação da medida de distribuição de preservativos prevista em circular interna¹⁶² e a necessidade de uma intervenção mais directa por parte da Direcção Geral de Serviços Prisionais (DGSP) na promoção de comportamentos sexuais seguros. Em matéria de VIH/SIDA e toxicodependência, é destacada a importância de criar estratégias multifacetadas de redução dos riscos, na linha do que constava da Lei de Bases da Saúde relativamente à implementação de medidas especiais para grupos sujeitos a maiores riscos.

Na discussão na generalidade destas iniciativas foi evidenciada a ineficácia da legislação e das directivas internas da DGSP no que concerne à prevenção da

¹⁵⁹ Vide, Provedoria de Justiça, “Relatório sobre o Sistema Prisional”, cit., Relativamente a medidas de prevenção e, dentro destas, à questão das seringas, é a seguinte a recomendação da Provedoria: “Recomenda-se que a Direcção Geral dos Serviços Prisionais proceda à realização de estudos de viabilidade de introdução nos estabelecimentos prisionais de sistemas de troca de seringas que reduzam os riscos de infecção em meio prisional; que nesses estudos participem especialistas estranhos à administração penitenciária; e que, se for julgado oportuna e viável a criação de programas de substituição de seringas, que tal seja efectuado mediante a realização de um projecto-piloto por forma a recolher a experiência necessária à tomada de decisões relativamente a todos os estabelecimentos prisionais” (pág. 52).

¹⁶⁰ Um da autoria de Anália Torres e Maria do Carmo Gomes, sobre Drogas e Prisões em Portugal, publicado em 2002, e o Estudo de Avaliação do Programa de Seringas (intitulado “diz não a uma seringa em segunda mão”), encomendado pela CNLS.

¹⁶¹ Os autores do Projecto recordam que a realidade demonstrava que as seringas já circulavam clandestinamente nas prisões.

¹⁶² Circular nº nº 9/DSS/97.

transmissão do VIH, por via sexual e sanguínea. Nessa medida, foi feita referência às orientações emanadas de organizações internacionais, como a OMS, que apontavam para a eficácia de programas de troca de seringas em contextos de elevada incidência de doenças infecciosas e de toxicodependentes¹⁶³.

A hipótese de aplicar programas deste género nos estabelecimentos prisionais foi sugerida em instrumentos como a Recomendação nº 1080 (1989) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, na qual se aconselhava os Estados a ponderarem a sua criação, ainda que enquanto medida de último recurso¹⁶⁴. No mesmo ano, o Parlamento Europeu incentivou os Estados a promoverem junto dos utilizadores de drogas injectáveis a “utilização de agulhas limpas, eventualmente através do fornecimento gratuito de agulhas ou de um sistema de troca de seringas, mesmo nas prisões”¹⁶⁵. De uma perspectiva mais genérica, são vários os instrumentos que evidenciam a ligação entre o VIH/SIDA e a toxicodependência¹⁶⁶.

– Lei nº 81/2009, de 21 de Agosto

Objectivos: actualizar o regime da prevenção e controlo de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública; formar uma rede de vigilância epidemiológica de âmbito nacional, que inclua entidades dos sectores público e privado; garantir a protecção dos dados pessoais, assegurando a confidencialidade e a segurança no respectivo tratamento; concretizar actos normativos da União Europeia; harmonizar o regime em vigor em Portugal com as orientações existentes a nível internacional.

Âmbito de aplicação subjectivo: entidades do sector público, privado e

¹⁶³ A discussão destas iniciativas na generalidade está publicada no DAR I, série nº 74/X/1, de 7 de Janeiro de 2006.

¹⁶⁴ Cfr. ponto A (viii) da Recomendação 1080 (1988), da Assembleia parlamentar do Conselho da Europa, de 30 de Junho: “to take active steps to prevent the illicit introduction of drugs and injection equipment into prisons, to offer help to drug addicts and to allow, in last resort, clean, one-way syringes and clean needles being made available to intravenous drug abusers in prison”.

¹⁶⁵ Cfr. Resolução, de 26 de Maio de 1989, sobre a luta contra a SIDA, ponto 3.

¹⁶⁶ A título de exemplo veja-se as seguintes Resoluções da Comissão de Estupefacientes, da ONU: a Resolução nº 47/2, de 2004 (*Prevention of HIV/AIDS among drug users*); a Resolução nº 48/12, de 2005 (*Expanding the capacity of communities to provide information, treatment, health care and social services to people living with HIV/AIDS and other blood-borne diseases in the context of drug abuse and strengthening monitoring, evaluation and reporting systems*); a Resolução nº 49/4, de 2006 (*Responding to the prevalence of HIV/AIDS and other blood-borne diseases among drug users*); e a Resolução nº 53/9, de 12 de Março de 2010 (*Achieving universal access to prevention, treatment, care and support for drug users and people living with or affected by HIV*).

social que desenvolvam actividade de recolha, análise, interpretação e divulgação sistemática e contínua de dados de saúde, ou realizem estudos epidemiológicos, relativos às doenças transmissíveis e a outros riscos em saúde pública.

Sanções: contra-ordenação muito grave, por incumprimento do dever de transmissão imediata de alerta ou de notificação obrigatória¹⁶⁷.

A Lei institui um sistema de vigilância em saúde pública para identificação de situações de risco, recolha, actualização, análise e divulgação de dados relativos a doenças transmissíveis e a outros riscos em saúde pública, e bem ainda para preparação de planos de contingência a seguir em situações de emergência ou tão graves como as de calamidade pública¹⁶⁸.

O sistema opera através de uma rede nacional que envolve os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades do sector público, privado e social, cujos participantes contribuem para o sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE)¹⁶⁹.

O processo de vigilância contínua de saúde pública seria definido por portaria, sob proposta da Autoridade de Saúde Nacional (ASN), em que se conjugariam as competências das entidades definidas no artigo 3º, nº 2¹⁷⁰. Os dados considerados necessários para operar a vigilância englobam “descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos humanos e de mortes, condições que determinem a propagação da doença e medidas aplicadas, bem como quaisquer outras informações que forneçam meios de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceites” (artigo 3º, nº 4).

¹⁶⁷ O dever de transmissão imediata de alerta está previsto no artigo 10, nº 1, da Lei, e o de notificação obrigatória no art. 16º, nº 3. Em ambos os casos a coima prevista é entre os € 100 e os € 10.000, nos casos de pessoas singulares, e entre os € 10.000 e os € 25.000, se se tratarem de pessoas colectivas (artigo 21º). Na aplicação das sanções deverá ser tido em consideração “o risco associado de perigosidade para a saúde pública, que decorra da transmissibilidade e da virulência da infecção em causa, bem como da possibilidade e magnitude de se gerarem cadeias de transmissão que a falta de notificação obrigatória originar” (artigo 21º, nº 7).

¹⁶⁸ Cfr. artigo 1º, nº 1.

¹⁶⁹ Cfr. artigo 1º, nº 2.

¹⁷⁰ Direcção-Geral da Saúde (DGS), Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, I.P., Autoridades de saúde, Serviços de saúde pública sedeados nas administrações regionais de saúde, Serviços de saúde públicos junto das localidades, sedeados nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) ou nas unidades de saúde (USL).

Por via desta Lei foi criado o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), com funções consultivas junto do Governo relativamente à prevenção e controlo de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública¹⁷¹, e que integra duas comissões especializadas, a Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (CCVE) e a Comissão Coordenadora de Emergência (CCE). A CCVE coordena as medidas de prevenção, tendo em consideração os princípios constantes desta Lei e das normas técnicas e científicas provindas de centros de vigilância europeus e internacionais de referência a que Portugal pertença em cada momento¹⁷². É através desta entidade que é feita a ligação entre a rede de vigilância nacional e as redes da União Europeia e outras redes internacionais de que Portugal faça parte¹⁷³. A CCE tem apenas intervenção em situações de “ocorrência ou ameaça eminente de fenómenos relativos a doenças transmissíveis e a outros riscos em saúde, cujas características possam vir a causar graves consequências para a saúde pública” (artigo 7º, nº 1).

Compete ao director-geral da saúde determinar, por via de despacho, que doenças transmissíveis e demais riscos devem ser abrangidos pela rede de informação e comunicação [artigo 9º, al. b)].

O capítulo III da Lei é reservado à prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública (artigos 12º a 16º¹⁷⁴). De sublinhar também os artigos 19º e 20º, relativos à confidencialidade e tratamento dos dados pessoais no âmbito desta rede.

Enquadramento

Na origem desta Lei esteve a Proposta de Lei nº 258/X¹⁷⁵, que teve como fundamento anunciado a necessidade de actualizar o regime decorrente da Lei nº 2036,

¹⁷¹ Cfr. artigo 4º, nº 1. De sublinhar que cabe ao CNSP propor ao membro do Governo responsável pela saúde a aprovação (por portaria) do regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública (artigo 16º, nº 1). Este regulamento está sujeito a revisão e actualização, sob proposta do director-geral da saúde (artigo 16º).

¹⁷² Cfr. artigo 5º, nº 1.

¹⁷³ Cfr. artigo 5º, nº 2. De referir ainda a colaboração entre os serviços de registo civil e a CCVE através da disponibilização de dados sobre a natalidade e a mortalidade que se revelem necessários para a vigilância epidemiológica.

¹⁷⁴ Nos termos do artigo 16º, nº 1, da Lei cabe “ao membro do Governo responsável pela área da saúde aprovar, por portaria e sob proposta do CNSP, o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública”.

¹⁷⁵ *Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública,*

de 9 de Agosto de 1949, que remetia para “doenças contagiosas em termos que eram inerentes à conjuntura social e científica da época em que foi publicada”¹⁷⁶. A adopção de nova legislação na matéria seria no sentido de abranger todos os riscos para a saúde pública, entre os quais as doenças transmissíveis (nomeadamente, o VIH/SIDA), e instituir um sistema moderno de vigilância epidemiológica.

A iniciativa toma em consideração instrumentos emanados de instâncias da União Europeia¹⁷⁷ e de organizações internacionais (*maxime*, a OMS), alguns dos quais vinculativos e em vigor na ordem jurídica portuguesa naquele momento. Na União Europeia, sublinhamos a Decisão nº 2119/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Setembro de 1998, que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade¹⁷⁸. O objectivo da criação desta rede à escala comunitária foi o de promover a cooperação e a coordenação entre os Estados-membros no que concerne à vigilância epidemiológica (rede que contaria com o apoio da Comissão Europeia), com vista à melhoria da prevenção e controlo das doenças transmissíveis, actividades para cuja eficácia se

bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de eventual calamidade pública [DAR II, série A, nº 93/X/4, de 4 de Abril de 2009, págs. 36-46].

¹⁷⁶ Cfr. Página 1 da Proposta.

¹⁷⁷ Sobre a rede de vigilância epidemiológica da UE e a sua interligação com as redes existentes ou a desenvolver nos Estados-membros veja-se os seguintes instrumentos: Resolução do Conselho dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos em Conselho, de 13 de Novembro de 1992, relativa ao controlo e à vigilância das doenças transmissíveis, *Jornal Oficial* nº C 326, de 11.12.1992, pág. 1—2; Comunicação da Comissão, de 7 de Março de 1996, relativa às redes de vigilância das doenças transmissíveis na Comunidade Europeia; Decisão nº 647/96/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Março de 1996, que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da sida e de outras doenças transmissíveis no âmbito da acção no domínio da saúde pública (1996-2000), *Jornal Oficial* nº L 95, de 16.4.1996, pág. 16—22; Decisão do Parlamento Europeu, de 14 de Janeiro de 1998, referente à posição comum adoptada pelo Conselho com vista à adopção da decisão do Parlamento Europeu e do Conselho que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, *Jornal Oficial* nº C 34 de 2.2.1998, pág. 70; Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Setembro de 1998, que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, *Jornal Oficial* nº L 268, de 3.10.1998, pág. 1—7; Decisão da Comissão 2000/57/CE, de 22 de Dezembro de 1999, relativa ao sistema de alerta rápido e de resposta para prevenção e controlo das doenças transmissíveis, em aplicação da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial* nº L 21, de 26.1.2000, pág. 32—35; Decisão da Comissão 2000/96/CE, de 22 de Dezembro de 1999, relativa às doenças transmissíveis que devem ser progressivamente abrangidas pela rede comunitária em aplicação da Decisão nº 2119/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial* nº L 28, de 3.2.2000, pág. 50—53; Decisão da Comissão 2002/253/CE, de 19 de Março de 2002, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial* nº L 86, de 3.4.2002, pág. 44—62; Decisão da Comissão 2008/246/CE, de 28 de Abril de 2008, que altera a Decisão 2002/253/CE que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial* nº L 159, de 18.6.08, pág. 46—90.

¹⁷⁸ Decisão publicada no *Jornal Oficial* nº L 268, de 3 de Outubro de 1998, págs. 1 a 7.

previu a criação de um sistema de alerta rápido e de resposta. Na Decisão, os Estados-membros ficaram vinculados ao dever de comunicar entre si e à Comissão a natureza e o alcance das medidas que cada um pretendia adoptar a fim de controlar a propagação das doenças transmissíveis¹⁷⁹.

Destacamos ainda o Regulamento nº 851/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de Abril de 2004, que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD)^{180 e 181}, destinado a identificar, avaliar e comunicar as ameaças para a saúde advindas de doenças transmissíveis. Entre as funções deste Centro são de destacar a prestação de informações e a assistência técnica aos Estados-membros, a elaboração de pareceres científicos, a garantia do intercâmbio de informações, a promoção da coordenação das redes de vigilância a nível europeu e a gestão das redes de vigilância específicas. Salientamos ainda o Regulamento Sanitário Internacional da OMS¹⁸², cuja aplicação implica o reconhecimento pelo Estado do direito da OMS de comunicar directamente com a administração sanitária do respectivo território (comunicações que se considerariam feitas ao próprio Estado, bem como as que fossem emitidas em sentido inverso, da administração para a OMS)¹⁸³.

No plano nacional, a proposta concretiza princípios gerais consagrados na Lei de Bases da Saúde, particularmente a promoção e a defesa da saúde pública realizadas “através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade”¹⁸⁴.

Na Proposta salientou-se que a vigilância não era uma incumbência estrita da Direcção-Geral da Saúde (DGS)¹⁸⁵ e do Instituto Ricardo Jorge¹⁸⁶, pois que cabia também às estruturas de base articuladas com a rede nacional de cuidados primários.

¹⁷⁹ Em princípio esta comunicação deveria ser feita em momento anterior à adopção daquelas medidas, salvo quando a urgência da protecção da saúde pública não o permitisse, caso em que deveria comunicar-se logo que possível. Cfr. art. 6º da Decisão.

¹⁸⁰ *European Centre For Disease Prevention and Control* (ECDC).

¹⁸¹ Regulamento publicado no Jornal Oficial L 142, de 30 de Abril de 2004.

¹⁸² Este Regulamento foi assinado em Boston em 25 de Julho de 1969 (aprovado pela XII Assembleia Mundial de Saúde), entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 1971, tendo sido aprovado para ratificação pelo Decreto-Lei nº 299/71, de 13 de Julho, e publicado em anexo ao mesmo. No momento da adopção da Lei em referência havia já uma nova redacção do Regulamento, adoptada pela 58.ª Assembleia Mundial de Saúde, de 23 de Maio de 2005, que se encontrava em vigor desde 15 de Junho de 2007.

¹⁸³ Cfr. art. 2º do Regulamento.

¹⁸⁴ Cfr. pág. 4 da Proposta e artigo 1º, nº 3, da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, na redacção dada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.

¹⁸⁵ A nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde foi aprovada pelo Decreto-lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro. Nos termos do artigo 12º, nº 2, al. e) deste diploma cabe à DGS a coordenação e garantia da vigilância epidemiológica no plano nacional, bem como a respectiva contribuição no âmbito

No Parecer da Comissão da Saúde sobre a iniciativa, de 14 de Abril de 2009, em que é feito o respectivo enquadramento jurídico, salientamos a referência à Decisão da Comissão Europeia nº 2000/57/CE, de 22 de Dezembro de 1999¹⁸⁷, relativa ao sistema de alerta rápido e de resposta (SARR), para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis, que aplica a Decisão nº 2119/98/CE, do Parlamento e do Conselho (mediante a qual havia sido instituída uma rede comunitária de vigilância epidemiológica e de controlo de doenças transmissíveis, em cujo âmbito se previa a criação do SARR). Naquela Decisão, a Comissão definiu os *eventos* a notificar no âmbito do SARR¹⁸⁸, encarregando os Estados-membros da recolha e troca de informações necessárias sobre os mesmos, e bem ainda de submeter anualmente à sua apreciação um relatório. De sublinhar também a referência à Decisão da Comissão 2000/96/CE, de 22 de Dezembro de 1999, relativa às doenças transmissíveis que devem ser progressivamente abrangidas pela rede comunitária, que aplica igualmente a referida Decisão nº 2119/98/CE¹⁸⁹. A Decisão 2000/96/CE continha uma lista de doenças transmissíveis e de problemas de saúde especiais que deveriam ser abrangidos pela rede comunitária de vigilância epidemiológica (bem como a enunciação dos critérios para a sua inclusão no elenco), na qual se incluía o VIH/SIDA (anexo I)¹⁹⁰. Esta Decisão veio a ser alterada pela Decisão 2003/542/CE, de 17 de Julho de 2003, que especificou quais as doenças transmissíveis e os problemas de saúde especiais para cujo controlo existiam à data redes de vigilância próprias, e, posteriormente, pela Decisão 2009/312/CE, de 2 de Abril, por ter deixado de ser necessária aquela especificação.

internacional. Cfr. art. 2º, nº 2, al. b) do Decreto-Lei nº 14/2012, de 26 de Janeiro, que aprova a orgânica da DGS, nos termos do qual compete a esta entidade “*coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica de determinantes da saúde e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como os sistemas de alerta e resposta apropriada a emergências de saúde pública, a nível nacional e a respectiva contribuição no quadro internacional*”.

¹⁸⁶ De acordo com o Decreto-Lei nº 271/2007, de 26 de Julho, cabia a este Instituto garantir, em colaboração com a DGS, a realização de actividades de vigilância epidemiológica de doenças, transmissíveis e não transmissíveis. Este diploma foi revogado pelo DL nº 27/2012, de 8 de Fevereiro, embora continuando a colaboração na vigilância epidemiológica a ser uma das atribuições do Instituto [cfr. art. 3º, nº 2, al. h) deste Decreto-Lei].

¹⁸⁷ Publicada no Jornal Oficial nº L 21, de 26 de Janeiro de 2000, págs. 32 a 35.

¹⁸⁸ Os eventos sujeitos a notificação estão enunciados no anexo I à Decisão, onde se incluem os “*surtos de doenças transmissíveis que ocorram em mais de um Estado-Membro e o aparecimento ou ressurgimento de uma doença transmissível ou de um agente infeccioso cuja contenção necessite de uma acção comunitária atempadamente coordenada*”.

¹⁸⁹ Decisão publicada no Jornal Oficial nº L 28, de 3 de Fevereiro de 2000, págs. 50 a 53.

¹⁹⁰ O elenco de doenças constante da Decisão 2000/96/CE foi aumentado pelas Decisões 2003/532/CE, de 17 de Julho, 2007/875/CE, de 18 de Setembro, e 2009/539/CE, de 10 de Julho.

- Resolução da Assembleia da República nº 161/2011, de 2 de Dezembro, que recomenda ao Governo a adopção de medidas tendentes ao combate à infecção por VIH/SIDA em Portugal, com vista à sua erradicação

Na Resolução, a Assembleia da República recomendou ao Governo que implementasse determinadas medidas com vista a combater o VIH/SIDA, desde logo reconhecendo a dimensão da epidemia e a necessidade urgente de uma abordagem abrangente e integrada, que envolvesse as organizações da sociedade. Entre as demais medidas enunciadas sublinhamos as seguintes: *i*) a promoção de parcerias¹⁹¹ e a conjugação de esforços e recursos em ordem a implementar de forma adequada as políticas, os programas e os serviços necessários; *ii*) a participação das pessoas infectadas na tomada de decisões relativas ao combate ao VIH/SIDA e o apoio público transparente às organizações que desenvolvam actividade neste âmbito; *iii*) que fosse urgentemente aprovado, aplicado e divulgado o Plano Nacional para o período 2012-2015 (que na resolução se recomenda que integre aspectos fulcrais como o impedimento da “degradação da qualidade terapêutica por razões de natureza económica e financeira em prejuízo ou quebra de orientações técnicas” e a redução da vulnerabilidade e das “barreiras estruturais no acesso aos serviços de saúde, particularmente agravadas por assimetrias geográficas e sociais”); *iv*) o combate a todas as formas de estigma e de discriminação motivadas pelo VIH/SIDA, nomeadamente no domínio laboral e no sector dos seguros, “particularmente que coloquem em causa a igualdade e a equidade, incluindo de género”.

¹⁹¹ Entre o Estado, organizações não governamentais cuja actividade seja a prevenção e apoio a pessoas infectadas, profissionais de saúde, instituições educativas e de formação, centros de investigação, universidades, instituições/centros jurídicos e ético-jurídicos, representantes dos meios de comunicação, representantes das associações juvenis, responsáveis políticos, sector privado (v.g., a indústria farmacêutica).

1.2.2. Outros documentos

– Despacho n° 11/86, de 18 de Abril, DR 102, Série II, de 5 de Maio de 1986 (Ministério da Saúde)

Determinou a aplicação de um conjunto de regras com vista à adopção de medidas rigorosas de profilaxia da SIDA nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação¹⁹².

– Despacho n° 12/86, de 18 de Abril, DR 102, Série II, de 5 de Maio de 1986 (Ministério da Saúde)

Determinou medidas destinadas a proteger os doentes a quem deveria ser administrado sangue humano, seus componentes ou fracções deste, da possibilidade de transmissão do VIH¹⁹³.

– Despacho de 1 de Julho de 1992, DR 164, Série II, de 18 de Julho de 1992 (Ministério da Saúde)

Determinou a criação da Comissão de Interpretação de Resultados de Análises para Detecção de Doenças Transmissíveis, destinada a estabelecer critérios interpretativos obtidos nas análises para detecção de doenças transmissíveis nos produtos derivados do plasma humano.

– Despacho n° 14391/2001, de 24 de Maio, DR 158, Série II, de 10 de Julho de 2001 (Ministério da Saúde)

¹⁹² Alterado pelo Despacho n° 30/89, de 6 de Agosto, DR 196, Série II, de 26 de Agosto de 1989 (Ministério da Saúde). A alteração, proposta pelo Grupo de Trabalho da SIDA, foi de uma nova redacção, mediante a substituição dos termos “anti-LAV” e “anti-HTLV-III” por “VIH, tipos 1 e 2”, passando a ser obrigatória, nos casos expressos naquele despacho, a pesquisa de anti-corpos VIH, dos tipos 1 e 2.

¹⁹³ Alterado pelo Despacho n° 31/89, de 6 de Agosto, DR 196, de 26 de Agosto de 1989 (Ministério da Saúde). Mediante a alteração, proposta pelo Grupo de Trabalho da SIDA, a redacção do n° 1 daquele Despacho passou a incluir a referência à pesquisa de anti-corpos anti-VIH do tipo 2.

Mediante este despacho a Ministra da Saúde aprovou o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, ao abrigo do nº 4 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 505/99, de 20 de Novembro, com a redacção dada pelo Decreto-Lei nº 241/2000, de 26 de Setembro. O manual contém uma listagem das doenças transmissíveis, entre as quais o VIH/SIDA, com relevo na diálise e instrução sobre a sua profilaxia.

– Despacho conjunto dos Ministérios da Justiça e da Saúde nº 72/2006, de 24 de Janeiro, DR 17, Série II, de 24 de Janeiro de 2006

Determinou a elaboração de um estudo orientado para a implementação de um plano nacional de combate à propagação de doenças infecciosas em meio prisional, com especial enfoque na prevenção e tratamento das toxicodependências e das patologias associadas ao consumo, bem como a composição do respectivo grupo de trabalho.

– Relatório do Grupo de Trabalho Justiça/Saúde, de Julho de 2006: Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças infecciosas em Meio Prisional

Este relatório foi elaborado na sequência do despacho ministerial conjunto nº 72/2006, de 24 de Janeiro, que previa a realização de um estudo com vista à implementação de um plano de combate à propagação de doenças infecciosas em meio prisional, bem como a constituição de um grupo de trabalho para o efeito.

– Projecto de uma Lei de Bases para a Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis, de Janeiro de 2007¹⁹⁴

O estudo teve como fundamento a necessidade de actualizar a estratégia de luta contra as doenças transmissíveis, atento o desfasamento entre o contexto que se vivia à data e aquele que existia na altura em que foi adoptada a Lei nº 2036, de 9 de Agosto de 1949, tanto de um ponto de vista prático como jurídico. Entre as significativas diferenças de contexto assinaladas, destacamos as seguintes: o aparecimento do VIH/SIDA e os problemas sociais que se lhe associaram, como a discriminação e estigmatização das pessoas infectadas, a intensidade e a facilidade dos fluxos

¹⁹⁴ Estudo adjudicado à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

migratórios, a inserção de Portugal na União Europeia e nas estruturas europeias e mundiais de vigilância epidemiológica, sobretudo no âmbito da OMS, e a entrada em vigor de uma nova ordem constitucional, com a Constituição de 1976.

Pareceres

– Parecer do Centro de Direito Biomédico sobre o internamento compulsivo do VIH, da autoria de André Dias Pereira, de 24 de Maio de 2010, Coimbra¹⁹⁵

O parecer é relativo ao eventual internamento compulsivo de um cidadão que padecia de vários problemas de saúde, nomeadamente VIH/SIDA, esquizofrenia e toxicod dependência grave. Para abordar o *regime jurídico da luta contra as doenças infecciosas* (designadamente a Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto), André Dias Pereira foca-se no caso da tuberculose, considerando que a aplicação de medidas como o internamento compulsivo deve ser rodeada de especiais cautelas, sendo apenas de admitir em casos extremos, de doença contagiosa grave, em que a pessoa se recuse a submeter a um tratamento e crie “uma situação de *perigo concreto* para terceiras pessoas”. Sublinha que esta medida não se aplica aos portadores de VIH/SIDA, uma vez que esta é uma doença meramente transmissível e não contagiosa¹⁹⁶.

De salientar também a parte do Parecer relativa ao *regime jurídico aplicável às pessoas que vivem com o VIH e que possam constituir um perigo sério de contágio para terceiras pessoas*. O autor começa por notar que as “pessoas que vivem com VIH apresentam um risco reduzido para a saúde pública”, atentos os meios de transmissão do vírus, lembrando, no entanto, que a doença passou a ser de notificação obrigatória, por via da Portaria n.º 258/2005, de 16 de Março. Afirma contudo que não há qualquer fundamento que justifique uma medida de privação da liberdade do cidadão portador de VIH, mesmo que esteja na fase sintomática da SIDA¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Disponível em <http://sida.dgs.pt/> (consulta em 09-02-12).

¹⁹⁶ Veja-se pág. 17 do Parecer.

¹⁹⁷ Cfr. pág. 23 do Parecer.

1.3. Serviços de Saúde

– Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de Abril

Objectivos: monitorizar as condições de saúde da população; colher a informação necessária para definir as estratégias em matéria de saúde pública.

Âmbito de aplicação subjectivo: serviços de natureza operativa de saúde pública de âmbito local, regional e nacional.

O diploma reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública, a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Dentro das competências atribuídas aos serviços operativos de saúde pública, a nível regional e local, integra-se a promoção da investigação e da vigilância epidemiológica. Para prosseguir esta actividade de vigilância, podem ser requeridas a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, dados e informações de saúde considerados essenciais¹⁹⁸.

Os serviços operativos de saúde pública têm nomeadamente a seu cargo a identificação das necessidades no âmbito da saúde, a monitorização do estado de saúde da população e respectivos determinantes sociais, a promoção da investigação e vigilância epidemiológicas, a avaliação do impacto de intervenções em saúde e a gestão de programas e projectos em matéria de protecção e promoção da saúde¹⁹⁹.

Cumprir salientar o artigo 9º, nº 1, alínea a), e nº 2, relativos à possibilidade de celebração de protocolos com as autarquias interessadas, designadamente no âmbito das doenças transmissíveis.

¹⁹⁸ Cfr. art. 5º do Decreto-Lei. De acordo com o nº 3 deste artigo, os dados essenciais que podem ser pedidos a instituições e profissionais de saúde englobam “descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos humanos e de mortes, condições que determinem a propagação da doença e medidas aplicadas, bem como quaisquer outras informações que forneçam meios de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceites”.

¹⁹⁹ Cfr. art. 3º, als. a) a e), do Decreto-Lei em referência.

Enquadramento

No preâmbulo do diploma lê-se que a necessidade de reestruturação dos serviços era devida à “modificação do perfil de saúde e doença das populações” que se verificava nas últimas décadas, e que se relacionava com factores como “as alterações dos estilos de vida nas diferentes sociedades e culturas, a globalização ocorrida na produção de bens, prestação de serviços e domínio do conhecimento, o rápido e intenso fluxo de pessoas entre continentes e países”.

Em Portugal, a resposta aos novos “desafios de uma realidade que deixou de conhecer fronteiras” passaria, nomeadamente, pelo reforço das funções e “actividades de vigilância epidemiológica, de prevenção de doença, de defesa, protecção e promoção da saúde, bem como a avaliação sistemática do impacte dos programas de saúde na comunidade”. De acordo com o perspectivado no preâmbulo, a prossecução destes fins dependeria da existência de serviços *modernos e racionalmente estruturados*.

Em termos de instrumentos supranacionais, e relativamente à vigilância epidemiológica, relembramos sobretudo as decisões da Comissão Europeia que incidiram sobre o tema, no sentido da organização e interconexão das redes existentes e da criação e desenvolvimento de uma rede comunitária destinada a concretizar a vigilância à escala europeia. O objectivo era o de aumentar a disponibilidade e a comparabilidade dos dados existentes a nível nacional e que assim circulavam na rede²⁰⁰.

– Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro

Objectivos: rever o sistema de taxas moderadoras no acesso ao SNS, designadamente as categorias de isenção; cumprir o acordado no memorando assinado entre o Governo Português, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu; reduzir a despesa do Estado.

Âmbito de aplicação subjectivo: geral²⁰¹.

²⁰⁰ Cfr. supra, pág. 68, nota de rodapé nº 159.

²⁰¹ É aplicável a todas as pessoas em geral, não se restringindo a determinado grupo (caso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA).

Este diploma, que regula o acesso às prestações do SNS “no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios”²⁰², prevê a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito das consultas, “sessões de hospital de dia, bem como actos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito (...) da imunodeficiência humana/sida”²⁰³. No regime anterior, constante do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto²⁰⁴, os doentes com SIDA e os seropositivos estavam isentos do pagamento de taxas moderadoras²⁰⁵.

Enquadramento

No preâmbulo do diploma é explicitado que a sua adopção decorre do acordo assinado entre o Governo Português, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco central Europeu, pois que a revisão do regime das taxas moderadoras no acesso às prestações do SNS era uma das medidas previstas no âmbito da reforma do sistema de saúde, alegadamente para garantir a sua sustentabilidade. Anuncia-se também aí que se havia procedido à revisão das categorias de isenção do pagamento de taxas e, por outro lado, consagrado a dispensa de cobrança das mesmas “no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde”. Na óptica expressa no preâmbulo, a revisão do modelo de taxas moderadoras constitui “uma medida catalisadora da racionalização de recursos e do controlo da despesa”.

As taxas moderadoras no acesso ao SNS estão previstas na base XXXIV da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro)²⁰⁶.

²⁰² Cfr. art. 1º do diploma.

²⁰³ Cfr. art. 8º do diploma.

²⁰⁴ Revogado pelo Decreto-Lei em referência.

²⁰⁵ Cfr. art. 2º do Decreto-Lei 173/2003.

²⁰⁶ *Base XXXIV (Taxas moderadoras):*

1 – Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.

2 – Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Na Constituição de 1976 definia-se o SNS como *universal, geral e gratuito*. Na revisão de 1989 foi introduzida a expressão “tendencialmente gratuito”²⁰⁷, tendo entretanto sido criado o sistema de taxas moderadoras.

Aspectos a ressaltar no diploma

Como vimos, o enquadramento do Decreto-Lei 113/2011 é o das reformas no sector público, que se inserem numa linha de opção governativa no sentido da redução da despesa. A propósito desta revisão, bem como das reestruturações do SNS, importa convocar dois aspectos que foram enunciados na Resolução da Assembleia da República nº 161/2011, de 2 de Dezembro, enquanto medidas a constar do Plano Nacional de combate ao VIH/SIDA para o período de 2012-2015: por um lado, o impedimento da degradação da qualidade dos tratamentos por motivos económicos e financeiros, em detrimento de orientações técnicas; por outro, a redução das barreiras estruturais no acesso ao SNS, tendo em consideração o seu agravamento pela existência de assimetrias geográficas e sociais.

O diploma não deixa de suscitar interrogações sobre a forma como o legislador pretende conciliar a redução da despesa pública, sob a invocação da sustentabilidade do SNS, e a garantia do acesso generalizado aos serviços, da sua qualidade e suficiência, especificamente quanto ao VIH/SIDA, para que não ocorra um retrocesso em termos de prevenção, diagnóstico, tratamentos e cuidados.

As pessoas seropositivas ou com SIDA estavam isentas do pagamento de taxa moderadoras em quaisquer prestações do SNS. No regime agora instituído, os utentes com VIH/SIDA apenas estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras em prestações específicas (em consultas e sessões de hospital de dia no âmbito do VIH/SIDA). Estão tão só abrangidas as prestações na especialidade e os actos que tenham directamente a ver com a mesma, solicitados a partir das consultas de especialidade. Esta alteração, que é substancial, não deixa de comportar um enfraquecimento da tutela concedida às pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Note-se que

²⁰⁷ Cfr. art. 64º, nº 2, al. a) da CRP (na redacção actual), nos termos do qual o direito à protecção da saúde realiza-se através “de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Cfr. a base XXIV, al. c) da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto: “[O SNS caracteriza-se por ser] Tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

estamos a falar de uma debilitação progressiva acentuada do sistema imunitário, que faz com que aumente a probabilidade de surgirem afecções que, à partida, podem ou não estar relacionadas com a doença e cujos exames de detecção e tratamento não estarão cobertos pela dispensa²⁰⁸.

- Portaria 306-A/2011

Objectivos: determinar o valor das taxas moderadoras no acesso ao SNS a vigorar no ano de 2012.

Âmbito de aplicação: utentes do SNS.

A Portaria aprova os valores das taxas moderadoras previstas no artigo 2º do Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança.

Aspectos a ressaltar na Portaria

As definições constantes do artigo 2º da Portaria intentam explicitar o âmbito das exclusões da dispensa da cobrança de taxas moderadoras nos cuidados a prestar a uma pessoa infectada pelo VIH/SIDA, definindo os conceitos que constam da alínea b) do artigo 8º do Decreto-Lei 113/2011²⁰⁹.

²⁰⁸ Veja-se José Poças, “Carta Aberta aos Colegas Directores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais” (texto fornecido pelo autor): «(...) quando se trata da saúde em geral, e muito particularmente da saúde pública, e dos cuidados necessários a algumas camadas populacionais mais desfavorecidas e discriminadas, então temos que pesar muito bem ps seus impactos, não vá, como se diz no sábio aforismo popular, o “feitiço virar-se contra o feiticeiro”». José Poças enuncia algumas medidas para possibilitar a pupança, designadamente o fornecimento das profilaxias das infecções oportunistas, na medida em que os “doentes que não as tomam adequadamente irão certamente ser internados a prazo por progressão clínica, gastando pois muito mais recursos financeiros”. E ainda, do mesmo autor, “A equação dos impossíveis, e a eterna atracção pelo abismo”(texto fornecido pelo autor), em que faz um quadro geral da situação problemática que atravessa o país, criticando e evidenciando preocupações relativamente às políticas seguidas, nomeadamente em matéria de saúde, lembrando *a final* um ensinamento tradicional da medicina, o de que *o doente, além da doença, também pode morrer da cura*.

²⁰⁹ De acordo com o artigo 2º da Portaria em referência deve entender-se por: acto complementar de diagnóstico, o “*exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de diagnóstico*” [al. a)]; acto complementar de terapêutica, a “*prestação de cuidados curativos após diagnóstico e prescrição terapêutica*” [al. b)]; hospital de dia, o “*serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num*

1.4. Cuidados de saúde

1.4.1. Actos normativos

– Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho²¹⁰ – Procriação Medicamente Assistida

Objectivos (específicos): prevenir a transmissão de doenças infecciosas; garantir a confidencialidade dos dados pessoais constantes do processo de procriação medicamente assistida (PMA).

Âmbito de aplicação: geral.

Sanções: contra-ordenação punível com coima pela aplicação de técnicas de PMA em casos não previstos no artigo 4.º²¹¹; pena de prisão com possibilidade de substituição por multa, por violação do dever de sigilo ou de confidencialidade^{212,213}.

Esta Lei regula a utilização de técnicas de PMA²¹⁴ e cria o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida²¹⁵. O princípio nesta matéria é o da subsidiariedade do recurso a estas técnicas, que só podem ser utilizadas em casos de infertilidade, para tratamento de doença grave, ou para evitar o risco de transmissão de doenças, designadamente infecciosas²¹⁶.

De sublinhar que um dos direitos dos beneficiários, enunciados no artigo 12.º da Lei, é o conhecimento sobre os fundamentos da recusa de técnicas de PMA [al. d)].

Destacamos ainda o artigo 16.º, n.º 1, nos termos do qual é aplicada aos processos de PMA, respectivos beneficiários, dadores e crianças nascidas a legislação de protecção de dados pessoais e de informação genética pessoal e de saúde²¹⁷.

período inferior a 24 horas” [al. l)]; e sessão de hospital de dia, as “intervenções, geralmente terapêuticas, em doentes, assistidos em hospital de dia” [al. q].

²¹⁰ Regulamentada pelo Decreto Regulamentar n.º 5/2008, de 11 de Fevereiro.

²¹¹ A coima é de € 10 000 a € 50 000, no caso de pessoas singulares, podendo chegar a um valor máximo de €500 000, no caso de pessoas colectivas. Cfr. art. 4.º, n.º 1, al. a), da Lei.

²¹² Cfr. art. 43.º da Lei (pena de prisão até um ano ou multa até 240 dias).

²¹³ Cfr. art. 45.º. É subsidiariamente aplicável o Código Penal e o regime-geral das contra-ordenações, nos termos do art. 46.º da Lei em referência.

²¹⁴ Cfr. art. 1.º da Lei.

²¹⁵ Cfr. art. 30.º da Lei.

²¹⁶ Cfr. art. 4.º, n.ºs 1 e 2, respectivamente.

²¹⁷ Cfr. Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, e Lei n.º 12/2005, de 26 d

Enquadramento

No processo de adopção desta Lei estiveram os Projectos de Lei nº 141/X (BE)²¹⁸, 151/X (PS)²¹⁹, 172/X (PCP)²²⁰, 176/X (PSD)²²¹.

Da leitura da exposição de motivos dessas iniciativas legislativas obtém-se o enquadramento do normativo em referência, desde logo, a necessidade urgente de criar legislação sobre a matéria e a importância da utilização destas técnicas para os casos de infertilidade (que é considerada uma doença pela OMS) e de prevenção de doenças. Sublinhamos, designadamente: a referência ao PIDESC, em que é reconhecido “o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir” e a “beneficiar do progresso científico e das suas aplicações”²²²; ao relatório e Parecer do CNECV nº 3/CNE/93, em que este Conselho definiu os princípios éticos que deveriam orientar as práticas de PMA²²³; e ainda à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, do Conselho da Europa, que fixou princípios gerais na matéria, que era já na altura integrante do ordenamento jurídico português, por ter sido objecto de ratificação²²⁴.

De sublinhar também, a Recomendação da Entidade Reguladora da Saúde sobre Limitação do acesso a técnicas de PMA a utentes seropositivos para o VIH, de 2005, em que a mesma considerou que a exclusão do acesso a estas técnicas com base exclusiva no facto de a pessoa estar infectada pelo VIH/SIDA era uma medida infundada e como tal discriminatória²²⁵. Relativamente a instrumentos específicos sobre o VIH/SIDA são de ressaltar, no geral, todos aqueles que abordam o tema da prevenção da transmissão vertical, ainda que não tratando especificamente as questões relativas à PMA²²⁶.

e Janeiro.

²¹⁸ Iniciativa datada de 8 de Julho de 2005 (*Regula as aplicações médicas da procriação assistida*).

²¹⁹ Iniciativa datada de 27 de Julho de 2005 (*Regula as técnicas de procriação medicamente assistida*).

²²⁰ Iniciativa datada de 6 de Outubro de 2005 (*Regula as técnicas de reprodução medicamente assistida*).

²²¹ Iniciativa datada de 13 de Outubro de 2005.

²²² Arts. 12º, nº 1, e 15º, nº 1, al. b), respectivamente, do PIDESC. Cfr. pág. 2 do Projecto de Lei nº 172/X.

²²³ Cfr. pág. 2 do Projecto de Lei nº 141/X.

²²⁴ Cfr. pág. 4 do Projecto de Lei nº 151/X.

²²⁵ Recomendação Nº R/02/ERS/2005, de 14 de Setembro de 2005.

²²⁶ Cfr., nomeadamente, a Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001 (§ 54), e a Declaração Política sobre o VIH/SIDA, de 2006, ambas da Assembleia Geral da ONU (§ 27).

– **Despacho nº 16159/2010, de 18 de Outubro, DR 208, Série II, de 26 de Outubro de 2010** – Alargamento do Programa Nacional de Saúde Oral a pessoas que vivem com a infecção VIH/SIDA

Objectivos: alargar o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral a pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

Âmbito de aplicação: utentes infectados com o vírus da SIDA.

O despacho alargou o âmbito subjectivo do Programa Nacional de Saúde Oral²²⁷ aos utentes com o vírus da SIDA, por referenciação do médico de família²²⁸.

Enquadramento

O motivo apresentado para o alargamento foi o de, *também* no caso dos portadores de VIH/SIDA, se justificar a disponibilização de cuidados médicos dentários, devido à existência de um risco acrescido de virem a ter “problemas de saúde oral, designadamente periodontite e perda de peças dentárias”. Tal como sucede nos casos previstos inicialmente no plano – “grupos de particular vulnerabilidade, grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário, utentes do SNS e crianças jovens com menos de 16 anos a frequentar escolas públicas e IPSS” – o VIH/SIDA implica “cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados”²²⁹.

– **Circular Normativa N° 01/DSMIA, de 4 de Fevereiro de 2004 (Direcção Geral da Saúde)**, sobre Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana

A Circular Normativa contém um enunciado de medidas, a aplicar em todos os estabelecimentos de saúde, em matéria de diagnóstico do VIH, aconselhamento e

²²⁷ Regulamentado pela Portaria nº 301/2009, de 24 de Março, no que concerne “à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados”.

²²⁸ Cfr. art. 1º do Despacho.

²²⁹ O despacho determina, em conformidade com o disposto no art. 2º, nº 2, da referida Portaria, a “entrada em Programas dos utentes infectados pelo vírus do VIH/SIDA, por referenciação do médico de família” (nº 1).

acompanhamento de mulheres relativamente ao VIH/SIDA, antes e durante a gravidez. É sublinhado que o teste de rastreio do diagnóstico deve ser realizado de forma voluntária, após o consentimento informado da mulher. Há uma orientação no sentido de estimular igualmente a participação do futuro pai no aconselhamento e na efectuação do teste de rastreio. De sublinhar também a orientação para a referenciação imediata da grávida seropositiva para a consulta de “Alto Risco Obstétrico do Hospital de Apoio Perinatal”, onde deveria ter depois um acompanhamento adequado à sua situação clínica específica.

– **Circular Normativa N° 02/DSMIA, de 16 de Janeiro de 2006 (Direcção Geral da Saúde)**, sobre Prestação de Cuidados Pré-concepcionais

A Circular Normativa é dirigida a todos os médicos e enfermeiros em exercício de actividade na área da saúde reprodutiva e tem como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados pré-concepcionais.

A DGS estabelece que seja considerada componente básica dos cuidados pré-concepcionais, designadamente, a realização do teste de rastreio do VIH e a recomendação ao futuro pai para que o efectue também.

É sublinhado que na consulta pré-concepcional deveria ser dada particular atenção ao problema das doenças infecciosas, ao risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, e respectivas consequências sobre o feto, e à avaliação e redução do risco de ingestão de medicamentos, sejam prescritos ou não²³⁰.

– **Circular Normativa N° 19/DSCS/PNT, de 17 de Outubro de 2007 (Direcção Geral da Saúde)**, sobre o rastreio de infecção VIH nos doentes com tuberculose

A Circular Normativa é dirigida a todos os serviços de saúde. No âmbito do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, de Março de 2010, a DGS determinou que deveria ser efectuado o teste de rastreio do VIH em todos os doentes com o diagnóstico de tuberculose.

Na fundamentação da circular da DGS é explicitado que no nosso país a sobreposição da epidemia da SIDA e da tuberculose tinha um dos valores mais elevados

²³⁰ Cfr. pág. 4 da Circular Normativa.

da Europa e que a prevalência do VIH nas pessoas com tuberculose era cerca de 50 vezes superior à da população em geral. Nessa medida, é enfatizada a importância do diagnóstico precoce da co-infecção (é referido que em Portugal a tuberculose é “a principal doença definidora de SIDA”), para que os doentes sejam devidamente orientados e assim diminuídas as repercussões na morbilidade e na mortalidade.

No mesmo Programa é referido que a infecção pelo VIH representa o factor de risco mais importante para a tuberculose activa²³¹. De acordo com os dados revelados, para além de terem maior risco de infecção, as pessoas infectadas pelo VIH, tal como outras populações que apresentam factores de risco (caso dos toxicodependentes), têm tendencialmente piores resultados no tratamento²³².

O Relatório contém o Plano de Acção para 2007-2010, que integra uma parte relativa à co-infecção VIH/TB, em que se salienta a importância do “estabelecimento de um corpo de coordenação comum e de práticas de colaboração programática”, dado o nível elevado de sobreposição de ambas as epidemias no país²³³. Na tabela do *Plano de Acção Estratégico a Curto Prazo*, apresenta-se os seguintes dados referentes a Março de 2010: 13% de prevalência do VIH entre pessoas com tuberculose e 39% das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA com tuberculose²³⁴.

– **Circular Normativa Nº 24/SR, de 1 de Dezembro de 2008 (Direcção Geral da Saúde)**, sobre acesso a meios de prevenção dirigido a doentes com infecção VIH/SIDA e seus parceiros sexuais

A Circular Normativa é dirigida aos hospitais que prestam cuidados a doentes com VIH/SIDA. Acolhendo a proposta da extinta Coordenação Nacional para a Infecção pelo VIH/SIDA, a DGS determinou a garantia do acesso (de forma sistemática e gratuita) de pessoas com a doença e respectivos parceiros sexuais a um conjunto de valias destinadas a prevenir a transmissão do vírus, concretamente: i) ao

²³¹ São apresentados os dados de 2007, em que “do total de casos de TB, a TB foi indicativa de SIDA em 4%, e do total de casos de SIDA, 39% tiveram a TB como doença indicativa inicial de infecção VIH”. Veja-se o Relatório para o dia Mundial da Tuberculose, da DGS, Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Março de 2010, disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8B5396AB-E7B3-4B81-A368-F2B5F7E28F95/0/RelatorioTuberculoseDGS.pdf> (consulta em 01.11.11), pág. 14.

²³² Vide, Relatório para o dia Mundial da Tuberculose, cit., pág. 16.

²³³ Vide, Relatório para o dia Mundial da Tuberculose, cit., pág. 17. É referido que iria ser publicado um conjunto de normas para a profilaxia e tratamento da tuberculose em pessoas infectadas pelo VIH.

²³⁴ Vide, Relatório para o dia Mundial da Tuberculose, cit., pág. 18.

aconselhamento e diagnóstico (sujeição voluntária ao teste de rastreio); *ii*) aos meios de prevenção da transmissão por via sexual (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes) nas consultas ou nas farmácias hospitalares; *iii*) a informação sobre profilaxia pós-exposição e respectiva prescrição, sendo o caso; *iv*) a informação e educação para a saúde, adequadas ao contexto em que for divulgada ou ministrada; *v*) sendo necessário, articulação com as unidades de tratamento da toxicod dependência.

Estas medidas têm como fundamento a importância do *reconhecimento precoce* do estatuto serológico dos parceiros sexuais e da *utilização consistente* dos meios de prevenção, e ainda, quanto aos casos de toxicod dependência, a necessidade de conjugar o tratamento da mesma com as medidas de prevenção do VIH. No final da descrição de fundamentos é enfatizada a importância do acesso generalizado à prevenção e ao diagnóstico, a par da disponibilização e continuidade do tratamento e cuidados.

– **Circular Normativa N° 23/DSR, de 29 de Dezembro de 2009 (Direcção Geral da Saúde)**, sobre fornecimento de fórmula para lactentes em mães infectadas pelo vírus VIH.

A Circular Normativa é dirigida aos hospitais que prestam cuidados a doentes com VIH/SIDA. A DGS determinou, sob proposta da extinta Coordenação Nacional para a Infecção pelo VIH/SIDA, que fosse assegurado o acesso por parte das mães com a infecção VIH/SIDA, e de forma sistemática e gratuita, à fórmula para lactentes durante o primeiro ano de vida da criança²³⁵. O objectivo foi o de prevenir a transmissão vertical do VIH, que pode ocorrer tanto durante a gravidez como no parto ou na amamentação²³⁶, garantindo o acesso generalizado àquela fórmula (assegurando assim que as mães infectadas pelo VIH, que não têm possibilidade económica de comprar leite artificial, têm também acesso ao mesmo).

A medida tem em consideração as orientações da OMS relativamente a esta matéria, no sentido da garantia da substituição do leite materno de pessoas infectadas pelo VIH por uma fórmula para lactentes sempre que a mesma se afigure *aceitável, exequível, acessível, sustentável e segura*, a manter enquanto a criança precisar. As

²³⁵ A disponibilização da fórmula ficaria dependente de prescrição médica e seria distribuída em farmácias hospitalares.

²³⁶ É explicitado que no recém-nascido, o vírus pode entrar pelas mucosas nasofaríngea e gastrointestinal.

orientações são ainda para que seja totalmente evitada a amamentação por parte de mães com VIH/SIDA (o que implica que não se recorra igualmente ao aleitamento misto).

– **Norma Nº 002/2010, de 27 de Outubro de 2010**

A norma é dirigida aos médicos de família dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Funcionais não hospitalares das Unidades Locais de Saúde, e surge no seguimento do alargamento do Programa Nacional de Saúde Oral aos doentes infectados pelo VIH/SIDA²³⁷. Por via da mesma, a DGS estabelece um conjunto de regras a cumprir pelos estomatologistas e médicos dentistas aderentes relativamente às pessoas com VIH/SIDA.

Os fundamentos da norma emitida foram, por um lado, a possibilidade de melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA através da promoção da sua saúde oral, e, por outro, a maior propensão das mesmas para problemas de saúde oral, como a periodontite e a perda de peças dentárias, a requerer cuidados especializados de forma a diminuir a probabilidade da sua ocorrência. Os objectivos enunciados são: a garantia do acesso das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA aos cuidados de saúde oral e a avaliação da situação neste âmbito.

– **Norma Nº 058/2011, de 28 de Dezembro de 2011, sobre Prescrição Laboratorial do Teste de Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)**

A norma, dirigida aos Médicos do Serviço Nacional de Saúde, enuncia as pessoas relativamente às quais se recomenda a realização do teste de rastreio (a todos os doentes cuja apresentação clínica possa resultar de uma infecção VIH), as subpopulações em que o rastreio deve ser efectuado de forma mais selectiva (v.g., parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infecção por VIH e homens que tiveram sexo com homens), e outras pessoas a quem deve ser realizado de forma regular (v.g., dadores de sangue e doentes em diálise) ou com periodicidade definida (v.g., pessoas com teste VIH indeterminado e pessoas com parceiro VIH positivo). Define ainda os critérios para a efectuação dos testes nas diferentes situações (por exemplo, em casos de gravidez), desde logo a necessidade de consentimento do

²³⁷ Cfr. Despacho nº 16159/2010, de 18 de Outubro de 2010, DR 208, Série II, de 26 de Outubro de 2010.

indivíduo, após ter tido sido devidamente informado e compreendido aquilo a que se ia submeter.

Esta norma visa responder à necessidade de implementar um maior nível de optimização da prática clínica na prescrição do teste de rastreio. Na fundamentação é também referido que um maior conhecimento sobre o estado da infecção VIH no país oferece às pessoas infectadas uma oportunidade de receberem informação para a prevenção da transmissão e o seu tratamento. De salientar ainda que, de acordo com a classificação adoptada pela OMS, a epidemia em Portugal é de tipo “concentrada”, pois que a prevalência geral na população é inferior a 1%, mas pelo menos em dois grupos vulneráveis (utilizadores de drogas injectáveis e reclusos) é superior a 5%.

1.4.2. Outros documentos

Recomendações

– **Recomendação N° R/02/ERS/2005, de 14 de Setembro de 2005 (Entidade Reguladora da Saúde)** – Limitação do acesso a técnicas de procriação medicamente assistida [PMA] a utentes seropositivos para o VIH

A recomendação é sobre a eventual legitimidade da exclusão de uma utente do acesso a técnicas de PMA, por parte de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, pelo facto de ser portadora de VIH/SIDA²³⁸.

Para enquadrar a questão do ponto de vista jurídico, a ERS convoca os Direitos do Utente do SNS, o princípio fundamental de que todos são iguais perante este Serviço e o princípio da igualdade. Cita ainda o Parecer n° 44 do CNECV, a propósito das excepções ao princípio da subsidiariedade no recurso às técnicas de PMA, concretamente o facto de “excepcionalmente e por ponderadas razões estritamente médicas decorrentes da prevenção da transmissão de doenças graves de origem genética ou outra, poderão ser consideradas derrogações ao enunciado princípio da

²³⁸ Foi motivada pelo caso de uma utente seropositiva, a quem foi recusado o acesso a técnicas de PMA por parte de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde (recusa baseada no estatuto serológico da mesma), e sugerido que se dirigisse a uma clínica privada.

subsidiariedade”²³⁹. De acordo com este Conselho, as referidas derrogações deveriam ser autorizadas por uma entidade independente, que considerava ser de criar. A propósito da eventual criação de uma tal entidade, a ERS sublinha que não seria “eticamente correcta nem justa, para qualquer utente nas circunstâncias descritas a negação ao acesso às técnicas de PMA” devido à inexistência de legislação específica sobre a matéria que a previsse expressamente²⁴⁰.

A ERS concluiu que a limitação do acesso às técnicas de PMA a uma utente com fundamento exclusivo no facto de ser seropositiva “constitui discriminação, infundada, ilegal e ilegítima desta utente”²⁴¹. Sustentou a sua posição na violação do princípio da igualdade, na sua vertente de não discriminação (artigo 13º, nº 2, da Constituição), do direito à protecção da saúde (artigo 64º da Constituição) e do direito de acesso às prestações de cuidados de saúde. Mais afirmou que compete “aos médicos e a outros profissionais de saúde zelar para que os direitos dos nascituros não sejam também violados”, nomeadamente no que tange à transmissão vertical do VIH, através da utilização das técnicas de PMA. Concluiu afirmando que competia ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde dotar as unidades de PMA “dos meios necessários para que todos os utentes sejam tratados em condições de igualdade”²⁴².

Pareceres

– Parecer nº 44 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de 26 de Julho de 2004, sobre Procriação Medicamente Assistida

O Parecer foi suscitado pelo pedido dirigido ao CNECV para que se pronunciasse sobre os Projectos de Lei nº 90/IX (PS)²⁴³ e 371/IX (BE) (“Procriação medicamente assistida”²⁴⁴). O CNECV foi de parecer que deveriam ser admissíveis as derrogações ao princípio da subsidiariedade na utilização de técnicas de PMA nos casos

²³⁹ Parecer sumariado na página seguinte.

²⁴⁰ Veja-se a pág. 3 da Recomendação. A matéria da Procriação Medicamente Assistida encontra-se actualmente regulada pela Lei nº 32/2006, de 26 de Julho, à qual foi aditado um artigo 43º-A pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro.

²⁴¹ Veja-se a pág. 3 da Recomendação.

²⁴² Veja-se a pág. 4 da Recomendação.

²⁴³ *Regula as técnicas de procriação medicamente assistida* [DAR II, série A, nº 18/IX/1, de 4 de Julho de 2002, págs. 565 a 572].

²⁴⁴ *Procriação medicamente assistida* [DAR II, série A, nº 12/IX/2, de 5 de Novembro de 2003, págs. 462 a 467].

em que fossem necessárias para prevenir o risco de transmissão de doenças graves²⁴⁵. Considerou ainda que as mesmas derrogações deveriam ser autorizadas pela “entidade independente, de natureza pluridisciplinar” a que alude no ponto 28 do Parecer, e cuja criação aconselha.

1.5. Estruturas e Apoios Sociais

1.5.1. Protecção na Invalidez

– **Lei nº 90/2009, de 31 de Agosto** – Aprova o regime especial de protecção na invalidez²⁴⁶

Objectivos: estabelecer um esquema de protecção social, em condições especiais, a pessoas com invalidez provocada pelas doenças enunciadas, entre as quais a SIDA.

Âmbito de aplicação: pessoas em situação de invalidez provocada pela sida ou outra das doenças enunciadas.

No âmbito pessoal desta Lei estão incluídas as pessoas em situação de invalidez devida a SIDA²⁴⁷.

Enquadramento

A Lei nº 90/2009 teve na sua origem os Projectos de Lei nº 502/X (BE)²⁴⁸ e 504/X (BE)²⁴⁹, relativos à criação de um esquema de protecção social, em condições especiais, a atribuir às pessoas que sofrem de doença de Alzheimer (DA) e de doença de Parkinson (DP), respectivamente.

²⁴⁵ Veja-se o ponto 4 do Parecer.

²⁴⁶ Declarada a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, da al. c) do art. 13º (na parte em que procede à revogação dos arts. 1º, 2º, 4º, 5º e 6º do DLR 21/92/A, de 21-Out) e da al. d) do art. 13º (que revoga o DRR 9/93/A, de 6 de Abril), pelo Acórdão nº 304/2011, de 28 de Julho.

²⁴⁷ Cfr. art. 2º desta Lei.

²⁴⁸ Publicado no DAR II, série A, nº 78/X/3, de 10 de Abril de 2008, págs. 30 a 34.

²⁴⁹ Publicado no DAR II, série A, nº 78/X/3, de 10 de Abril de 2008, págs. 36 a 40.

O motivo referido para a apresentação destas iniciativas foi o da desigualdade de tratamento das pessoas que padeciam de alguma destas doenças relativamente a outras que tinham doenças crónicas diversas, no que concerne ao regime de protecção social aplicável, quando aquelas “implicam igual propensão para situações de incapacidade para o trabalho e para a invalidez, temporária ou definitiva”²⁵⁰. Entre as outras doenças a que se aludiu, previstas no Decreto-Lei 216/98, de 16 de Julho, estava o VIH/SIDA²⁵¹. No preâmbulo deste último diploma, actualmente não vigente, é referido o aumento do número de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e as consequências que a doença suscitava na vida social e nas relações das mesmas. Nesta parte lia-se que o princípio de justiça social implicava a instituição de um sistema de protecção específico para estas pessoas, “mediante atribuição do direito à pensão de invalidez em condições mais favoráveis do que as vigentes no regime geral de segurança social”. Não obstante, foi feita a advertência para a possibilidade de revisão futura deste regime, devido “à evolução francamente positiva das condições de luta contra a sida” e eventual diminuição consequente do número de pessoas infectadas²⁵².

Para além das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, beneficiavam já de regimes especiais, designadamente, as pessoas com doenças do foro oncológico (Decreto-Lei nº 92/2000, de 19 de Maio), esclerose múltipla (Decreto-Lei nº 327/2000, de 22 de Dezembro), e paramiloidose familiar (Lei nº 1/89, de 31 de Janeiro).

1.5.2. Transfusões de sangue contaminado com o vírus da SIDA

1.5.2.1. Actos normativos

– **Decreto-Lei nº 237/93, de 3 de Julho**²⁵³

Objectivos: prever a faculdade de recurso à arbitragem aos hemofílicos ou respectivos herdeiros legais que invoquem o direito de obter uma indemnização do Estado em virtude da contaminação pelo VIH, ocorrida em

²⁵⁰ Cfr. Exposição de motivos do Projecto de Lei nº 502/X.

²⁵¹ Revogado pela Lei nº 90/2009, de 21 de Agosto.

²⁵² Cfr. preâmbulo do Decreto-Lei nº 216/98.

²⁵³ Rectificado pela Declaração de Rectificação nº 147/93, de 25 de Agosto, publicada no DR.IS-A, 204, 3 Supl, de 31.08.93.

estabelecimentos de saúde pública; assegurar o ressarcimento dos danos sofridos por estes doentes.

Âmbito de aplicação: hemofílicos contaminados pelo VIH e respectivos herdeiros legais

O Decreto-Lei prevê a possibilidade de celebração de convenções de arbitragem entre o Estado e hemofílicos infectados com o vírus da sida ou respectivos herdeiros legais que invoquem o direito de indemnização, para os casos em que a infecção tenha ocorrido por via de transfusões de sangue ou da ministração de medicamentos derivados do plasma humano (importados), em estabelecimentos da rede pública. Tratou-se de facultar um meio alternativo aos tribunais para que aquelas pessoas pudessem obter a devida indemnização²⁵⁴.

Enquadramento

A adopção deste diploma foi motivada pela ocorrência de casos de infecção pelo VIH entre hemofílicos em estabelecimentos da rede pública, em consequência de transfusões de sangue e de medicamentos derivados de plasma humano contaminados. Nessa altura a despistagem do VIH não era obrigatória²⁵⁵.

O motivo anunciado para a previsão deste meio alternativo para resolução desses casos foi o da garantia do ressarcimento de danos, por se considerar que “o normal funcionamento dos mecanismos da ordem jurídica não providenciaria de forma adequada a reparação devida aos doentes”²⁵⁶.

²⁵⁴ A arbitragem destes casos ficaria a cargo de um tribunal arbitral instalado no Centro de Arbitragem Voluntária da Ordem dos Advogados (art. 2º). A escolha dos árbitros seria determinada na convenção de arbitragem, cabendo a mesma aos Ministérios das Finanças, da Justiça e da Saúde (art. 3º).

²⁵⁵ Sobre este tema veja-se, designadamente, Luís Neto, “A Infecção por VIH resultante de transfusão de Sangue Contaminado no Contexto da Responsabilidade Civil do Estado”, Separata de Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Sérvulo Correia, Edição da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Coimbra Editora, 2010, págs. 657-694; e André Dias Pereira, “Responsabilidade Civil dos Médicos: Danos Hospitalares – Alguns casos da Jurisprudência, in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, nº 7, 2007, páginas 53-67. Um dos capítulos deste último texto intitula-se *Transfusão de sangue com VIH e responsabilidade pelo risco dos hospitais públicos*.

²⁵⁶ Cfr. preâmbulo do diploma. Sobre o tema da segurança dos produtos sanguíneos e derivados veja-se, nomeadamente, Decisão do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros reunidos no Conselho, de 4 de Junho de 1991, publicada no *JO L 175, de 4.7.1991, pág. 26–29*; Resolução legislativa do Parlamento Europeu, de 27 de Abril de 1995, publicada no *Jornal Oficial nº C 126, de 22.5.1995, pág. 60*; Decisão nº 1729/95/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Junho de

– Portaria nº 321/2000, de 6 de Junho

Objectivos: apoiar financeiramente os hemofílicos que hajam sido infectados pelo VIH em estabelecimentos de saúde pública, bem como os seus familiares infectados ou afectados pela situação.

Âmbito de aplicação: hemofílicos infectados pelo VIH e seus familiares.

Aprova o Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias concedidas a hemofílicos contaminados com o vírus da sida e respectivos familiares^{257 e 258}.

Enquadramento

No preâmbulo da Portaria lê-se que, não obstante as indemnizações concedidas pelo Estado aos hemofílicos ou respectivos herdeiros²⁵⁹, as consequências daquelas ocorrências estavam a “agravar-se, tanto ao nível pessoal dos referenciados hemofílicos, como no seu âmbito familiar e social”. Esse agravamento implicava uma resposta, exigindo que os casos fossem perspectivados como “questão social a exigir uma forma de protecção social específica”.

Quanto aos procedimentos a seguir no processo de concessão das ajudas, é explicitado que: *i*) a especificidade das situações em causa justificava que se permitisse a livre cumulação desta prestação com outras de que já beneficiassem aquelas pessoas e não se fizesse depender a sua atribuição dos respectivos recursos; *ii*) a gravidade das situações exigia que fossem “fixados os montantes das ajudas sociais a atribuir por indexação ao valor da remuneração mínima mensal garantida à generalidade dos

1995, publicada no *Jornal Oficial nº L 168, de 18.7.1995, pág. 1-6*; Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 53/14, de 20 de Maio de 2000. Nesta Resolução, a Assembleia insta os Estados “a que velen por que los servicios de transfusión sanguínea no constituyan un factor de riesgo de infección por el VIH asegurando que todas las personas tengan acceso a sangre y productos sanguíneos seguros que sean asequibles y suficientes para satisfacer sus necesidades y procedan de donantes de sangre voluntarios y no remunerados, y que las transfusiones se practiquen exclusivamente cuando sea necesario y como parte de un programa de transfusión sanguínea sostenible en el marco del sistema de atención sanitaria existente” (ponto 7).

²⁵⁷ Regulamento publicado em anexo à Portaria. *Vide*, particularmente, artigo 2º da Portaria, relativo ao âmbito pessoal (beneficiavam destas prestações, designadamente, os cônjuges dos hemofílicos que recebiam indemnização do Estado ao abrigo do Decreto-Lei nº 237/93, de 3 de Julho,

²⁵⁸ Alargado o âmbito pessoal da al. d) do art. 2º do Regulamento aprovado pela presente Portaria, pela Portaria nº 26/2002, de 4 de Janeiro.

²⁵⁹ Cfr. Decreto-Lei nº 237/93, de 3 de Julho.

trabalhadores”; *iii*) a urgência de tais apoios impunha que o financiamento fosse “efectuado através da reafecção das verbas do orçamento da acção social”.²⁶⁰

– **Portaria nº 26/2002, de 4 de Janeiro**

Objectivos: alargar a ajuda financeira concedida ao abrigo da Portaria nº 321/2000 à generalidade dos descendentes e equiparados.

Âmbito de aplicação: descendentes e equiparados dos hemofílicos contaminados pelo VIH (não abrangidos na Portaria nº 321/2000).

A Portaria determina o alargamento do âmbito pessoal da alínea d) do artigo 2º do Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias, aprovado pela Portaria nº 321/2000, de 6 de Junho, à generalidade dos descendentes e equiparados²⁶¹.

Enquadramento

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 321/2000, beneficiavam das ajudas os hemofílicos infectados pelo VIH em estabelecimentos de saúde pública [al. a)], os cônjuges dos mesmos, a quem tivessem transmitido o vírus [al. b)]²⁶², os filhos infectados em consequência [al. c)] e os filhos não infectados que reunissem as “condições pessoais determinantes do reconhecimento do direito a prestações familiares no âmbito dos regimes de protecção social obrigatórios” [al. d)], constantes dos artigos 16º, 17º e 19º do Decreto-Lei nº 133-B/97, de 30 de Maio.

No preâmbulo da Portaria em referência é explicitado que se o motivo para a atribuição das ajudas aos filhos não infectados era o da dependência económica relativamente aos beneficiários, não havia razão para a diferença de tratamento entre estes e a generalidade dos *descendentes e equiparados*²⁶³ que estivessem em idênticas circunstâncias.

²⁶⁰ Cfr. Preâmbulo do diploma.

²⁶¹ Cfr. art. 1º da Portaria em análise.

²⁶² Desde que em momento anterior ao seu diagnóstico.

²⁶³ São considerados descendentes e equiparados os enteados, os tutelados, os adoptados restritamente, e os “menores que, mediante confiança judicial ou administrativa, se encontrem a cargo das pessoas previstas nas alíneas a) e b) do art. 2º do Regulamento, com vista à futura adoção, ou que lhes estejam

1.5.2.2. Jurisprudência

– Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 1 de Março de 2005, Processo 01610/03, Relator: Alberto Augusto Oliveira

O acórdão foi suscitado pelo recurso interposto de uma sentença do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa, que julgou parcialmente improcedente o pedido da autora contra o Hospital Distrital de Cascais e totalmente improcedentes os pedidos contra uma médica deste hospital e contra o Estado. Tanto a Autora como o Hospital Distrital de Cascais recorreram da sentença.

O caso respeita a uma transfusão de sangue contaminado com VIH, na qual foi utilizado um concentrado eritrocitário resultante de recolha sanguínea realizada naquele hospital. A autora ficou infectada pelo VIH após ter recebido aquela transfusão.

Nesta sede importa essencialmente destacar os argumentos tecidos em matéria de responsabilidade pelo risco do Estado e das demais pessoas colectivas públicas. Um dos argumentos invocados pelo referido hospital foi o de não se poder considerar que a transfusão de sangue constituía uma actividade excepcionalmente perigosa, para efeito do disposto no artigo 8º do Decreto-Lei nº 48 051, de 21 de Novembro de 1967,²⁶⁴ na medida em que “*era absolutamente impossível, no caso concreto, ter sido detectada a infecção no produto concreto que foi extraído do dador*”. O Tribunal utilizou o mesmo argumento para defender a tese contrária, afirmando que as conclusões do hospital eram o reconhecimento da perigosidade que aquele pretendia negar. De acordo com este Tribunal, não restava dúvida quanto à “*especial perigosidade da infecção pelo vírus da SIDA, numa fase em que não existia tratamento eficaz para essa síndrome*” e em que não havia “*fiabilidade dos testes de despistagem que, à data, não eram capazes de eliminar a possibilidade de contágio por esta específica transfusão sanguínea*”.

Optando por atribuir maior relevância ao critério qualitativo (*intensidade do*

confiados por decisão dos tribunais ou de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito” (art. 2º da Portaria nº 26/2002).

²⁶⁴ Diploma que, na altura, regulava a responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais pessoas colectivas públicas no domínio dos actos de gestão pública. Foi entretanto revogado e substituído pela Lei nº 67/2007, de 31 de Dezembro.

dano) do que ao quantitativo (*probabilidade de ocorrência do dano*), na definição do significado de *actividade excepcionalmente perigosa*, o Tribunal concluiu que a matéria de facto permitia afirmar “não só uma particular intensidade danosa como, também, uma particular probabilidade, em razão da impossibilidade do afastamento do perigo de contágio com o VIH”.

– Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 14 de Dezembro de 2005, Processo 0351/05, Relator: Costa Reis

O acórdão foi motivado pelo recurso de uma decisão do TAF do Porto que julgou improcedente uma acção contra o Hospital de Santo António do Porto, a qual visava a atribuição de uma indemnização para ressarcimento dos danos sofridos pelo autor, em função de uma transfusão sanguínea, efectuada no âmbito de intervenções cirúrgicas, mediante a qual aquele foi infectado pelo VIH. A questão que presidiu ao mesmo foi a da eventual responsabilidade pelo risco do Estado e das demais pessoas colectivas públicas, atendendo ao disposto nos artigos 8º e 9º do Decreto-Lei nº 48 051, de 21 de Novembro de 1967, e no artigo 22º da Constituição. Concretamente, tratava-se de saber se a referida transfusão de sangue consubstanciava uma actividade excepcionalmente perigosa e se da mesma haviam resultado prejuízos especiais ou anormais para o lesado. O Tribunal concluiu que aquela não era uma actividade excepcionalmente perigosa e, como tal, não havia responsabilidade por parte do Estado. Para sustentar a posição defendida, argumentou que as transfusões de sangue “são, em princípio, actos médicos seguros” e que os prejuízos que eventualmente daí advenham “não podem, em regra, ser qualificados como perigos especiais e anormais” (desde que sejam efectuadas com os devidos cuidados e seguindo as normas de segurança). Explicita que o traço característico da *perigosidade* da actividade “é a significativa possibilidade dela importar, em si mesma e normalmente, lesão grave ou intensa”. Decidiu, em consonância, pela improcedência do recurso²⁶⁵.

²⁶⁵ Vide, criticando este acórdão, Carla Amado Gomes,“(Ir)responsabilidade do Estado por transfusão de sangue com HIV: a tradição ainda é o que era (?)”, in *Cadernos de Justiça Administrativa*, nº 57, Maio-Junho 2006, págs. 24-46. Comenta a autora que a “*uma entrada de leão correspondeu uma saída decepcionante, habitual, de resto, no domínio das decisões emanadas do STA em sede de responsabilidade pelo risco no âmbito hospitalar*”. Não deixou, no entanto, de sublinhar o desvio a essa tradição no Acórdão de 1 de Março de 2005 (Processo 1610/03), que elegeu o critério qualitativo (relativo à intensidade da lesão) e não o critério quantitativo (respeitante à especial probabilidade de a actividade

1.6. Estruturas e Apoios Institucionais

1.6.1. Actos normativos

– Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de Novembro, DR 267, Série I-B²⁶⁶

Objectivos: fomentar iniciativas integradas a nível social; promover o apoio, v.g., das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA; incentivar a participação destas pessoas e suas famílias no suprimento das suas necessidades; identificar problemas, definir acções e promover respostas estruturadas

Âmbito de aplicação: entidades envolvidas na rede social

Procede ao reconhecimento público da *rede social*²⁶⁷ que inclui acções destinadas a pessoas afectadas pela toxicoddependência e pelo vírus VIH²⁶⁸.

No âmbito de actuação local (freguesia), é particularmente recomendada a prossecução de algumas actividades, como o *contacto directo com as pessoas e famílias em situação de maior carência*, a despistagem de situações tipo, a *cooperação activa* com as pessoas e famílias abrangidas²⁶⁹ e a apresentação à comissão social de freguesia dos problemas detectados que suscitem a sua intervenção.

provocar um dano) na avaliação da responsabilidade pelo risco, e que considerou que a transfusão operada naquelas circunstâncias integrava a noção de *actividade excepcionalmente perigosa*, decidindo assim a favor do lesado.

²⁶⁶ Rectificada pela Declaração de Rectificação n.º 10-O/98, de 29 de Maio de 1998, DR IS-B, 125, 3.º Supl., de 30 de Maio de 1998.

²⁶⁷ A *rede social* consiste no “conjunto das diferentes formas de entajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e articulam entre si e com o Governo a respectiva actuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social” (n.º 1.º da Resolução).

²⁶⁸ Cfr. n.º 6, al. c), da Resolução. Além destes, prevê-se no n.º 6 que a acção social abrangia designadamente actividades relativas a: famílias, crianças, jovens, idosos, pessoas portadoras de deficiência [al. a)]; jovens e adultos em situação de grande dependência [al. b)]; pessoas em situação de marginalização ou marginalidade [al. d)].

²⁶⁹ Cfr. n.º 8, als. a), b) e c), respectivamente. A *cooperação activa* seria levada a cabo, nomeadamente “através da informação, da motivação, do encaminhamento e acompanhamento para efeitos de superação das suas dificuldades e do acesso a serviços e a prestações sociais”.

De acordo com o enunciado no preâmbulo da Resolução, são objectivos principais: *i)* reconhecer publicamente a existência e o valor de “uma verdadeira rede de solidariedade e protecção social”, resultado da evolução de uma tradição secular no país, de *entreaajuda* e de *solidariedade*; *ii)* incentivar “a formação de uma consciência colectiva e responsável” relativamente aos problemas sociais; *iii)* promover redes de apoio integrado de âmbito local; *iv)* contribuir, “através da conjugação de esforços das diferentes entidades locais e nacionais envolvidas, para a cobertura equitativa do País em serviços e equipamentos sociais”. A *rede social* objecto de reconhecimento público seria um *fórum de articulação e congregação de esforços* baseado na *adesão livre* das autarquias e entidades (públicas e privadas) sem fins lucrativos que a pretendessem integrar e que deveria procurar promover a participação das várias entidades com actividade no domínio social.

– Portaria nº 1584/2007, de 13 de Dezembro (DR 240, Série II)

Objectivos: fomentar a participação das pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos no desenvolvimento de projectos e acções sobre prevenção e controlo do VIH/SIDA; incentivar o desenvolvimento de acções e projectos inovadores sobre prevenção e controlo do VIH/SIDA.

Âmbito de aplicação: pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos que pretendam desenvolver acções e projectos no domínio da prevenção e controlo do VIH/SIDA.

A Portaria aprovou o Regulamento para o Financiamento de Projectos e Acções no Âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA – Programa ADIS²⁷⁰. O financiamento público de projectos e acções enquadráveis naquele programa visou fomentar a participação directa das pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos que, no âmbito da prevenção da infecção por VIH/SIDA, actuem nas áreas da saúde e ou da solidariedade social.

²⁷⁰ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA (ADIS). O Regulamento, publicado em anexo à Portaria, estabelece os princípios, as regras e os procedimentos aplicáveis ao financiamento.

Enquadramento

A Portaria foi adoptada na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei nº 186/2006, de 12 de Setembro²⁷¹ e – lê-se no preâmbulo – da consequente necessidade de elaborar um novo regulamento que se coadunasse com os princípios legais aí consagrados, em termos de atribuição de apoios financeiros do Estado na área da saúde. Um dos objectivos enunciados no artigo 2º nº 1, do referido Decreto-Lei foi o desenvolvimento da “dimensão social das intervenções no domínio da saúde, através da participação directa das entidades privadas sem fins lucrativos” [al. d)]. É também este o objectivo previsto no artigo 2º do Regulamento.

É referido, no preâmbulo da Portaria, que a opção pela regulamentação desta matéria em diploma próprio esteve relacionada com a “especificidade da intervenção na prevenção e controlo do VIH/SIDA”.

O preâmbulo contém uma breve exposição sobre o quadro da epidemia a nível mundial e nacional, desde logo o facto de o VIH/SIDA ter sido “nos últimos 25 anos uma causa fundamental de doença e de morte” e afectar sobretudo adultos jovens, com consequências negativas para o “desenvolvimento demográfico e social das populações”. Quanto ao plano nacional, foi enfatizada a importância de intensificar “uma intervenção conjugada dos sectores público, social e privado”, da articulação entre diferentes sectores e áreas do conhecimento e do diálogo permanente com a sociedade, designadamente através das associações de portadores da doença.

Como justificação destes apoios concedidos ao abrigo do Programa ADIS/Sida, aponta-se o dever de o Alto Comissariado da Saúde, através da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, promover e apoiar as iniciativas no âmbito da luta contra a SIDA, desde que *solidamente estruturadas e adequadas à situação actual* da epidemia.

²⁷¹ Diploma que estabelece o regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado, através dos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais da Saúde, a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos. Conforme se escreve no preâmbulo da Portaria, o Programa ADIS “traduziu-se num empreendimento de estímulo a outros serviços públicos e à sociedade civil, através das suas organizações de solidariedade social e de saúde, para apresentação e realização de projectos no âmbito da resposta à infecção VIH/SIDA”. Outros dos objectivos enunciados a título exemplificativo eram a contribuição “para a plena execução das orientações e estratégias do Plano Nacional de Saúde” [al. b)] e a promoção da “saúde das populações, em particular dos grupos específicos e dos grupos mais vulneráveis” [al. c)].

– Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro

Objectivos: reduzir a despesa pública; reorganizar a estrutura do Estado; executar o PREMAC no Ministério da Saúde

Âmbito de aplicação: Administração directa e indirecta do Estado

Este Decreto-Lei aprovou a orgânica do Ministério da Saúde. Extinguiu os quatro coordenadores nacionais de programas verticais de saúde relativos a doenças cardiovasculares, a doenças oncológicas, ao VIH/SIDA e à saúde mental [artigo 23º, nº 1, alínea b)]. Extinguiu o Alto Comissariado da Saúde, passando as atribuições que até aí lhe eram cometidas a ser da competência da DGS, com excepção das pertencentes ao domínio da avaliação do Plano Nacional de Saúde, que passaram a estar integradas no Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, I.P. [art. 23º, nº 3, al. a)]. Criou o *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências* (artigo 13º), extinguindo o *Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.*, cujas atribuições foram integradas naquele Serviço [com excepção das referidas no artigo 23º, nº 3, al. c)]²⁷².

Enquadramento

As extinções e reestruturações referidas são alterações que se inscrevem na linha de reorganização da Administração Pública, em execução do designado *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC)*²⁷³, que se destina essencialmente a reduzir a despesa pública.

Aspectos a ressaltar

A extinção da Coordenação Nacional para a Infecção pelo VIH/SIDA pode eventualmente ter consequências negativas do ponto de vista da resposta à epidemia, na medida em que deixa de existir uma entidade especializada dotada de autonomia que

²⁷² Cfr. Portaria nº 154/2012, de 22 de Maio, que fixa a estrutura nuclear do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

²⁷³ Aprovado no dia 20 de Julho de 2011.

coordenava as acções a desenvolver a nível nacional. A necessidade de coordenação das acções é amplamente referida em instrumentos relativos ao VIH/SIDA como um dos aspectos fulcrais para garantir a continuação e adequação das respostas nacionais. A extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, passando as suas atribuições a estar cometidas a um serviço integrado numa direcção geral, implica a perda de autonomia, sendo de recear uma redução da capacidade de resposta ao problema da toxicodependência, que a verificar-se será muito negativa do ponto de vista da prevenção e do tratamento do VIH/SIDA.

- Decreto-Lei nº 27/2012, de 08 de Fevereiro de 2012

Objectivos: reestruturar a Administração Pública; reduzir a despesa pública.

Âmbito de aplicação: Administração directa do Estado.

O Decreto-Lei aprovou a orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.. Revogou os Decreto-Lei nº 218/2007, de 29 de Maio (que aprovou a orgânica do Alto Comissariado da Saúde), 271/2007, de 26 de Junho, e 91/2010, de 22 de Julho.

A missão deste Instituto, constante do artigo 3º, nº 1, é a de “*contribuir para ganhos em saúde pública, através de actividades de investigação e desenvolvimento tecnológico, actividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica, fomentar a capacitação e formação e ainda assegurar a prestação de serviços diferenciados, nos referidos domínios*”.

Enquadramento

A nova orgânica do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge integra-se no âmbito do PREMAC e surge na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei 124/2011, de 29 de Dezembro, que aprovou a orgânica do Ministério da Saúde e definiu a missão e atribuições deste Instituto. Segundo se lê no preâmbulo, o Instituto deveria ser “dotado de uma estrutura flexível e desconcentrada”, adequada à prossecução das

suas atribuições “em articulação estreita não só com os serviços de saúde, mas também com as universidades e centros de investigação nacionais e estrangeiros, os restantes laboratórios do Estado” e outras entidades pertinentes.

Breve resenha histórica das estruturas criadas no âmbito do VIH/SIDA

Em 1985, foi criado o Grupo de Trabalho da SIDA²⁷⁴. A designação deste grupo foi alterada para Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLS) em 1995. Competia a esta Comissão implementar acções de luta contra a SIDA nas suas múltiplas vertentes, preventiva, educativa, assistencial, de investigação, de aconselhamento e de acompanhamento²⁷⁵. Cinco anos mais tarde foi constituído um grupo de trabalho para definir as competências dos sectores da saúde e da segurança social no âmbito do apoio às pessoas infectadas pelo VIH e respectivas famílias²⁷⁶. A necessidade de articulação entre o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA e a Comissão no tratamento das questões locais levou à criação das as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA²⁷⁷. Em 2002, o Ministro da saúde delegou no alto-comissário da Saúde as competências que lhe eram atribuídas por lei relativamente a várias instituições, entre as quais a CNLS²⁷⁸. Em 2005 foi criado o Alto Comissariado da Saúde e extinta a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, ficando as suas atribuições a cargo do coordenador nacional responsável pelo programa nacional de prevenção da infecção VIH/SIDA²⁷⁹. Em 2009, foi criado o Conselho Nacional para a infecção VIH/SIDA, entidade responsável pela coordenação e acompanhamento das políticas públicas de prevenção e controlo da infecção VIH desenvolvidas sectorialmente²⁸⁰. Em 2011, foram extintos os quatro coordenadores

²⁷⁴ Cfr. Despacho ministerial, de 20 de Junho, DR 241, Série II, de 19 de Outubro (Ministério da Saúde).

²⁷⁵ Cfr. Despacho n.º 5/90, de 15 de Fevereiro, DR 78, Série II, de 3 de Abril (Ministério da Saúde). Veja-se também o Despacho (extracto) n.º 10 429/2001, de 17 de Abril (DR 115, Série II, de 18.05.01, Ministério da Saúde), que determina a composição do conselho consultivo da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

²⁷⁶ Cfr. Despacho conjunto dos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, de 31 de Janeiro, DR n.º 104, II Série, de 05 de Maio de 1995.

²⁷⁷ Cfr. Despacho conjunto n.º 686/98, de 09 de Setembro, DR 232, Série II, de 08 de Outubro.

²⁷⁸ Cfr. Despacho n.º 596/2002, de 11 de Dezembro, DR 8, Série II, de 10 de Janeiro.

²⁷⁹ Cfr. Decreto Regulamentar n.º 7/2005, DR 153 I-B, de 10 de Agosto. Veja-se ainda o Despacho n.º 19 871/2005, de 25 de Agosto, DR 178, Série II, de 15 de Setembro de 2005 (Ministério da Saúde), que nomeou coordenador nacional para a infecção VIH/SIDA o Doutor Henrique de Barros e definiu as respectivas atribuições.

²⁸⁰ Despacho n.º 19935/2009, de 15 de Junho, DR 170, Série II, de 02 de Setembro (Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios dos Negócios Estrangeiros, da Defesa Nacional, da Administração

nacionais de programas verticais de saúde, entre os quais o de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA²⁸¹.

1.7. Medicamentos

– **Despacho nº 6778/97, de 7 de Agosto [DR 199, Série II, de 29 de Agosto de 1997 (Ministério da Saúde)]**

Modificou o regime de fornecimento dos medicamentos utilizados na terapêutica da infecção pelo VIH (anti-retrovíricos), que passou a ser da responsabilidade do SNS, tanto em regime de internamento como de ambulatório, salvo nos casos em que essa responsabilidade cabia a qualquer subsistema de saúde, empresa seguradora ou outra entidade pública ou privada²⁸².

– **Despacho nº 6716/2012, de 9 de Maio de 2012 [DR nº 96, Série II, de 17 de Maio de 2012]**

Estabeleceu regras específicas para a dispensa das terapêuticas com antirretrovíricos às pessoas que vivem com VIH/SIDA e a adequada utilização do sistema SI.VIDA²⁸³

1.8. Notificação Obrigatória

1.8.1. Actos normativos

– **Portaria nº 258/2005, de 16 de Março**

Objectivos: monitorizar a situação actual e a evolução do VIH/SIDA.

Âmbito de aplicação: portadores de VIH/SIDA.

Interna, da Justiça, da Economia e da Inovação, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior)

²⁸¹ Cfr. Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro.

²⁸² Alterou assim o nº 5 do Despacho nº 280/96, de 6 de Setembro.

²⁸³ Revogou o despacho nº 14/91, de 3 de junho, com a redação dada pelos despachos n.os 280/96 e 5772/2005, respetivamente, de 6 de setembro e 27 de Dezembro.

Integrou a infecção pelo VIH na lista de doenças de declaração obrigatória e aprovou o modelo de folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da mesma, publicado em anexo à Portaria.

Enquadramento

A Portaria nº 1071/98, de 31 de Dezembro²⁸⁴, tinha sido alterada pela Portaria nº 103/2005, de 25 de Janeiro, no sentido do aditamento do VIH/SIDA à lista de doenças de declaração obrigatória.

O objectivo anunciado foi o de assegurar a “monitorização e a projecção no curto e médio prazos da infecção por VIH” para efeitos de prevenção e de controlo, pois que esta apenas seria exequível mediante o “conhecimento do padrão epidemiológico da infecção do VIH em Portugal”.

O diploma em referência veio revogar aquela Portaria (ainda que seja idêntica a redacção do preâmbulo e dos artigos 1º a 3º) e aprovar “o modelo de folha de notificação relativa à vigilância epidemiológica da infecção por VIH”, publicado em anexo”.

Observações

Quanto à inclusão do VIH/SIDA na tabela de doenças de declaração obrigatória, convém alertar para a eventual *confusão* relativamente a outras doenças cujas vias de transmissão aumentam o perigo de contágio, por serem menos passíveis de controlo por parte do portador (por exemplo, doenças transmissíveis por via aérea, designadamente através de espirros). O VIH transmite-se por via sexual, sanguínea e vertical (de mãe para filho).

Maria do Céu Rueff analisou a Portaria à luz do artigo 13º da Constituição e do artigo 14º da CEDH, afirmando duvidar da justeza da sua adopção e alertando para os eventuais efeitos perversos que poderia trazer do ponto de vista da discriminação e da

²⁸⁴ A lista de doenças de declaração obrigatória (aprovada por esta portaria ao abrigo da Lei nº 20/36, de 9 de Agosto de 1949) foi ordenada de acordo com o código da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID).

estigmatização. A autora referiu que se o objectivo era o da definição de “Casos para fins de vigilância epidemiológica”, seria “igualmente alcançável através da decretação da necessidade de declaração dos casos de HIV/SIDA a um organismo competente”²⁸⁵, como acontecia na altura com a comunicação de dados à CNLS. Sublinhou a necessidade de os diplomas legais (a par das práticas seguidas em estabelecimento que prestam cuidados de saúde) conjugarem o dever de informação dos profissionais de saúde com o segredo profissional. Em outro texto da autora, uma das questões que coloca é a de saber se a inclusão do VIH/SIDA nesta tabela não implicaria “o fim da confidencialidade médica” relativamente a esta doença²⁸⁶.

1.8.2. Outros documentos

– Despacho, de 18 de Abril de 1990, DR 108, Série II, de 11 de Maio (Director Geral dos Cuidados Primários)

Determinou a obrigatoriedade de comunicação à Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários dos óbitos causados por diversas doenças, designadamente a SIDA²⁸⁷.

– Despacho 14/91, de 3 de Julho, DR 164, II Série, 19 de Julho (Ministro da Saúde)

²⁸⁵ Maria do Céu Rueff, “Direitos Humanos, Acesso à Saúde e VIH/SIDA”, *Arquivos de Medicina*, vol. 21, nº 2, Março 2007, pág. 59-65, disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-34132007000200004&script=sci_arttext (consulta em 10.02.12), pág. 62.

²⁸⁶ Maria do Céu Rueff, “Aconselhamento, Não Discriminação e o Paradoxo do Segredo”, *Separata de Lex Medicinae*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 6, nº 12, Julho/Dezembro, Coimbra, Coimbra Editora, 2009.

²⁸⁷ A PGR concluiu que não existe causa desconhecida ou ignorada de morte, para efeitos médico-legais, “no caso de indivíduos falecidos com suspeita de SIDA, se não houver motivos para supor a existência, ou concorrência, de uma causa violenta (no sentido de processo não natural, orgânico ou patológico) de morte”. Nestas situações, não compete aos institutos de medicina legal proceder a autópsias. Quando haja justificação médico-legal para a autópsia de cadáveres de indivíduos afectados pela SIDA, “devem os hospitais onde o óbito ocorreu ou seja verificado declarar essa doença quando da remoção do cadáver para o Instituto de Medicina Legal”. As situações, enumeradas na primeira conclusão, são as seguintes: “a) indícios de crime doloso ou culposo; b) acidentes de trabalho por conta de outrem; c) cadáveres encontrados fora dos domicílios; d) cadáveres encontrados dentro dos domicílios, ou cujo óbito tenha sido verificado em estabelecimento hospitalar, havendo suspeita de crime ou desconhecimento da causa da morte”. *Vide* Parecer P000711987, DR 120, Série II, de 24 de Maio de 1988, sobre a competência dos institutos de medicina legal para proceder a autópsias em caso de suspeita de SIDA, homologado pelo Ministro da Justiça, em 3 de Março de 1988.

Determinou que todos os casos de infecção VIH deveriam ser notificados à CNLS e estabeleceu as regras de fornecimento e os encargos decorrentes do tratamento com o medicamento *Retrovir*.

1.9. Mundo Laboral

1.9.1. Actos normativos

– **Decreto Regulamentar nº 6/2001, de 5 de Maio** – Aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado

Objectivos: Actualizar a lista de doenças profissionais.

Âmbito de aplicação: geral.

A lista aprovada por este diploma não inclui o VIH/SIDA²⁸⁸. A razão para a não inclusão da doença foi o facto de não se considerar haver um risco acrescido na perspectiva de doença profissional, tendo em consideração o estado de conhecimentos relativamente “à epidemiologia e aos estudos da sua incidência nos profissionais que realizam actividades susceptíveis de estabelecer uma relação directa com o agente causal”²⁸⁹.

Enquadramento

A versão inicial da lista de doenças profissionais constava de um anexo ao Decreto Regulamentar nº 12/80, de 8 de Maio²⁹⁰. A sua actualização ficou a dever-se

²⁸⁸ Entretanto alterada (capítulos 3 e 4 da lista) e republicado pelo Decreto Regulamentar nº 76/2006, de 17 de Julho de 2007.

²⁸⁹ Cfr. preâmbulo do diploma.

²⁹⁰ A lista foi entretanto revista pelo Despacho Normativo nº 253/82, de 22 de Novembro [que a compatibilizou com o elenco de doenças profissionais constante de anexo à Convenção nº 121 da OIT, com as alterações introduzidas em Junho de 1980, e com o intuito da sua compatibilização com o Código Europeu de Segurança Social (revisto)]. Pese embora não tenham aumentado o enunciado, cumpre referenciar a este propósito o Decreto Regulamentar nº 33/93, de 15 de Outubro, que operou a reformulação da constituição e competência da Comissão de Revisão da Lista das Doenças Profissionais.

aos seguintes motivos: *i)* alteração do regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais²⁹¹; *ii)* análise comparativa com listas oficiais de vários países e com o elenco proposto pela Recomendação da Comissão Europeia nº 90/326/CEE, de 22 de Maio de 1990, relativa à adopção da lista europeia de doenças profissionais²⁹²; *iii)* evolução das ciências médicas desde a anterior actualização do enunciado de doenças profissionais.

No que concerne especificamente ao VIH/SIDA, é referido no preâmbulo que a doença mereceu especial atenção, tanto “pela importância médico-social que decorre da incidência crescente e do prognóstico desfavorável”, como “pelas implicações de ordem afectiva e comportamental consequente ao seu aparecimento no seio das comunidades laborais”.

Apesar de o VIH/SIDA não integrar esta lista, admite-se a possibilidade de vir a ser reconhecida como doença profissional “em situações devidamente caracterizadas em que se verifique seroconversão no período de um ano a partir da data em que se verificou a exposição accidental ao agente”, ao abrigo do artigo 2º, nº 2, do Decreto-Lei nº 248/99, de 2 de Julho²⁹³. De acordo com este preceito são consideradas doenças profissionais, a par das que constam daquela lista (nº 1), “as lesões, perturbações funcionais ou doenças (...), desde que sejam consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores e não representem desgaste normal do organismo”.

Observações

A existirem casos de infecção nos locais de trabalho por motivos relacionados com a actividade profissional aí desenvolvida, deveriam ser tratados como acidentes de trabalho. Note-se que, de acordo com o artigo 283º, nº 3, do Código do Trabalho, a lesão

²⁹¹ Alteração veiculada pela Lei nº 100/97, de 13 de Setembro, e pelo Decreto-Lei nº 248/99, de 2 de Julho.

²⁹² Recomendação publicada no *Jornal Oficial nº L 160 de 26/06/1990 pág. 0039 – 0048*. Para um perspectiva da evolução da lista europeia de doenças profissionais veja-se ainda a Recomendação da Comissão, de 23 de Julho de 1962, relativa à adopção de uma lista europeia das doenças profissionais (*Jornal Oficial nº 080 de 31/08/1962 pág. 2188*), e a Recomendação da Comissão, de 19 de Setembro de 2003, relativa à lista europeia das doenças profissionais (*Jornal Oficial nº L 238 de 25/09/2003 pág. 0028 – 0034*).

²⁹³ Revogado, a partir de 1 de Janeiro de 2010, pela Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro. Tinha já sido revogado anteriormente com a entrada em vigor das normas regulamentares do Código do Trabalho aprovado pela Lei nº 99/2003, de 27 de Agosto.

corporal, perturbação funcional ou a doença não incluídas na lista de doenças profissionais “são indemnizáveis, desde que se prove serem consequência, necessária e directa, da actividade exercida e não representem normal desgaste do organismo”.

A recomendação para que estas situações sejam tratadas como quaisquer outros casos de acidente ou doença profissional surge na Recolha de Directivas Práticas do BIT sobre o VIH/SIDA e o mundo do Trabalho. Também na Recomendação nº 200 da OIT, sobre VIH/SIDA e o mundo do trabalho, de 2010, se encontra referência a esta matéria, recomendando-se que em todos os casos em que seja possível estabelecer uma relação directa entre o trabalho em causa e o risco de infecção, o VIH e a SIDA sejam reconhecidos como doença profissional ou acidente de trabalho, em conformidade com os procedimentos e as normas nacionais²⁹⁴.

– **Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro** – Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho

Objectivos: promover a segurança e a saúde no trabalho; monitorizar o estado de saúde do trabalhador; em casos de inaptidão, encontrar outras funções que o trabalhador possa ainda desempenhar; garantir a protecção dos dados pessoais do trabalhador.

Âmbito de aplicação: entidades patronais, trabalhadores subordinados e independentes.

Sanções: contra-ordenação grave.

A Lei aprova o regime jurídico da segurança e saúde no trabalho, englobando aspectos como a realização de exames de saúde no âmbito dos serviços da medicina do trabalho, a não inclusão de informação pessoal de saúde (todos os dados que impliquem segredo profissional) na ficha de aptidão profissional, e o dever do médico de indicar outras funções que o trabalhador possa desempenhar nos casos de inaptidão para o exercício das funções habituais²⁹⁵.

²⁹⁴ Cfr. ponto 21 da Recomendação.

²⁹⁵ Sobre isto veja-se o Acórdão nº 368/02 do Tribunal Constitucional, de 25 de Setembro de 2002, Processo 577/98, Relator: Conselheiro Artur Maurício, publicado no DR 247, Série II, de 25 de Outubro de 2002, em que foi apreciada a constitucionalidade do disposto nos artigos 13º, nº 2, alínea e), 16º, 17º,

Enquadramento

Na origem deste diploma esteve a Proposta de Lei n° 283/X/4ª, em que se afirmou a necessidade de unificar as matérias chave da segurança e da saúde no trabalho²⁹⁶.

Aspectos a ressaltar na Lei

No texto da Lei cumpre destacar as normas relativas aos *exames de saúde*, à *ficha clínica* e à *ficha de aptidão* (artigos 108°, 109° e 110°, respectivamente).

Os exames de saúde podem ser de admissão, periódicos ou ocasionais, sendo que a periodicidade dos mesmos pode aumentar ou reduzir consoante o entendimento do médico do trabalho relativamente ao estado de saúde do trabalhador²⁹⁷. Fora estas situações, os exames periódicos são feitos geralmente de dois em dois anos e, caso estejam em causa menores ou trabalhadores com idade superior a 50 anos, anualmente²⁹⁸. Paralelamente, os exames ocasionais têm lugar quando “haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador” e ainda nos casos de “regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente”²⁹⁹.

18°, e 19°, do Decreto-Lei n° 26/94, de 1 de Fevereiro (com as alterações introduzidas pela Lei n° 7/95, de 29 de Março) que estabeleceu o regime jurídico relativo à organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho. Questionava-se a eventual violação da reserva da intimidade da vida privada. Foram analisadas, designadamente, as seguintes matérias: *as informações e elementos atinentes ao estado de saúde de quem pretende ser ou é trabalhador de certas empresas; o mecanismo coercivo que permite submeter os trabalhadores à realização de testes médicos que o médico do trabalho julgue necessários.*

²⁹⁶ O primeiro diploma a regular matérias da segurança e saúde no trabalho foi o Decreto-Lei n° 441/91, de 14 de Novembro, que transpôs a Directiva n° 89/391/CEE, de 12 de Junho, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores. Seguidamente, tanto a Lei n° 99/2003, de 27 de Agosto, como a Lei n° 35/2004, de 29 de Julho, incluíram normas anteriormente contidas naquele Decreto-Lei, mas apenas algumas, o que originou dificuldade de interpretação e aplicação dos mecanismos legais definidos. Conforme se lê na Exposição de Motivos da Proposta, a inclusão destas normas visava já a “simplificação da legislação e tendo por base ideias de sistematização e codificação da legislação laboral”.

²⁹⁷ Cfr. art. 108°, n° 3, als a) a c) e n° 4.

²⁹⁸ Cfr. art. 108°, n° 3, al. b).

²⁹⁹ Cfr. art. 108°, n° 3, al. c).

A ficha clínica está sujeita a segredo profissional, nos termos do artigo 109º, nº 2³⁰⁰. Esta “não deve conter dados sobre a raça, a nacionalidade, a origem étnica, ou informação sobre hábitos pessoais do trabalhador, salvo quando estes últimos estejam relacionados com patologias específicas ou com outros dados de saúde”³⁰¹. De acordo com o nº 3 do artigo 110º, a “ficha de aptidão não pode conter elementos que envolvam segredo profissional”, como seria o caso do estatuto serológico do trabalhador. Se o trabalhador for considerado inapto, o médico do trabalho deve indicar, sendo caso disso, outras funções que aquele possa desempenhar”³⁰².

– **Decreto-Lei nº 242/2009, de 16 de Setembro**

Objectivos: facilitar a produção de prova relativa ao estado de saúde do candidato a emprego; garantir a igualdade no acesso ao trabalho, incluindo a obrigatoriedade de admitir trabalhadores com deficiência ou doença crónica.

Âmbito de aplicação: geral.

Por via deste Decreto-Lei deixou de ser obrigatória a apresentação de um atestado médico de robustez física e de perfil psíquico, anteriormente exigido para o exercício de funções profissionais, públicas ou privadas³⁰³. Actualmente é suficiente uma declaração do próprio candidato³⁰⁴.

Enquadramento

O objectivo deste diploma foi simplificar a produção de prova relativamente às condições físicas e psíquicas do trabalhador para o exercício de funções públicas ou privadas.

³⁰⁰ Dispõe ainda esta norma que a ficha clínica apenas pode “*ser facultada às autoridades de saúde e aos médicos afectos ao organismo com competência para a promoção da segurança e da saúde no trabalho do ministério responsável pela área laboral*”.

³⁰¹ Cfr. art. 109º, nº 3.

³⁰² Cfr. art. 110º, nº 2.

³⁰³ Veja-se, sobre a exigência daquele atestado relativamente aos portadores de VIH/SIDA, o Parecer da Procuradoria Geral da República P000261995, de 25 de Maio de 1995, DR 46, Série II, de 24 de Abril de 1997.

³⁰⁴ Cfr. art. 1º deste Decreto-Lei. Depende de legislação especial a “*imposição de exame médico para avaliação do estado de saúde do candidato ou do trabalhador*” (art. 2º).

Anteriormente a questão estava regulada pelo Decreto-Lei n° 319/99, de 11 de Agosto, que exigia a apresentação do referido atestado, a emitir por um médico no exercício da sua profissão³⁰⁵. O sistema daí decorrente foi considerado *desadequado*, na medida em que não existia “fundamento técnico ou de saúde pública” para a exigência daquele atestado. A substituição do atestado por uma declaração do próprio candidato seria uma forma de salvaguardar o “direito da igualdade no acesso ao trabalho, incluindo a obrigatoriedade de admitir trabalhadores com deficiência ou doença crónica”³⁰⁶. Isto porque a garantia deste direito implicava que a avaliação do estado de saúde do candidato fosse feita com base na função concreta que o trabalhador iria desempenhar, ao contrário do que sucedia na vigência do regime anterior, que se traduzia numa avaliação prévia e indistinta do estado de saúde, para toda e qualquer função.

A simplificação deste procedimento constituiu ainda uma concretização da medida n° 002 do Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa, de 2009 (SIMPLEX), intitulada “Atestados Médicos Mais Simples”³⁰⁷. É, no entanto, feita a advertência de que a simplificação operada por via do diploma de 2009 não pode “prejudicar o cumprimento da legislação sobre segurança e saúde no trabalho, em particular das disposições que impõem determinados requisitos específicos em termos de condições físicas ou psíquicas dos trabalhadores, para início ou manutenção do vínculo laboral”.

1.9.2. Outros documentos

Pareceres

– **Parecer n° 16 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de 17 de Janeiro de 1996**, sobre Obrigatoriedade dos Testes de Sida

³⁰⁵ Cfr. arts. 1º, *in fine*, e 2º, *in fine*, relativos ao exercício de funções públicas e privadas, respectivamente.

³⁰⁶ Cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n° 242/2009.

³⁰⁷ Esta medida visava simplificar “os processos associados à emissão dos atestados médicos” através de três iniciativas: i) a *uniformização da forma e conteúdos dos atestados* [al. a)]; ii) a *redução do número de situações em que é legalmente exigido atestado médico* [al. b)]; iii) a *desmaterialização do pedido de atestado nos casos em que possa ser dispensada a presença do utente* [al. c)].

Depois de abordar o problema da discriminação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA nos estabelecimentos de saúde, escolas, empresas e locais de trabalho, e antecipando um eventual conflito entre “os direitos individuais e os direitos sociais, entre a saúde pública e os direitos dos cidadãos”, o CNECV analisou eticamente a questão da obrigatoriedade dos testes de sida.

O relatório que antecedeu o Parecer contém uma apresentação do quadro da situação social e jurídica relativamente à discriminação no contexto da epidemia e uma enunciação das questões que o VIH/SIDA suscita do ponto de vista jurídico.

O CNECV foi de parecer que a obrigatoriedade dos testes de SIDA é, em princípio, “ilegítima porque contraria o direito fundamental da privacidade, provoca discriminações desumanas em pessoas já de grande debilidade, [e] sacrifica a liberdade individual”. De acordo com este Conselho seria também ilegítima, à partida, a exigência de testes de rastreio de VIH “como condição para entrar ou permanecer numa empresa ou em um posto de trabalho”³⁰⁸. Não obstante, considera ser de exceção desta regra de não exigência do rastreio determinadas actividades como o exercício de profissões de saúde, quando haja “contacto directo com órgãos ou líquidos biológicos humanos” e a dação “de sangue, de esperma, de tecidos e órgãos”. No seu parecer, seria ainda o caso das grávidas, sobretudo aquelas que pela sua história clínica “se revelam de alto risco e com probabilidade de terem sido infectadas pelo vírus HIV”.

Relativamente aos seguros e ao recurso ao crédito – outros dois âmbitos que aponta, a par do laboral, como tendo maior tendência para a imposição de testes – o CNECV considerou que as companhias de seguros e os bancos têm direito a receber informações *detalhadas e fidedignas* sobre o estado de saúde dos respectivos clientes.

O Conselho termina a exposição afirmando que havia necessidade de promover uma acção de informação/formação para ajudar a construir um ambiente favorável, solidário e sem discriminação ao portador de VIH/SIDA, “mas também a exigir-lhe um grande sentido de responsabilidade pessoal na vida privada, profissional e social, para não se tornar agente de transmissão desta doença”.

³⁰⁸ O CNECV considera que não é lícito promover rastreios obrigatórios nem “impor limites legais ou factuais à relação de trabalho, por força da afecção detectada ou na condição de esta não se verificar”.

– **Parecer da Procuradoria Geral da República P000261995, de 25 de Maio de 1995, DR 46, Série II, de 24 de Abril de 1997**, sobre a possibilidade de emissão de um atestado de robustez física e perfil psíquico, exigido para o ingresso na função pública, a um portador de VIH/SIDA [interpretação do art. 22º, al. f), do Decreto-Lei nº 498/88, de 30 de Dezembro]³⁰⁹

A conclusão do Parecer foi que a existência de VIH/SIDA não determina a inaptidão para o trabalho, pelo que uma pessoa infectada não pode ser excluída da emissão do atestado de robustez física e perfil psíquico³¹⁰. De acordo com a PGR, a eventual aptidão ou inaptidão da pessoa infectada pelo VIH deve depender de uma apreciação médica sobre a situação concreta de cada um.

– **Parecer nº 49 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de 11 de Julho de 2006**, sobre a execução do teste de detecção do VIH após exposição ocupacional³¹¹

Neste Parecer o CNECV avalia a ocorrência de um acidente de exposição ocupacional de um profissional de saúde a produtos biológicos de um utente, questionando em que termos, sob o ponto de vista ético, lhe poderia ser efectuado o teste de detecção do VIH. Na sua opinião, tratava-se de um dever ético do utente consentir na sujeição ao teste de rastreio de VIH após aquele incidente, mas tal não invalidava a eventual recusa do utente (com capacidade para consentir), pois que não seria legítima a sua realização compulsiva.

Este Conselho referiu também a impossibilidade de invocação do privilégio terapêutico, na medida em que a realização do teste de rastreio nestes casos serve para proteger o profissional de saúde, não sendo no interesse [directo] do utente.

O CNECV concluiu que deveria ser obtido, nos termos gerais, o consentimento informado do utente para a efectuação do teste de rastreio, recomendando que, em caso

³⁰⁹ Homologado pela Ministra da Saúde, em 9 de Agosto de 1996, e pelo Ministro Adjunto do Primeiro Ministro, em 27 de Janeiro de 1997.

³¹⁰ Actualmente não exigível, bastando uma declaração do próprio candidato, ao abrigo do Decreto-Lei nº 242/2009, de 16 de Setembro.

³¹¹ O Parecer foi suscitado por uma questão concreta, colocada ao CNECV pelo Conselho de Administração do Hospital do Montijo.

de recusa, fosse reforçado o aconselhamento “quanto à decisão e suas consequências, nomeadamente para a saúde do profissional e das pessoas com quem este contacte”.

1.10. Dados Pessoais

1.10.1. Actos normativos

– **Lei nº 12/2005, de 26 de Janeiro** – Informação genética pessoal e informação de saúde

Objectivos: proteger a intimidade da vida privada (confidencialidade da informação de saúde); garantir a adequação e qualidade dos dados de saúde objecto de tratamento, bem como o acesso aos mesmos por parte do seu proprietário.

Âmbito de aplicação: geral.

Nesta Lei salientamos a parte relativa à informação de saúde (artigos 2º a 5º), designadamente a definição deste conceito³¹² e o estabelecimento das regras relativas ao acesso e ao tratamento da mesma, nomeadamente destinadas a garantir a sua segurança e confidencialidade³¹³.

³¹² Cfr. art. 2º da Lei: “*todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar*”. O art. 5º é relativo à *informação médica*, que corresponde à “informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de cuidados ou tratamentos de saúde” (nº 1).

³¹³ Em matéria de dados pessoais, veja-se ainda a Lei nº 67/98, de 26 de Outubro (*Lei da Protecção de Dados Pessoais*), que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Vide*, a propósito da confidencialidade da informação de saúde, Joana Vicente e Milena Silva Rouxinol, “VIH/SIDA e contrato de Trabalho”, in *Nos 20 Anos do Código das Sociedades Comerciais, Homenagem aos Profs. Doutores A. Ferrer Correia, Orlando de Carvalho e Vasco Lobo Xavier*, volume II, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, págs. 789 a 842. Sobre os testes de despistagem de VIH/SIDA e, concretamente, as questões da confidencialidade e do segredo médico veja-se também Manuel da Costa Andrade, *Direito Penal Médico – SIDA: Testes Arbitrários, confidencialidade e Segredo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004; Maria do Céu Rueff, *O Segredo Médico como Garantia de Não Discriminação – Estudo de Caso: HIV/SIDA*, cit.; e Parecer nº 32 do CNECV, de 23 de Outubro de 2000, sobre Sigilo Médico (32/CNECV/2000), disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf (consulta em 16 de

Enquadramento

Na origem do diploma esteve o Projecto de Lei nº 28/IX (BE)³¹⁴. A exposição de motivos deste projecto é quase exclusivamente dedicada à informação genética. Quanto à informação de saúde é referido apenas que o projecto inclui também medidas destinadas a acautelar “os direitos do cidadão em relação ao processamento de dados pessoais, particularmente no que respeita a dados sensíveis, aplicando a lei geral no que diz respeito à protecção desse direito”.

1.10.2. Outros documentos

– **Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, de 31 de Maio de 2011, Processo 6101/09, Relator: Maria Graça Mira**

O caso respeita a um contrato de seguro de vida, que foi realizado entre uma seguradora e o falecido marido da recorrente, portador de VIH/SIDA. O Tribunal da Relação de Lisboa foi chamado a apreciar o recurso de A., no qual sustenta a ilegalidade e a inconstitucionalidade do despacho judicial que deferiu um requerimento de prova apresentado pela seguradora³¹⁵. Este requerimento era no sentido de exigir, por um lado ao hospital, o envio de toda a documentação clínica do falecido, por outro à autora, a informação sobre todos os médicos, clínicas e hospitais em que o seu falecido marido tinha estado, para que também estes viessem juntar os dados clínicos relacionados com o VIH/SIDA.

De acordo com o que consta do referido despacho, a entrega daqueles dados de saúde por parte de A. e do hospital era essencial para a *boa decisão da causa* e para o *apuramento da verdade material*. Quando confrontada com o pedido da seguradora para fornecer aquela informação, a A. recusou, alegando para tanto a confidencialidade

Maio de 2012); Luís Vasconcelos Abreu, “O Segredo Médico no Direito Português Vigente”, in Ascensão, 2005; Rebecca Bennet, Charles A. Erin, *Hiv and AIDS: Testing, Screening and Confidentiality*, Oxford, Oxford University Press, 1999.

³¹⁴ Publicado no DAR II, série A, nº 8/IX/1, de 25 de Maio de 2002, pág. 163.

³¹⁵ Concretamente, A. alega que foram violados os artigos 7º da Lei da Protecção de Dados, 71º e 80º do Código Civil, e 26º e 35º da CRP.

destes dados “como direito do falecido que subsiste após a morte”. Dizia ainda, nomeadamente, que não lhe havia sido feito qualquer questionário no momento da celebração do contrato. Sobre isto contestou a seguradora que o falecido tinha efectivamente respondido a um questionário e que tinha respondido negativamente a todas as perguntas alusivas a um qualquer problema relativamente à sua saúde³¹⁶. O objectivo pretendido pela seguradora era o de provar que o falecido tinha mentido sobre o seu estado de saúde (padecia de VIH/SIDA e de isquemia do miocárdio) e que foi apenas por desconhecer a existência dessas doenças que aceitou celebrar o contrato ou, pelo menos, nas condições em que o fez.

O Tribunal da Relação de Lisboa analisou a fundamentação do despacho recorrido: por um lado, o facto de estar em causa o apuramento da verdade material, a boa decisão da causa e ainda o direito à prova (com fundamento no artigo 20º da CRP) e, por outro lado, o dever de colaboração. Embora afirmando que este dever tem limites, o Tribunal acabou por considerar que, no caso, decidir de modo favorável a A. seria esvaziar o direito à prova, por entender que “muito provavelmente nem com a inversão do ónus da prova (art. 344º, nº 2, do CC)” conseguiria dar expressão a esse direito. Afirmou, em resposta aos argumentos apresentados pela A., que apesar de ser inequívoco estar em causa o direito à intimidade da vida privada, esse direito “não é absoluto ou intangível, podendo e devendo sofrer limitações quando em confronto com outro(s) direito(s), que o justifiquem, como sucede com o direito público da boa administração da Justiça, com o alcance da verdade material dos factos”. Justificou assim o carácter legal e constitucional do despacho, decidindo a favor da seguradora, privilegiando o direito à prova e enfatizando o princípio da descoberta da verdade material.

³¹⁶ Era o seguinte o questionário da seguradora: “*Está de baixa por acidente ou doenças, ou segue algum tratamento médico? Sofre ou sofreu, nos últimos 5 anos, de qualquer doença? Tem alguma limitação física ou funcional; sofreu algum acidente ou doença grave ou foi submetido a qualquer intervenção cirúrgica? Tem alguma intervenção cirúrgica ou tratamento previsto? As análises, exames radiológicos e/ou consultas médicas realizadas nos últimos anos, manifestaram ou identificaram alguma doença ou alteração?*”

1.11. Cooperação internacional

1.11.1. Actos normativos³¹⁷

– Decreto nº 36/2003, de 30 de Julho

Objectivos: combater o VIH/SIDA nos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP); promover a cooperação entre estes países na implementação das respostas nacionais e do programa da CPLP de combate à epidemia.

Âmbito de aplicação: Estados Membros da CPLP

Aprovou o Acordo de Cooperação entre os Estados membros da CPLP sobre o Combate ao VIH/SIDA, assinado em Brasília, em 30 de Julho de 2002³¹⁸.

Enquadramento

Em termos de enquadramento, é feita referência no preâmbulo à consideração da declaração sobre o VIH/SIDA, dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, de 18 de Julho de 2000³¹⁹, e o Acordo Geral de Cooperação no âmbito da CPLP. Em termos substantivos, o acordo foi impulsionado pelo reconhecimento da necessidade de

³¹⁷ Apesar de não constar da listagem principal, é de referir o Decreto-Lei nº 299/71, de 13 de Julho, que aprovou para ratificação o Regulamento Sanitário Internacional (nº 2) da OMS, aprovado pela XXII Assembleia Mundial da Saúde e assinado em Boston, em 25 de Julho de 1969 [revogou os Decretos-Lei nºs 39193, de 2 de Maio de 1953, 41304, de 1 de Outubro de 1957 e 47479, de 31 de Dezembro de 1966].

³¹⁸ Aprovado na Resolução sobre o Combate ao VIH/SIDA, de 30 de Julho de 2002 (IV Conferência da CPLP), disponível em <http://www.cplp.org/Default.aspx?ID=160> (consulta em 19.03.12). Veja-se também a Resolução sobre a Luta contra o HIV/SIDA, de 26 de Julho de 2004 (V Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, realizada em São Tomé), na qual foi decidido aprovar a campanha de informação no âmbito do combate a esta epidemia apresentada por Portugal e destinada ao conjunto dos Estados membros; e a Resolução sobre o Empenhamento da CPLP no Combate ao VIH/SIDA, de 24 de Julho de 2008 (VII Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, realizada em Lisboa). Sublinhamos ainda a Declaração de Lisboa, adoptada também na VII Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, e a decisão dos Estados membros de criar a *Rede Temática em IST, VIH e SIDA da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa* (RIDES-SIDA CPLP), disponível em (consulta em 19.03.12).

³¹⁹ Declaração feita na III Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, realizada em Maputo, nos dias 16 e 17 de Julho de 2000, disponível em <http://www.cplp.org/Default.aspx?ID=159> (consulta em 19.03.12).

cooperação no incremento de estratégias nacionais de combate ao VIH/SIDA, tendo em consideração as proporções pandémicas que a doença tinha alcançado em várias regiões do mundo, sobretudo no continente africano. A resposta ao VIH/SIDA é percebida como uma questão de saúde pública e de desenvolvimento.

Aspectos a ressaltar

Os Estados membros da CPLP acordaram, desde logo, em declarar o combate ao VIH/SIDA e a outras doenças sexualmente transmissíveis um dos objectivos principais de cada um e da CPLP, e em colaborar na implementação dos programas nacionais de resposta à doença. Estas respostas seriam desenvolvidas no âmbito do Programa da CPLP de Combate ao VIH/SIDA, cujas áreas prioritárias foram definidas neste Acordo (artigo 3º), incluindo aspectos como a vigilância epidemiológica, o diagnóstico precoce, o acesso a meios de prevenção e a medicamentos (v.g., para as infecções oportunistas, como a tuberculose), a garantia do tratamento e acompanhamento devidos, a formação de profissionais neste âmbito, a divulgação de informação e a educação para a saúde, e, finalmente, a protecção das pessoas infectadas relativamente ao estigma e à discriminação.

De sublinhar também que seria concedida “particular atenção à mulher e à criança”, de forma a limitar a transmissão vertical e a garantir o acompanhamento das mães infectadas pelo VIH/SIDA (artigo 4º). Consta do artigo 5º do Acordo que o Programa da CPLP de combate a esta epidemia deveria incentivar os Estados Membros a promoverem a transversalidade das acções e o envolvimento activo da sociedade nas respostas desenvolvidas no plano nacional.

1.11.2. Outros documentos

– **Resolução da Assembleia da República nº 54/2001, de 28 de Junho** – Por uma política de cooperação no combate à sida

Para um combate eficaz à epidemia do VIH/SIDA, a Assembleia recomenda ao Governo que: *i*) a nível internacional tenha uma intervenção activa, “orientada para a

disponibilização dos meios necessários ao combate eficaz à epidemia” [al. a)]; *ii*) a nível nacional, acolha os princípios das Nações Unidas aplicáveis [al. b)]; *iii*) crie um programa específico no âmbito da CPLP para prosseguir esse combate nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) [al. c)].

II. União Europeia

2.1. Comissão

Decisões

– **2000/57/CE: Decisão da Comissão, de 22 de Dezembro de 1999**, relativa ao sistema de alerta rápido e de resposta para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis, em aplicação da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial nº L 21 de 26.1.2000, pág. 32—35*

No dia 24 de Setembro de 1998 foi instituída uma rede comunitária de vigilância epidemiológica e de controlo de doenças transmissíveis, mediante a qual se visava, nomeadamente, estabelecer um sistema de alerta rápido e de resposta (SARR). Consta do texto da presente Decisão que esse sistema seria reservado a “eventos” que, isoladamente, ou em associação com eventos semelhantes, constituíssem ou pudessem vir a constituir ameaças para a saúde pública. Caberia às autoridades de cada Estado-Membro proceder à recolha e à troca das informações necessárias sobre os eventos relevantes, enumerados no anexo I à Decisão. No elenco estão incluídos, nomeadamente, os surtos de doenças transmissíveis que ocorram em mais do que um Estado-Membro e o aparecimento ou ressurgimento de doença transmissível ou de agente infeccioso cuja contenção necessite de uma acção coordenada a nível comunitário. Em anexo à Decisão são ainda indicados os procedimentos de informação, consulta e cooperação a seguir no âmbito do SARR, sempre que um evento se torne passível de constituir, ou constitua efectivamente, uma ameaça para a saúde pública. A

Comissão incumbe as autoridades competentes dos Estados-Membros de submeterem, anualmente, à sua apreciação, um relatório analítico dos eventos e procedimentos utilizados no âmbito do SARR, com base nos quais emitiria, também ela, um relatório anual relativo à avaliação do sistema.

Enquadramento

Na Decisão nº 2119/98/CE³²⁰, do Parlamento Europeu e do Conselho, estava prevista a instituição de uma rede comunitária por meio da qual seria fomentada a cooperação e a coordenação entre os Estados-Membros no domínio da melhoria da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis. A rede teria duas finalidades: efectuar a vigilância epidemiológica e implementar um sistema de alerta rápido e de resposta (SARR). A Comissão teria a seu cargo a coordenação da rede, o que faria em colaboração com os Estados-Membros, assegurando a ligação com as respectivas autoridades competentes.

A Decisão 2000/57/CE visou facilitar a integração da rede comunitária nas demais redes de alerta rápido implementadas a nível nacional ou comunitário relativamente a doenças e a problemas de saúde especiais que devessem ser abrangidos pelo SARR. A rede deveria “*funcionar, em primeiro lugar, com o Sistema de Vigilância Sanitária das Doenças Transmissíveis no Âmbito da Rede Europeia de Informação em Matéria de Saúde Pública (EUPHIN-HSSCD)*”³²¹.

– **2000/96/CE: Decisão da Comissão, de 22 de Dezembro de 1999**, relativa às doenças transmissíveis que devem ser progressivamente abrangidas pela rede comunitária em aplicação da Decisão nº 2119/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial nº L 28 de 3.2.2000, pág. 50—53*

Esta Decisão estabelece uma lista de doenças transmissíveis e de problemas de saúde especiais para fins de vigilância epidemiológica, na qual se inclui a infecção pelo

³²⁰ Cfr. infra, pág. 181.

³²¹ Cfr. considerando nº 4 da Decisão.

VIH/SIDA (anexo I). Contém também um enunciado dos critérios de selecção das doenças e dos problemas de saúde especiais para integrarem o elenco (anexo II).

A rede comunitária de vigilância epidemiológica (que funcionaria, numa fase inicial, juntamente com o sistema de vigilância sanitária das doenças transmissíveis, no âmbito da Rede europeia de informação em matéria de saúde pública) seria implementada através da alteração e da integração das redes de vigilância existentes que beneficiassem do apoio da Comissão, bem como da constituição de novas redes para as doenças ainda não abrangidas pelas redes anteriores³²².

Enquadramento

Esta Decisão constituiu uma das concretizações da Decisão nº 2119/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, na medida em que veio determinar o elenco de doenças transmissíveis e problemas especiais de saúde que deveriam ser abrangidas pela rede comunitária cuja instituição se previa naquela decisão.

O critério de selecção do elenco de doenças e problemas especiais de saúde assentou nas “necessidades actuais da Comunidade, especialmente o valor acrescentado da vigilância a nível comunitário”³²³. A listagem deveria ser revista sempre que necessário “em função das modificações registadas na prevalência das doenças e em resposta à emergência de novas doenças transmissíveis que constituam uma ameaça para a saúde pública”³²⁴.

– **2002/253/CE: Decisão da Comissão, de 19 de Março de 2002**, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial nº L 86 de 3.4.2002, pág. 44—62*

³²² Esta decisão foi alterada pela Decisão 2003/542/CE, de 17 de Julho de 2003, no sentido de serem especificadas as doenças transmissíveis e os problemas de saúde especiais para os quais já tinham sido implementadas redes de vigilância específicas; e, posteriormente, pela Decisão 2009/312/CE, de 2 de Abril, por não ser já necessária essa especificação.

³²³ Considerando nº 3.

³²⁴ Considerando nº 4. O elenco de doenças veio a ser aumentado pelas Decisões 2003/534/CE, de 17 de Julho de 2003, 2007/875/CE, de 18 de Setembro, e 2009/539/CE, de 10 de Julho.

Quando foi instituída a rede comunitária de vigilância epidemiológica e de controlo de doenças transmissíveis, os Estados-Membros ficaram incumbidos de divulgar as informações relativas à sua situação concreta, notificando a rede comunitária, a fim de serem estabelecidas comparações e, desse modo, definidas as medidas preventivas e de controlo necessárias a nível comunitário e nacional.

A presente Decisão estabelece definições dos casos a notificar no âmbito da rede comunitária. A adopção de um elenco comum de definições de casos visava facilitar a notificação, garantindo a comparabilidade das informações recolhidas por cada Estado.

A SIDA e a infecção pelo VIH constam do enunciado de doenças publicado em anexo à decisão, com a indicação da sua descrição clínica³²⁵ e dos critérios laboratoriais para o diagnóstico.

Enquadramento

As definições de casos de doenças transmissíveis permitem garantir que os dados notificados no âmbito da rede comunitária sejam efectivamente comparáveis e, desse modo, úteis para a criação de um sistema coordenado. Esses dados (assim notificados e a circular eficazmente na rede) permitiriam avaliar a adequação das estratégias a adoptar em matéria de “*acções preventivas e de controlo a serem tomadas a nível comunitário e nacional*”³²⁶. A uniformização não seria apenas relativa ao conteúdo da informação mas também ao processo de recolha da mesma, devendo estar em conformidade com as normas sobre protecção de dados.

– **2008/426/CE: Decisão da Comissão, de 28 de Abril de 2008**, que altera a Decisão 2002/253/CE que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial* n.º 46—90

³²⁵ De acordo com a descrição clínica, a SIDA “*inclui todos os indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana que apresentem qualquer uma das 28 condições clínicas referidas na definição de casos da vigilância europeia da sida*”, e a infecção pelo VIH assenta num diagnóstico baseado em critérios laboratoriais de infecção pelo VIH ou num diagnóstico de SIDA.

³²⁶ Considerando n.º 1.

Esta Decisão vem no seguimento da criação do CEPCD e da elaboração, por este Centro, de um documento técnico sobre definições de casos destinado a assistir a Comissão no desenvolvimento de estratégias de intervenção em matéria de vigilância e resposta. O anexo contém uma explicação inicial sobre as rubricas utilizadas para a definição e a classificação dos casos.

Enquadramento

O anexo da Decisão em referência veio substituir o anexo da Decisão nº 2002/253/CE, que continha as definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária. As novas definições de casos foram elaboradas pelo CEPCD, em resposta a uma solicitação da Comissão nesse sentido³²⁷. O objectivo foi o de atribuir maior qualidade técnica às definições de casos e assim melhorar a intervenção da própria rede.

– **2009/547/CE: Decisão da Comissão, de 10 de Julho de 2009**, que altera a Decisão 2000/57/CE relativa ao sistema de alerta rápido e de resposta para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis, em aplicação da Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, *Jornal Oficial nº L 181 de 14/07/2009 pág. 0057 – 0060*.

Esta Decisão visa essencialmente tornar possível a divulgação de dados pessoais de saúde no âmbito do SARR, de modo a “*identificar as pessoas que tenham sido expostas a uma fonte de agentes infecciosos e que corram o risco de contrair, ou tenham contraído, uma doença transmissível de importância comunitária*”.

Os dados, enunciados em anexo, são relativos à pessoa (nome próprio e apelido, nacionalidade, data de nascimento, dados do documento de identificação, domicílio actual, contactos telefónicos e electrónicos), às viagens que esta faça, aos contactos que

³²⁷ Veja o considerando nº 2: “o Centro forneceu, a pedido da Comissão e em sintonia com o seu fórum consultivo, um documento técnico sobre definições de casos com vista a assistir a Comissão no desenvolvimento de estratégias de intervenção nos domínios da vigilância e da resposta”. Cfr. art. 9º do Regulamento (CE) nº 851/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de Abril de 2004, que cria um Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças.

estabeleça, às pessoas que a acompanhem nessas viagens e aos seus contactos em caso de emergência.

Para além de procederem à recolha e à troca de todas as informações necessárias sobre os *eventos*³²⁸ (que, por si, ou associados a outros eventos constituam ou possam vir a constituir ameaças para a saúde pública), as autoridades dos Estados-Membros ficaram incumbidas de informar acerca das “medidas planeadas ou adoptadas em resposta a esses eventos ou indícios de tais eventos”.

Enquadramento

As alterações introduzidas à Decisão 2000/57/CE tiveram subjacente a preocupação com a protecção dos dados pessoais que circulavam na rede comunitária de vigilância epidemiológica³²⁹.

A regra em matéria de tratamento de dados pessoais (sensíveis) é a da sua proibição³³⁰, podendo ser derogada em determinadas situações³³¹. É legítimo o tratamento desses dados para identificar contactos nos casos em que isso seja necessário para proteger interesses vitais da pessoa em causa ou para a execução de uma missão de interesse público³³².

O Regulamento Sanitário Internacional, em vigor desde 15 de Junho de 2007, atribui aos Estados membros da OMS a faculdade de solicitarem determinados dados aos viajantes, no momento da chegada e da partida, quando o fim visado seja a protecção da saúde pública³³³.

Tendo em conta as excepções admitidas à proibição do tratamento de dados pessoais e à conseqüente amplitude das situações susceptíveis de colidir com o respeito pela intimidade da vida privada, a Comissão entende que deveria estabelecer,

³²⁸ Cfr., sobre os *eventos*, a Decisão da Comissão 2000/57/CE, de 22 de Dezembro de 1999, resumida supra, pág. 118.

³²⁹ Cfr. considerando nº 6: “(...) os Estados-Membros colaboram entre si, em ligação com a Comissão, através do SARR, a fim de identificar as pessoas infectadas ou que possam estar em risco. Tal colaboração pode implicar um intercâmbio de dados pessoais sensíveis dos casos humanos confirmados ou suspeitos entre os Estados-Membros abrangidos pelo procedimento de identificação de contactos”.

³³⁰ Cfr. Directiva 95/46/CE, de 24 de Outubro de 1995 e Regulamento (CE) nº 45/2001, de 18 de Dezembro de 2000 (ambos da autoria conjunta do Parlamento Europeu e do Conselho)

³³¹ Cfr. artigo 8º, nº 3, da Directiva 95/46/CE e artigo 10º, nº 3, do Regulamento (CE) nº 45/2001.

³³² Cfr. artigos 7º, als. d) e e) da Directiva 95/46/CE e artigo 5º, als. e) e a) do Regulamento(CE) nº 45/2001.

³³³ Cfr. artigo 23º do RSI, cujo texto está publicado em anexo ao aviso nº 12/2008 (DR nº 16, I Série, de 23 de Janeiro de 2008).

juntamente com o CEPCD e os Estados-Membros “*salvaguardas adequadas relativamente ao tratamento de dados pessoais para efeitos de identificação de contactos*”³³⁴.

A Comissão visou assim: *i*) garantir que os dados pessoais que circulavam na rede comunitária eram adequados e pertinentes, que não iam para além do estritamente necessário para a prossecução dos fins visados (tanto em termos de conteúdo como de tempo de conservação) e que estavam actualizados; *ii*) assegurar que as pessoas às quais respeitavam esses dados fossem devidamente informadas sobre a natureza do tratamento, os dados tratados, bem como os respectivos direitos de acesso e de rectificação; *iii*) garantir que fossem “aplicados níveis de confidencialidade e segurança adequados no âmbito do SARR para proteger o tratamento desses dados”³³⁵.

Comunicações

– Comunicação da Comissão, de 11 de Fevereiro de 1987, sobre a *luta contra a sida*

A presente comunicação tem subjacente o entendimento de que seria necessário o reforço da acção comunitária em quatro domínios: *i*) intercâmbio de experiências, nomeadamente em matéria de divulgação de informação e de educação para a saúde; *ii*) análise conjunta da pertinência de medidas que afectem “*a política migratória, a livre circulação de pessoas, a liberdade de estabelecimento, a igualdade de acesso ao emprego*”; *iii*) investigação na área da epidemiologia, da viro-imunologia e do tratamento do VIH/SIDA na Europa e nos países *em vias de desenvolvimento*; *iv*) cooperação internacional na luta contra a SIDA.

No que concerne ao tema da informação e da educação para a SIDA, considerava-se que era necessária uma acção coordenada à escala comunitária, atenta a diversidade das medidas adoptadas nos Estados-Membros, frequentemente não acompanhadas de uma avaliação sistemática dos resultados obtidos. Na Decisão, a Comissão propõe-se colocar em funcionamento uma unidade de observação, a fim de harmonizar as estratégias empreendidas e, desse modo, contribuir para a possibilidade de adaptação e difusão das iniciativas que se fossem revelando mais eficazes.

³³⁴ Cfr. considerando nº 10.

³³⁵ Cfr. considerando nº 11.

A Comissão alerta para a existência de questões graves relacionadas com a adopção de medidas em matéria de notificação dos casos de VIH/SIDA, obrigatória ou voluntária, de despistagem sistemática do VIH em algumas circunstâncias ou perante categorias consideradas de risco, e ainda de restrição da entrada, em certos Estados-Membros, de pessoas por terem residido em países terceiros. Quanto a essas medidas [aludidas supra no item *ii*], a proposta é no sentido de uma avaliação conjunta dos problemas que as mesmas suscitam, com o fim de evitar que haja práticas nacionais contraditórias e determinar quais as medidas que seria relevante adoptar a nível comunitário.

Para o fomento da investigação na área do VIH/SIDA, a Comissão solicita ao Conselho que adopte as propostas “já apresentadas, referentes a um quarto programa (1987-1990) de investigação em Medicina e Saúde e a um segundo programa de investigação «Ciência e Tecnologia ao serviço do Desenvolvimento»”.

Em termos de cooperação internacional, a Comissão convida o Conselho e o Parlamento a registar as acções em curso ou que estejam previstas pela Comissão.

A Decisão contém um anexo em que são apresentados os *dados de base sobre a SIDA* e a *ficha financeira sobre os aspectos da prevenção*.

– **Comunicação da Comissão, de 17 de Maio de 1988:** *Actividades comunitárias em matéria de sida em 1987*

Na Comunicação é feita uma exposição sobre as estratégias e programas adoptados até à data, a nível comunitário, para o desenvolvimento de respostas abrangentes ao VIH/SIDA, globais e nacionais.

– **Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 7 de Janeiro de 1994:** *Política da comunidade e dos Estados-Membros relativa à luta contra a sida nos países em vias de desenvolvimento*

Na Comunicação são enunciados os princípios políticos e as estratégias prioritárias a aplicar a nível da Comunidade e dos Estados-Membros para reforçar a eficácia das intervenções no domínio da *luta contra a sida nos países em vias de desenvolvimento*.

– **Comunicação da Comissão, de 7 de Março de 1996**, *relativa às redes de vigilância das doenças transmissíveis na Comunidade Europeia*

A Comunicação contém uma exposição e análise do quadro da situação que se verificava a nível de colaborações entre as instituições existentes a nível europeu na área da vigilância de doenças transmissíveis. São também apresentadas propostas de acção neste domínio, com o objectivo de desenvolver a prevenção e o controlo das doenças transmissíveis na Europa.

– **Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 3 de Julho de 1998**, para uma maior solidariedade no combate à SIDA nos países em desenvolvimento

A Comunicação contém uma exposição inicial sobre o panorama da epidemia do VIH/SIDA nos países considerados *em vias de desenvolvimento*, para enquadrar os apelos dirigidos à sociedade internacional. São enumeradas as áreas que a Comissão considera serem prioritárias na utilização das verbas públicas para combater o VIH/SIDA naqueles países, sublinhando-se a necessidade de reforço da prevenção e cuidados, através da disponibilização de bens públicos. São também sumariados os esforços já empreendidos neste sentido e as formas de os intensificar, como as intervenções preventivas de custo reduzido e o reforço do apoio aos sistemas nacionais de saúde.

A Comissão analisa a hipótese de desenvolvimento de novos mecanismos de solidariedade, tais como o financiamento da aquisição de produtos anti-retrovíricos pelos países visados e a criação de um fundo para a aquisição de vacinas e microbicidas, à medida que fossem sendo disponibilizados. Pondera ainda a possibilidade de disponibilizar uma contribuição específica adicional para a aquisição de medicamentos por parte daqueles países e para incentivar mais investimentos do sector privado no desenvolvimento de vacinas e microbicidas.

A Comissão salienta também a responsabilidade global do ONUSIDA na gestão dos novos instrumentos de solidariedade, mas ressalvando que as principais decisões cabem aos Estados-Membros. Propõe finalmente acções estratégicas futuras para responder aos problemas abordados na Comunicação.

– Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 21 de Fevereiro de 2001 – Programa de acção: Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza³³⁶

Na Comunicação, a Comissão propõe um plano de acção destinado a responder, de forma integrada e coordenada, às necessidades aferidas no domínio da luta contra as três principais doenças transmissíveis.

O programa, cuja vigência abarcou o período de 2001-2006, previa acções orientadas para melhorar a eficácia das iniciativas existentes, tornar os medicamentos essenciais mais acessíveis e incentivar a investigação e o desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos para combater as principais doenças transmissíveis nos países considerados em vias de desenvolvimento. Seria concedida prioridade aos investimentos no sector da saúde, sobretudo no âmbito do VIH/SIDA. Na luta contra as doenças transmissíveis, são referidas acções como a reafecção dos recursos não utilizados e a utilização dos fundos regionais. Quanto aos investimentos no reforço das políticas farmacêuticas, seria analisada a possibilidade de desenvolvimento das capacidades locais de produção. Em matéria de acesso aos medicamentos, a Comissão previa a instituição de um sistema global de preços diferenciados (que permitisse a aquisição dos medicamentos a preços reduzidos por parte dos países considerados em vias de desenvolvimento), o reconhecimento da possibilidade de explorar uma melhor utilização dos sistemas obrigatórios de licença, bem como o lançamento de um debate no quadro da OMC sobre a conciliação dos direitos de propriedade industrial ligados ao comércio com a protecção sanitária dos países visados.

No domínio da investigação e desenvolvimento, seriam apoiadas novas iniciativas, por via do aumento do apoio público e do incentivo ao investimento privado. Também o reforço das capacidades dos próprios países visados para o desenvolvimento destas actividades é referido como sendo prioritário.

³³⁶ Em 2000 tinha sido assumido o compromisso de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, tendo a União Europeia adoptado uma nova política de desenvolvimento, assente no objectivo da *redução da pobreza*. É nesse contexto que se integra a adopção do plano de acção em referência.

– **Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 18 de Novembro de 2002:** «*Desvinculação da ajuda: mais eficácia*» (não publicada no Jornal Oficial)

Na Comunicação, a Comissão propõe-se desvincular integralmente a ajuda comunitária e bilateral nos quinze Estados-Membros, na condição de haver acordo do país beneficiário e reciprocidade por parte de outros dadores. *Vinculada* é a ajuda concedida na condição de o beneficiário a utilizar para compra de bens e serviços a fornecedores situados no país dador. A sua desvinculação significa a abertura de mercados a outros fornecedores, não exclusivamente àqueles que se encontrem situados no país dador.

A Comunicação faz uma série de recomendações da Comissão para o efeito. O anexo II contém a Declaração da Comissão anexada à recomendação do Comité de Assistência ao Desenvolvimento sobre a desvinculação da assistência oficial ao desenvolvimento aos países menos desenvolvidos³³⁷. Nessa declaração, a Comissão afirma, nomeadamente, a sua pretensão de abrir casuisticamente a todos os países (*desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento*) os contratos de serviços e produtos farmacêuticos essenciais na luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária.

– **Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 26 de Fevereiro de 2003** – *Actualização do programa de acção da Comunidade – Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza – Questões políticas pendentes e desafios futuros*

A Comunicação contém uma avaliação dos progressos alcançados na execução do programa de acção sobre o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose adoptado em Fevereiro de 2001 e uma análise dos resultados obtidos em termos de impacto das intervenções, acessibilidade dos medicamentos essenciais e fomento da investigação e desenvolvimento.

As conclusões da avaliação foram as seguintes: a) o plano de acção tinha contribuído significativamente para o aperfeiçoamento das acções de combate às três

³³⁷ Recomendação adoptada pelo Comité de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE em Maio de 2001.

principais doenças transmissíveis, empreendidas a nível mundial, nacional e regional; b) continuava a justificar-se o carácter prioritário atribuído à resposta a estas doenças e exigia-se uma maior mobilização da opinião pública; c) a obtenção de bens públicos mundiais estava essencialmente dependente de acções concertadas a nível internacional, entre as quais o aumento das actividades de I&D; d) o facto de algumas das acções aplicadas não terem sido bem sucedidas devia-se sobretudo à falta de recursos adequados, a nível da Comissão e dos Estados-Membros, para empreender programas de grande envergadura em áreas como a capacidade local de fabrico, a transferência de tecnologias e a investigação e o desenvolvimento inovadores; e) haveria vantagem na criação de um *Fórum das Partes Interessadas na Luta Contra as Doenças Transmissíveis* para promover a consulta dos países considerados em vias de desenvolvimento; f) registava-se um aumento significativo da influência dos parceiros da sociedade (caso das associações) na definição e concretização do combate empreendido a nível nacional, comunitário e mundial, o que demonstrava a relevância do reforço das parcerias existentes e da instituição de novas; g) o Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária apresentava resultados visíveis a nível de mobilização de recursos e de abordagens inovadoras; h) notórios eram também os resultados das iniciativas da Comissão a favor dos preços diferenciados; i) havia necessidade de promover mais iniciativas [além da EDCTP³³⁸] de investigação e desenvolvimento de bens públicos mundiais, através de parcerias (entre o sector público e privado e a União Europeia e os países considerados em desenvolvimento) e do reforço do financiamento; j) a Comissão ponderaria a relevância de elaborar um instrumento legislativo específico de incentivo à investigação e ao desenvolvimento das doenças negligenciadas ou relacionadas com a pobreza.

– **Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 26 de Outubro de 2004:** Um enquadramento político europeu coerente para a acção externa destinada a combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose

Para além da necessidade de acelerar as acções desenvolvidas no âmbito do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose, no contexto da política de *redução da pobreza* e do Programa de Acção para 2001-2006, a União Europeia teria de “enfrentar um cenário global em permanente mutação, evoluindo para novos desafios”. A

³³⁸ *Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos.*

Comunicação contém o enquadramento político para as acções externas da Comissão destinadas a combater as três doenças.

Os novos desafios são enunciados em quatro itens. Primeiro, *desafios epidemiológicos, geográficos e demográficos*, motivados, designadamente, pelo aumento da prevalência das doenças a nível global e do número de mortes associadas, particularmente em países muito povoados, como a Índia e a China. A redução da pobreza continuaria a ser o principal enquadramento da luta contra estas doenças, atenta a interacção entre a pobreza e estas. Seria necessário ter em consideração a segurança e os direitos humanos, para responder, nomeadamente, ao problema da propagação das doenças entre refugiados e pessoas que viviam em condições de guerra. Haveria ainda que considerar a afectação desproporcional das mulheres e a situação das crianças vulneráveis, inclusivamente a existência de 12 milhões de órfãos em África devido à SIDA. Segundo, *desafios à manutenção de uma articulação global das políticas em termos de prevenção, tratamento e cuidados médicos*. Aqui sublinha-se, nomeadamente, a necessidade de aumentar o número de países com estratégias adequadas neste âmbito, de promover a utilização de preservativos e os programas de redução dos riscos (caso da troca de seringas para toxicodependentes), de formar competências em termos de investigação e de serviços de saúde. Alerta-se ainda para as deficiências de alguns sistemas de saúde, no que toca a infra-estruturas e de recursos humanos. Terceiro, *desafios ao financiamento*, atento o défice significativo de recursos externos para o combate a estas três doenças. Era assim necessário garantir um financiamento adequado por parte da comunidade internacional. Quarto, *desafios para a governança a nível nacional e mundial*, designadamente conseguir alcançar “os países afectados, as pessoas mais pobres e os excluídos em todas as sociedades”. É chamada a atenção para o problema da discriminação, incluindo os fenómenos de discriminação múltipla e o consequente aumento da marginalização social e evidenciados os efeitos que os mesmos acarretam a nível de comportamentos de risco e de acesso a meios e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. A Comissão considera “*essencial dar uma maior voz aos jovens, às mulheres e às pessoas afectadas pela doença*”. Destaca a importância do compromisso político dos países no sentido de responder a estas três doenças, de uma forte cooperação entre os diversos intervenientes da sociedade, atenta a transversalidade da incidência das doenças a nível global, e do incentivo ao sector privado para que disponibilize recursos para este efeito. São sublinhados também o

desafio que constituía o desequilíbrio de forças entre países no que concerne à gestão global de questões de saúde pública³³⁹ e a necessidade de harmonizar as diversas iniciativas e intervenientes no domínio das três doenças, que haviam aumentado a nível internacional.

A Comunicação contém uma exposição sobre o valor da intervenção da Comissão e as respectivas acções nos planos nacional e mundial. A nível nacional, a Comissão empenhar-se-ia activamente na melhoria das competências a nível de recursos humanos, nos planos de desenvolvimento nacional, com vista ao reforço dos serviços sociais, de educação e de saúde. Para esse objectivo seria necessário evitar a *fuga de cérebros* das zonas rurais “para as cidades, do sector público para o privado e dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos” (designadamente através do desenvolvimento de carreiras e da garantia de uma remuneração adequada). A Comissão refere a possibilidade de prever um código de conduta europeu relativo ao “recrutamento de pessoal em países terceiros ou para que as organizações que empregam pessoal nacional dêem formação ao pessoal homólogo no quadro das estruturas públicas”. A Comissão actuará, nomeadamente, no âmbito da assistência técnica aos Estados-Membros, do incentivo à articulação global adequada das políticas nacionais de resposta a estas três doenças, do reforço da vigilância e do controlo das competências em matéria de saúde, do apoio à capacidade de produção local de medicamentos e outros produtos farmacêuticos e do apoio à investigação.

A nível mundial, as acções da Comissão englobariam os seguintes domínios: i) *medicamentos seguros e de preço acessível* – v.g., em que continuaria a defender a redução de preços e a fomentar preços diferenciados e proporcionaria assistência técnica aos países para melhoria das suas competências em matéria de políticas farmacêuticas; ii) *aspectos regulamentares* – v.g., em que apoiaria o aumento das competências dos países terceiros no domínio da regulamentação, designadamente a aprovação de ensaios clínicos; iii) *novos instrumentos e intervenções* – v.g. através de investimentos nas actividades de I&D, da continuação do apoio ao programa EDCTP e da utilização dos resultados da monitorização do contexto económico e social para a melhoria do impacto das intervenções e dos meios de diagnóstico; iv) *Reforço das parcerias e do papel desempenhado pela Europa* – v.g., através da manutenção da cooperação estreita com os

³³⁹ Este desequilíbrio verificava-se na existência de muitos países sem “voz, capacidade de negociação nem direito de voto para propor e aplicar normas mundiais que sejam do seu interesse”.

Estados-Membros, do reforço do diálogo político e do financiamento de organizações multilaterais da ONU e ainda do apoio à agenda mundial de investigação.

– Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 27 de Abril de 2005: Programa de Acção Europeu para combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose através de acções externas, 2007-2011

Considerando a insuficiência do financiamento da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, a Comissão adopta um novo programa de acção neste âmbito, tendo em vista a intensificação dos esforços para obtenção de resultados mais positivos.

As acções da União Europeia a nível nacional englobam três domínios. Primeiro, *o diálogo político e estratégico de apoio às estratégias lideradas pelos países interessados para lutar contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose*, que incluiria abordagens sobre estigmatização, discriminação e grupos vulneráveis, como os toxicodependentes, as pessoas privadas de liberdade, os idosos, os deficientes, os refugiados e as populações deslocadas no interior do seu próprio país. Segundo, *o reforço das capacidades de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose*, em que é referido nomeadamente que a União Europeia: *i)* pretendia efectuar o levantamento dos recursos no âmbito da assistência técnica para elaboração de um plano de partilha da mesma; *ii)* defenderia o argumento da necessidade de um tratamento excepcional do sector da saúde no quadro das reformas do sector público; *iii)* auxiliaria os países a desenvolverem políticas eficazes de aquisição de medicamentos e de produtos farmacêuticos, como preservativos e medicamentos anti-retrovirais; *iv)* promoveria uma campanha de educação para a segurança das crianças nas escolas, com vista nomeadamente a prevenir o VIH/SIDA; *v)* ajudaria os países a recolherem e acompanharem os dados sobre o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, desagregados por género e idade. Ainda no âmbito do reforço de capacidades, a Comissão promoveria a consolidação dos programas nacionais em matéria de investigação clínica, através da EDCTP. Terceiro, *os recursos financeiros para a luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose*, em que prevê, designadamente: *i)* a continuação do financiamento pela União Europeia da luta contra estas doenças nos países afectados; *ii)* o recurso a parcerias e a medidas de apoio específicas pela Comissão, de forma a contribuir para o financiamento de intervenções eficazes e pouco dispendiosas e com resultados no curto

prazo, como a “*distribuição gratuita e focalizada de contraceptivos, associada a um aumento dos investimentos na promoção da saúde e ao reforço das capacidades em matéria de comercialização social*” e o acesso “*universal e gratuito a serviços de orientação e de despistagem voluntários e a anti-retrovirais para as mulheres grávidas seropositivas*”.

A nível mundial, estão previstas acções em domínios como: *i*) o acesso a produtos farmacêuticos a preços comportáveis [para o efeito, a Comissão acompanharia a aplicação do Regulamento nº 953/2003, do Conselho, destinado a evitar o desvio para a União Europeia de certos medicamentos essenciais, e solicitaria aos países que comunicassem os preços dos produtos adquiridos no âmbito dos programas nacionais financiados pela Comunidade e o Fundo Mundial]; *ii*) o reforço das capacidades de regulamentação; *iii*) o aumento dos recursos humanos no sector da saúde, através de incentivos à permanência ou regresso dos profissionais do sector às regiões ou países carenciados [designadamente através da adopção de um documento estratégico sobre os recursos humanos no sector sanitário³⁴⁰, da adopção de um código europeu em que fossem definidas práticas de recrutamento éticas e do apoio à elaboração de planos nacionais de desenvolvimento dos recursos humanos³⁴¹]; *iv*) o reforço das actividades de I&D, sobretudo através do incremento da participação do sector privado e das parcerias entre este e o sector público; *v*) o reforço das parcerias. É sublinhado que as acções de âmbito mundial orientadas para a promoção da prevenção, do tratamento e da assistência sanitária constituíam “*a pedra angular da luta contra estas três doenças*”.

Para as *próximas etapas* a seguir, a Comissão convida os Estados-Membros a colaborarem mais proximamente consigo, de modo a apressar a execução das acções no plano nacional. Anuncia ainda que adoptaria as decisões necessárias à promoção de sinergias para obtenção de uma resposta coerente nos domínios políticos em causa e que asseguraria o acompanhamento da aplicação das medidas aqui previstas.

³⁴⁰ Cfr. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 12 de Dezembro de 2005, que contém a *Estratégia de acção da UE relativa à escassez de recursos humanos no sector da saúde nos países em desenvolvimento*. É referido neste documento que o “VIH/SIDA e o desafio de elaborar programas ambiciosos que resolvam a problemática das doenças ligadas à pobreza vieram expor as deficiências dos sistemas de prestação de cuidados de saúde”. Um dos problemas enunciados é o do abandono de profissionais de saúde do serviço público. Sublinha-se a importância de “aumentar o investimento na saúde e na segurança social se pretendermos que os profissionais de saúde contribuam de facto para os esforços nacionais destinados a melhorar a situação existente neste domínio (cfr. págs. 2 e 3 da Comunicação).

³⁴¹ É referido que a melhoria das possibilidades de investigação seria uma das formas de “evitar a fuga de cérebros”.

– Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 15 de Dezembro de 2005: Luta contra o VIH/ SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2006-2009

À data da adopção da presente Comunicação registava-se uma diminuição da mobilização relativamente ao tema do VIH/SIDA, especialmente nos domínios da prevenção, da vigilância epidemiológica e do combate à discriminação, o que contrariava os objectivos estabelecidos, que eram sobretudo a eliminação da transmissão vertical e o acesso universal ao tratamento. Perante este quadro, a Comissão propõe-se impulsionar acções conjuntas no plano comunitário, destinadas a complementar as iniciativas adoptadas a nível nacional e internacional.

Nas linhas de acção da luta contra o VIH/SIDA na Europa e nos países vizinhos até 2009, salientamos alguns aspectos. Desde logo, o incentivo à participação da sociedade – como as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e as associações que trabalham com esta população – na concepção, implementação e acompanhamento das políticas empreendidas. No domínio da vigilância, visava-se nomeadamente a melhoria e harmonização dos sistemas existentes, pelo que a Comissão adoptaria uma série de acções em parceria com os Estados-Membros, os países vizinhos, o CEPCD e demais parceiros, tais como a realização de estimativas sobre a incidência da doença na Europa, o reforço e a facilitação da vigilância dos grupos de risco e medidas para a garantia da confidencialidade. Atenta a inexistência de vacina ou cura, a prevenção continuava a constituir o cerne da resposta ao VIH/SIDA, exigindo a implementação de medidas como a garantia do acesso generalizado a meios de prevenção, à informação, à educação para a saúde, aos serviços de assistência, a atenção a grupos vulneráveis e a eliminação da discriminação, designadamente contra imigrantes. Neste âmbito, previa-se que a Comissão promovesse: *i*) a aplicação de programas de prevenção, visando em particular os grupos mais vulneráveis; *ii*) a mitigação dos comportamentos de risco, nomeadamente entre os mais jovens (através da educação para a saúde, tanto nas escolas como noutros contextos educativos); *iii*) a avaliação e redução dos riscos de transmissão vertical e de riscos relacionados com a toxicod dependência (neste último domínio, os Estados-Membros são convidados a aumentarem a disponibilidade e o acesso a serviços que garantam terapêuticas de substituição); *iv*) a elaboração de programas de formação

destinados aos profissionais de saúde e demais profissionais que lidem com pessoas infectadas pelo VIH/SIDA ou com grupos particularmente vulneráveis à infecção.

Visando o combate à estigmatização e discriminação, a generalização do acesso ao tratamento e a integração social e profissional, a Comissão prevê medidas como o aumento da capacidade dos serviços, o reforço da intervenção das ONG, o aperfeiçoamento da vigilância da epidemia na Europa, a elaboração de modelos europeus de referência e a facilitação do acesso à terapêutica anti-retroviral, ao aconselhamento e ao diagnóstico. A Comissão sublinha a importância de facilitar o acesso à terapêutica e de aumentar a sua eficácia face ao problema da resistência aos medicamentos devido a interrupções do tratamento. Salienta também a necessidade de garantir que as pessoas com VIH/SIDA tenham um papel activo na adesão aos tratamentos, devendo os serviços prestados favorecer a sua autonomia. Para o efeito, seria vantajosa uma articulação entre os serviços sociais e os serviços de saúde, no âmbito da qual deveria ser dada particular atenção aos grupos considerados mais vulneráveis. Destaca ainda a importância da acessibilidade e qualidade dos serviços, designadamente na redução do estigma e da marginalização social.

A Comissão prevê também medidas de fomento à investigação neste domínio.

– Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho, de 15 de Dezembro de 2008, sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Considerando a existência de riscos associados à prestação de cuidados de saúde (caso das infecções) e o aumento do número de acontecimentos adversos nos sistemas de saúde dos Estados-Membros, a Comissão pretende elaborar uma abordagem integrada sobre a segurança dos doentes, que tenha em consideração todos os factores pertinentes³⁴². A iniciativa da Comissão visou criar um quadro de incentivo ao compromisso político dos Estados-Membros no sentido da priorização da segurança dos doentes no âmbito dos objectivos nacionais em matéria de saúde pública. Entre os seus

³⁴² Entre os factores que contribuem para o aumento do número de casos, incluem-se “*uma taxa de ocupação-cama elevada, uma maior circulação de doentes nos sistemas de saúde e entre eles, um rácio entre profissionais da saúde e doentes aquém do ideal, um cumprimento insuficiente da higiene manual e outras práticas de prevenção e controlo de infecções e utilização incorrecta de dispositivos internos pelos profissionais de saúde*”. Cfr. pág. 3 do documento.

objectivos contam-se a protecção dos cidadãos e o aumento da confiança dos mesmos e o auxílio aos Estados-Membros no desenvolvimento de estratégias adequadas de prevenção e controlo dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

Os Estados-Membros são instados a apoiarem o desenvolvimento de políticas e programas nacionais de segurança dos doentes, informarem e capacitar emos doentes, instituirem e melhorarem sistemas generalizados de notificação³⁴³ e de formação, garantirem que a segurança dos doentes integra a educação e formação dos trabalhadores do sector da saúde, na sua qualidade de prestadores de cuidados.

A nível da União Europeia, a Comissão deveria, em estreita colaboração com os Estados-Membros: i) proceder às iniciativas necessárias para desenvolver definições, terminologia e indicadores comuns relativamente à segurança dos doentes; ii) facilitar a partilha de informações e de melhores práticas nesta matéria, inclusivamente a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS); iii) continuar a promover os programas de investigação europeus relativos à segurança dos doentes; iv) ponderar a melhor forma de obter uma colaboração eficaz e duradoura entre os Estados-Membros neste âmbito.

Para efeito da aplicação das acções recomendadas, a Comissão propõe-se desenvolver, se necessário e com a colaboração dos Estados-Membros, orientações sobre o tema. Refere ainda actividades que diz poder prosseguir em conjunto com o CEPCD, como a promoção e o desenvolvimento de orientações sobre melhores práticas de prevenção e controlo das IACS, o incentivo à disponibilidade de oportunidades de formação e a assistência aos Estados-Membros na elaboração de programas de formação e curriculares sobre controlo de infecções para os trabalhadores do sector da saúde.

– Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 13 de Novembro de 2008: Actividades do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças em matéria de doenças transmissíveis: resultados positivos desde a criação do Centro, actividades planeadas e recursos necessários

³⁴³ É referido que o sistema de notificação não deveria incluir considerações de culpa, sendo preferível que fosse construtivo e não punitivo ou repressivo, de forma a que os prestadores de cuidados de saúde notificassem sem medo das consequências. Cfr. pág. 5 do documento.

Na Comunicação é apresentada uma panorâmica do trabalho desenvolvido pelo CEPCD³⁴⁴, bem como os respectivos planos para o desenvolvimento futuro. É referido que, embora seja considerado um contributo significativo na luta contra as doenças transmissíveis, este Centro não respondia ainda a todas as necessidades e expectativas das partes interessadas, sendo necessário melhorar a qualidade e a comparabilidade dos dados recolhidos no âmbito da vigilância epidemiológica na União Europeia.

Antes da criação do CEPCD, havia 17 redes de vigilância de doenças infecciosas específicas na União Europeia. Apoiando-se nestes sistemas, o CEPCD desenvolveu um sistema mais integrado de recolha de dados sobre estas doenças na União Europeia. Para além disso, desde 2007 tinha acolhido o SARR em nome da Comissão Europeia.

A vigilância por parte deste Centro é considerada muito relevante no combate às doenças transmissíveis, tanto a nível da orientação das políticas desenvolvidas por cada Estado em termos de prevenção e controlo das mesmas, como da partilha de boas práticas entre Estados e da definição de uma resposta coordenada relativamente às ameaças que os afectem conjuntamente.

A Comissão sublinha que a liberdade de circulação no espaço da União Europeia tornava evidente a necessidade de uma abordagem comum para evitar a propagação de doenças³⁴⁵. Tendo em conta o encargo que as doenças infecciosas representam na sociedade e nos orçamentos nacionais, o CEPCD teria como objectivo ajudar os Estados-Membros a desenvolverem e a aplicarem métodos de prevenção melhores em termos de custo/eficácia. Refere inclusivamente a hipótese de este Centro vir, mais tarde, a substituir a necessidade de cada país investir na recolha de dados epidemiológicos, com as devidas vantagens do ponto de vista económico (menos gastos para os Estados).

– Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, de 26 de Outubro de 2009: Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2009-2013

³⁴⁴ A CEPCD é a agência da União Europeia que tem a seu cargo a vigilância, a avaliação e a notificação de ameaças para a saúde provenientes das doenças transmissíveis

³⁴⁵ Sustenta a existência de uma posição comum também a nível das medidas nacionais restritivas da entrada de pessoas portadoras de VIH/SIDA: “*tendo em conta as fronteiras abertas entre os países da UE, o despiste das pessoas que entram na UE apenas pode ser considerado eficaz se for feito por todos os Estados-Membros*”.

Na Comunicação é apresentado o plano de acção em matéria de luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, para o período de 2009 a 2013, que vem complementar o «Programa de Acção Europeu para combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose através de acções externas (2007-2011)».

Inicialmente é feito um enquadramento baseado na epidemiologia e na situação jurídica, social e política. Registava-se uma alarmante rapidez de propagação do VIH na Europa Oriental. As vias de transmissão predominantes eram as relações sexuais desprotegidas, na Europa Ocidental, e o consumo de drogas injectáveis, na Oriental e nos países vizinhos (da União Europeia). Salienta-se as diferenças consideráveis entre países ao nível de legislação e de normas que regiam os serviços sociais e de saúde, e bem assim a persistência da discriminação e exclusão social das pessoas que vivem com o VIH/SIDA (destacando-se particularmente que em “*alguns países, a transmissão do VIH por via sexual pode ser considerada um crime*”). Alerta-se ainda para a existência, em alguns países, de medidas discriminatórias contra migrantes, concretamente as restrições à entrada, estadia e residência de pessoas com VIH/SIDA.

Os objectivos do plano de acção da União Europeia para este período foram: i) a redução de novas infecções por VIH em todos os países da Europa até 2013; ii) a melhoria do acesso à prevenção, ao tratamento, à prestação de cuidados e aos serviços de apoio; iii) a melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas ou afectadas pelo VIH/SIDA ou mais vulneráveis à doença. A fim de alcançá-los, a Comissão propõe-se actuar nos seguintes domínios: 1) *Liderança Política* – em que sublinha a necessidade de associar a resposta ao VIH/SIDA às prioridades socioeconómicas das estratégias políticas nacionais e afirma que iria promover a integração das questões relativas a esta doença nas políticas, na legislação e nos acordos subscritos pela União Europeia; 2) *Participação da sociedade civil e das pessoas que vivem com o VIH/SIDA* – em que afirma que iria continuar a apoiar as organizações que trabalham neste domínio e manter o *Fórum da Sociedade Civil sobre VIH/SIDA*, como principal ligação com a Comissão e o Grupo de Reflexão sobre VIH/SIDA; 3) *Maior responsabilização da sociedade* – em que reitera a necessidade de garantir o respeito pelos direitos humanos, de contribuir para intensificar a sensibilização relativamente ao VIH/SIDA e apela à melhoria da formação; 4) *Acesso universal à prevenção, ao tratamento, à prestação de cuidados e aos serviços de apoio* – em que se propõe contribuir para a concepção de

abordagens eficazes para a disponibilização de medicamentos anti-retrovirais seguros e a preços acessíveis.

A intervenção da União Europeia incidiria particularmente em regiões consideradas prioritárias³⁴⁶ e nas populações de maior risco. A aposta primeira na prevenção e o tratamento de co-infecções são considerados aspectos cruciais a desenvolver. A Comissão sublinha que a “*plena integração das minorias e dos grupos marginalizados ou socialmente desfavorecidos é um factor-chave para o sucesso das políticas de luta contra o VIH/SIDA*”. Alerta assim para a necessidade de disponibilizar aos grupos de maior risco, não apenas o acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio, mas também um quadro jurídico não discriminatório. Em matéria de vigilância, a Comissão insta os Estados-Membros a recolherem dados mais sólidos e exaustivos sobre o VIH/SIDA, as IST e os casos de co-infecção e exorta o CEPCD a reforçar a cooperação com os países vizinhos e demais parceiros, como o ONUSIDA. Iria ainda contribuir para intensificar as actividades de I&D, designadamente através da disponibilização de mais recursos para a investigação (através do programa-quadro de investigação e do programa no domínio da saúde).

2.2. Conselho

2.2.1. Instrumentos normativos

– **Regulamento³⁴⁷ (CE) N° 953/2003 do Conselho, de 26 de Maio de 2003**, destinado a evitar o desvio de certos medicamentos essenciais para a União Europeia, *Jornal Oficial n° L 135, de 03/06/03*

O Regulamento visa evitar o desvio de quaisquer produtos farmacêuticos utilizados na prevenção, diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose. Não estão incluídas na sua previsão as mercadorias sem carácter comercial

³⁴⁶ Caso dos países da Europa Oriental em que aumentava a prevalência do VIH/SIDA. São enunciados os factores que contribuem para uma prevalência elevada da infecção: “*i) dimensão e distribuição das populações de maior risco; ii) pobreza e nível de desenvolvimento económico; iii) desigualdades sociais, médicas e económicas, incluindo discriminação*”.

³⁴⁷ O regulamento é um acto normativo da União Europeia. Tem carácter geral e obrigatório em todos os seus elementos. Ao contrário da directiva, cuja aplicação na ordem interna depende da sua transposição, o regulamento aplica-se directamente a todos os Estados-Membros.

que se encontrem nas bagagens pessoais dos viajantes para uso pessoal, dentro dos limites estabelecidos em termos de isenção de direitos aduaneiros.

O sistema de preços diferenciados permite que os produtos farmacêuticos sejam vendidos a preços reduzidos nos países em desenvolvimento. O Regulamento estabelece a proibição de “*importar, na Comunidade, os produtos com preços diferenciados, para efeitos de introdução em livre prática, reexportação, sujeição a um regime suspensivo ou colocação numa zona franca ou num entreposto franco*”³⁴⁸. O que se pretende é evitar que se desvirtue o objectivo da introdução deste sistema, impedindo que esses produtos sejam importados por países que não os previstos na lista constante do anexo II³⁴⁹. Estão previstas derrogações para certos casos, desde que haja garantia de que o destino final dos produtos seja um dos países ali elencados.

No Regulamento são estabelecidos os critérios de definição dos produtos com preços diferenciados, as circunstâncias em que as autoridades aduaneiras devem intervir e ainda as medidas que as autoridades competentes dos Estados-Membros devem adoptar. Para que um produto tenha preço diferenciado é necessário que o fabricante ou exportador dirijam um pedido à Comissão nesse sentido, a quem compete avaliar se o mesmo reúne as condições exigidas no Regulamento. Na lista de produtos com preços diferenciados incluem-se alguns destinados à prevenção, diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA³⁵⁰.

Enquadramento

Nos considerandos é referido que muitos dos países mais carenciados necessitavam urgentemente de ter acesso a medicamentos essenciais, sublinhando-se o facto de estarem extremamente dependentes das importações por terem uma produção local *praticamente inexistente*³⁵¹. O sistema de preços diferenciados permite facultar o acesso a produtos farmacêuticos a preços muito reduzidos. No entanto, havia o

³⁴⁸ Cfr. artigo 2º, nº 1.

³⁴⁹ Na lista estão enunciados 76 países.

³⁵⁰ Cfr. anexo IV. A lista actual consta do Regulamento nº 1662/2005 da Comissão, de 11 de Outubro de 2005 (a lista tinha já sido alterada anteriormente pelo Regulamento nº 1876/2004 da Comissão, de 28 de Outubro de 2004).

³⁵¹ Cfr. considerando nº 4.

problema de o baixo preço desses produtos poder vir a “servir de referência para o preço a pagar pelos mesmos produtos nos mercados dos países desenvolvidos”³⁵².

Embora admitindo a existência de instrumentos legislativos e regulamentares nacionais destinados a impedir a importação de produtos farmacêuticos em determinadas circunstâncias, o Conselho antecipava o risco de esses mecanismos não serem suficientes para o efeito, à medida que iam sendo vendidas grandes quantidades de produtos a baixo custo nos países de destino, pois que este sistema aumentava “*substancialmente o interesse económico de desviar estes produtos para mercados com preços mais altos*”³⁵³.

Este Regulamento foi feito paralelamente ao debate realizado no âmbito do Conselho TRIPS, na OMC, sobre a possibilidade de autorização do recurso, por parte dos países em desenvolvimento, a licenças obrigatórias para fabrico de medicamentos nos casos de urgência sanitária. A obtenção dos medicamentos necessários por via do sistema de preços diferenciados permitiria que esses países não precisassem de recorrer ao mecanismo das licenças obrigatórias.

Não obstante, em Setembro de 2005 o Parlamento Europeu³⁵⁴ alertou que só uma empresa farmacêutica tinha procedido ao registo de medicamentos disponíveis a preço reduzido, no quadro deste Regulamento. Já em Janeiro de 2004, embora congratulando-se com a adopção do mesmo, tinha lamentado as restrições nele previstas³⁵⁵.

2.2.2. Outros actos

Resoluções

– **Resolução do Conselho, de 13 de Dezembro de 1993**, relativa ao prolongamento até ao final de 1994 do plano de acção para 1991-1993 adoptado no âmbito do programa «A Europa contra a SIDA», *Jornal Oficial n.º C 15, de 18.1.1994, pág. 4—5*

³⁵² Cfr. considerando n.º 5.

³⁵³ Cfr. considerando n.º 6. Nos considerandos, o Conselho faz referência a três instrumentos de *softlaw*, emitidos a nível comunitário, em que se abordava o problema de combater o desvio de medicamentos e se previa (ou apelava a) acções nesse sentido: i) a Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 21 de Fevereiro de 2001 [*Programa de acção: Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza*]; ii) a Resolução do Parlamento Europeu, de 15 de Março de 2001, sobre o *acesso das vítimas do VIH/SIDA no Terceiro Mundo aos medicamentos*.

³⁵⁴ Cfr. Resolução do PE, de 8 de Setembro de 2005.

³⁵⁵ Cfr. Resolução do PE, de 4 de Janeiro de 2004.

O Conselho convida a Comissão a garantir a manutenção do plano de acção em vigor, integrado no programa «Europa contra a SIDA», durante o ano de 1994, bem como a ter em consideração as orientações constantes do anexo a esta Resolução, baseadas na avaliação intercalar feita pelo Conselho a partir do relatório da Comissão sobre a execução do plano de acção em 1991/1992.

Quanto à estrutura do programa, as orientações da Comissão foram no sentido de garantir o apoio da Comunidades às acções efectuadas pelos Estados-Membros no seu âmbito. Seria necessário reforçar e valorizar os recursos humanos e financeiros afectos ao programa, assegurar o desempenho das funções do Comité Consultivo e reforçar a coordenação das estruturas e programas nacionais no âmbito da Comissão, e bem assim entre a Comissão e as organizações internacionais. Relativamente à avaliação do programa, o objectivo era o aumento da transparência do mecanismo de tomada de decisões e o reforço da avaliação contínua do programa em função da eficácia das acções realizadas. Para este efeito, as melhorias previstas foram no sentido de: *i*) definir critérios de selecção mais precisos para o financiamento de projectos; *ii*) vocacionar os projectos aprovados para objectivos bem definidos e coerentes, de cariz social e não somente médico; *iii*) prever a avaliação contínua dos projectos; *iv*) adaptar o programa às evoluções da doença; *v*) informar os Estados-Membros sobre os vários projectos.

Recomendações

– **Recomendação do Conselho, de 9 de Junho de 2009**, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde, *Jornal Oficial n.º C 151 de 3.7.2009, pág. 1—6*

A insegurança dos pacientes no âmbito da prestação de cuidados de saúde constitui um grave problema de saúde pública. Na Recomendação propõe-se a aplicação de um enquadramento destinado a melhorar a segurança dos pacientes, evitando acontecimentos adversos, em particular as IACS.

Os Estados-Membros são exortados a: *i*) apoiarem o desenvolvimento de políticas e programas nacionais relativos à segurança dos pacientes – *v.g.*, tornando esta questão uma prioridade nas políticas e programas de saúde desenvolvidos a nível

nacional, regional e local, bem como revendo e actualizando regularmente as normas de segurança e ou as boas práticas em matéria de cuidados de saúde; *ii*) informarem e responsabilizarem os pacientes e os cidadãos em geral – envolvendo as associações e os representantes dos pacientes no desenvolvimento de políticas e programas para a segurança dos pacientes e divulgando a estes as informações necessárias (as normas em vigor relativas à segurança dos pacientes, os riscos e as medidas instituídas para a sua redução e prevenção e ainda os procedimentos de reclamação, soluções, vias de recurso e condições aplicáveis); *iii*) apoiarem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e aprendizagem, não recriminatórios, sobre eventos adversos, que permitam, nomeadamente, incentivar os trabalhadores do sector da saúde a adoptar práticas activas de notificação; *iv*) promoverem o ensino e a formação dos trabalhadores da área da saúde para a segurança dos pacientes – *v.g.*, incentivando o ensino e a formação multidisciplinares neste domínio aos trabalhadores do sector da saúde³⁵⁶, divulgando informação sobre os riscos, as normas e as medidas de segurança destinadas a reduzir e prevenir erros e danos, incluindo boas práticas, e contribuindo para que seja atribuída a devida importância a esta problemática nos currículos do ensino superior e na formação contínua dos profissionais de saúde; *v*) classificarem e medirem a segurança dos pacientes a nível comunitário, cooperando entre si e com a Comissão (o que permitiria harmonizar definições e terminologias e obter indicadores fiáveis e comparáveis); *vi*) partilharem conhecimentos, experiências e boas práticas entre si, com a Comissão e com outros organismos europeus e internacionais competentes; *vii*) desenvolverem a investigação no domínio da segurança dos pacientes; *viii*) aprovarem e aplicarem uma estratégia de prevenção e de controlo das IACS, orientando-se de acordo com os objectivos enumerados³⁵⁷; *ix*) ponderarem o estabelecimento de um mecanismo inter-sectorial ou de sistemas equivalentes, “*que colaborem ou estejam integrados no mecanismo inter-sectorial existente criado em conformidade com a Recomendação do*

³⁵⁶ E também ao “*pessoal administrativo e de gestão em contextos de prestação de cuidados de saúde*”. Cfr. recomendação nº 4, al. a).

³⁵⁷ Os objectivos são: a) aplicar medidas de prevenção e controlo ao nível nacional ou regional para limitar as IACS; b) melhorar a prevenção e o controlo das infecções nas instituições de cuidados de saúde; c) estabelecer ou reforçar sistemas de vigilância activa; d) incentivar o ensino e a formação dos trabalhadores do sector da saúde; e) melhorar a informação aos pacientes pelas instituições de cuidados de saúde; f) apoiar a investigação em determinadas áreas, como a epidemiologia e as novas tecnologias e intervenções preventivas e terapêuticas e ainda no que concerne à relação custo-eficácia da prevenção e do controlo.

Conselho n° 2002/77/CE, de 15 de Novembro de 2001, relativa à utilização prudente de agentes antimicrobianos na medicina humana”.

Conclusões

– **Conclusões do Conselho, de 18 de Novembro de 2009**, sobre a evolução do programa de acção europeu para combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose através de acções externas (2007-2011)

Depois de algumas considerações introdutórias, o Conselho indica o *caminho a seguir* na luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. Começa por recordar o objectivo do reforço dos sistemas de saúde, globalmente estabelecido como base de apoio dessa luta. Seguidamente, insta a Comissão e os Estados-Membros a consolidarem o diálogo político e a colaboração com outros países e demais parceiros, como o sector privado.

O Conselho enumera as acções prioritárias, destinadas a alcançar uma resposta coordenada e eficaz à infecção VIH/SIDA, a promover, até 2010, o acesso generalizado à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio, e ainda a atingir, até 2015, as metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativamente a estas três doenças³⁵⁸. O elenco de acções engloba essencialmente os seguintes aspectos: *i*) desenvolvimento de novas medidas e abordagens assentes nos direitos humanos, tais como campanhas de informação contra a estigmatização e a discriminação das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA; *ii*) promoção de um maior envolvimento das pessoas e comunidades afectadas no planeamento de estratégias e programas³⁵⁹; *iii*) combate aos factores subjacentes à prevalência do VIH/SIDA a nível local, generalização do acesso à prevenção e satisfação das necessidades específicas das mulheres e dos jovens; *iv*) garantia do acesso a serviços e produtos de base para prevenção do VIH; *v*) consideração da afectação desproporcional das mulheres e eliminação das desigualdades entre os sexos; *vi*) promoção da alteração dos comportamentos relativamente ao

³⁵⁸ Cfr. Declaração do Milénio das Nações Unidas, de 8 de Setembro de 2000.

³⁵⁹ Nesta parte, o Conselho refere algumas das populações consideradas *de risco*: vítimas de tráfico, pessoas com deficiências, utilizadores de drogas injectáveis, prostituta(o)s, reclusos, migrantes, refugiados, homossexuais, bissexuais e transsexuais. Salienta que o envolvimento efectivo de todas estas pessoas requer o apoio ao reforço das capacidades das organizações locais da sociedade civil.

VIH/SIDA, focando designadamente o papel tradicionalmente assumido por homens e mulheres e a relação entre ambos – v.g. adoptando medidas para reduzir a vulnerabilidade das mulheres à infecção, tais como o incentivo e apoio à adopção e aplicação de legislação destinada a proteger os direitos da mulher, o combate a todas as formas de violência com base no sexo e o apoio a uma maior participação das mulheres na definição das políticas seguidas nestes domínios; *vii*) integração da prevenção do VIH/SIDA em outras intervenções na área da saúde e reforço da associação entre o VIH/SIDA e a saúde sexual e reprodutiva; *viii*) manutenção do apoio às acções de prevenção, diagnóstico e tratamento, particularmente no que concerne ao fornecimento de medicamentos seguros e acessíveis; *ix*) prestação de apoio e de cuidados de saúde a pessoas infectadas e concessão de um maior destaque ao papel dos sistemas de protecção social; *x*) investimentos nas actividades de I&D.

Para prosseguir o combate a estas três doenças seria necessário *fazer mais, fazer melhor e trabalhar em conjunto*. O Conselho reitera o compromisso assumido pela União Europeia relativamente à ajuda aos países em desenvolvimento para concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, salientando que se trata de uma responsabilidade comum a todos os parceiros. Sublinha que a União Europeia continuaria a liderar os esforços desenvolvidos a nível mundial para honrar os compromissos financeiros assumidos neste âmbito (designadamente através do Fundo Mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo). Enfatiza a importância de uma resposta eficaz, integrada e global a estas três doenças, bem como a necessidade de reforço dos sistemas nacionais de saúde. Alerta para a necessidade de canalizar o apoio orçamental destinado à melhoria dos serviços de saúde, a fim de responder eficazmente às necessidades das camadas mais desfavorecidas da população. A última parte deste documento é relativa à cooperação entre a União Europeia, os Estados-Membros e as parcerias público-privadas.

2.3. Parlamento Europeu

Decisões

– **Decisão, de 25 de Outubro de 1995**, referente à posição comum adoptada pelo Conselho tendo em vista a adopção da decisão do Parlamento Europeu e do Conselho

que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis no âmbito da acção no domínio da saúde pública, *Jornal Oficial C 308 de 20.11.1995, pág. 42*

Esta Decisão contém alterações à Posição Comum nº 10/95, de 2 de Julho de 1995, que esteve na origem da Decisão 647/96/CE, de 29 de Março de 1996. Entre as alterações que ficaram vertidas no texto final da Decisão salientamos a inclusão do apoio “à acção das organizações não governamentais, incluindo as associações de pessoas contaminadas pelo VIH” (artigo 1º, nº 2) e da cooperação com essas organizações no decurso da execução do programa (artigo 6º, nº 1), a enunciação exemplificativa de medidas preventivas e de projectos-piloto (Anexo, nº 1), e ainda a elaboração de um código de boas práticas em matéria de testes de VIH (Anexo, nº 19).

– **Decisão, de 13 de Novembro de 1996**, referente à posição comum adoptada pelo Conselho tendo em vista a adopção de um regulamento do Conselho relativo às acções no domínio do HIV/SIDA nos países em desenvolvimento, *Jornal Oficial nº C 362 de 2.12.1996, pág. 43*

Esta Decisão contém alterações à Posição Comum nº 45/96, de 27 de Junho de 1996, que esteve na origem da adopção do Regulamento nº 550/97, de 24 de Março de 1997. A Decisão altera bastantes disposições da versão inicial do texto, não tendo a maior parte dessas alterações merecido acolhimento na versão final.

– **Decisão, de 14 de Janeiro de 1998**, referente à posição comum adoptada pelo Conselho com vista à adopção da decisão do Parlamento Europeu e do Conselho que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, *Jornal Oficial nº C 34 de 2.2.1998, pág. 70*

Esta decisão influenciou na adopção do texto da Decisão nº 2119/98/CE, de 24 de Setembro de 1998.

Resoluções legislativas³⁶⁰

– **Resolução Legislativa, de 15 de Maio de 1991**, que contém o parecer do Parlamento Europeu sobre a proposta da Comissão de uma decisão do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, que adopta um plano de acção para 1991-1993, no âmbito do programa A Europa contra a SIDA, *Jornal Oficial n.º C 158 de 17.6.1991, pág. 54*

O Parlamento aprova a proposta da Comissão de uma decisão do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, que adopta um plano de acção para 1991-1993, no âmbito do programa A Europa contra a SIDA. Porém, insta a Comissão a modificar o texto da proposta no sentido de acolher as alterações introduzidas pelo mesmo. Requer uma nova consulta no caso de o Conselho pretender alterar substancialmente esta proposta.

– **Resolução legislativa, de 27 de Abril de 1995**, que contém o parecer do Parlamento Europeu sobre a proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho que estabelece um programa de acção comunitária relativo à prevenção da SIDA e de outras doenças transmissíveis no âmbito do quadro de acção no domínio da saúde pública (Processo de co-decisão: primeira leitura), *Jornal Oficial n.º C 126 de 22.5.1995, pág. 60*

As alterações introduzidas visam contribuir para reforçar o carácter multidisciplinar, integrado e coordenado³⁶¹ das acções desenvolvidas no âmbito da prevenção das doenças transmissíveis, particularmente a SIDA.

Deveria ser reservado um papel central ao intercâmbio de conhecimentos e experiências relativamente a todos aspectos implicados na prevenção das doenças transmissíveis, ao desenvolvimento de estudos sobre esta matéria e ao apoio a iniciativas pertinentes.

³⁶⁰ Na referência às resoluções legislativas que formularam sugestões de alteração ao texto da proposta de regulamento, omitimos intencionalmente a identificação das que foram no essencial acolhidas, para evitar repetições desnecessárias.

³⁶¹ Concertação das estratégias e programas desenvolvidos a nível nacional, comunitário e mundial.

Salienta-se ainda: *i*) a promoção de acções destinadas a garantir o acesso generalizado à informação sobre o VIH/SIDA e as IST, sobretudo junto das crianças e dos jovens, tanto através das estruturas oficiais, como de projectos e iniciativas de carácter informal; *ii*) a adopção, a nível comunitário, de medidas adequadas a garantir a segurança dos produtos sanguíneos; *iii*) a promoção e o apoio de acções de informação, aconselhamento e assistência a mulheres grávidas infectadas pelo VIH/SIDA; *iv*) o apoio de acções destinadas a favorecer a integração de crianças seropositivas, tanto em meio escolar como noutros contextos; *v*) o levantamento das disposições e orientações destinadas a combater a discriminação, nomeadamente nos domínios do emprego, dos seguros, da concessão de créditos, da habitação, da educação e dos cuidados de saúde.

– **Resolução legislativa, de 9 de Maio de 1995**, que contém o parecer do Parlamento Europeu sobre a proposta de regulamento do Conselho relativo às acções no domínio do VIH/SIDA nos países em vias de desenvolvimento, *Jornal Oficial n.º C 152 de 27.5.1996, pág. 36*

O Parlamento aprova a proposta de regulamento do Conselho relativo às acções no domínio do VIH/SIDA nos países em vias de desenvolvimento, introduzindo, no entanto, alterações significativas ao seu conteúdo.

Nos considerandos é sublinhado o papel determinante de factores socioeconómicos na passagem de uma situação de seropositividade para uma situação de SIDA, tais como as carências alimentares relacionadas com a subnutrição, o stress causado por condições de vida precárias e a falta de condições de higiene. Para a propagação da epidemia contribuem factores como pobreza extrema e condições precárias de vida, discriminação, estigmatização e isolamento das pessoas infectadas, intensificados sempre que estas sejam *acantonadas* em «guetos», a falta de informação sobre o VIH/SIDA, a ausência ou insuficiência de serviços sociais e de saúde e a falta de acesso a meios de prevenção e tratamento.

Uma das alterações à proposta foi o alargamento do âmbito objectivo do regulamento a outras doenças sexualmente transmissíveis.

O combate aos factores que contribuem para o aumento da epidemia deveria nortear a luta contra a mesma e os problemas sociais que dela advêm, incentivando-se a

promoção de políticas de proximidade que fomentem a intervenção das entidades locais, públicas ou privadas.

Na mobilização de meios para a elaboração de planos estratégicos, seria dada prioridade ao reforço das capacidades dos países para desenvolverem a resposta às doenças sexualmente transmissíveis. Seriam objecto de apoio os programas destinados a reforçar o poder de decisão das mulheres em todos os domínios da saúde, designadamente o da saúde sexual e reprodutiva.

– **Resolução legislativa do Parlamento Europeu, de 30 de Janeiro de 2003**, sobre uma proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à luta contra as doenças relacionadas com a pobreza (VIH/SIDA, malária e tuberculose) nos países em desenvolvimento, *Jornal Oficial n.º C 39E de 13.2.2004, pág. 58—66*

O Parlamento aprova a proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à luta contra as doenças relacionadas com a pobreza nos países em desenvolvimento, introduzindo algumas alterações ao seu texto. Requer que a mesma lhe seja novamente submetida caso o texto seja substituído ou objecto de alterações substanciais.

– **Resolução legislativa do Parlamento, de 27 de Março de 2003**, sobre uma proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à participação da Comunidade num programa de investigação e desenvolvimento destinado a desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o HIV/SIDA, a malária e a tuberculose através de uma parceria a longo prazo entre a Europa e os países em desenvolvimento, adoptado por vários Estados-Membros e a Noruega, *Jornal Oficial n.º C 62E de 11.3.2004, pág. 150—156*

O Parlamento aprova a proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à participação da Comunidade num programa de investigação e desenvolvimento destinado a desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, através de uma parceria a longo prazo entre a Europa e os países em desenvolvimento, adoptado por vários Estados-Membros e a

Noruega. Introduce alterações ao seu texto e requer que o mesmo lhe seja novamente submetido em caso de substituição ou de alteração substancial.

– **Resolução legislativa do Parlamento, de 27 de Março de 2003**, sobre uma proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à participação da Comunidade num programa de investigação e desenvolvimento destinado a desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o HIV/SIDA, a malária e a tuberculose através de uma parceria a longo prazo entre a Europa e os países em desenvolvimento, adoptado por vários Estados-Membros e a Noruega, *Jornal Oficial n.º C 62E de 11.3.2004, pág. 150—156*

O Parlamento aprova a proposta de decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à participação da Comunidade num programa de investigação e desenvolvimento destinado a desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, através de uma parceria a longo prazo entre a Europa e os países em desenvolvimento, adoptado por vários Estados-Membros e a Noruega. Introduce alterações ao seu texto e requer que o mesmo lhe seja novamente submetido em caso de substituição ou de alteração substancial.

Resoluções

– **Resolução, de 26 de Maio de 1989**, sobre a luta contra a SIDA, *Jornal Oficial n.º C 158, de 26/06/1989, pág. 0477*

Na sequência de um enquadramento sobre a situação da epidemia e do seu impacto nas comunidades, o Parlamento solicita ao Conselho e à Comissão que envidem esforços no sentido da definição de estratégias destinadas a reduzir a transmissão do VIH e a controlar a epidemia, ao nível dos sectores da I&D, da saúde pública, dos assuntos sociais e da cooperação internacional. Solicita também à Comissão que: *i*) coopere com a OMS para a reestruturação e expansão dos serviços disponíveis em matéria de política de SIDA e elabore um programa de I&D direccionado para os fins enunciados na Resolução (*v.g.*, a coordenação da investigação na área das vacinas e das terapias antivirais e a criação de centros europeus de

informação epidemiológica relativa à SIDA); *ii*) crie um quadro jurídico de que conste a proibição de despedimento, de recusa de promoções ou quaisquer outras medidas discriminatórias dos trabalhadores, em função dos respectivos dados clínicos; *iii*) instaure um banco central de dados relativos a situações discriminatórias; *iv*) aumente o seu estudo sobre a saúde pública aos programas regionais de controlo de VIH/SIDA, a fim de procurar meios mais eficazes de prevenção e controlo e de “fornecer informações que permitam que rapidamente se estabeleça uma legislação à escala comunitária”; *v*) crie um centro europeu de investigação, coordenado a nível comunitário, a fim de canalizar adequadamente os recursos financeiros e humanos (cientistas) dos vários Estados-Membros.

De acordo com o Parlamento, a Comissão deveria desenvolver programas adequados a potenciar a cooperação internacional, no âmbito da luta contra a SIDA.

A Comissão e os Estados-Membros são incitados a adoptarem determinadas medidas, tais como: *i*) implementar campanhas de divulgação de informação e de sensibilização para a prevenção da transmissão do VIH, tanto do público em geral como de certas camadas específicas da população; *ii*) introduzir nas escolas a educação sanitária e sexual; *iii*) fornecer formação adequada ao pessoal médico e paramédico especializado para assistência; *iv*) assegurar a confidencialidade do sigilo médico relativamente a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA que não pretendam revelar o seu estado de saúde; *v*) adoptar legislação que iniba que as companhias de seguros rejeitem ou condicionem o acesso a seguros de doença, de invalidez e de vida a “grupos diversos da população”; *vi*) fomentar a integração de diversas modalidades de tratamento (sejam profissionais³⁶² ou não) no âmbito de um sistema de tratamento de doenças infecciosas; *vii*) analisar a legislação e as medidas existentes em matéria de discriminação, de forma a identificar lacunas e, sendo necessário, a criar novos diplomas legislativos e regulamentares que previnam e combatam a discriminação contra portadores de VIH/SIDA; *viii*) fomentar a utilização de seringas limpas por parte dos utilizadores de drogas injectáveis; *ix*) não impor a despistagem de VIH nas fronteiras nem isolar as pessoas oriundas do exterior da Comunidade, pelo facto de estarem infectadas; *x*) harmonizar a legislação sobre medidas de prevenção em meio hospitalar e prisional³⁶³;

³⁶² Nomeadamente, tratamento hospitalar, cuidados ambulatorios ou ao domicílio.

³⁶³ É referido que tal legislação deveria incentivar “*os pedidos de rastreio voluntário, rastreio de mulheres grávidas, transfusões de sangue e exames serológicos de sangue e seus derivados, bem como sangue importado dos Estados que não são membros da CEE*” (ponto 3, parágrafo 11).

xi) garantir o acesso a testes de rastreio gratuitos e anónimos, bem como o consentimento informado enquanto condição prévia à realização dos mesmos; *xii)* libertar os presos que padeçam de SIDA; *xiii)* conceder apoios financeiros às associações de defesa das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

– **Resolução, de 18 de Janeiro de 1990**, sobre a VI Conferência internacional sobre a SIDA, em São Francisco, em Junho de 1990, *Jornal Oficial n.º C 038 de 19/02/1990* pág. 0083

A Resolução é sobre as restrições impostas nos Estados Unidos da América à entrada de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, com base na *Lei da Imigração e da Nacionalidade*³⁶⁴, que proibia essa entrada a estrangeiros que padecessem de doenças contagiosas³⁶⁵.

Nos considerandos é referido que as possibilidades de derrogação previstas pelo governo ameaçavam o princípio da confidencialidade relativamente aos portadores de VIH/SIDA. Depois de citar o artigo 6.º da Declaração Universal de Direitos do Homem, nos termos do qual todos “*têm direito ao reconhecimento, em qualquer lugar, da sua personalidade jurídica*”, o Parlamento afirma ser “*inaceitável uma discriminação que se baseia na existência de uma doença transmissível, mas não contagiosa*”. Neste enquadramento, o Parlamento requer ao governo norte-americano que revogue a medida discriminatória que inibe o acesso ao seu território.

Estava prevista a realização de uma Conferência Internacional sobre a SIDA em São Francisco, no mês de Junho desse ano. O Parlamento incentiva todos os cientistas da Comunidade Europeia, as organizações governamentais e as ONG a não participarem nessa conferência. Propõe ainda aos organizadores da mesma que alterem o local da sua realização para um país em que não houvesse essa discriminação.

³⁶⁴ O *Immigration and Nationality Act* data de 1952.

³⁶⁵ A este propósito veja-se, Nara Cavalcanti Guimarães Mendes da Silva, *O confronto entre a liberdade de circulação dos trabalhadores na União Europeia e a exceção de saúde pública no tocante à HIV-SIDA*, Lisboa, 2009, Relatório apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, disciplina de Direito da Integração, Professora Doutora Ana Fernanda Neves, como exigência parcial para aprovação e obtenção de grau de Mestre em Ciências Jurídico-Internacionais.

– **Resolução, de 15 de Dezembro de 1994**, sobre a aplicação obrigatória do teste de despistagem da SIDA exigido aos estrangeiros que se deslocam ao território da Federação Russa, *Jornal Oficial n° C 15 de 18.1.1994, pág. 4—5*

A resolução respeita a uma decisão da Duma Russa, de 28 de Outubro de 1994, em que se previa a exigência de testes de despistagem de VIH aos cidadãos estrangeiros que entrassem em território russo, a fim de desempenhar uma actividade laboral ou de prosseguir estudos.

O Parlamento considera que o projecto de lei que impunha a obrigatoriedade do rastreio (e que não tinha ainda sido aprovado) constituía “*uma violação grave dos direitos humanos internacionalmente reconhecidos e (...) uma medida discriminatória dos cidadãos estrangeiros que residem em território russo ou franqueiam as suas fronteiras*”. Nessa medida, apela ao Conselho da Federação Russa para que não aprove o referido projecto de lei, e ao presidente Ieltsine para que não o ratifique. Solicita finalmente ao Conselho e aos Estados-Membros que se manifestem vigorosamente contra essa iniciativa, perante as autoridades russas.

– **Resolução sobre a Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 15 de Novembro de 1995**, sobre a política da Comunidade e dos Estados-membros relativa à luta contra a SIDA nos países em vias de desenvolvimento, *Jornal Oficial n° C 323 de 04/12/1995 pág. 0045*

Depois de alertar para a insuficiência das acções empreendidas na resposta ao VIH/SIDA – a todos os níveis, político, económico, social, financeiro e jurídico –, o Parlamento insta a Comissão a apresentar uma proposta para a adopção de um programa de acção neste âmbito.

Na Resolução são enumeradas acções que o Parlamento considera serem essenciais, nomeadamente: *i)* a constituição de reservas de sangue não contaminado; *ii)* o reforço dos sistemas de informação; *iii)* a formação do pessoal médico; *iv)* o incentivo à investigação e à utilização dos meios de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; *v)* a sensibilização e a responsabilizando da população.

O Parlamento solicita à Comissão que tenha em consideração a situação social e económica das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e favoreça a respectiva integração no

mercado de trabalho. Sublinha a importância de aproximar as unidades de saúde das populações, descentalizando-as. Apela a que a União Europeia adopte medidas destinadas a reforçar a capacidade de decisão das mulheres e dos jovens. Salienta a importância de serem atendidas as necessidades de cuidados médicos das mulheres vítimas de violência, sobretudo em situações de guerra, dado o particular risco de infecção pelo VIH nessas circunstâncias. Muito importante seria também a atenção a algumas pessoas com risco acrescido de infecção, como as(os) prostitutas(os), reclusos, os militares, os refugiados e as populações nómadas.

A Comissão e os Estados-Membros são incentivados a prever mecanismos jurídicos e penais para combater o «turismo sexual», no âmbito dos programas de cooperação com os países em desenvolvimento. De acordo com o Parlamento, a luta contra o VIH/SIDA deveria passar a constar das políticas de ajuda ao desenvolvimento.

O Parlamento aborda o problema dos obstáculos à utilização de métodos contraceptivos por factores religiosos, instando o Conselho a encetar um diálogo sobre o assunto com os representantes das comunidades religiosas de todo o mundo.

Por último, retomando a preocupação relativamente à ineficácia das acções até aí desenvolvidas, o Parlamento convida a ONU a instituir um «Decénio da Luta contra a SIDA», em ordem a promover a coordenação dos esforços dos Estados e dos centros de investigação no sector, no sentido da procura de uma vacina contra o VIH.

– **Resolução, de 6 de Outubro de 1999**, sobre a Conferência Internacional sobre a SIDA, em Lusaca (Zâmbia)

O Parlamento sublinha a urgência de uma abordagem global sobre a situação da SIDA na África Subsaariana, centrada na prevenção, capaz de mitigar o impacto socioeconómico da epidemia³⁶⁶, manifestando o seu apoio à criação de uma parceria internacional contra a pandemia do VIH/SIDA em África.

Depois de salientar a importância de os dadores e os governos locais conferirem um carácter prioritário a este combate, o Parlamento requer aos governos africanos que

³⁶⁶ As consequências sociais e económicas da pandemia da SIDA são evidenciadas no ponto 7 da Resolução, afirmando-se que a epidemia não constitui “apenas um problema de saúde pública mas também um dos factores principais de contribuição para o aumento da pobreza e uma questão que afecta o desenvolvimento em larga escala, atingindo praticamente todas as camadas da sociedade e ameaçando seriamente o desenvolvimento económico e social de todas as gerações e nações, especialmente em África”.

acelerem as intervenções neste âmbito, a fim de desenvolverem programas nacionais e regionais abrangentes. Insta os dadores internacionais activos no combate à SIDA a coordenarem as suas políticas e harmonizarem as abordagens, de forma a evitar o desperdício de recursos e a garantir que os programas de ajustamento estrutural têm em consideração a pandemia da SIDA. Apela também a todos os dadores internacionais que incluam a prevenção da SIDA em todos os aspectos da sua actividade em África.

O Parlamento recomenda que as estratégias de combate à SIDA incluam “*campanhas de informação dirigidas a grupos de alto risco, educação, acesso a cuidados de saúde para as pessoas infectadas, transfusões de sangue em condições de segurança e a prevenção e tratamento de outras doenças sexualmente transmissíveis*”. As acções neste domínio deveriam ser integradas na resposta geral a outras doenças com incidência em África, mediante uma melhoria dos cuidados de saúde primários.

O Parlamento sublinha a importância do envolvimento pleno das comunidades locais nesta luta, bem como a necessidade de prosseguir as investigações em matéria de vacinas. Tendo em consideração os obstáculos impostos por tradições culturais e religiosas, exorta as autoridades religiosas a cooperarem nas acções de prevenção e a participarem activamente nas respostas ao VIH/SIDA. Incentiva a OMS e a OMC a estudarem hipóteses de meios para reduzir os preços dos medicamentos essenciais destinados aos países em desenvolvimento.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 7 de Setembro de 2000**, sobre a Conferência Internacional sobre a SIDA realizada em Durban, na África do Sul, *Jornal Oficial n.º C 135 de 07/05/2001, pág. 0258 – 0261*

O Parlamento começa por descrever o quadro da situação da epidemia no mundo. A SIDA atingia proporções pandémicas em determinadas regiões, sendo já a primeira causa de morte na África Subsaariana. Afectando a camada mais activa da população, reflectia-se negativamente nas estruturas políticas, sociais e económicas dos países em desenvolvimento. Em alguns destes países, mais de metade das verbas destinadas à saúde era absorvida pelos custos decorrentes da SIDA. Os preços dos medicamentos continuavam a torná-los inacessíveis a um terço da população mundial. A necessidade de reduzir os preços implicava a revisão urgente dos direitos de propriedade industrial

sobre esses medicamentos. A incidência de doenças como a malária e a tuberculose, que se pensava estarem já controladas, tornava a aumentar.

Perante o quadro exposto, o Parlamento exorta os Estados-Membros e a Comissão a concederem maior prioridade política e financeira ao combate contra o VIH/SIDA e a cooperarem estreitamente com o ONUSIDA.

De acordo com o Parlamento, a política da União Europeia no combate à SIDA deveria ser integrada, interligando-se com as políticas desenvolvidas em domínios como o planeamento familiar, a educação, a saúde, a capacitação das mulheres, o emprego, a luta contra a pobreza e os direitos humanos. As verbas da União Europeia deveriam ser direccionadas para a melhoria dos cuidados essenciais de saúde e a educação pública.

Relativamente ao preço dos medicamentos, o Parlamento chama a atenção da indústria farmacêutica para a necessidade de os reduzir drasticamente e de fornecer gratuitamente algumas quantidades.

Quanto ao apoio à luta contra a SIDA, a malária e a tuberculose nos países em desenvolvimento, incentiva a Comissão e os Estados-Membros a reduzirem a dívida dos mesmos³⁶⁷, bem como a garantirem a aplicação de programas nacionais abrangentes e o reforço da legislação de protecção contra a discriminação das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. O apoio à investigação, designadamente de uma vacina, seria outra das prioridades.

O Parlamento dirige ainda um pedido às autoridades religiosas, culturais e políticas para que cooperem e adoptem uma postura activa em matéria de prevenção contra estas doenças.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 15 de Março de 2001**, sobre o acesso das vítimas do VIH/SIDA no Terceiro Mundo aos medicamentos, *Jornal Oficial n.º C 343 de 05/12/2001 pág. 0300 – 0302*

A Resolução centra-se no problema da falta ou dificuldade no acesso aos medicamentos anti-retrovirais nos países em desenvolvimento, identificando-se a sua origem no elevado custo praticado pelas farmacêuticas, potenciado por legislação que

³⁶⁷ Nos considerandos refere-se a necessidade de os Estados-Membros da União Europeia *acelerarem a anulação da dívida* relativamente a países em vias de desenvolvimento cujos investimentos na saúde pública e na educação estivessem a aumentar.

permite que esses medicamentos sejam patenteados. A possibilidade de recurso a licenças obrigatórias, prevista no Acordo TRIPS, seria uma forma de contornar o problema. O Parlamento convida a Comissão a reforçar a capacidade dos países em vias de desenvolvimento para se oporem a eventuais pressões no sentido de adoptarem legislação sobre patentes mais rigorosa do que aquela que decorria do referido acordo. Solicita ainda que a revisão do Acordo TRIPS permita a disponibilização dos medicamentos essenciais ao preço mais baixo possível, sejam genéricos ou patenteados.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Outubro de 2001**, sobre as Comunicações da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu intituladas “Aceleração da luta contra as principais doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza” e “Programa de acção: aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza”, *Jornal Oficial nº C 87E, de 11/04/2002*

A Resolução centra-se no problema dos condicionamentos impostos ao acesso a medicamentos e a cuidados essenciais, por parte dos países em desenvolvimento e, dentro destes, das populações mais carenciadas³⁶⁸.

Em matéria de ajudas financeiras da União Europeia aos países em desenvolvimento, a orientação deveria ser no sentido da promoção da sua sustentabilidade e auto-suficiência para combater as três doenças. A prioridade deveria ser o reforço das estruturas de saúde. A transferência de tecnologia e de conhecimentos seria uma das formas de potenciar a autonomia destes países. Outra seria a utilização plena das faculdades previstas no Acordo TRIPS, para protecção da saúde pública. O Parlamento solicita à União Europeia que faça reconhecer, a nível internacional, o direito dos países em desenvolvimento de produzirem e comercializarem medicamentos genéricos associados ao tratamento das três doenças, sem despesas relativas a direitos de propriedade industrial. Exorta os referidos países a abolirem os impostos sobre as importações de medicamentos e de equipamentos essenciais. Salaria a responsabilidade da indústria farmacêutica, instando os fabricantes de medicamentos essenciais a colaborarem com a União Europeia e com os governos desses países, com vista a

³⁶⁸ Nos considerandos lê-se que a prevenção e o tratamento de doenças transmissíveis deveriam “ser considerados um «bem público global», pelo que a sua protecção não poderia ser deixada “à mercê das forças do mercado, requerendo antes a cooperação com o sector público, bem como com a sociedade civil, quer a nível nacional quer a nível global”.

reduzir novamente os preços e a aplicar, numa segunda fase, um sistema mundial de preços diferenciados. Apela aos fabricantes para que não retirem do mercado os medicamentos essenciais, mesmo quando não se revelem lucrativos. Afirma que, caso os retirassem do mercado, os fabricantes locais deveriam passar a ter permissão para produzi-los, mediante a concessão de licenças obrigatórias.

Também os *países industrializados* são incentivados a fomentar o acesso aos medicamentos por parte dos países em desenvolvimento, através da ajuda ao reforço da sua capacidade de produção local. São ainda convidados a estimular a investigação e o desenvolvimento de meios preventivos e curativos mais acessíveis, por parte do sector privado. O Parlamento recomenda a criação de um fundo global para a resposta a estas doenças.

A Resolução versa ainda sobre outras questões, nomeadamente a necessidade de uma melhoria generalizada das condições de vida, como parte integrante da estratégia global de luta contra estas doenças, a importância do reforço das acções em matéria de saúde sexual e reprodutiva e a urgência de uma abordagem quanto à transmissão vertical do VIH/SIDA, mediante o fornecimento de cuidados pré e pós-natais adequados.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 3 de Julho de 2002**, sobre direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, *Jornal Oficial n.º C 271 E de 12/11/2003 pág. 0369 – 0374*

Entre os assuntos abordados na Resolução, salientamos a questão da necessidade de garantir o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e tornar gratuita a distribuição de contraceptivos ou de reduzir os seus custos para grupos sociais carenciados, como os *jovens, as minorias étnicas e os excluídos socialmente*.

No âmbito da educação para a saúde sexual e reprodutiva, deveria ser concedida particular atenção às doenças sexualmente transmissíveis. Continuaria a ser fundamental a divulgação de informação sobre o VIH/SIDA e os seus modos de transmissão. Essa divulgação deveria ser potenciada pelos Estados-Membros, sobretudo relativamente aos *“sectores mais marginalizados da sociedade e com maiores dificuldades de acesso à informação”*.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 12 de Fevereiro de 2003**, sobre a autorização de medicamentos genéricos no âmbito da OMC, *Jornal Oficial n.º C 043 E de 19/02/2004* pág. 0245 – 0247

Depois de salientar o papel fundamental da luta contra as doenças nos países em vias de desenvolvimento, o Parlamento enuncia um conjunto de disposições no sentido da generalização do acesso dos mesmos aos medicamentos.

Quanto ao Acordo TRIPS, o Parlamento refere, por um lado, a faculdade de emissão de licenças obrigatórias por parte de países membros da OMC, ao abrigo das respectivas disposições, e por outro, a restrição em que se traduz a alínea f) do seu artigo 31º, quando limita essa licença ao abastecimento do mercado interno do membro que autoriza essa utilização. Salienta a discrepância entre os países com *capacidade*³⁶⁹ de produzir medicamentos genéricos e os países sem essa capacidade, uma vez que só os primeiros podiam decidir unilateralmente quando recorrer a uma licença obrigatória. Os membros da OMC são instados a solucionar urgentemente o problema, de forma a garantir que todos os países membros beneficiassem daquela faculdade.

O Parlamento sublinha a importância da adopção de disposições orientadas para evitar o desvio comercial para a União Europeia de medicamentos destinados aos países em vias de desenvolvimento.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Setembro de 2003**, sobre a Comunicação da Comissão «A saúde e a luta contra a pobreza nos países em desenvolvimento», *Jornal Oficial n.º C 076 E de 25/03/2004* pág. 0441 – 0446

Na primeira parte da Resolução, que versa sobre *a saúde e a pobreza*, o Parlamento: *i)* salienta a importância da melhoria dos cuidados de saúde primários e da educação na redução da incidência e do impacto das doenças sexualmente transmissíveis; *ii)* solicita à Comissão que fomente a participação da população, particularmente das mulheres, na implementação de medidas destinadas a atingir alterações essenciais na área da saúde (a este propósito adverte para o facto de algumas tradições culturais e crenças religiosas excluírem as mulheres do acesso aos serviços de

³⁶⁹ O Parlamento solicita que o termo “capacidade” seja clarificado, devendo o seu conteúdo traduzir-se essencialmente numa *capacidade economicamente eficaz*.

saúde sexual e reprodutiva): *iii*) alerta que o VIH/SIDA afecta sobretudo a camada activa da população; *iv*) solicita melhorias quanto ao Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo; *v*) salienta a urgência na promoção do acesso generalizado aos medicamentos, bem como a necessidade de encorajar os fabricantes de produtos farmacêuticos a disponibilizarem no mercado produtos a preços acessíveis; *vi*) considera que em alguns países não é dada a devida atenção aos cuidados paliativos; *vii*) insta a que, no tratamento comunitário não hospitalar, os cuidados paliativos possam desempenhar o seu papel enquanto meios pouco dispendiosos de tratamento de vítimas de doenças mortais, como a SIDA; *viii*) sublinha a importância da garantia do acesso a serviços de prevenção, detecção e tratamento de IST, para a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal.

O restante texto da Resolução é relativo aos investimentos no sector da saúde e ao aumento da sua eficácia.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Janeiro de 2004**, sobre a Comunicação da Comissão 'Actualização do programa de acção da Comunidade – Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza – Questões políticas pendentes e desafios futuros, *Jornal Oficial n.º C 092 E de 16/04/2004 pág. 0307 – 0315*

A resolução versa sobre diversas questões relacionadas com a prevalência das doenças associadas à pobreza nos países em desenvolvimento: *i*) o aumento e a melhoria dos serviços de saúde e dos sistemas de saneamento básico, bem como a generalização total do acesso aos mesmos – o Parlamento apela a um maior apoio financeiro por parte da União Europeia, da comunidade internacional e dos governos dos países em desenvolvimento, solicitando a estes últimos que restaurem os serviços públicos e os sistemas básicos de saúde; *ii*) a necessidade de uma abordagem global e integrada relativamente à saúde e de uma melhoria das condições de vida, designadamente por via do acesso a água potável e a uma alimentação equilibrada; *iii*) o impacto destas doenças nas mulheres e nas crianças e a necessidade de lhes conceder um maior apoio, tendo em conta a sua maior vulnerabilidade – o Parlamento sublinha a necessidade de incluir uma noção de género em todas as políticas de saúde e solicita à Comissão que reconheça as consequências específicas destas doenças nas mulheres e

nas crianças³⁷⁰; iv) o acesso aos medicamentos e o problema das patentes sobre os mesmos – o Parlamento insta a Comissão e os Estados-Membros a reforçarem o compromisso assumido relativamente à questão dos direitos de propriedade industrial sobre os medicamentos, designadamente através de revisões legislativas, e enfatiza a vantagem de associar a indústria farmacêutica europeia à luta contra as doenças relacionadas com a pobreza; v) a ajuda financeira aos países em desenvolvimento para a prossecução da resposta a estas doenças – o Parlamento destaca a importância de os governos nacionais e a União Europeia garantirem um aumento do apoio ao Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária, recordando que cerca de 40% do PIB daqueles países era absorvido anualmente pelo pagamento da sua dívida externa; vi) a vantagem da participação das organizações da sociedade e do desenvolvimento de programas locais – o Parlamento sublinha a criação do «Fórum das Partes Interessadas na Luta contra as Principais Doenças Transmissíveis no contexto da Pobreza»; vii) o incentivo às actividades de I&D, nomeadamente através de ensaios clínicos – o Parlamento exorta a União Europeia a assumir um papel de liderança no desenvolvimento de medidas eficazes e de parcerias neste domínio e solicita à Comissão que promova um acordo, à escala internacional, sobre as necessidades dos países mais carenciados em matéria de I&D, sobretudo no que concerne ao acesso a medicamentos; viii) os cuidados paliativos como parte integrante das estratégias em matéria de saúde.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 2 de Dezembro de 2004**, sobre o Dia Mundial da SIDA, *Jornal Oficial n.º 208 E de 25/08/2005 pág. 0058 – 0061*

O Dia Mundial da SIDA no ano de 2004 teve como tema «*As mulheres, as raparigas e o VIH/SIDA*». Isto porque cerca de metade dos infectados pelo VIH naquele momento serem mulheres e raparigas. Cerca de 90% das pessoas infectadas eram de países em desenvolvimento, em alguns dos quais a percentagem de pessoas do sexo feminino afectada era já de 57%. O Parlamento destaca ainda, em sede de considerandos, o problema das desigualdades de género associadas ao VIH/SIDA e a relação intrínseca entre o direito à saúde sexual e reprodutiva e a prevenção desta e de outras doenças relacionadas com a pobreza.

³⁷⁰ Nas políticas e programas a desenvolver no plano da UE, deveria ser concedida particular atenção à situação das crianças órfãs afectadas pelo VIH/SIDA.

Nas disposições da Resolução, o Parlamento começa por reafirmar o direito de todos aos cuidados de saúde e aos tratamentos médicos, recordando que, a manter-se a tendência para o aumento do número de caso de infecções pelo VIH, não seria possível concretizar o Objectivo do Milénio que visa a erradicação da pobreza e da fome extrema até 2015³⁷¹. O Parlamento aborda ainda uma série de questões, entre as quais se destaca: i) o problema da falta de acesso generalizado aos medicamentos – o Parlamento aconselha a indústria farmacêutica a baixar os preços e, a europeia em particular, a dirigir uma parte significativa dos seus recursos aos medicamentos anti-infecciosos e a outros medicamentos essenciais³⁷²; ii) o tema da saúde sexual e reprodutiva – o Parlamento incentiva as Nações Unidas e os seus membros a darem maior visibilidade a este domínio da saúde e solicita à União Europeia que continue a considerá-lo prioritário³⁷³; iii) as actividades de I&D no domínio das doenças relacionadas com a pobreza – o Parlamento insta a Comissão a criar instrumentos legais específicos para incentivar a prossecução das mesmas; iv) o problema da insuficiência dos cuidados paliativos disponíveis – o Parlamento incentiva a formação de equipas que prestem estes cuidados; v) a questão do reforço do financiamento da luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária, por parte da União Europeia e dos Estados-Membros, nomeadamente através do Fundo Mundial criado para o efeito.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Setembro de 2005**, sobre doenças importantes e negligenciadas nos países em desenvolvimento, *JO C 193E de 17.8.2006*, pág. 350—357

O Parlamento aborda vários assuntos na Resolução, entre os quais salientamos os seguintes: i) a escassez grave de trabalhadores do sector da saúde nos países em desenvolvimento e o agravamento da situação devido ao fenómeno migratório, sobretudo nas regiões mais pobres – o Parlamento requer que o documento de política de recursos humanos, previsto no Programa de Acção da Comissão, inclua propostas no

³⁷¹ Cfr. Declaração do Milénio, das Nações Unidas, de 8 de Setembro de 2000.

³⁷² O Parlamento incentiva a Comissão a opôr-se a que os EUA incluam, nos seus acordos bilaterais com os países em desenvolvimento, disposições que os obriguem a renunciar ao direito de utilização ou de importação de medicamentos genéricos essenciais. Exorta também a UE a que se abstenha de semelhante iniciativa.

³⁷³ A este propósito, o Parlamento lamenta os preconceitos de *certos sectores* a respeito do uso de preservativos, que durante muitos obstaram à eficácia do combate contra o VIH/SIDA.

sentido da aprovação urgente de medidas para estancar a *fuga* dos trabalhadores do sector, reivindicando a melhoria das condições de trabalho do pessoal médico, a disponibilização de equipamento médico apropriado, a transferência de tecnologia e o aumento do intercâmbio de médicos entre a Europa e estes países; *ii*) a necessidade de uma abordagem integrada em matéria de saúde sexual e reprodutiva³⁷⁴ – o Parlamento solicita à Comissão que seja feita uma maior associação entre o domínio da saúde sexual e reprodutiva e os programas de combate ao VIH/SIDA; *iii*) o problema do aumento do número de casos de infecção pelo VIH motivado pela reutilização do equipamento médico – o Parlamento requer a criação de iniciativas adequadas a tornar mais célere o acesso local a meios de diagnóstico apropriados e a métodos seguros de recolha de sangue, apelando à formação de pessoal, à construção de infra-estruturas para o efeito e à imposição do recurso a tecnologia médica (no âmbito dos programas de imunização) que impeça a reutilização daquele equipamento; *iv*) a promoção da investigação – o Parlamento exige que as normas internacionais relativas à investigação ética (nomeadamente, as constantes da Declaração de Helsínquia) sejam aplicadas a todos os países e apela à preparação de um novo tratado mundial em matéria de I&D na área da medicina, bem como ao reforço da capacidade local de investigação, desenvolvimento e produção, mediante a transferência de tecnologia; *v*) o acesso aos medicamentos – o Parlamento solicita à indústria farmacêutica que colabore na luta contra as doenças relacionadas com a pobreza e convida a Comissão e os Estados-Membros a apoiarem activamente a implementação da Declaração de Doha e a oporem-se a quaisquer iniciativas dos países membros da OMC que violem os compromissos unanimemente assumidos na mesma; *vi*) a maior vulnerabilidade dos idosos, órfãos e outras crianças relativamente a estas doenças – o Parlamento apela à consideração desta realidade na definição das políticas de redução da pobreza e no apoio às famílias afectadas, bem como à promoção da sua participação nos programas desenvolvidos; *vii*) o Fórum das Partes Interessadas da União Europeia e a vantagem da participação da sociedade – O Parlamento incentiva a Comissão a consultar regularmente este Fórum.

Ao longo do texto da Resolução é também focada a ligação entre o VIH/SIDA e outras doenças, como a malária e a leishmaniose, e sublinhada a consequente

³⁷⁴ Nos considerandos lê-se que a “*SIDA, a falta de saúde materna e a falta de saúde reprodutiva derivam de múltiplas causas profundas, muito disseminadas, incluindo a desigualdade de géneros, a pobreza e a marginalização social*”.

necessidade de respostas globais.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 6 de Julho de 2006**, que contém recomendações à Comissão sobre a protecção dos trabalhadores europeus do sector da saúde contra infecções transmitidas por via sanguínea na sequência de ferimentos com seringas, *Jornal Oficial n.º C 303E, de 13.12.2006, pág. 754—759*

O Parlamento solicita à Comissão que lhe submeta, no prazo de três meses, uma proposta legislativa de alteração à Directiva 2000/54/CE e que desenvolva normas comunitárias uniformes sobre a notificação e o registo de ferimentos provocados por agulhas. Emite recomendações detalhadas quanto ao conteúdo da proposta requerida³⁷⁵.

Depois de uma descrição da situação dos profissionais de saúde dos Estados-Membros e de uma referência à legislação aplicável, o Parlamento explica as razões pelas quais considera necessária a criação de uma nova normativa: o facto de a legislação comunitária não cobrir, na prática, o ferimento com seringas (embora *teoricamente* o fizesse) e de as campanhas de sensibilização e demais iniciativas não legislativas deverem ser apenas complementares relativamente à adopção e aplicação de directivas.

Entre as disposições específicas que, de acordo com o Parlamento, deveriam ser aditadas ao texto da Directiva 2000/54/CE salientamos: *i)* a formação, orientação e informação de todos os trabalhadores do sector da saúde e prevenção em matéria de ferimentos e modos de agir caso ocorram; *ii)* a necessidade de os acidentes serem objecto de uma reacção eficaz, de medidas de acompanhamento (incluindo uma rápida profilaxia pós-exposição) e de registo numa lista de ocorrência própria.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 6 de Julho de 2006**, sobre a SIDA – Passemos à acção, *Jornal Oficial n.º C 303E de 13.12.2006, pág. 871—873*

A Resolução versa sobretudo sobre três temas: *i)* a maior vulnerabilidade de certos grupos à infecção VIH/SIDA³⁷⁶; *ii)* o acesso aos medicamentos; e *iii)* o

³⁷⁵ Cfr. anexo à Resolução.

³⁷⁶ Nos considerandos estão enumerados os grupos considerados mais vulneráveis: “*as mulheres e as raparigas, os jovens em geral, os mais idosos, os homossexuais, os toxicodependentes, os trabalhadores do sexo, os transexuais, os presos, os trabalhadores migrantes, os órfãos, as pessoas em situações de*

financiamento da luta contra o VIH/SIDA.

O Parlamento entende ser essencial que se centre a atenção nos grupos considerados mais vulneráveis e se adopte medidas específicas para os mesmos, em ordem a inverter a tendência de aumento do número de casos de infecção pelo VIH. Tendo em consideração o aumento de casos motivados pela partilha de seringas, o Parlamento apela à adopção de medidas adequadas a reduzir a sua ocorrência.

Relativamente aos trabalhadores do sector da saúde, o Parlamento solicita a procura de medidas destinadas a evitar o risco de contaminação devido a “ferimentos causados por instrumentos médicos cortantes”.

Sobre o problema do acesso aos medicamentos, critica os acordos comerciais bilaterais e regionais que restringem ou esvaziam de conteúdo a Declaração de Doha, sublinhando o primado da saúde sobre os interesses comerciais³⁷⁷, bem como a responsabilidade “*daqueles países que, como os Estados Unidos, exercem pressão sobre os países em desenvolvimento para que assinem tais acordos de comércio livre*”.

Em matéria de financiamento, considera essencial a concessão de prioridade aos cuidados de saúde, tanto a nível nacional, como comunitário.

O Parlamento reconhece a importância das acções empreendidas a nível local e do envolvimento das comunidades locais na prevenção, tratamento e prestação de cuidados de saúde. Salientamos também o apelo à Comissão e aos Estados-Membros para que colaborem com o ONUSIDA, na sua missão de auxílio e de reforço das capacidades e estratégias nacionais de combate ao VIH/SIDA.

– Resolução do Parlamento Europeu, de 30 de Novembro de 2006, sobre a SIDA, *Jornal Oficial n.º 316E, de 22.12.2006, pág. 366—370*

A Resolução engloba três temas: “*VIH/SIDA no mundo*”, “*saúde sexual e reprodutiva*” e “*acesso a medicamentos*”.

Quanto ao primeiro, o Parlamento manifestou a sua preocupação relativamente à propagação do VIH/SIDA e de outras epidemias entre as populações mais pobres do

conflito e de pós-conflito, os povos indígenas, os refugiados, as pessoas deslocadas internamente e os técnicos que trabalham no apoio às pessoas infectadas com VIH/SIDA”.

³⁷⁷ Sobre isto, lê-se nos considerandos que, “nos países em desenvolvimento, os interesses políticos e económicos de alguns prevalecem sobre as necessidades de milhões de pessoas”. O Parlamento sublinha que os medicamentos “*não devem ser produzidos apenas pelos detentores das respectivas patentes, os quais poderão fixar preços monopolísticos exorbitantes para os países em vias de desenvolvimento*”.

mundo, à pouca relevância atribuída à prevenção, à falta de acesso aos medicamentos essenciais e ao insuficiente financiamento. Perante este quadro, enfatizou a importância de responsabilizar os governos, os prestadores de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a sociedade e demais intervenientes na prevenção, tratamento e cuidados. Nas acções empreendidas pelos vários intervenientes em prol da luta contra a SIDA, deveria ser concedida particular atenção a certos grupos mais vulneráveis, tais como as mulheres³⁷⁸ e as crianças infectadas ou órfãs de SIDA³⁷⁹. O Parlamento apela ao FMI para que “*abandone as condições monetárias e os limites fiscais que forçam os países a limitarem as despesas destinadas à saúde pública e à educação*”. Sublinha a necessidade de assegurar o carácter constante do financiamento a tratamentos de VIH/SIDA, de forma a garantir a sua continuidade, uma vez iniciados, e a evitar assim a resistência aos medicamentos.

Em matéria de saúde sexual e reprodutiva, o Parlamento incentiva a Comissão e os governos dos países parceiros da União Europeia a concederem prioridade a esta matéria no âmbito dos *Documentos Nacionais de Estratégia*, e a apoiarem os programas de combate à homofobia. Apela a investimentos em métodos de prevenção utilizados por mulheres.

Sobre a questão do acesso a medicamentos³⁸⁰, convida a Comissão e os Estados-Membros a reconhecerem o fracasso na aplicação da Declaração de Doha (decorridos cinco anos após a sua adopção) e incentiva o recurso às faculdades previstas no Acordo TRIPS com vista a uma maior acessibilidade aos medicamentos essenciais.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de Abril de 2007, sobre a luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2006-2009, JO C 74E de 20.3.2008, pág. 348—356**

³⁷⁸ É salientada a importância do financiamento, por parte da UE, de programas de protecção das mulheres contra todas as formas de violência que contribuem para a propagação do VIH/SIDA.

³⁷⁹ Nos considerandos é referido que “*apenas 5% das crianças seropositivas beneficiam de assistência médica e que menos de 10% dos 15 milhões de crianças tornadas órfãs pela SIDA recebem ajuda financeira*”, e ainda que “*os irmãos mais velhos e os avós assumem frequentemente a responsabilidade por um número frequentemente elevado de órfãos da SIDA*”. É mencionado também o facto de alguns países enfrentarem o problema da “*falta de professores, enfermeiros, médicos e outros profissionais indispensáveis*”, como consequência da incidência do VIH/SIDA na camada mais activa da população.

³⁸⁰ Nos considerandos lê-se que “*dos 6,8 milhões de pessoas que sofrem de VIH em países de baixo e médio rendimento (...) apenas 2,4% têm acesso aos tratamentos necessários*”, e bem assim que os dados da OMC indicavam que “*74% dos medicamentos utilizados na luta contra a SIDA continuam em regime de monopólio e que 77% da população africana ainda não tem acesso a tratamentos da SIDA*”.

A Resolução versa sobre diversas questões, nomeadamente: *i)* a utilização de informações relativas às características da epidemia nos diversos Estados-Membros para a definição de estratégias – o Parlamento solicita à Comissão que elabore uma lista dos grupos considerados mais vulneráveis em cada sociedade, com base naquelas informações; *ii)* a crescente incidência de casos de VIH/SIDA nas populações migrantes e imigrantes – o Parlamento exorta a Comissão a adoptar medidas que contrariem essa tendência; *iii)* as medidas de prevenção e de redução de danos – o Parlamento incentiva a Comissão a desenvolver programas baseados em observações factuais, a promover a sua aplicação e a elaborar um relatório anual sobre as mesmas; *iv)* a necessidade de combater a violência contra as mulheres – o Parlamento incumbe os Estados-Membros e a Comissão de adoptarem medidas nesse sentido; *v)* a importância da participação da sociedade – os Estados-Membros são instados a ponderar a possibilidade de criação de fóruns nacionais relativos ao VIH/SIDA; *vi)* a necessidade de prosseguir e de reforçar a investigação neste âmbito – o que se faria sobretudo através do aumento do financiamento, a nível comunitário e nacional; *vii)* a importância dos cuidados paliativos no tratamento de pessoas com VIH/SIDA – o Parlamento apela ao desenvolvimento e alargamento dos cuidados paliativos em toda a União Europeia; *viii)* a importância de promover a saúde sexual e reprodutiva, em particular das mulheres – o Parlamento solicita à Comissão que desenvolva programas nesse sentido, encoraja a Comissão e os Estados-Membros a subsidiarem e financiarem a investigação e o desenvolvimento de microbicidas e preservativos femininos; *ix)* a necessidade de facilitar o acesso aos medicamentos por parte de todas as pessoas afectadas, particularmente as mulheres grávidas; *x)* a ligação entre o VIH/SIDA e outras doenças, como a tuberculose, a hepatite e a depressão; *xi)* a importância da responsabilização dos governos nacionais, regionais e locais, dos prestadores de serviços de saúde, das indústrias farmacêuticas, das ONG e da sociedade em geral; *xii)* o elevado preço dos medicamentos – o Parlamento insta à realização de um debate sobre a legislação em matéria de patentes e solicita aos Estados-Membros que ponderem a concessão de um mandato à Comissão para que esta negocie com a indústria farmacêutica um acordo destinado a baixar os preços dos medicamentos anti-retrovirais; *xiii)* a necessidade de divulgar informação correcta sobre o VIH/SIDA (em contextos formais ou informais) e de promover campanhas de sensibilização da sociedade relativamente ao problema da

discriminação e estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA – os Estados-Membros são instados a combater a discriminação, designadamente nos serviços, e a Comissão convidada a promover a integração social e a entrada no mercado de trabalho das pessoas que vivem com a doença; *xiv*) a educação sexual nas escolas; *xv*) a necessidade de apoio, por parte dos Estados-Membros, às pessoas que prestam cuidados quotidianos aos infectados pelo VIH/SIDA e/ou aos seus filhos e órfãos; *xvi*) a vantagem da existência de um centro de orientação para a informação a circular na União Europeia (cuja criação é proposta), que recolha e analise as melhores práticas de todas as instituições e organizações activas na luta contra o VIH/SIDA, de forma a identificar lacunas e a formular novas estratégias.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 12 de Julho de 2007**, sobre o Acordo TRIPS e o acesso aos medicamentos

Na Resolução são identificados os obstáculos à existência de produtos farmacêuticos a preços acessíveis nos países em desenvolvimento, incentivando-se o incremento de medidas destinadas a garantir o seu acesso generalizado. Considerando essencial o estímulo à produção local, o Parlamento refere que a União Europeia deveria encontrar urgentemente formas de *“encorajar a transferência de tecnologia, a investigação, o reforço das capacidades [daqueles países], os sistemas de aprovisionamento regional e o apoio ao registo”*. Nesse sentido, solicita à Comissão e aos Estados-Membros que concedam apoio financeiro para o efeito e ao Conselho *“que se comprometa a atribuir um nível de financiamento adequado para melhorar ou construir instalações de produção farmacêutica pertencentes a pessoas locais dos países em desenvolvimento”*. Considera também que seria fulcral a plena aplicação, por parte dos países em desenvolvimento, dos mecanismos disponibilizados no Acordo TRIPS (as *flexibilidades* reconhecidas pela Declaração de Doha), nomeadamente, as licenças obrigatórias. Incentiva o Conselho a aprovar, juntamente consigo, uma declaração política destinada a garantir que os Estados-Membros continuem a ter a liberdade de utilizar todas as disposições derogatórias do artigo 30º do Acordo TRIPS (ao abrigo da legislação nacional sobre patentes), a fim de autorizar a produção e a exportação para responder a necessidades de saúde pública dos países importadores. Solicita ainda ao Conselho que assegure que a Comissão se abstenha de tomar medidas

que contrariem a prossecução desse objectivo. De salientar ainda o incentivo às empresas farmacêuticas para que procurem soluções tarifárias susceptíveis de potenciar aquele acesso.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 13 de Março de 2008**, sobre a igualdade entre os sexos e a atribuição de poderes e responsabilidades às mulheres na cooperação para o desenvolvimento

A Resolução incide sobre o tema das desigualdades entre homens e mulheres, evidenciando a necessidade de combater os factores que contribuem para a sua existência, a fim de garantir a plena realização de direitos. Entre as acções consideradas centrais estão as que se destinam a potenciar a capacidade de decisão e influência das mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva. O Parlamento considera essencial garantir o acesso pleno das mulheres à informação, serviços e equipamentos necessários, pois que tal as colocaria *“em melhor posição para negociarem sexo seguro e se protegerem das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o VIH/SIDA”*.

No que concerne ao VIH/SIDA em particular, o Parlamento assinala o facto de a discriminação das mulheres e raparigas aumentar o risco de infecção, por constituir um obstáculo à sua autodeterminação. Neste âmbito, o acesso universal das mulheres e raparigas à prevenção, tratamento e prestação de cuidados e apoio seriam metas a atingir até 2010. A Comissão e os Estados-Membros são convidados a definir compromissos financeiros específicos para a prossecução desses objectivos. Os Estados-Membros são também incentivados a promover a inclusão da prevenção da transmissão vertical nas respectivas abordagens de resposta ao VIH/SIDA.

O Parlamento sublinha a importância de continuar a investigação e o desenvolvimento de uma vacina e de microbicidas, exortando a União Europeia a incluir estas actividades no quadro das suas políticas de desenvolvimento e nas agendas de trabalho relativas à igualdade de género.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 20 de Novembro de 2008**, sobre o VIH/SIDA: diagnóstico e tratamento precoces, *JO C 16E de 22.1.2010, pág. 62—64*

O Parlamento incentiva o Conselho e a Comissão a elaborarem uma estratégia de

combate ao VIH, que promova o diagnóstico e o tratamento precoces. Solicita ao Conselho que incumba a Comissão de preparar recomendações sobre a aplicação de testes de rastreio e de assegurar que na avaliação dos progressos alcançados na resposta ao VIH/SIDA sejam utilizados indicadores relativos à situação dos direitos humanos no contexto da doença. Incentiva a Comissão a garantir o apoio à execução da referida estratégia, através da afectação de recursos políticos, financeiros e humanos. Insta-a também a garantir o necessário acompanhamento e vigilância, por parte do CEPCD, e a elaborar uma estratégia de redução do risco de VIH/SIDA centrada nos grupos mais vulneráveis. Aos Estados-Membros, solicita a promulgação de legislação que proíba eficazmente a discriminação contra os portadores da doença, bem como a promoção de campanhas de informação e educação sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da mesma. Apela ainda aos Estados-Membros e à Comissão para que garantam o acesso aos testes e a manutenção do seu carácter gratuito e anónimo.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 11 de Fevereiro de 2010**, sobre uma proposta de directiva do Conselho que executa o Acordo-Quadro relativo à prevenção de ferimentos provocados por objectos cortantes e perfurantes nos sectores hospitalar e da saúde, celebrado pela HOSPEEM [Associação Europeia de Empregadores Hospitalares e da Saúde] e pela EPSU [Federação dos Sindicatos Europeus do Serviço Público]

O Parlamento reconhece que a proposta de directiva do Conselho identificada no título da Resolução contém as inovações mais importantes da Resolução de 6 de Julho de 2006, pelo que recomenda a adopção urgente da mesma e respectiva concretização. Sublinha o facto de o *Acordo-Quadro relativo à prevenção de ferimentos provocados por objectos cortantes e perfurantes nos sectores hospitalar e da saúde* conter uma cláusula com normas mínimas, afirmando que se deveria incentivar a possibilidade de os Estados-Membros e ou parceiros sociais adoptarem medidas adicionais mais favoráveis aos trabalhadores do sector da saúde. Exorta a Comissão a emitir orientações para garantir a boa execução deste acordo nos Estados-Membros, a acompanhar a sua aplicação e a informá-lo regularmente sobre a mesma.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 15 de Junho de 2010**, sobre os progressos realizados na consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: análise intercalar de preparação para a reunião de alto nível da ONU em Setembro de 2010

Relativamente aos domínios da *saúde e educação*, os Estados-Membros e a Comissão são instados a afectar uma percentagem mínima de 20% da ajuda ao desenvolvimento aos dois sectores, bem como a aumentar a sua contribuição para o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a tuberculose e a malária, e a reforçar o financiamento de outros programas destinados a melhorar os sistemas de saúde, conceder carácter prioritário ao tema da saúde materna e lutar contra a mortalidade infantil.

O Parlamento aconselha os países em desenvolvimento a afectarem pelo menos 15% dos respectivos orçamentos aos cuidados de saúde e a reforçarem os serviços no âmbito dos quais são prestados. Insta esses países e a União Europeia a promoverem o acesso generalizado à saúde e à educação. Solicita aos mesmos países, à Comissão e aos Estados-Membros que prossigam, de forma coerente e abrangente, o Objectivo do Milénio nº 6 (relativo a VIH/ SIDA, malária e tuberculose) em conjugação com o objectivo nº 3 (sobre igualdade de género e autonomia das mulheres)³⁸¹. Relativamente ao problema das deficiências no acesso aos medicamentos, o Parlamento reitera que a União Europeia deveria apoiar os países em desenvolvimento na utilização das flexibilidades do Acordo TRIPS. Salienta que os acordos que garantem o acesso aos medicamentos genéricos não poderiam ser comprometidos por acordos de comércio livre. Quanto aos *grupos vulneráveis*, salientamos a insistência para que a União Europeia inclua nos seus acordos internacionais cláusulas não negociáveis relativas aos Direitos Humanos e à não discriminação, nomeadamente de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

– **Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Julho de 2010**, sobre uma abordagem em matéria de direitos da resposta da União Europeia ao VIH/SIDA

Nos considerandos é exposto o quadro da situação da epidemia e das respostas empreendidas. Esta continuava a aumentar, pelo que consubstanciava uma emergência

³⁸¹ Cfr. Declaração do Milénio das Nações Unidas, de 8 de Setembro de 2000.

mundial, e mantinha-se uma das principais causas de morte a nível global. Apesar da expansão do tratamento, verificava-se que as novas infecções aumentavam a um ritmo superior. Registava-se “*uma grande lacuna na programação do envolvimento de portadores do VIH/SIDA nos esforços de prevenção (...) e nos esforços de redução da estigmatização e da discriminação*”³⁸². As mulheres e as crianças continuavam a ser desproporcionalmente afectadas. Os meios de prevenção disponíveis não eram suficientemente eficazes para proteger as mulheres³⁸³. Identificava-se um maior risco de infecção em algumas populações-chave, como “*prostitutas, homossexuais, transexuais, detidos, toxicodependentes, trabalhadores migrantes, refugiados e pessoas deslocadas*”, o que exigia que se lhes reconhecesse um carácter prioritário nas estratégias desenvolvidas³⁸⁴. Estimava-se que, devido ao estigma associado VIH/SIDA, cerca de 30% das pessoas infectadas não tinham conhecimento do seu estatuto serológico, e havia estudos a indicar que esse desconhecimento facilitava a transmissão contínua do VIH e aumentava as hipóteses de mortalidade precoce das pessoas infectadas. A existência, em vários países, de legislação que punia os utilizadores de drogas ilícita impedia “*o seu acesso à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio ao VIH/SIDA*” e aumentava a transmissão no contexto da toxicodependência³⁸⁵. A relação entre o VIH/SIDA e a deficiência não havia recebido ainda a devida atenção, apesar de as pessoas com deficiência serem mais vulneráveis e se encontrarem em desvantagem no acesso aos serviços de saúde.

O Parlamento começa por reafirmar que o acesso aos cuidados de saúde está incluído na DUDH e que os governos têm o dever de garantir a existência de um serviço de saúde pública para todos. Solicita à Comissão e ao Conselho que intensifiquem esforços para assegurar que o VIH/SIDA seja tratado como prioridade de saúde pública mundial. Insta-os a “*promoverem esforços para descriminalizar a transmissão e exposição não intencionais ao VIH/SIDA, nomeadamente através do reconhecimento do VIH/SIDA como deficiência para efeito da legislação existente e futura em matéria de combate à discriminação*”. Incentiva-os igualmente a fomentarem as melhores

³⁸² Cfr. considerando G.

³⁸³ É referido que “*métodos de prevenção como os preservativos e a abstinência não são opções realistas para muitas delas, especialmente as casadas, as que querem ter filhos ou as que estão expostas ao risco de violência sexual, e que uma vacina ou microbicida seguro e eficaz pode proporcionar às mulheres novos instrumentos poderosos para se protegerem do VIH sem limitarem as suas opções reprodutivas*”. Cfr. considerando I.

³⁸⁴ Cfr. considerando J.

³⁸⁵ Cfr. considerando N.

políticas e práticas no diálogo político (nacional e mundial) nas respostas desenvolvidas em matéria de direitos das pessoas infectadas. Essas políticas e práticas, enumeradas na Resolução, englobam nomeadamente: *i*) a garantia da promoção, da protecção e do respeito pelos direitos dos portadores de VIH/SIDA, designadamente em matéria de saúde sexual e reprodutiva, e das populações consideradas mais vulneráveis (*populações-chave*); *ii*) a abordagem dos principais entraves económicos, jurídicos, sociais e técnicos, bem como da legislação e medidas punitivas que impediam respostas eficazes ao VIH/SIDA, designadamente para as populações-chave; *iii*) o apoio à revisão e alteração da legislação que se revele um entrave para a eficácia dos programas e serviços de VIH/SIDA; *iv*) o combate a qualquer legislação ou decisões que criminalizem a transmissão não intencional do VIH ou que fomentem a discriminação dos seus portadores, bem como a condenação e a adopção de “medidas contra obstáculos jurídicos que impeçam medidas eficazes no domínio do VIH para mulheres e raparigas”; *v*) facilitação do acesso aos cuidados de saúde, à educação e ao emprego para portadores de VIH/SIDA e outras populações-chave; *vi*) garantia de que o acompanhamento futuro dos progressos alcançados na resposta ao VIH/SIDA incluiria indicadores para aferir a protecção de direitos humanos no contexto da doença; *vii*) o combate à estigmatização e à discriminação dos portadores do VIH/SIDA e de outras populações-chave; *viii*) o cumprimento do princípio dos “três cês” (consentimento informado, confidencialidade e aconselhamento³⁸⁶) nos testes de diagnóstico do VIH e nos serviços relacionados.

A Comissão e os Estados-Membros são instados, nomeadamente a: *i*) abordar as necessidades das mulheres em termos de prevenção, tratamento e cuidados no âmbito do VIH/SIDA, alargando o acesso a programas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva que integrem testes de rastreio, serviços de aconselhamento e prevenção, e bem assim invertendo os factores socioeconómicos que potenciam a maior vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA, como “*a desigualdade de género, a pobreza, a falta de oportunidades económicas e educativas, bem como a falta de protecção em termos jurídicos e de direitos humanos*”; *ii*) abordar as necessidades dos jovens e das crianças e assegurar o acesso a serviços relacionados com o VIH/SIDA, sobretudo “*o diagnóstico infantil precoce, formulações anti-retrovíricas a preços abordáveis e adequadas, apoio psicossocial e protecção social e jurídica*”; *iii*) apoiar os

³⁸⁶ *Three Cs: counselling, confidentiality and informed consent.*

programas de redução de riscos para detidos e toxicodependentes; *iv*) afectar pelo menos 20% da ajuda ao desenvolvimento à saúde e à educação. É-lhes ainda solicitado que apoiem a participação de pessoas com deficiência na resposta ao VIH/SIDA e que integrem o respeito dos seus direitos humanos nos seus planos e políticas de estratégia sobre esta doença, como forma de garantir o seu acesso a serviços relacionados com a mesma, que satisfaçam as suas necessidades.

O Parlamento solicita à Comissão que apoie os governos e que envolva a sociedade para aumentar a cobertura (que era baixa) de programas destinados a reduzir a estigmatização e a discriminação e a aumentar o acesso à justiça no âmbito das respostas nacionais ao VIH/SIDA. Pede aos países em desenvolvimento que dêem prioridade às despesas de saúde, particularmente ao combate ao VIH/SIDA. Exorta a Comissão a incentivar os países parceiros a tratar a saúde como um sector prioritário.

O Parlamento aborda ainda a questão do acesso aos medicamentos, para incentivar a Comissão, os Estados-Membros e a comunidade internacional a elaborarem legislação que preveja o fornecimento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos a preços acessíveis, e para criticar os acordos bilaterais e regionais que contrariavam a “*Declaração de Doha de 2011, que afirma o primado da saúde sobre os interesses comerciais*”. Ressalta, por último, que a obrigatoriedade de licenciamento e a diferenciação de preços não foram suficientes para resolver o problema da falta de acesso aos medicamentos, pelo que solicita à Comissão que procure novas soluções.

2.4. Parlamento Europeu e Conselho

2.4.1. Instrumentos normativos

– **Directiva³⁸⁷ 2000/54/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Setembro**, relativa à protecção dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição a agentes biológicos durante o trabalho (Sétima directiva especial nos termos do nº 1 do

³⁸⁷ Instrumento jurídico provindo de instituições europeias, utilizado maioritariamente para harmonização das legislações nacionais. Para vigorar na ordem interna, a directiva necessita de ser transposta pelo Estado-Membro. Vincula apenas os Estados-Membros relativamente ao resultado objectivado, cabendo aos mesmos determinar os meios para o alcançar.

artigo 16º da Directiva 89/391/CEE), *Jornal Oficial* nº L 262, de 17.10.2000, pág. 21—45

A Directiva aplica-se a actividades em que os trabalhadores estejam ou possam vir a estar expostos a agentes biológicos em consequência do seu trabalho, estabelecendo as prescrições mínimas para prevenir os riscos inerentes. Entre as obrigações das entidades patronais previstas na directiva sublinhamos a informação e formação dos trabalhadores sobre os riscos potenciais para a saúde, as precauções destinadas a evitar a exposição ao agente, as normas em matéria de higiene, a utilização dos equipamentos e do vestuário de protecção, as medidas preventivas de acidentes e as medidas a adoptar pós-exposição. A lista de agentes biológicos inclui o vírus da SIDA, que surge integrado num grupo de vírus cujo risco de transmissão para trabalhadores é limitado, por não serem geralmente transmissíveis por via aérea (o VIH não se transmite por este meio)³⁸⁸.

Enquadramento

O risco de exposição dos trabalhadores ao VIH está identificado como limitado, pelo facto de não se transmitir por via aérea³⁸⁹. O anexo I contém a lista indicativa de actividades profissionais, na qual se inclui o trabalho “*em unidades sanitárias, incluindo unidades de isolamento e de autópsia*” (nº 4)³⁹⁰.

Não obstante a matéria em causa estar já prevista na Directiva nº 90/679/CEE, do Conselho, de 26 de Novembro de 1990³⁹¹, o facto de ter sofrido alterações substanciais tornava “*conveniente, por uma questão de lógica e clareza, proceder à codificação*” daquela Directiva.

³⁸⁸ Cfr. Nota introdutória nº 8, do anexo III à Directiva.

³⁸⁹ Cfr. nota introdutória nº 8, do anexo III e listagem de agentes biológicos (o VIH está integrado no grupo 3 e sua referência vem acompanhada de duplo asterisco). De acordo com o artigo 2º, nº 3, a inclusão no grupo 3 significa que se trata de um “*agente que pode causar doenças graves no Homem e constituir um grave risco para os trabalhadores*” e que “*é susceptível de se propagar na colectividade, muito embora se disponha geralmente de meios de profilaxia ou tratamento eficazes*”.

³⁹⁰ Cfr. artigo 2º, nº 1, da Directiva, nos termos do qual esta se aplica “*às actividades em que os trabalhadores estejam ou possam estar expostos a agentes biológicos em consequência do seu trabalho*”.

³⁹¹ Esta Directiva, quee tinha sido transposta para a ordem jurídica portuguesa pelo Decreto-Lei nº 84/97, de 16 de iAbril, foi revogada pela presente Directiva, nos termos do artigo 21º.

Entre as medidas enunciadas na Directiva em análise, a adoptar pelas entidades patronais para diminuição dos riscos de exposição dos trabalhadores, sublinhamos a disponibilização de meios sanitários e de higiene apropriados³⁹². A entidade patronal deve garantir que os trabalhadores recebem a formação adequada, nomeadamente através de informações e instruções em matéria de riscos potenciais para a saúde, precauções a tomar para evitar a exposição, normas sobre higiene, utilização de equipamentos e vestuário de precaução e medidas a adoptar para prevenir acidentes e nos casos em que estes ocorram³⁹³. Prevê-se o registo da lista de trabalhadores expostos a agentes biológicos dos grupos 3 (em que se inclui o VIH) e 4, a ser conservado geralmente por um período de 10 anos. Nas situações descritas nas alíneas a) a e) do nº 2 do artigo 11º³⁹⁴ da Directiva, esse período poderá ascender aos 40 anos (seria o caso do VIH)³⁹⁵.

O artigo 15º da Directiva é reservado aos *serviços médicos e veterinários, excluindo laboratórios de diagnóstico*. No caso dos serviços médicos, e para efeito da avaliação dos riscos de exposição, deveria ser considerada a *“incerteza quanto à presença de agentes biológicos em pacientes humanos (...) e nas amostras e materiais deles provenientes”*, assim como o perigo que estes constituem e o *“risco inerente à natureza das actividades profissionais”*³⁹⁶. Nos termos do artigo 15º, nº 2, deveriam ser *“tomadas medidas adequadas nos estabelecimentos de saúde (...) para proteger devidamente a saúde e segurança dos trabalhadores”*, entre as quais a *“especificação de processos adequados de descontaminação e de desinfecção”* e o *“estabelecimento de processos que garantam a segurança na manipulação e eliminação de resíduos contaminados”*³⁹⁷.

³⁹² Cfr. artigo 8º, nº 1, al. c).

³⁹³ Cfr. artigo 9º.

³⁹⁴ No considerando nº 4 é referido que a “conservação de registos contribui para um conhecimento mais profundo dos riscos decorrentes de uma exposição a agentes biológicos durante o trabalho”.

³⁹⁵ Neste caso estão os agentes biológicos de cuja exposição possa decorrer uma infecção com determinadas características: a) *com agentes biológicos que sejam susceptíveis de produzir infecções persistentes e lactentes*; b) *que, à luz dos conhecimentos actuais, só sejam diagnosticáveis quando a doença aparece muitos anos depois*; c) *que tenham períodos de incubação particularmente longos antes do aparecimento da doença*; d) *que provoquem doenças com crises periódicas prolongadas apesar do tratamento*; ou e) *que possam ter graves sequelas a longo prazo* (cfr. artigo 11º, nº 2).

³⁹⁶ Cfr. art. 15º, nº 1.

³⁹⁷ Cfr. art. 15º, nº 2.

– **Regulamento (CE) n° 1568/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Julho**, relativo à ajuda para a luta contra as doenças relacionadas com a pobreza (VIH/SIDA, tuberculose e malária) nos países em desenvolvimento, *Jornal Oficial n° L 224, de 6.9.2003, pág. 7—12*

O Regulamento estabelece um enquadramento financeiro para a totalidade da vigência do programa de acção contra as três principais doenças transmissíveis (VIH/SIDA, malária e tuberculose) nos países em desenvolvimento, revogando o Regulamento n° 550/97 do Conselho, de 24 de Março de 1997.

O Conselho salienta que, dada a amplitude e o carácter transfronteiriço do VIH/SIDA, da tuberculose e da malária, a resposta a estas doenças teria que ser sistemática e coordenada a nível da comunidade internacional, não devendo as intervenções neste domínio ser tratadas como uma mera questão de ajuda ao desenvolvimento. Em termos objectivos, o financiamento prioritário seria para as acções que “*que completem ou reforcem as políticas e capacidades dos países em desenvolvimento e a assistência através de outros instrumentos de cooperação*”. Estas acções visavam: *i)* a optimização do impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base disponíveis para a prevenção e a luta contra estas doenças nos países em desenvolvimento; *ii)* a melhoria do acesso ao diagnóstico e aos medicamentos essenciais relativamente a estas três doenças; *iii)* o aumento das actividades de I&D, nomeadamente em matéria de vacina, microbicidas e tratamentos inovadores. O apoio financeiro da Comunidade seria concedido aos projectos que prosseguissem os objectivos referidos. Seriam particularmente objecto de apoio os projectos relativos aos seguintes assuntos: *i)* definição de prioridades orçamentais no combate àquelas doenças, empreendido nos países em desenvolvimento; *ii)* consolidação dos sistemas de saúde; *iii)* efeitos socioeconómicos destas doenças e impacto das estratégias desenvolvidas como resposta; *iv)* acesso aos medicamentos – concretamente, estímulo da produção local, instituição de um mecanismo de preços diferenciados, análise da incidência dos obstáculos impostos a esse acesso, assistência técnica para resolução de questões de saúde pública no âmbito do Acordo TRIPS e da Declaração de Doha, e vigilância e controlo de qualidade. No artigo 2º estão enunciados os objectivos concretamente visados com as actividades a empreender ao abrigo deste Regulamento: *i)* optimizar o “impacto das intervenções, dos serviços e dos produtos de base já disponíveis

destinados a prevenir e a lutar contra as principais doenças transmissíveis” [al. a)]; ii) tornar acessíveis os medicamentos essenciais e os diagnósticos relativos às três doenças [al. b)]; iii) reforçar as actividades de I&D [al. c)].

As restantes disposições do Regulamento dizem respeito aos modos de concessão do apoio, às regras de execução da ajuda, e aos procedimentos financeiros e de tomada e decisões.

Enquadramento

O programa de acção destinado a combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose nos países em desenvolvimento englobava a assistência financeira e o fornecimento de *“conhecimentos apropriados aos intervenientes no desenvolvimento, a fim de melhorar o acesso à saúde para todos e promover um crescimento económico equitativo no âmbito do objectivo global de reduzir a pobreza”*³⁹⁸.

Nos considerandos do Regulamento são evidenciados os aspectos que subjazem à concessão daquela assistência, como sejam a realidade vivida nos países em desenvolvimento em termos de incidência e de impacto das três doenças, o carácter transfronteiriço das mesmas e os entraves que dificultavam o acesso aos medicamentos essenciais. Pela sua dimensão e efeitos, estas doenças tinham-se tornado objecto central do debate sobre o desenvolvimento, o que exigia *“uma resposta estrutural adequada, simultaneamente global e coerente, cujo custo é muito superior aos recursos financeiros e humanos de que dispõem a maior parte dos países em desenvolvimento”*. Nos vários instrumentos internacionais que se têm debruçado sobre as principais doenças transmissíveis nos países em desenvolvimento, o enquadramento tem sido efectivamente o da designada *ajuda* ao desenvolvimento e o da redução da pobreza³⁹⁹.

³⁹⁸ Art. 1º, nºs 1 e 2. Concretamente, a par da assistência financeira o apoio da Comunidade incluiria, nomeadamente: assistência técnica e formação, fornecimento de equipamento médico e transferência de tecnologia e de conhecimentos destinados, sempre que possível, à produção local de medicamentos (cfr. art. 4º).

³⁹⁹ Alguns destes documentos que têm abordado o tema são objecto de referência nos considerandos do Regulamento, nomeadamente: (i) a Declaração de Compromisso sobre HIV/SIDA, de Junho de 2001; (ii) Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Outubro de 2001, sobre as Comunicações da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu intituladas “Aceleração da luta contra as principais doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza” e “Programa de acção: aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza”, *Jornal Oficial n° C 87E, de 11/04/2002*; (iii) a Resolução Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, de 1 de Novembro de 2001, sobre o VIH/SIDA, *Jornal Oficial n° 078, de 02/04/2002, pág. 0066 – 0069*.

O Parlamento e o Conselho advertem, no entanto, que as intervenções prosseguidas no domínio da resposta a estas doenças não devem ser percebidas como *uma mera questão de ajuda ao desenvolvimento*, pois que se trata de uma realidade cujos contornos extrapolam fronteiras, constituindo a um problema internacional.

De acordo com o Parlamento e o Conselho, a melhoria da eficácia das acções empreendidas a nível nacional estaria em parte dependente “*da melhoria da coordenação da ajuda a nível europeu e internacional*”, que permitisse angariar os recursos suficientes, designadamente “*através da realização de parcerias entre os sectores privado, público e associativo e da utilização de procedimentos adaptados à natureza específica das estratégias dos países desenvolvidos*”⁴⁰⁰. É referido que as acções levadas a cabo no âmbito da luta contra aquelas doenças deveriam ser integradas numa dimensão mais ampla, relativa à melhoria genérica dos “*sistemas de prestação de cuidados de saúde e dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento*”⁴⁰¹. Quanto ao problema concreto dos entraves ao acesso aos medicamentos e demais produtos farmacêuticos, o Parlamento e o Conselho referenciam o conteúdo da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a saúde pública, que veio clarificar as disposições deste Acordo relativamente a situações em que a propriedade industrial relacionada com o comércio conflitua com a protecção da saúde pública⁴⁰². Finalmente, sobre a investigação e o desenvolvimento no domínio destas doenças, destaca-se a sua insuficiência e a *incapacidade do mercado* para a sua promoção devido à “*aplicação de uma política inadequada na matéria*”. Esta debilidade é ilustrada com dados estatísticos do ano 2000, que revelam que somente 10% das actividades de I&D foram relativas a 90% das patologias no mundo. De acordo com o Parlamento e o Conselho, havia necessidade de adoptar “*medidas globais para compensar as carências do mercado no que respeita ao desenvolvimento de medicamentos, graças a um reforço dos financiamentos públicos (...), bem como a introdução de medidas de incentivo adequadas para promover o investimento privado*”⁴⁰³.

⁴⁰⁰ Cfr. considerando nº 9.

⁴⁰¹ Cfr. considerando nº 11.

⁴⁰² Cfr. considerando nº 8.

⁴⁰³ Cfr. considerando nº 10.

2.4.2. Outros actos

– **Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Setembro**, que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, *Jornal Oficial nº L 268, de 3.10.1998, pág. 1—7*

Era objectivo da instituição de uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade o aumento da cooperação e da coordenação entre os Estados-Membros, com o apoio da Comissão, para a melhoria da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis enumeradas no anexo, nomeadamente DST. A rede seria utilizada para prosseguir a vigilância epidemiológica e para criar um sistema de alerta rápido e de resposta (SARR). Na Decisão são estipulados os vários aspectos e regras implicados no funcionamento desta rede. Os Estados-Membros ficam obrigados a comunicar entre si e à Comissão a natureza e alcance das medidas de controlo de doenças transmissíveis que pretendam adoptar.

Enquadramento

Ao assegurar a cooperação e a coordenação da vigilância realizada nos Estados-Membros, a rede comunitária permitiria não apenas aumentar a quantidade e a qualidade da informação disponível sobre estas doenças, mas também proporcionar a comparabilidade dos dados recolhidos a nível nacional. Subjacente a esta medida esteve a percepção do valor acrescentado que teria a intervenção da União Europeia neste domínio⁴⁰⁴. Relativamente ao SARR, é explicado nos considerandos que o aparecimento ou o ressurgimento recentes de doenças transmissíveis graves tinha demonstrado que, em caso de situação de emergência, a Comissão deveria receber

⁴⁰⁴ Cfr. considerando nº 9: “em conformidade com o princípio de subsidiariedade, qualquer nova medida num domínio que não seja da competência exclusiva da Comunidade, como a vigilância epidemiológica e o controlo das doenças transmissíveis, apenas pode ser adoptada pela Comunidade no caso de, devido à sua dimensão ou aos seus efeitos, os objectivos da acção prevista poderem ser melhor alcançados à escala comunitária do que pelos Estados-membros”.

imediatamente todos os dados e informações recolhidos segundo uma metodologia acordada⁴⁰⁵.

– **Decisão nº 36/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Dezembro**, relativa à contribuição da Comunidade para o Fundo Mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo, 2002, *Jornal Oficial nº L 7, de 11.1.2002, pág. 1—2*

A Decisão determina o valor da contribuição da Comunidade para o Fundo Mundial de luta contra o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo em 2001 (60 milhões de euros), e estabelece o respectivo modo de concessão (acordo financeiro entre a Comunidade e o Administrador do Fundo), bem como as entidades e as formas de controlo e inspecção⁴⁰⁶ da sua gestão. A finalidade do financiamento é a luta contra estas doenças nos países em desenvolvimento. A prossecução da mesma exigia uma estratégia equilibrada, centrada essencialmente na prevenção. Nos considerandos é manifestada a preocupação com o impacto crescente destas doenças “*em termos de sofrimento humano e de desenvolvimento económico e social*”, que minava os esforços de redução da pobreza, atingindo sobretudo os grupos mais vulneráveis das populações desses países. É feita referência à Declaração de Doha e à clarificação que a mesma faz relativamente às cláusulas do Acordo TRIPS, concretamente o facto de este não impedir a adopção, por parte dos membros da OMC, de medidas destinadas a proteger a saúde pública”.

O objectivo primacial desta Decisão foi o de aumentar os recursos disponíveis para as respostas ao VIH/SIDA, à malária e à tuberculose, no âmbito do Fundo Global criado para este efeito⁴⁰⁷.

– **Decisão nº 1209/2003/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Junho**, relativa à participação da Comunidade num programa de investigação e desenvolvimento destinado a desenvolver novas intervenções clínicas para lutar contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, através de uma parceria a longo prazo entre a

⁴⁰⁵ Cfr. considerando nº 16.

⁴⁰⁶ A Comissão e o Tribunal de Contas Europeu poderiam proceder aos controlos e inspecções necessários, a fim de proteger os interesses da Comunidade Europeia contra eventuais fraudes e irregularidades.

⁴⁰⁷ Veja-se o respectivo site em <http://www.theglobalfund.org/en/whoweare/?lang=en>.

Europa e os países em desenvolvimento, adoptado por vários Estados-Membros, *Jornal Oficial* n° L 169, de 8.7.2003, pág. 1—5

O Parlamento e o Conselho decidem que a Comunidade contribuiria financeiramente para o programa de investigação e desenvolvimento EDCTP, criado por iniciativa conjunta de vários Estados-Membros, e estabelecem o valor máximo da contribuição da Comunidade para o mesmo (200 milhões de euros). Na decisão são enumerados os requisitos e as condições para a efectivação da contribuição, bem como as modalidades que revestia e as entidades que controlariam e inspeccionariam a sua gestão.

Em anexo à Decisão são enunciadas as actividades do programa EDCTP susceptíveis de beneficiar do apoio da Comunidade e ainda as orientações para o modelo de governação deste programa. Entre os motivos da contribuição sublinhamos a necessidade de recursos adicionais para as actividades de I&D, na medida em que não eram objecto de financiamento pelo fundo global.

Enquadramento

Na Decisão é estabelecido o valor e demais elementos relevantes da contribuição financeira da Comunidade para o programa de investigação e desenvolvimento EDCTP. Na génese deste programa esteve uma iniciativa conjunta de vários Estados-Membros, suscitada pela pretensão de “*adoptar uma abordagem coerente à escala comunitária e lutar eficazmente contra o HIV/SIDA, a malária e a tuberculose*”.

Eram objectivos anunciados do EDCTP: *i*) a melhoria da qualidade da investigação no domínio destas três doenças; *ii*) o desenvolvimento de novas intervenções clínicas destinadas a combater a sua incidência nos países em desenvolvimento; *iii*) a maior rapidez dos ensaios clínicos, realizados nesses países, destinados à procura de novos produtos, particularmente medicamentos e vacinas; *iv*) a promoção do reforço das capacidades desses países (v.g., mediante a transferência de tecnologia); *v*) a mobilização de fundos suplementares para a luta contra essas doenças;

vi) o reforço da cooperação e da interligação entre os programas nacionais europeus⁴⁰⁸.

O programa EDCTP respondia aos objectivos científicos do sexto programa-quadro e inseria-se no tema prioritário deste último: «Ciências do ser vivo, genómica e biotecnologia para a saúde». Era pois conveniente “inscrever a contribuição financeira da Comunidade na dotação do orçamento atribuída a essa prioridade”⁴⁰⁹. A participação financeira da Comunidade neste programa⁴¹⁰ tinha por fim aumentar o seu impacto.

A importância do reforço das actividades de I&D e da sua coordenação para a luta contra as três principais doenças transmissíveis havia sido já evidenciada em vários documentos emanados a nível comunitário, alguns dos quais surgem referidos nos considerandos desta decisão⁴¹¹.

2.5. Conselho e Representantes dos Governos dos Estados-Membros

– **Conclusões do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos no seio do Conselho, de 15 de Maio de 1987**, relativas à SIDA, *Jornal Oficial n.º C 178, de 07/07/1987 pág. 0001 – 0001*

As Conclusões versam sobre as políticas desenvolvidas no âmbito da luta contra a SIDA e a vigilância do seu impacto, a nível nacional e comunitário. Inicialmente é referido que a SIDA constituía um problema de saúde pública, razão pela qual deveria ser tratada como “*uma «causa internacional» prioritária de saúde pública*”. Em matéria de prevenção, é sublinhada a ineficácia do recurso a políticas de rastreio sistemático e obrigatório, especialmente nos controlos sanitários nas fronteiras. A necessidade de cooperação entre os diversos intervenientes e a coordenação das suas políticas é uma ideia central no documento, convocando-se a criação de um grupo *ad hoc* de

⁴⁰⁸ Cfr. considerando n.º 9. Um dos Estados-Membros participantes na iniciativa foi Portugal.

⁴⁰⁹ Cfr. art. 1.º, n.º 3, e considerandos n.º 18 e 14. Cfr. Decisão n.º 1523/2002/CEE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de junho de 2002, relativa ao sexto programa-quadro da Comunidade Europeia de acções em matéria de investigação, desenvolvimento tecnológico e demonstração que visam contribuir para a realização do espaço europeu da investigação e para a inovação (2002-2006), publicada no *Jornal Oficial n.º L 232, de 29.8.2002, p. 001-033*.

⁴¹⁰ Art. 1.º, n.º 2. Esta contribuição financeira seria atribuída à estrutura comum do programa: entidade criada pelos Estados-membros participantes (a par do conselho de parceria), com personalidade jurídica, que garantiria a dimensão comunitária da execução do EDCTP. Cfr. arts. 3.º e 6.º e considerando n.º 17.

⁴¹¹ É o caso, v.g.: da Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 21 de Fevereiro de 2001; e da Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Outubro de 2001, publicada no *Jornal Oficial n.º C 87E, de 11/04/2002*.

responsáveis pela luta contra a SIDA no âmbito da saúde pública dos Estados-Membros, com a participação da Comissão. O objectivo da criação deste grupo era a definição de uma estratégia comum que permitisse elaborar um plano de acção e de colaboração, que deveria estar em ligação constante com o programa de investigação. O Conselho e os representantes dos governos salientam a importância da disponibilidade de dados epidemiológicos fiáveis e de métodos comuns de avaliação, afirmando que iriam instituir uma informação sistemática sobre a SIDA, em benefício dos viajantes tradicionais. Em conformidade com os objectivos anunciados, são enumeradas as tarefas que caberia ao grupo desempenhar.

– **Conclusões do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, reunidos em Conselho, de 31 de Maio de 1988**, sobre a SIDA, *Jornal Oficial n.º C 197, de 27/07/1988 pág. 0008 – 0008*

Nas Conclusões é reiterada a importância de determinados princípios orientadores da luta contra a SIDA: *i)* o facto de constituir um problema de saúde pública e de ser necessário considerá-la como tal; *ii)* a necessidade de conceder prioridade à prevenção, através da informação e da educação para a saúde; *iii)* a ineficácia, em matéria de prevenção, do recurso a uma política de rastreio sistemático e obrigatório; *iv)* a necessidade de combater a discriminação e a estigmatização das pessoas afectadas, nomeadamente no que respeita ao emprego.

O Conselho e os representantes dos governos acordam em conceder especial atenção ao problema da toxicomania no âmbito da luta contra a SIDA. Convidam a Comissão a facultar a participação nos programas desenvolvidos de investigadores, docentes e outros sujeitos envolvidos na luta contra a SIDA. Finalmente, congratulam-se com o trabalho desenvolvido pelo grupo *ad hoc* «SIDA», incumbindo-o de prosseguir as suas actividades⁴¹².

⁴¹² Cfr. Conclusões do Conselho e dos representantes dos governos dos Estados-membros, de 15 de Maio de 1987, relativas à SIDA.

2.6. Representantes dos Governos dos Estados-Membros

– **Resolução dos representantes dos Governos dos Estados-Membros das Comunidades Europeias, reunidos no seio do Conselho de 29 de Maio de 1986, relativa à SIDA, *Jornal Oficial* n° C 184, de 23/07/1986 pág. 0021 – 0021**

Nos considerandos é sublinhada a inexistência de uma vacina ou de cura para o VIH/SIDA e a conseqüente necessidade de apostar na investigação, na informação e na educação para a saúde. Os Estados-Membros e a Comissão são convidados a encontrar acções comuns em matéria de informação e educação para a saúde, de risco de transmissão do VIH através de substâncias de origem humana, e de problemas médicos, psicológicos e sociais dos portadores de VIH/SIDA. A Comissão é ainda convidada a organizar um intercâmbio de informações e de experiências e a apresentar as propostas que considere pertinentes. Os representantes dos governos salientam a importância de evitar a duplicação de esforços. As acções a realizar deveriam ser coerentes e coordenadas com as desenvolvidas por diversas organizações internacionais. No combate desenvolvido, seria particularmente importante a continuação da colaboração com a OMS e com o Conselho da Europa.

2.7. Conselho e Ministros da Saúde dos Estados-Membros

Resoluções

– **Resolução do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos no Conselho, de 22 de Dezembro de 1989, relativa à luta contra a SIDA, *Jornal Oficial* n° C 010, de 16/01/1990, pág. 0003 – 0006**

O Conselho e os ministros da saúde dos Estados-Membros manifestam a sua preocupação relativamente à propagação da epidemia da SIDA e às suas conseqüências sociais, económicas, jurídicas e éticas, salientando alguns aspectos da evolução do

combate desenvolvido e recordando a importância da cooperação internacional nas acções a desenvolver (particularmente com a OMS e com o Conselho da Europa).

Na Resolução estão enunciados os princípios comuns e as actividades concretas a desenvolver no domínio da luta contra a SIDA. Os *princípios* elencados respeitam aos seguintes assuntos: *i)* prevenção – deveria apostar-se na divulgação de informação e na educação para a saúde, acentuando o facto de o VIH/SIDA não justificar qualquer tipo de reacção de medo ou de discriminação; *ii)* testes de despistagem – deveria ser assegurado o carácter voluntário e confidencial dos testes, bem como recusado o recurso a rastreios sistemáticos e obrigatórios, tendo em consideração a sua ineficácia em termos de prevenção; *iii)* luta contra a discriminação – o Conselho e os ministros da saúde salientam, nomeadamente, o facto de a discriminação obstar à eficácia da prevenção, referindo em particular os casos em que a mesma ocorre na contratação, no local de trabalho, na escola, no acesso à habitação e ao seguro de doença⁴¹³; *iv)* acompanhamento médico e social dos seropositivos e dos doentes com SIDA – seria necessário garantir o acesso generalizado e precoce aos tratamentos disponíveis, sobretudo por parte de pessoas *sem cobertura social*.

Em matéria de *actividades* a desenvolver, o Conselho e os ministros da saúde recomendam a prossecução e o reforço da política comunitária em termos de investigação fundamental e operacional. Dirigem um convite à Comissão para que proceda à investigação e avaliação do impacto social e económico da epidemia, relevando aspectos como os comportamentos, os factores subjacentes e a adequação das acções de prevenção. Recomendam a adopção de medidas nos domínios da cooperação internacional e da vigilância da situação epidemiológica na Comunidade. Incentivam ainda a Comissão a organizar intercâmbios de informações e de experiências e a definir o conteúdo de um plano de acção adequado a prevenir e a controlar a SIDA.

– Resolução do Conselho dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos em Conselho, de 13 de Novembro de 1992, relativa ao controlo e à vigilância das doenças transmissíveis, *Jornal Oficial n.º C 326, de 11.12.1992, pág. 1—2*

O Conselho e os ministros da saúde dos Estados-Membros convidam a

⁴¹³ Relativamente ao acesso ao crédito à habitação e aos seguros, é sublinhada a relevância de encontrar soluções que conciliassem os interesses económicos com o princípio da não discriminação.

Comissão a analisar a situação do controlo e vigilância das doenças transmissíveis, no contexto do desenvolvimento do mercado interno e da livre circulação de pessoas, e a apresentar um relatório relativo a determinados aspectos dessa avaliação, designadamente: *i)* a necessidade de melhorar a eficácia e a densidade das redes existentes nos Estados-Membros e de manter, criar ou reforçar a coordenação das mesmas; *ii)* a vantagem de serem aprovadas directrizes sobre a matéria; *iii)* a utilização dos dados disponíveis para a elaboração de propostas contendo medidas prioritárias, adequadas e eficazes. Para o efeito, a Comissão é incentivada a consultar peritos dos Estados-Membros com experiência na administração das redes intergovernamentais existentes neste domínio.

Conclusões

– **Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos em Conselho de 15 de Dezembro de 1988**, relativas a SIDA e ao local de trabalho, *Jornal Oficial n.º C 028, de 03/02/1989, pág. 0002 – 0003*

A primeira conclusão é a de que nos locais de trabalho não existe risco de infecção pelo VIH/SIDA e de que isto se aplica também “*aos postos de trabalho no sector da saúde e dos cuidados corporais, se as prescrições de higiene forem respeitadas*”.

O Conselho e os ministros da saúde pretendem “*incentivar as empresas a introduzirem no respectivo quadro a informação sobre a SIDA e a estimularem um comportamento humano face aos trabalhadores contaminados ou atingidos pela SIDA*”. As empresas deveriam consultar ou associar as instituições representativas dos trabalhadores para este efeito. A informação deveria ser adaptada ao meio de trabalho específico e independente do aparecimento de casos de infecção. Impunha-se o respeito constante pelo sigilo médico.

O Conselho e os ministros da saúde tecem as seguintes considerações, a fim de orientar a política de luta contra a SIDA no local de trabalho: *i)* que não existe fundamento para a submissão dos candidatos a emprego a testes de rastreio; *ii)* que é despropositada a exigência destes testes no âmbito do exame médico periódico; *iii)* que, caso haja conhecimento de um caso de infecção, os superiores hierárquicos e os quadros têm o dever de desenvolver todos os esforços no sentido de proteger a pessoa infectada

de eventuais situações de discriminação ou estigmatização; iv) que os trabalhadores afectados pela SIDA devem ser tratados como quaisquer outros trabalhadores com doenças graves, que influam no desempenho das suas funções; v) que, deteriorando-se a condição física do trabalhador, e sempre que possível, deve proceder-se à reorganização dos locais e ou horários de trabalho, de modo a permitir que o mesmo continue a trabalhar durante o maior período de tempo possível; e vi) que os trabalhadores afectados devem ter acesso a programas de informação e de formação.

– **Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos em Conselho de 15 de Dezembro de 1988**, sobre a SIDA, *Jornal Oficial n.º C 028, de 03/02/1989, pág. 0001*

O Conselho e os ministros da saúde dos Estados-Membros acordam na necessidade de: i) aperfeiçoar e alargar o sistema de partilha regular e rápida de dados epidemiológicos sobre a SIDA, a nível comunitário, a fim de assegurar a qualidade e a comparabilidade dos mesmos e, desse modo, a correcta avaliação das medidas de prevenção adoptadas a nível nacional; ii) intensificar os esforços para reduzir o risco de transmissão do VIH entre os toxicómanos, nomeadamente através de campanhas de educação e de informação, de serviços de assistência e de acompanhamento acessíveis, bem como da disponibilização de material de injeção esterilizado; iii) preparação das empresas para lidar com o problema da SIDA de forma adequada e razoável, assente na percepção da inexistência de risco de contaminação nas relações e nos contactos de trabalho. A Comissão é convidada a ponderar as possibilidades de facilitar o intercâmbio, entre os Estados-Membros, de pessoas qualificadas envolvidas na luta contra a SIDA.

– **Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989**, relativas à prevenção da SIDA entre os consumidores de droga por via parentérica, *Jornal Oficial n.º C 185, de 22/07/1989, pág. 0003 – 0005*

As Conclusões são baseadas nos conhecimentos adquiridos através da experiência e do intercâmbio de informações sobre a matéria. A título introdutório, é feita referência

ao facto de o maior aumento do número de casos de infecção pelo VIH se ter verificado em consumidores de droga por via parentérica (grupo mais afectado em alguns países) e ao perigo da rápida disseminação do vírus entre eles, por reunirem potencialmente as três formas conhecidas de transmissão do VIH.

Nas Conclusões são enunciadas as *condições prévias* a ter em conta nos programas a desenvolver. Seria necessário coordenar as políticas de assistência e de prevenção do uso ilegal de droga com os programas de luta contra a SIDA, a nível nacional e supranacional. Impunha-se relevar as especificidades sociais dos toxicómanos, tais como a marginalidade muito acentuada, os comportamentos associados ao consumo e a grande dificuldade no acesso aos serviços sociais e de saúde. Eram ainda condições prévias, nomeadamente, a consciencialização dos toxicómanos para o risco de infecção pelo VIH, a disponibilização de assistência e cuidados de saúde acessíveis, a oferta de vantagens sociais complementares nos locais por eles mais frequentados e o estímulo à participação de todos os sectores profissionais e sociais susceptíveis de colaborar.

As Conclusões incluem um elenco de medidas gerais de acção nas diferentes dimensões envolvidas: *i*) a educação sanitária – relativamente à qual deveriam ser adoptadas medidas específicas para determinados meios (como prisões, ambientes onde vivem toxicómanos, prostituição), considerada a opinião dos que conheciam estes meios, e consciencializado o pessoal de saúde para a importância do seu papel na alteração dos comportamentos; *ii*) programas de tratamento da dependência – neste âmbito deveriam ser promovidas abordagens alternativas, como a aplicação de métodos de consumo que substituíssem os que implicam risco de infecção, sempre que a substituição fosse permitida por legislação nacional; *iii*) fornecimento de preservativos – que deveria ser acompanhado pela disponibilização de informação acerca de práticas sexuais seguras; *iv*) coordenação de programas de assistência a toxicómanas grávidas – deveria ser feita a associação entre os programas de luta contra a SIDA, os de assistência e prevenção da toxicomania e os de saúde materno-infantil; *v*) diagnóstico das pessoas seropositivas – através da garantia do serviço público de diagnóstico e de tratamento (independente das condições económicas dos utentes), bem como do carácter voluntário e confidencial dos testes de rastreio; *vi*) especificidades da situação nas prisões – as intervenções gerais teriam que ser particularmente analisadas antes de serem aplicadas a este meio.

A última parte das Conclusões é relativa ao acompanhamento das actividades, incumbindo-se o grupo *ad hoc* «SIDA» de, com base na avaliação dos programas nacionais de intervenção, apresentar propostas ao Conselho que definissem orientações comuns. A Comissão é convidada a elaborar um programa neste âmbito. Aos Estados-Membros é sugerido que avaliem o impacto da sua regulamentação interna, de modo a favorecer a aplicação das medidas aqui recomendadas.

– **Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989**, sobre a melhoria do sistema geral de recolha de dados epidemiológicos, incluindo a aplicação da nova definição de casos de SIDA, *Jornal Oficial n.º C 185, de 22/07/1989, pág. 0007 – 0007*

Partindo da vantagem na intensificação dos trabalhos do grupo *ad hoc* «SIDA» para garantir a qualidade e a comparabilidade dos dados disponíveis nos Estados-Membros, o Conselho e os ministros da saúde acordam em assinalar que a comparabilidade desses dados poderia ser afectada, a nível comunitário, pela nova definição de casos de SIDA aprovada pela OMS, que era aplicada desde 1 de Janeiro de 1988. Convidam a Comissão a, em cooperação com o *centro de colaboração* da OMS:

- i)* avaliar o impacto da aplicação da nova definição da SIDA na contagem dos casos de SIDA;
- ii)* comparar os sistemas de declaração de casos de SIDA a nível nacional e comunitário, com vista a detectar os aspectos que poderiam ser melhorados relativamente à cobertura do sistema, à fiabilidade e à comparabilidade dos dados;
- iii)* propor ao Conselho os meios e métodos necessários para melhorar a comparabilidade dos dados sobre casos de SIDA e, sendo necessário, o sistema de declaração da morbilidade e mortalidade pela SIDA a nível nacional e comunitário.

Para além disso, a Comissão é convidada a efectuar um intercâmbio dos dados sobre a infecção pelo VIH disponíveis nos Estados-Membros, respeitando sempre a confidencialidade dos mesmos.

– **Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros, reunidos no Conselho, de 16 de Maio de 1989**, relativas às actividades futuras de prevenção e controlo da SIDA a nível comunitário, *Jornal Oficial n.º C 185, de 22/07/1989, pág. 0008 – 0008*

O Conselho e os ministros da saúde convidam a Comissão a ponderar a possibilidade de harmonização técnica, a nível comunitário, relativamente à qualidade dos preservativos disponíveis nos Estados-Membros e à disponibilização de estojos de diagnóstico instantâneo da infecção pelo VIH, bem como a apresentar propostas sobre ambas as matérias. Encarregam o grupo *ad hoc* «SIDA» de desenvolver o intercâmbio de informações relativas à avaliação das medidas nacionais de prevenção e aos problemas específicos das mulheres ou de determinadas categorias da população e, bem ainda, de analisar possíveis melhorias, a nível comunitário, no que concerne aos requisitos técnicos impostos em matéria de segurança dos órgãos, tecidos, esperma e sangue, relativamente ao risco de transmissão do VIH.

– Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde, reunidos em Conselho, de 3 de Dezembro de 1990, sobre a SIDA, *Jornal Oficial* n° C 329, de 31/12/1990, pág. 0021 – 0022

Depois de salientar a crescente relação entre a SIDA e a toxicod dependência em muitos países europeus, o Conselho e os ministros da saúde convidam os Estados-Membros e a Comissão a agirem para combater ambos os factores. Solicitam aos Estados-Membros que incrementem o acesso a intervenções precoces e a tratamentos de toxicod dependentes com VIH/SIDA, que promovam um ambiente psicológico e social favorável à sua inserção e que intensifiquem o seu empenho relativamente à integração e à não discriminação das pessoas afectadas pela SIDA e seus próximos. Convida a Comissão a promover o intercâmbio de informações, de experiências e de peritos relativamente às diversas questões suscitadas neste âmbito, comunicando ao Conselho os resultados que daí advenham, bem como a apresentar as propostas que considere pertinentes.

2.8. Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE*

*Acordo de Parceria entre os Estados de África, das Caraíbas e do Pacífico, por um lado, e a Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros)

Resoluções

– **Resolução da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, reunida em Abuja (Nigéria), de 20 a 23 de Março de 2000, sobre o VIH/SIDA, *Jornal Oficial* n° C 263, de 13/09/2000, pág. 0046 – 0047**

A Resolução centra-se na questão do acesso aos medicamentos para o VIH/SIDA. A título introdutório, é feita uma breve exposição sobre a situação da epidemia a nível mundial. Apenas um terço da população tinha acesso a estes medicamentos. As grandes sociedades farmacêuticas tinham o monopólio do negócio e uniformizavam frequentemente os preços em valor elevado, inabarcável para a maioria dos países em desenvolvimento, onde se situava a maior taxa de incidência da doença (sobretudo na África Subsaariana). O sistema mundial de comércio não distinguia os medicamentos dos restantes produtos. O problema agudizou-se com o reforço dos direitos de propriedade industrial, no âmbito do Acordo TRIPS.

Perante o quadro traçado, a Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE apela à acção de várias entidades, solicitando: *i*) à UE, que desenvolva as competências e reforce as capacidades dos países em desenvolvimento, através da transferência de tecnologia; *ii*) aos governos da União Europeia e dos ACP, que apliquem uma estratégia global para generalizar o acesso aos produtos farmacêuticos e controlar o impacto dos acordos comerciais em matéria de saúde pública, celebrados nos países em desenvolvimento; *iii*) aos negociadores da União Europeia e dos ACP, que avaliem o impacto dos acordos da OMC na saúde pública desses países; *iv*) às sociedades farmacêuticas, que estabeleçam preços diferenciados para produtos farmacêuticos, como os medicamentos patenteados mais caros para o tratamento das infecções pelo VIH. Por último, sublinha a necessidade de criação de novos mecanismos globais e de incentivos para a investigação e o desenvolvimento no domínio desta e de outras doenças, após ressaltar que “*apenas 10% dos 56 milhões de dólares despendidos de uma forma geral*

na investigação em matéria de saúde são consagrados a 90% dos problemas de saúde da população mundial”.

– Resolução da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, reunida em Bruxelas (Bélgica), de 9 a 12 de Outubro de 2000, sobre a SIDA, *Jornal Oficial* n.º C 064, de 28/02/2001, pág. 0056 – 0058

Nos considerandos é feita uma exposição sobre a situação do VIH/SIDA no mundo, sublinhando-se que o que estava em causa era não apenas um problema sanitário, mas também “*questões de sociedade, de cultura e de religião bem como práticas culturais e, em particular, as relações entre homens e mulheres*”. Tem-se em consideração, nomeadamente, a associação entre a propagação do VIH/SIDA e as desigualdades de género e a conseqüente necessidade de as estratégias desenvolvidas neste âmbito zelarem pela melhoria do estatuto social da mulher. A inexistência de cuidados paliativos em muitos países em desenvolvimento e as dificuldades no acesso aos medicamentos são outras das questões que servem de enquadramento a esta Resolução.

Os Estados-Membros e a Comissão são convidados a conceder, nos planos político e financeiro, o grau de prioridade mais elevado à luta contra o VIH/SIDA. Os fundos da União Europeia deveriam servir para melhorar os cuidados de saúde primários, o ensino público, a pesquisa e os rastreios sistemáticos no âmbito do VIH/SIDA. O pessoal auxiliar médico deveria receber uma formação específica e os testes de diagnóstico deveriam estar disponíveis em todo o território. Os países ACP, particularmente as respectivas autoridades religiosas, culturais e políticas e a sociedade, são convidados a cooperar activamente na aplicação dos programas de prevenção. A estas autoridades e aos governos dos países ACP, a Assembleia Parlamentar Paritária dirige “*o forte desejo de que a questão dos géneros seja tomada em conta enquanto condição de base nas estratégias de prevenção e de tratamento*”. Encarrega a Comissão e os Estados-Membros de ajudarem os países em desenvolvimento a financiar a luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, através da redução das dívidas desses países. Reclama um programa especial de tratamento com AZT para as mulheres infectadas e os seus recém-nascidos. Convida a indústria farmacêutica a reduzir drasticamente os preços dos medicamentos e a fornecer gratuitamente algumas

quantidades. Solicita que, em caso de uma redução insuficiente dos preços dos medicamentos para o VIH/SIDA e doenças associadas, “*seja aplicado, em conformidade com o princípio de emergência sanitária, o princípio de atribuição das licenças gratuitas aos Estados interessados para o fabrico e a comercialização desses medicamentos*”. Convida a Comissão, a OMC e a OMS a apoiarem a iniciativa internacional “*Vacina contra a SIDA*”, a procurarem meios para disponibilizar medicamentos para o VIH/SIDA a preços mais reduzidos nos países em desenvolvimento e a aproveitarem a experiência do Conselho em matéria de concessão de licenças para os medicamentos. Alerta para a frequente ligação entre o VIH/SIDA e a tuberculose, solicitando a realização de testes de rastreio de VIH em caso de suspeita de tuberculose.

– **Resolução da Assembleia Parlamentar Paritária, reunida em Libreville (Gabão), de 22 de Março de 2001**, sobre a importação e a produção local de medicamentos genéricos, *Jornal Oficial nº C 265, de 20/09/2001, pág. 0024 – 0025*

A Resolução é direccionada para os vários intervenientes que influenciam ou podem influenciar o processo relacionado com a acessibilidade de medicamentos essenciais. As multinacionais farmacêuticas são convidadas a cumprir os compromissos assumidos neste âmbito e a reduzir mais o preço dos medicamentos⁴¹⁴. É mencionado o caso dos medicamentos para o VIH/SIDA, convidando-se as empresas farmacêuticas a disponibilizá-los aos países em desenvolvimento, a preços acessíveis.

A Assembleia Parlamentar Paritária solicita uma revisão do período de validade e do âmbito de aplicação das patentes emitidas ao abrigo do Acordo TRIPS, bem como o reforço das cláusulas de salvaguarda previstas no interesse da saúde pública. Apela ao desenvolvimento de um sistema que permita um acesso equitativo aos medicamentos e às vacinas, por parte dos países em desenvolvimento. Convida a Comissão a criar um mecanismo global de financiamento, nomeadamente destinado à promoção do desenvolvimento de vacinas e à aquisição em grandes quantidades de medicamentos para o VIH/SIDA e outras doenças transmissíveis. Reconhece a situação crítica que

⁴¹⁴ As empresas farmacêuticas que intentaram uma acção judicial contra a lei sul-africana de 1997, relativa aos medicamentos, são convidadas a retirar a sua queixa. Nos considerandos lê-se que acções como esta obstavam aos esforços envidados por alguns países em desenvolvimento para importar e produzir medicamentos genéricos a preços acessíveis, a nível local.

existe em muitos países em desenvolvimento, em termos de cuidados de saúde e de controlo de doenças.

– Resolução Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, reunida em Bruxelas (Bélgica), de 29 de Outubro a 1 de Novembro de 2001, sobre o VIH/SIDA, *Jornal Oficial* n.º 078, de 02/04/2002, pág. 0066 – 0069

No quadro apresentado nos considerandos sobre a situação da epidemia no mundo destacamos, nomeadamente, a previsão de que em breve o custo dos tratamentos para o VIH/SIDA iria absorver metade do orçamento para a saúde de muitos países.

A Assembleia Parlamentar Paritária começa por recordar que uma acção eficaz e coerente contra a SIDA e as doenças transmissíveis deveria envolver: *i*) a prevenção, através de campanhas de informação e de educação (com ênfase no envolvimento das mulheres, face ao seu papel preponderante na educação para a saúde), de programas de imunização e da promoção de melhores condições de vida; *ii*) o tratamento, que implicava o acesso aos medicamentos e a disponibilidade de estruturas e de pessoal de saúde; *iii*) a investigação sobre vacinas e medicamentos mais eficazes e adequados às necessidades dos países em desenvolvimento. Seguidamente, aborda a questão do financiamento, usando como referência o anúncio da criação do Fundo Mundial para a SIDA e a Saúde e apelando à cooperação de diversos intervenientes no sentido da coordenação das respectivas políticas e da adopção de uma posição uniforme. Sublinha a necessidade de reforçar as actividades de I&D, dirigindo apelos à Comissão, aos Estados-Membros, aos países ACP, à OMS e ao ONUSIDA para este efeito. Insta a Comissão a garantir o planeamento e a afectação de recursos, por parte dos governos africanos, para que, no âmbito dos programas de luta contra a SIDA, concedessem atenção particular ao impacto da doença nas populações migrantes, em termos de acesso aos serviços básicos de saúde e de educação. Incentiva a Comissão e os Estados-Membros a auxiliarem os países em desenvolvimento no reforço das respectivas legislações destinadas a combater a discriminação, designadamente no domínio do emprego. Exorta-os a seguir uma política orientada para o cancelamento da dívida desses países⁴¹⁵, na medida em que esta constituía um obstáculo à luta contra as doenças

⁴¹⁵ Os Estados-Membros são incentivados a cancelar a dívida relativamente a países que estejam dispostos a aumentar o investimento nos seus orçamentos para a saúde e para a educação.

transmissíveis. Solicita a criação de um programa especial de tratamento com AZT para as mulheres infectadas pelo VIH/SIDA e os seus recém-nascidos.

As últimas disposições da Resolução versam sobre o problema dos obstáculos impostos ao acesso aos medicamentos por parte dos países em desenvolvimento. Além de salientar a necessidade de uma clarificação do conteúdo do Acordo TRIPS⁴¹⁶ (designadamente em matéria de produção local de medicamentos ao abrigo de licenças obrigatórias), a Assembleia Parlamentar Paritária exorta os Estados-Membros e a Comissão a expressarem o seu apoio à posição daqueles países na interpretação deste acordo.

– Resolução Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, reunida na Cidade do Cabo (África do Sul), de 21 de Março de 2002, sobre o impacto das doenças transmissíveis na saúde, nos jovens, nos idosos e nas pessoas com deficiência, *Jornal Oficial n.º C 231, de 27/09/02.*

Nos considerandos são referidos aspectos como a insuficiência dos serviços de saúde da maioria dos países ACP para a satisfação das necessidades locais, o facto de haver estudos a indicar que 75 % dos problemas de saúde maternos poderiam ser evitados através de cuidados de saúde reprodutiva, as deficiências no acesso aos cuidados de saúde e aos tratamentos, e a importância de serviços públicos fortes nos sectores da saúde, da educação e do abastecimento de água.

A Assembleia Parlamentar Paritária entende que a saúde deveria ser uma das prioridades na cooperação europeia com os países ACP. Sublinha que cabia aos governos desses países a responsabilidade de restaurar os serviços públicos e os sistemas de saúde nos respectivos territórios e que a *ajuda europeia* deveria conceder um particular apoio a este processo, através de ajudas de emergência e de um reforço da capacidade humana e institucional e das infra-estruturas. Salienta a importância do acesso a água potável e a alimentos para a saúde pública, insistindo na transversalidade da saúde e no significado da melhoria das condições de vida para o aumento da esperança de vida. Lamenta que “*os objetivos da política da União Europeia em*

⁴¹⁶ Na Declaração a aprovar pela OMC em Doha, deveria ser expressamente reconhecida a possibilidade de recurso às cláusulas de salvaguarda do Acordo TRIPS e clarificado que não poderia ser levantado qualquer processo na OMC contra os países que o fizessem.

matéria de desenvolvimento, que favorece o desenvolvimento económico e o sector privado em detrimento do desenvolvimento social e humano, não dêem prioridade à saúde”. Solicita aos países ACP e à UE o aumento do seu financiamento da saúde reprodutiva e a melhoria da coordenação dos dados. Pede que a missão do Fundo Mundial da Saúde inclua as acções de prevenção e promova que seja facultado o acesso aos medicamentos por parte dos países em desenvolvimento. Convida a União Europeia a contribuir substancialmente para aquele fundo, pedindo a criação de recursos específicos para esse fim e a sua sujeição a legislação europeia adequada. Insta a Comissão a adoptar medidas de apoio e a financiar parte da investigação (v.g., através do 6º Programa-Quadro de Investigação) relativa às doenças negligenciadas e aos tratamentos pouco rentáveis nos países em desenvolvimento. Exprime o receio de que a referência explícita ao Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS) no Acordo de Cotonu, que defendia a liberalização da prestação de serviços a nível mundial, constituísse uma grave ameaça ao acesso aos serviços de saúde nos países ACP, lembrando que a liberalização do abastecimento de água não tinha conduzido a uma redução dos custos, nem a uma melhor qualidade, nem a uma maior equidade no acesso aos serviços. Recomenda aos governos dos países ACP que apliquem as cláusulas de salvaguarda relativas à saúde previstas nos acordos TRIPS, tal como clarificadas pela Declaração de Doha, que os autorizam a fabricar medicamentos genéricos a um custo inferior, de forma a proteger a saúde pública. Solicita que a Declaração de Doha assumira estatuto jurídico nos acordos TRIPS e tenha força de lei incondicional perante o Órgão de Resolução de Litígios. Requer que seja procurada uma solução no âmbito dos acordos TRIPS, para que os países ACP sem capacidade de produção farmacêutica possam recorrer a importações paralelas de medicamentos genéricos de países terceiros. Solicita uma moratória para a entrada em vigor dos acordos de Bangui, assinados por 16 países membros da Organização Africana da Propriedade Intelectual (OAPI), que extravasavam as obrigações estritas provenientes dos acordos TRIPS⁴¹⁷. Requer a revisão do Acordo TRIPS, no sentido da clarificação da distinção entre “descoberta” e “invenção” e da exclusão de qualquer organismo vivo do domínio da patenteabilidade.

⁴¹⁷ Reduziam as oportunidades de acesso destes países às licenças obrigatórias para a produção de medicamentos essenciais e excluíam automaticamente as importações paralelas provenientes de países terceiros, fora da região da OAPI.

– **Resolução da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-EU, reunida em Brazzville (República do Congo), de 3 de Abril de 2003**, sobre as negociações na OMC relativas a questões de saúde, *Jornal Oficial n° C 231, de 26/09/03*.

Na Resolução são evidenciadas as situações que contrariavam a aplicação das salvaguardas previstas no Acordo TRIPS e na Declaração de Doha. A Assembleia Parlamentar Paritária apela a que o problema seja resolvido em sentido favorável à saúde pública e não a interesses económicos. Insta a Comissão e os Estados-Membros a assumir uma posição mais firme nas negociações TRIPS, no quadro da OMC, em conformidade com aquele objectivo⁴¹⁸. Afirma que o conteúdo da Declaração de Doha relativamente ao que poderia constituir fundamento para a emissão de licenças obrigatórias era inequívoco, considerando inaceitável a proposta da Comissão de elaboração de uma lista das doenças visadas. Refere o problema da desigualdade entre os países com capacidade para produzir produtos farmacêuticos e os que não a tinham, relativamente às possibilidades de recurso às licenças obrigatórias, emitidas ao abrigo do Acordo TRIPS⁴¹⁹. Insta a Comissão a procurar uma solução justa para o problema, enunciando formas possíveis de ultrapassá-lo.

Entre as restantes disposições relativas a este Acordo, destacamos a referência à circunstância de a OMC não ser a entidade adequada para arbitrar ou determinar regras sobre questões de saúde pública ou de acesso a medicamentos essenciais, bem como à necessidade de o Acordo TRIPS ser subordinado a outros valores e autoridades, “*tal como está implícito na Declaração de Doha*”.

2.9. Declarações adoptadas em Conferências

– **Declaração de Dublin sobre o VIH/SIDA nas prisões na Europa e na Ásia Central**, adoptada na Conferência Ministerial “Quebrar as barreiras: Parceria para combater o HIV/SIDA na Europa e na Ásia Central”, realizada no âmbito da

⁴¹⁸ Havia necessidade de garantir “*que a prioridade seja sempre reconhecida à saúde pública e não a considerações comerciais, a patentes ou aos lucros das empresas farmacêuticas*”, tanto através da assunção dessa posição mais firme, como na resolução dos conflitos entre ambos.

⁴¹⁹ Problema referido expressamente no artigo 6º da Declaração de Doha.

Presidência irlandesa, em 23 e 24 de Fevereiro de 2004⁴²⁰

O VIH/SIDA nas prisões constituía um problema grave na Europa e na Ásia Central, sendo muitas vezes superior a sua incidência neste contexto do que na população em geral. A situação piorava devido à elevada prevalência de hepatite C e de tuberculose em muito países. Na maioria dos casos, os altos níveis de infecção pelo VIH estavam relacionados com a partilha de equipamento de injeção, dentro e fora das prisões, e com as relações sexuais nas prisões. Na maioria dos países não tinham sido aplicadas medidas de prevenção adequadas nas prisões, apesar de já haver casos a demonstrar a eficácia da adopção das mesmas nestes espaços. Em consequência, os prisioneiros eram mais vulneráveis ao risco de infecção pelo VIH e aqueles que viviam já com a infecção tinham um risco acrescido de deterioração da sua saúde, de co-infecção com a hepatite C e ou a tuberculose e de morte prematura. As dificuldades na implementação de programas abrangentes de redução do VIH/SIDA nas prisões deviam-se frequentemente à falta de vontade política ou a políticas que privilegiavam um sistema de tolerância zero ao consumo de drogas, em detrimento da *tolerância zero ao VIH/SIDA*. Em alguns outros casos, resultava de uma falta de recursos do Estado e de tecnologias para o efeito. Também acontecia serem ambos. Era uma obrigação dos governos, ao abrigo da legislação nacional e internacional, da moral e da ética, prevenir a propagação do VIH/SIDA nas prisões e disponibilizar os devidos cuidados, tratamentos e apoio às pessoas infectadas. É enfatizado que as pessoas privadas de liberdade têm os mesmos direitos da comunidade em geral, bem como a ligação entre a vida e a saúde de ambas, na medida em que a protecção de umas influencia positivamente a de outras. A protecção daquela população contribuiria também para proteger o pessoal prisional.

A Declaração oferece um enquadramento para o desenvolvimento de uma resposta eficaz ao VIH/SIDA nas prisões da Europa e da Ásia Central. Contém uma *declaração de princípios fundamentais* e um quadro de acção, definidos com base nas melhores práticas a nível internacional, em provas científicas, nos direitos humanos

⁴²⁰ Sobre a aplicação da Declaração, *vide* OMS (Europa)/ONUSIDA, “Progressos na Implementação da Declaração de Dublin sobre Parcerias para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central”, disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf (consulta em 25.10.12).

fundamentais das pessoas privadas de liberdade e na obrigação dos Estados de os concretizar⁴²¹.

Os princípios são os seguintes: *i) As pessoas nas prisões são parte integrante das comunidades* – sublinha-se os diferentes papéis que estas pessoas, como quaisquer outras, podem representar na comunidade (ex: pais e filhos) e o facto de na maior parte das vezes estas *voltarem* para a mesma; *ii) As pessoas nas prisões têm direito à saúde* – o que inclui o direito a tratamento médico e a medidas de prevenção, bem como a padrões de cuidados de saúde equivalentes aos disponíveis para a comunidade em geral (os Estados que não cumprirem este princípio violam a legislação e directrizes internacionais relativas ao tratamento dos prisioneiros⁴²²); *iii) Boa saúde na prisão é boa saúde pública* – sublinha-se que o facto de haver maior risco de contrair doenças nas prisões afecta a comunidade em geral, na medida em que estas pessoas vão ser libertadas; *iv) Proteger a saúde dos prisioneiros, e reduzir a transmissão das doenças nas prisões, também protege a saúde do pessoal prisional* – a melhoria dos programas de prevenção para os prisioneiros é também uma forma de promover a segurança e a saúde no local de trabalho para o pessoal prisional; *v) O sexo e o consumo de drogas injectáveis ocorrem nas prisões, e em muitas delas estão generalizados* – os governos deveriam reconhecer publicamente esta situação e aplicar as medidas necessárias, em ordem a combater o VIH/SIDA; *vi) a redução de riscos, em vez da tolerância zero, deve ser a base política pragmática para o combate ao VIH/SIDA nas prisões e na prestação de cuidados* – é afirmado que as políticas de tolerância zero relativamente ao consumo de drogas podem criar barreiras ao combate ao VIH/SIDA nas prisões, na medida em que os prisioneiros toxicodependentes continuam a consumir drogas injectáveis de forma insegura; *vii) o VIH/SIDA nas prisões é um problema grave em muitos países, e os Estados devem agir colectivamente e em cooperação na luta contra a epidemia* – na medida em que o VIH/SIDA constitui um problema no plano internacional, requer soluções internacionais, designadamente para ajudar países mais carenciados a aplicar medidas de prevenção e a fornecer tratamento nas prisões; *viii) A acção para combater*

⁴²¹ Ambos baseados no “conjunto de boas práticas internacionalmente reconhecidas, nas evidências científica, nos direitos humanos fundamentais das pessoas privadas de liberdade e na obrigação dos Estados de respeitar, defender e promover esses direitos” (traduzido do original, em inglês).

⁴²² Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Article 12), the International Covenant on Civil and Political Rights (Article 10.1), the United Nation’s Basic Principles for the Treatment of Prisoners (Principles 5 and 9), and the Council of Europe’s Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison (Recommendation 10).

a hepatite C nas prisões é tão crucial como a acção para combater o VIH/SIDA, e tem de ser integrada em todas as iniciativas destinadas à prevenção e ao tratamento do VIH/SIDA – a hepatite C está também associada ao consumo de drogas injectáveis, havendo o problema da co-infecção com VIH/SIDA, a requerer uma associação das respostas desenvolvidas.

As acções enumeradas têm em vista a concretização dos seguintes direitos dos reclusos: *i)* a serem protegidos da infecção pelo VIH, da reinfeção e da co-infecção com hepatite C e ou TB – os Estados-Membros deveriam, nomeadamente, garantir as medidas de prevenção disponíveis para a comunidade em geral, promover o acesso a metadona e outros tratamentos de substituição, permitir o acesso a medidas de redução de riscos em ambiente de confidencialidade e não-discriminação; *ii)* a manterem e protegerem a sua saúde – os Estados-Membros deveriam, nomeadamente, garantir o acesso a tratamentos e cuidados de VIH/SIDA equivalentes aos que existem para a comunidade em geral (designadamente no caso das mulheres grávidas) e melhorar as condições dos espaços a que estão confinadas pessoas que têm um sistema imunitário enfraquecido; *iii)* a manterem confidencial o seu estatuto serológico – os Estados deveriam garantir a segurança e a confidencialidade da informação médica dos prisioneiros e que estes não seriam tratados de forma a revelar o seu estatuto serológico; *iv)* ao consentimento informado no acesso ao tratamento do VIH, incluindo o direito a recusá-lo – os Estados deveriam proibir a imposição do tratamento aos prisioneiros com VIH/SIDA e garantir que estes tinham a informação necessária para o consentir; *v)* ao acesso a testes voluntários e confidenciais, com acompanhamento antes e depois da sua realização, bem como ao consentimento informado – os Estados deveriam proibir rastreios obrigatórios aos prisioneiros, garantir o acesso aos testes e a acompanhamento, bem como a confidencialidade dos dados; *vi)* os prisioneiros com VIH/SIDA, a viverem sem estigma, discriminação e violência – os Estados deveriam garantir a não segregação e isolamento destes prisioneiros e, nomeadamente, promover a educação sobre VIH/SIDA para estes e o pessoal prisional; *vii)* a receberem educação sobre o VIH/SIDA correcta, acessível, e numa base de não-censura; *viii)* a que seja reconhecida e respeitada a sua diversidade na implementação dos serviços de VIH/SIDA (designadamente, o género, a idade, a orientação sexual); *xix)* a serem consultados na concepção e desenvolvimento dos programas de VIH/SIDA nas prisões (além do dever de audição do pessoal prisional e de organizações não governamentais); *x)* os

prisioneiros que vivem com o VIH/SIDA, a continuar a ter acesso aos serviços de saúde após a libertação. O último artigo da Declaração (11º) é relativo à obrigação dos Estados mais ricos ajudarem os países mais carenciados na disponibilização da prevenção e tratamento do VIH/SIDA aos prisioneiros.

- Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central, adoptada na Conferência Ministerial “Quebrar as barreiras: Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central”, realizada no âmbito da presidência irlandesa, em 23 e 24 de Fevereiro de 2004

Na Declaração é expresso um consenso relativamente a um conjunto de acções destinadas a tornar mais célere a implementação da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001⁴²³. As acções previstas são estruturadas sob cinco epígrafes, conforme a seguir se enuncia.

Primeira, a *Liderança*, que deveria ser promovida tanto relativamente aos chefes de Estado e de governo (v.g., para a protecção dos direitos humanos, combate à discriminação e garantia do acesso a educação, informação e serviços), como às organizações da sociedade e ao sector privado. Haveria que acelerar a implementação da Declaração de Compromisso no que se referia aos órfãos e jovens infectados e afectados pelo VIH/SIDA. Neste âmbito estão previstas também, e nomeadamente, acções de fomento ao envolvimento das organizações da sociedade no desenho, revisão e acompanhamento dos progressos alcançados na resposta ao VIH/SIDA e na adopção de medidas para identificar e abordar obstáculos à mesma.

Segunda, a *Prevenção*, em que se prevê, nomeadamente: *i*) a renovação dos esforços para garantir que, em 2005, pelo menos 90% dos jovens (15-24 anos) têm acesso a informação, educação e serviços necessários para reduzir a vulnerabilidade ao VIH/SIDA; *ii*) a garantia de que, em 2010, 80% das pessoas em maior risco e mais vulneráveis ao VIH/SIDA estão cobertas pelos programas de prevenção; *iii*) a melhoria do acesso de utilizadores de drogas injectáveis à prevenção, ao tratamento da toxicod dependência e aos serviços de redução dos riscos, através da promoção e reforço dos programas neste âmbito (v.g. programas de distribuição de agulhas e seringas, de

⁴²³ Declaração adoptada na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral da ONU sobre VIH/SIDA, de 25 a 27 de Junho de 2001.

terapias de drogas de substituição, ou diagnóstico de IST); *iv*) garantia do acesso de mulheres infectadas pelo VIH e mulheres grávidas a serviços de saúde reprodutiva e materna, para prevenir a transmissão vertical; *v*) em 2010, a eliminação do VIH/SIDA em crianças na Europa e na Ásia Central; *vi*) a garantia do acesso equitativo e da promoção do uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva e de equipamentos de prevenção de alta qualidade, seguros e acessíveis; *vii*) em 2005, o desenvolvimento de estratégias e programas nacionais e regionais destinados a aumentar a capacidade das mulheres e adolescentes para se protegerem do risco da infecção pelo VIH e reduzirem a sua vulnerabilidade ao mesmo; *viii*) em 2005, o desenvolvimento de estratégias nacionais e regionais; *ix*) em 2005, o desenvolvimento de estratégias nacionais e regionais para garantir que homens e mulheres em serviços uniformizados (v.g. forças armadas) têm acesso a informação, serviços e meios de prevenção para reduzir os comportamentos de risco; *x*) controlo da prevalência de IST, sobretudo entre populações com maior risco e mais vulneráveis ao VIH/SIDA, através de um aumento da consciencialização pública e de serviços melhores e mais acessíveis de diagnóstico e tratamento; *xi*) financiamento, melhoria e harmonização dos sistemas de vigilância.

Terceira, *Viver com o VIH/SIDA*, em que se prevê, designadamente: *i*) o combate ao estigma e à discriminação das pessoas que vivem com esta doença na Europa e na Ásia Central, nomeadamente através da revisão crítica e acompanhamento da legislação, das políticas e das práticas, com o objectivo de promover o respeito pleno pelos direitos humanos destas pessoas; *ii*) em 2005, a promoção do acesso universal à prevenção e ao tratamento (eficaz, acessível e equitativo)⁴²⁴; *iii*) a garantia da implementação breve da Decisão da OMC, de 30 de Agosto de 2003 (sobre a aplicação do parágrafo 6 da Declaração de Doha); *iv*) o aumento do acesso a cuidados paliativos, aconselhamento, apoio psicológico, assistência ao domicílio e outros serviços sociais importantes para pessoas que vivem com o VIH/SIDA, que não sejam discriminatórios; *v*) o investimento em I&D de terapêuticas e diagnósticos mais acessíveis e fáceis de utilizar; *vi*) o acompanhamento das melhores práticas e a tomada de medidas concretas para a partilha de informações sobre disponibilização de serviços de prevenção, tratamento e cuidados, particularmente a pessoas em maior risco e mais vulneráveis.

⁴²⁴ Incluindo através do apoio técnico da ONU, mediante a iniciativa global liderada pela OMS e a ONUSIDA, para garantir que, em 2005, 3 milhões de pessoas no mundo recebem tratamento anti-retroviral (“3 by 5”).

Quarta, *Parcerias*, onde se prevê, nomeadamente, o reforço da coordenação e cooperação entre os países da Europa e da Ásia Central e outros parceiros, para o desenvolvimento das respostas ao VIH/SIDA e a mitigação das suas consequências, o envolvimento das organizações da sociedade e das pessoas em maior risco e mais vulneráveis nas estratégias desenvolvidas, o trabalho em conjunto com *líderes* do sector privado, v.g., através de programas de educação no local de trabalho e de políticas de emprego não discriminatórias, e o envolvimento da indústria farmacêutica em parcerias público-privadas.

Quinta, *Acompanhamento*, em que os representantes dos Estados e dos governos da Europa e da Ásia Central assumem o compromisso de monitorizar e avaliar a implementação das acções enumeradas nesta Declaração, além das demais que constam da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA da ONU⁴²⁵, e apelam à União Europeia e a outras instituições e organizações relevantes para que, em parceria com o ONUSIDA, estabeleçam os fóruns e mecanismos adequados para avaliar os progressos atingidos, com uma periodicidade bienal.

– **Declaração de Viena sobre medidas para reforçar a resposta ao VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos**, adoptada pelos ministros e representantes dos governos da União Europeia e Países vizinhos, na Conferência “A Europa e o

⁴²⁵ Vide, relativamente ao acompanhamento da aplicação da Declaração em referência, no período de 2006-2008, Ed. Srdan Matic, Jefferey Lazarus, Stine Nielsen, Ulrich Laukamm-Josten, “*Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*”, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf (consulta em 19.10.11). Destacamos a enunciação de elementos chave para proteger os direitos humanos, entre os quais o acesso à justiça (designadamente, em face do medo da divulgação do estatuto serológico, devido ao estigma e à discriminação associados), a participação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, a necessidade de dados qualitativos sobre situações de estigma e discriminação experienciadas pelas pessoas que vivem com o VIH/SIDA e pela comunidade em geral, e a organização dos indicadores, consoante se refiram a *estruturas, processos e resultados* (pág. 195 e seguintes). Sublinhamos ainda o relatório sobre a situação específica de Portugal, nas págs. 265 a 274. Quanto ao período de 2008-2010, vide Relatório Especial do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report*, disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1009_SPR_Dublin_declaration_progress_report.pdf (consulta em 19.10.11). Portugal foi um dos 49 países que respondeu ao questionário enviado pelo ECDC a 55 países, em cujas respostas se baseia o relatório citado. No que tange aos dados relativos a Portugal, salientamos, na página 161 do relatório, a referência à inexistência de mecanismos para garantir que as leis anti-discriminação são efectivamente implementadas [*Twenty five (41%) countries provided information about mechanisms to ensure laws are implemented (...). Two countries* (Poland, Portugal) reported that there are no mechanisms in place (...)*].

VIH/SIDA – Novos Desafios, Novas Oportunidades”, realizada, em VÍlnius, Lituânia, em 16 e 17 de Setembro de 2004

Perante a ameaça do crescimento da epidemia na Europa e nos países vizinhos, e com base na Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001, os ministros e os representantes dos Estados e dos governos declaram ser sua vontade: *i*) assegurar a existência de planos de financiamento, estratégias e estruturas coerentes, abrangentes e multissetoriais na resposta ao VIH/SIDA, a sua implementação a nível nacional e infra-nacional, e que as mesmas fomentem o envolvimento das pessoas que vivem com a doença ou que são afectadas pela mesma; *ii*) conduzir estudos, com a participação das pessoas infectadas pelo VIH e das pessoas em maior risco e mais vulneráveis, sobre os progressos obtidos no incremento de programas e estratégias nacionais baseados em evidências⁴²⁶; *iii*) promover a luta contra o VIH/SIDA, de acordo com as acções definidas na Declaração de Dublin⁴²⁷, e reconhecer os factores fundamentais da igualdade de género; *iv*) abordar o papel dos homens e rapazes no combate ao VIH/SIDA e na promoção da igualdade de género e encorajá-los a tomar responsabilidade pelos seus comportamentos sexuais e a respeitar os direitos das mulheres e raparigas; *v*) abordar a particular vulnerabilidade das mulheres e raparigas à infecção; *vi*) trabalhar no sentido da recolha de dados biológicos e comportamentais e assegurar a existência e o funcionamento de sistemas de vigilância e avaliação (que sejam abrangentes, estandardizados, comparáveis, éticos, adequados e confidenciais); *v*) fornecer o acesso universal a serviços de prevenção para o VIH/SIDA e outras IST, e ao tratamento, acompanhamento e apoio adequados, seguros e eficazes (implica serviços acessíveis e assentes numa base de não-censura e não-discriminação); *vii*) abordar as necessidades especiais das populações migrantes em matéria de não-discriminação e acesso à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio; *viii*) intensificação dos esforços para desenvolver novas tecnologias de prevenção (como acordado na Conferência de Dublin sobre Novas Tecnologias de Prevenção – *Providing new options to stop the spread of HIV/AIDS* – de 24 de Junho de 2004), bem como da educação relativa à prevenção do VIH/SIDA; *ix*) continuar a desenvolver e aplicar legislação

⁴²⁶ Os estudos deveriam estar disponíveis no final de 2005 e ser reavaliados de dois em dois anos após a apresentação do primeiro.

⁴²⁷ Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central.

relevante, com vista sobretudo a proibir a discriminação motivada por qualquer factor subjectivo (v.g., no emprego), a combater a exclusão social e a discriminação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA e as que têm maior risco, a promover a sua integração social e laboral, a assegurar o cumprimento das normas internacionais em matéria de dados pessoais, a garantir a liberdade de movimentos e a protecção relativamente a medidas coercivas de saúde pública a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA; x) usar os instrumentos financeiros nacionais e os fundos comunitários na resposta ao VIH/SIDA.

Em ordem a atingir os objectivos visados, os ministros e os representantes dos Estados e dos governos dirigem um apelo à sociedade e às ONG para que se envolvam. Apela também aos parceiros internacionais (sobretudo ao ONUSIDA) para que, em parceria com as instituições da União Europeia e os Estados-Membros, realizem as acções enunciadas (nomeadamente, que orientem e apoiem a revisão da legislação, das políticas e das práticas existentes a nível nacional e regional, no sentido da promoção dos direitos das pessoas com VIH/SIDA e dos membros das comunidades afectadas).

– **Declaração de Bremen, de 3 de Março de 2007, sobre “Responsabilidade e Parceria – Juntos contra o VIH/SIDA”**, adoptada pelos ministros e representantes dos governos da União Europeia e Países vizinhos na Conferência realizada em Bremen, Alemanha, em 12 e 13 de Março de 2007

Os ministros e os representantes dos Estados e dos governos comprometem-se nomeadamente a: *i*) assumir liderança política a nível nacional, europeu e internacional para combater epidemia; *ii*) respeitar, agir e, sendo necessário, legislar para promover e garantir os direitos humanos (v.g., combater a discriminação), sobretudo das pessoas que vivem com o VIH/SIDA e das mais afectadas pela epidemia na Europa e nos países vizinhos [utilizadores de drogas injectáveis e seus parceiros, homens que fazem sexo com homens, jovens, mulheres, migrantes, crianças, prisioneiros e prostitutas(os)]; *iii*) promover o acesso universal à prevenção baseada em evidências (v.g., redução de riscos); *iv*) partilhar e implementar as melhores práticas na prevenção do VIH/SIDA e de outras IST; *v*) continuar a reduzir a transmissão vertical; *vi*) promover a educação sexual, o aconselhamento e serviços dirigidos à adopção de comportamentos sexuais seguros entre os jovens; *vii*) envolver significativamente os parceiros em todo o

processo, nomeadamente as organizações de pessoas que vivem com VIH/SIDA; *viii*) prosseguir os objectivos da Declaração de Dublin⁴²⁸ no âmbito de I&D; *ix*) cooperar para garantir o acesso a medicamentos a preços comportáveis.

Os ministros e os representantes dos Estados e dos governos dirigem um apelo à Comissão para que proceda a determinadas acções, entre as quais a promoção do intercâmbio das melhores práticas de prevenção, através da criação de uma *câmara de compensação* para modelos exemplares na matéria. Convidam as organizações da sociedade a cooperar com os governos, em função das suas competências específicas, e o sector privado a contribuir para consciencializar as pessoas quanto aos riscos do VIH/SIDA e a ser solidário com as pessoas que vivem com a doença, com destaque para os meios de comunicação social, os empregadores e os sindicatos (designadamente, para que assegurem políticas não-discriminatórias nos locais de trabalho), e a indústria farmacêutica (*v.g.*, para que facilitem o acesso ao tratamento a preços acessíveis)⁴²⁹

2.10. Tribunal de Justiça da União Europeia

– **Acórdão de 5 de Outubro de 1994.** X contra Comissão das Comunidades Europeias. Recurso – Agente temporário – Inspecção médica de contratação – Alcance da recusa do interessado de se sujeitar a um teste da sida – Ofensa do direito de manter secreto o estado de saúde. Processo C-404/92⁴³⁰

No caso em apreço, X recorre do acórdão do Tribunal de Primeira Instância, de 18 de Setembro de 1992, que havia confirmado uma decisão da Comissão, de 6 de Junho

⁴²⁸ Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central.

⁴²⁹ A propósito da Declaração em referência veja-se, ECDC, “*HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic*”, *Technical Report*, Background paper prepared for the conference “Responsibility and Partnership: Together Against HIV/AIDS” Bremen, 12–13 March 2007, disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0703_TER_HIV_in_Europe_25_Years_Pandemic.pdf (consulta em 10.02.12)

⁴³⁰ Cfr. Conclusões do advogado-geral Van Gerven apresentadas em 27 de Abril de 1994: X contra Comissão das Comunidades Europeias. Recurso – Agente temporário – Inspecção médica de contratação – Alcance da recusa do interessado de se sujeitar a um teste da sida - Ofensa do direito de manter secreto o estado de saúde. Processo C-404/92, Colectânea da Jurisprudência, 1994, página I-04737.

de 1989, de recusa da sua contratação para as funções de dactilógrafo, por um período de seis meses, com fundamento em inaptidão física.

Quanto à matéria de facto salientamos que, em exame clínico realizado para aferir a aptidão de X, e depois de este ter recusado que lhe fosse efectuado um teste de despistagem de VIH/SIDA, este foi sujeito a um exame biológico, concretamente um teste linfocitário T4/84, destinado a avaliar o seu estado imunitário. Na sequência deste teste, o médico assessor concluiu pela sua inaptidão física.

X vem alegar, designadamente, que foi submetido a um teste de despistagem dissimulado, pois que este é “normalmente utilizado para verificar a evolução da doença nas pessoas atingidas pela sida”.

Entre as considerações do Tribunal destacamos a referência à jurisprudência do Tribunal de Justiça, segundo a qual o direito ao respeito pela vida privada (artigo 8º da CEDH) “comporta, designadamente, o direito de uma pessoa manter secreto o seu estado de saúde”.

No caso *sub judice*, o Tribunal afirma que “o direito ao respeito pela vida privada exige que se respeite a recusa do interessado na sua totalidade” e que, tendo X recusado a realização do teste de rastreio de VIH, este “deveria opor-se a que a Administração efectuasse qualquer teste susceptível de levar à suspeita ou à conclusão da existência da doença, cuja pesquisa – e, *a fortiori*, cuja revelação – o recorrente recusara”. Acrescenta ainda que, no caso, “o teste linfocitário em causa fornecera ao médico assessor indicações suficientes para concluir pela possibilidade de uma presença do vírus da sida no candidato”.

Face ao exposto, o Tribunal decide a favor do recorrente, anulando a decisão da Comissão, bem como o acórdão recorrido, na parte em que confirmara aquela decisão.

III. Europa

3.1. Conselho da Europa

3.1.1. Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa

Resoluções

– **Resolução 812 (1983), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 23 de Novembro**, sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa manifesta preocupação com a nova doença que emergia, de origem ainda desconhecida, que *“enquanto afecta homossexuais, também atinge outras categorias de pessoas”*. O combate à discriminação dos portadores desta doença e dos homossexuais é central no documento. A Assembleia adverte, nomeadamente, para o problema da divulgação de informação incorrecta e tendenciosa por parte da comunicação social, que fomentava a percepção de uma ligação intrínseca entre a homossexualidade e a SIDA, alertando para a necessidade de respeitar sempre o princípio da privacidade e da autodeterminação em matéria de sexualidade. Para o efeito, dirige-se a várias entidades, propondo que estas sigam as orientações enunciadas. É o que faz relativamente à comunicação social, ao instá-la a assegurar que *“nenhuma informação sobre a SIDA é desviada do seu curso para se tornar uma informação direccionada contra os homossexuais”*.

– **Resolução 1394 (2004), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 7 de Setembro** – O envolvimento dos homens, sobretudo homens jovens, na saúde reprodutiva

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa salienta a necessidade de alterar a percepção das questões sobre saúde sexual e reprodutiva (v.g., as DST), enquanto “questões de mulheres”, bem como de uma partilha de responsabilidades entre homem e mulher, nomeadamente no que respeita à adopção de comportamentos

seguros. Solicita aos governos dos membros do Conselho da Europa e aos Estados Observadores que envolvam os homens e os rapazes em todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, através de campanhas de sensibilização e de programas de educação, e que fomentem o acesso, por parte daqueles, a serviços de saúde reprodutiva.

– **Resolução 1399 (2004), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 5 de Outubro** – Estratégia europeia para a promoção da saúde e dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva

Os Estados-membros são instados a trabalhar em conjunto de forma a elaborar uma estratégia europeia para promoção da saúde sexual e reprodutiva e para preparação, adopção e implementação de estratégias nacionais abrangentes, que abordem determinadas questões, entre as quais o aumento das taxas de incidência de DST, incluindo o VIH/SIDA⁴³¹.

– **Resolução 1536 (2007), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro** – VIH/SIDA na Europa

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa insta os parlamentos e os governos dos países membros deste Conselho, nomeadamente a: *i*) assegurar que as suas leis, políticas e práticas respeitam os direitos das pessoas infectadas pelo VIH, particularmente o direito à educação, ao trabalho e o de acesso à prevenção, tratamento, cuidados e apoio; *ii*) proteger estas pessoas da discriminação a que possam estar sujeitas nos sectores público e privado, fornecer recursos judiciais e administrativos rápidos e eficazes nos casos em que aquela ocorra; *iii*) promover a igualdade de género; *iv*) garantir o desenvolvimento de estratégias nacionais que impulsionem a autodeterminação e a capacidade de agir das mulheres, nomeadamente reduzindo a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA, através da eliminação de todas as formas de discriminação e violência de que são vítimas, e promovendo a sua educação e o pleno

⁴³¹ O enunciado de questões a atender integra ainda matérias como a necessidade de adequação da informação, educação e serviços disponíveis para os diferentes grupos etários e sociais em causa. A Assembleia refere, designadamente, a necessidade de responder às necessidades específicas de grupos vulneráveis, como os migrantes, as minorias e a população rural. A falta de acessibilidade aos serviços e equipamentos de saúde sexual e reprodutiva e a violência sexual são outros dos assuntos elencados.

acesso aos serviços de saúde disponíveis; v) elaborar e aplicar legislação e políticas nacionais que abordem as necessidades das crianças órfãs ou tornadas vulneráveis devido à epidemia; vi) proibir os testes de despistagem obrigatórios para pessoas que solicitam vistos para viajar, asilo, emprego ou inscrição numa universidade; vii) traduzir as políticas nacionais de combate ao VIH/SIDA em acções a desenvolver a nível distrital e local, que envolvam as entidades e organizações competentes e sobretudo as pessoas que vivem com a doença; viii) implementar abordagens multisectoriais que combatam os efeitos do VIH/SIDA no desenvolvimento económico e social.

A Assembleia solicita ainda aos parlamentos que: i) elaborem legislação que defina padrões nacionais de protecção para as pessoas que vivem com o VIH/SIDA, especialmente aquelas que pertençam a grupos vulneráveis, como as mulheres e as crianças, e tendo uma particular atenção quanto à situação de quem tenha perdido um familiar devido ao VIH/SIDA (ou, sendo caso disso, alterem a existente); ii) revejam e ajustem a legislação de modo a garantir a sua conformidade com as directrizes internacionais sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos; iii) adoptem legislação no sentido de punir aqueles que transmitem intencionalmente o VIH/SIDA.

– Resolução 1537 (2007), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro – Um futuro para as crianças infectadas com VIH/SIDA e para os órfãos de SIDA

De acordo com a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, os Estados-Membros deveriam integrar nas políticas nacionais e internacionais de VIH/SIDA as questões que atingem especificamente as crianças. Na Resolução, enumera aquelas que considera as prioridades a atender nas referidas políticas (prioridades devidamente adequadas às necessidades específicas de cada país e continente). O elenco de prioridades engloba matérias como o acesso à prevenção e ao tratamento do VIH/SIDA, o apoio psicológico e social, a não discriminação no acesso à educação, ao emprego e aos serviços de saúde. Da leitura desse elenco depreende-se o reconhecimento da necessidade de combater os factores sociais que levam à propagação da infecção entre as crianças.

Recomendações

– **Recomendação 1080 (1988), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 30 de Junho**, sobre uma política de saúde europeia coordenada para prevenir a expansão do VIH nas prisões

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa recomenda ao Conselho de Ministros que convide os Estados-Membros a adoptar determinadas medidas, essencialmente destinadas a: *i*) divulgar informação sobre o VIH/SIDA ao pessoal prisional e aos prisioneiros⁴³²; *ii*) disponibilizar testes de despistagem e aconselhamento, bem como garantir a confidencialidade dos resultados⁴³³; *iii*) assegurar o não isolamento e a não segregação dos prisioneiros infectados; *iv*) transferir aqueles que estão doentes com SIDA para hospitais especializados; *v*) assegurar padrões de higiene e de alimentação que contribuam para diminuir o risco de SIDA; *vi*) tornar os preservativos acessíveis aos prisioneiros; *vii*) agir activamente para impedir a introdução ilícita de drogas e de material de injeção nas prisões e ainda para ajudar os toxicodependentes (permitindo, em último recurso, a disponibilização de seringas limpas). O Comité de Ministros é ainda aconselhado a instruir o Comité Europeu para os Problemas Criminais⁴³⁴ no sentido da elaboração urgente de regras mínimas, baseadas nas propostas constantes nesta Recomendação relativas ao tratamento das pessoas infectadas pelo VIH nas prisões.

– **Recomendação 1116 (1989), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 29 de Setembro**, sobre SIDA e direitos humanos

A Recomendação centra-se nos aspectos éticos da infecção VIH/SIDA. A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa salienta a necessidade de assegurar que os direitos humanos e as liberdades fundamentais não são coarctados devido ao temor

⁴³² A informação disponibilizada aos prisioneiros deveria ser escrita e, se necessário, traduzida.

⁴³³ O conhecimento dos resultados dos testes de diagnóstico deveria ficar restringido às autoridades directamente envolvidas na saúde e na gestão dos prisioneiros. Nas considerações iniciais do documento é sublinhada a ineficácia de medidas compulsórias de despistagem e a necessidade de, também nas prisões, os testes de rastreio serem de carácter confidencial: “*as in the general population, compulsory measures are likely to be ineffective, discriminatory and invidious*”.

⁴³⁴ *European Committee on Crime Problems (CDPC)*.

suscitado pela epidemia, de garantir o segredo médico e o anonimato dos portadores da doença, bem como de combater a discriminação motivada pelo conhecimento do estatuto serológico.

A Assembleia dirige as seguintes recomendações ao Comité de Ministros: *i*) que instrua o Comité Director para os Direitos Humanos a conceder prioridade ao reforço da cláusula de não discriminação prevista no artigo 14º da CEDH, seja aditando a saúde ao elenco de factores de não discriminação, seja formulando uma cláusula geral sobre a igualdade de tratamento perante a lei; *ii*) que convide os Estados-Membros que ainda não ratificaram a Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados Pessoais⁴³⁵ a fazê-lo; *iii*) que instrua o Comité de peritos em matéria de protecção de dados a investigar os problemas relacionados com os dados computadorizados relativos a portadores de VIH/SIDA. A Assembleia recomenda ainda que o Comité de Ministros convide os Estados-Membros do Conselho da Europa a adoptarem (ou absterem-se de adoptar) um conjunto de medidas: 1) seguir os procedimentos necessários para proteger a confidencialidade e o anonimato das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA; 2) não aplicar o artigo 5º, nº1, al. e), da CEDH⁴³⁶ para justificar o isolamento automático ou a hospitalização de uma pessoa por ser infectada pelo VIH; 3) não recusar o direito de asilo com base no estatuto serológico; 4) quando apropriado, aplicar em conformidade com os princípios da *common law* o conceito de responsabilidade criminal a pessoas que, sabendo que estão infectadas, transmitem o vírus a outras pessoas ao ter relações sexuais com os mesmos, não envolvendo coerção e sendo as duas pessoas adultas e devidamente informadas.

– Recomendação 1784 (2007), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro, sobre o VIH/SIDA na Europa

A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa recomenda ao Comité de Ministros que solicite aos Estados-Membros que, na elaboração de legislação e no desenvolvimento de estratégias nacionais de combate ao VIH/SIDA, tenham em consideração a Resolução 1536 (2007), de 25 de Janeiro, sobre *VIH/SIDA na Europa*.

⁴³⁵ *Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data.*

⁴³⁶ Esta disposição prevê um dos casos excepcionais em que alguém pode ser privado da sua liberdade: o de “*se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa*”.

Pede-lhe ainda que instrua os comités adequados (v.g., o da saúde⁴³⁷) a cooperar com os parceiros europeus relevantes, de modo a: *i*) promover o intercâmbio de experiências entre Estados-Membros sobre estratégias nacionais de resposta ao VIH/SIDA bem sucedidas; *ii*) fomentar o diálogo sobre o VIH/SIDA e a saúde sexual e reprodutiva e proteger os direitos das pessoas afectadas; *iii*) direccionar a investigação e o desenvolvimento de medicamentos e de novas tecnologias (v.g., microbicidas e vacinas) para as crianças.

– Recomendação 1785 (2007), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 25 de Janeiro, sobre a propagação do VIH/SIDA às mulheres e raparigas na Europa

Nas considerações iniciais é referido que, não obstante a heterogeneidade de quadros epidemiológicos na Europa, existia um dado comum a todos os Estados: o aumento de casos de infecção nas mulheres, sobretudo as jovens. A justificar o fenómeno estava designadamente a maior propensão *fisiológica* das mulheres para a infecção, atentas as situações de dependência económica e social, as atitudes sexistas e a violência doméstica⁴³⁸. A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa salienta que, perante esta realidade, mais do que informar as mulheres sobre a doença, haveria necessidade de fomentar a sua autodeterminação e capacidade de agir, de forma a garantir a possibilidade efectiva de estas utilizarem o conhecimento adquirido. Para o efeito seria importante, nomeadamente, travar a discriminação contra as mulheres e as raparigas infectadas. A Assembleia recomenda também ao Comité de Ministros que garanta a inserção de uma perspectiva de género no trabalho sobre o VIH/SIDA desenvolvido a nível do Conselho da Europa e dos Estados-Membros. Recomenda ao Conselho da Europa que desenvolva uma campanha de sensibilização para combater o VIH/SIDA, semelhante à que vinha sendo implementada em matéria de combate à violência doméstica. Recomenda ainda ao Conselho da Europa e aos Estados-Membros que se centrem na adopção de determinadas medidas, designadamente: *i*) lutar contra a discriminação dos portadores de VIH/SIDA e promover programas de reinserção para as vítimas deste tipo de discriminação; *ii*) trabalhar, a nível nacional e internacional, de

⁴³⁷ *European Health Committee.*

⁴³⁸ “A deadly cocktail can develop: for women who are, in one way or another, dependent on the men whom they have sexual relations, refusing sexual relations or insisting on the use of condoms may not be an option”.

forma a estabelecer os enquadramentos legais e institucionais adequados a garantir o respeito, a protecção e a efectiva realização dos direitos fundamentais das mulheres.

3.1.2. Comité de Ministros

Recomendações

– **Recomendação N° R (87) 25, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 26 de Novembro de 1987**, sobre uma política de saúde pública comum europeia, contra a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

O Comité de Ministros recomenda aos governos dos Estados-Membros que: *i*) declarem o combate ao VIH/SIDA uma prioridade nacional; *ii*) atendendo aos contextos socioculturais implicados, desenvolvam a política de saúde pública que se afigure mais adequada para prevenir o VIH/SIDA, que seja abrangente e baseada em medidas cientificamente fundamentadas; *iii*) para este efeito, sigam as orientações constantes do anexo à Recomendação; *iv*) intensifiquem a cooperação na Europa em matéria de estudos sobre aspectos específicos do controlo da SIDA, de forma a harmonizar as políticas desenvolvidas a nível de saúde pública, adequá-las a cada Estado e evitar a duplicação de esforços.

As linhas de orientação enumeradas em anexo englobam a criação de comissões coordenadoras a nível nacional, distrital e local responsáveis pela elaboração e implementação de uma política de saúde pública para prevenção do VIH/SIDA. A política concebida pela *comissão nacional de SIDA* (assente na estratégia harmonizada) deveria integrar: *i*) programas de informação e de educação, dirigidos para a população em geral e para grupos de maior risco, bem como de promoção da saúde; *ii*) medidas de regulação da saúde pública; *iii*) reforço dos serviços de saúde; *iv*) formação de pessoal; *v*) avaliação dos resultados e desenvolvimento da investigação.

– **Recomendação N° R (89) 14, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 24 de Outubro de 1989**, sobre os Incidentes éticos da infecção do VIH no quadro sanitário e social

O Comité de Ministros recomenda aos governos dos Estados-Membros que: i) assegurem que os princípios enunciados no anexo à Recomendação são concretizados na aplicação das políticas de saúde pública nacionais de combate ao VIH/SIDA; ii) assegurem, para o efeito, o conhecimento da presente Recomendação por parte das entidades responsáveis pela concepção e implementação das políticas de luta contra o VIH/SIDA.

O anexo à Recomendação está dividido em seis capítulos: i) *política de saúde pública* – em que são identificadas as três principais questões éticas e jurídicas suscitadas neste âmbito, as quais se prendem com o carácter voluntário dos testes e os procedimentos a adoptar antes e depois da despistagem, as garantias de confidencialidade (designadamente, os procedimentos a adoptar em termos de notificação do parceiro da pessoa infectada⁴³⁹) e a eventual necessidade de medidas restritivas; ii) *trabalhadores do sector dos cuidados de saúde* – em que são enunciadas orientações relativas à prevenção, à forma de lidar com os casos de infecção em trabalhadores deste sector⁴⁴⁰ e ao dever dos profissionais de saúde relativamente aos pacientes infectados com o VIH/SIDA⁴⁴¹; iii) *cuidados de saúde e assistência social* – em que se afirma que a discriminação nos serviços, públicos ou privados, deveria ser considerada não ética, e se prevê várias medidas a seguir pelas autoridades de saúde, como a garantia do acesso pleno a serviços e actividades de prevenção sem discriminação, a oferta de uma ampla gama de serviços para responder de forma adequada às diversas necessidades dos indivíduos (v.g., cuidados paliativos), e a prestação de apoio domiciliário às pessoas que necessitem; iv) *investigação epidemiológica* – em que estão previstas várias medidas com vista à obtenção de dados

⁴³⁹ De acordo com esta Assembleia, deveria ser assegurado que, em regra geral, o parceiro não é notificado sem o consentimento do paciente e considerados procedimentos, de acordo com o código deontológico aplicável, para casos extremos em que o paciente se recuse a cooperar na notificação de uma terceira parte inesperada para o profissional de saúde.

⁴⁴⁰ O Comité de Ministros considera, nomeadamente, que os médicos infectados se deveriam abster de prosseguir “actividades médicas” que possam criar um risco de transmissão para os pacientes, ainda que mínimo.

⁴⁴¹ Sobre esta matéria, lê-se na Recomendação, designadamente, o seguinte: “*a health care worker may not ethically and/or contractually refuse to treat patient whose condition is within his current realm of competence solely because the patient is seropositive*”.

que contribuam para a planificação das campanhas de informação e educação e para os serviços de saúde; v) *contextos sociais (emprego, educação e habitação)*– em que a ideia central é o facto de o VIH/SIDA não se transmitir pelo contacto social e portanto não implicar a adopção de medidas restritivas, designadamente a despistagem no local de trabalho ou em contextos educativos, estando enumeradas orientações e procedimentos a seguir em ambos os contextos (v.g., que o candidato a emprego não deve ser pressionada para revelar o seu estatuto serológico e que, se depois da contratação o empregador vier a ter conhecimento da seropositividade do trabalhador, não lhe deve ser aplicada qualquer tipo de sanção; vi) *seguros* – as autoridades nacionais deveriam cooperar com as companhias de seguros privadas para elaborar um código de práticas com vista a assegurar o respeito pela dignidade e vida privada do indivíduo, a procura de consentimento informado com aconselhamento para qualquer forma de testes, a não introdução de testes de despistagem para políticas de seguros de grupo, a protecção de dados relacionados com a saúde e outras informações confidenciais que afectam a vida privada, e a adopção de políticas inequívocas quanto ao VIH/SIDA. No domínio dos seguros, as autoridades nacionais deveriam ainda considerar as possibilidades de realização de seguros para pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

– **Recomendação N° R (93) 6, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 18 de Outubro de 1993**, sobre os aspectos penitenciários e criminológicos do controlo das doenças transmissíveis, incluindo a SIDA, e os problemas relacionados com a saúde nas prisões

O Comité de Ministros recomenda aos governos dos Estados-Membros que verifiquem se os princípios e as medidas constantes do anexo à Recomendação são efectivamente postos em prática nas políticas de saúde desenvolvidas para combater o VIH/SIDA e outras doenças transmissíveis em meio prisional, a nível nacional e regional.

Entre os *princípios gerais* enunciados salientamos: i) o carácter confidencial e voluntário dos testes de rastreio efectuados nas prisões – os testes obrigatórios são considerados ineficazes e discriminatórios⁴⁴²; ii) o acesso aos serviços de saúde

⁴⁴² “*In the present state of knowledge, compulsory testing of prisoners should be prohibited since it would be ineffective and discriminatory and therefore unethical*”.

disponíveis para a comunidade em geral; *iii*) a organização de serviços de cuidados médicos e de assistência psicológica e social para prisioneiros portadores de VIH/SIDA, de modo a facilitar a sua integração depois da libertação ; *iv*) a disponibilização de informação sobre modos de transmissão, bem como de regras de higiene e de precauções para reduzir o risco de transmissão; *v*) a informação e o aconselhamento sobre comportamentos de risco; *vi*) a disponibilização de preservativos; *vii*) a confidencialidade dos dados de saúde – é referido que o estatuto serológico não é geralmente considerado uma informação necessária⁴⁴³; *viii*) o afastamento de medidas restritivas, de isolamento e segregação dos portadores de VIH/SIDA; *ix*) a existência de instalações sanitárias conformes aos padrões da comunidade; *x*) a libertação antecipada dos prisioneiros com SIDA e o seu acesso ao tratamento apropriado fora da prisão; *xi*) a sujeição de eventuais ensaios clínicos ao respeito pelos princípios éticos da investigação em seres humanos, como o consentimento informado e a confidencialidade⁴⁴⁴.

Entre as medidas a implementar nas prisões são de salientar: *i*) a prevenção da introdução ilícita de drogas e de material de injeção nas prisões; *ii*) o fornecimento de informação, aconselhamento e apoio aos prisioneiros e seus familiares ou companheiros; *iii*) a aplicação de programas de educação sobre saúde, dirigidos às necessidades específicas das mulheres prisioneiras (designadamente a mulheres grávidas infectadas pelo VIH).

A segunda parte do anexo respeita aos aspectos criminológicos, relacionados com a violação de normas de prevenção e a propagação voluntária de doenças transmissíveis.

3.2. Tribunal Europeu dos Direitos do Homem

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 25 de Janeiro de 2005

– Caso de **ENROHN v. SUÉCIA** (*Application no. 56529/00*)

O acórdão respeita a um caso de isolamento e hospitalização forçados de um

⁴⁴³ “*Doctor may only provide such information to other members of the medical team and, exceptionally, to the prison management, as is strictly necessary for the treatment and care of the prisoner or in order to examine the health of prisoner and staff, with due regard to medical ethics and legal provisions. Normally this should take place with the consent of the person concerned. Disclosure of information should follow the same principles of those applied in the general community.*”

⁴⁴⁴ É referido, desde logo, que os prisioneiros não devem ser submetidos a investigação médica, a menos que esta se destine a produzir benefício directo e significativo para a sua saúde.

cidadão sueco portador de VIH/SIDA, ordenado pelas autoridades nacionais, ao abrigo de uma lei de 1988, com o fundamento de impedir a propagação do vírus. A questão suscitada foi a de saber se o comportamento das autoridades consubstanciava uma privação da liberdade, nos termos do artigo 5º, nº 1⁴⁴⁵, da CEDH.

O Tribunal concluiu que o isolamento em estabelecimento hospitalar “não constituía a medida de último recurso que impedisse o requerente de transmitir o HIV, já que não houve outras medidas menos gravosas que tivessem sido consideradas e julgadas insuficientes para protecção do interesse público” e ainda “que as autoridades nacionais não conseguiram estabelecer o justo equilíbrio entre a necessidade de combater a propagação do HIV e o direito do requerente à liberdade, pelo que houve violação do artigo 5º, nº 1, da Convenção”.

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 25 de Fevereiro de 2009 – Caso de Biriuk v. Lituânia (*Application no. 23373/03*)

No caso em apreço foi analisada a eventual violação do direito à intimidade da vida privada de uma cidadã da Lituânia, por parte do jornal diário *Lituvos Rytas*. A notícia que deu azo à acção interposta identificava explicitamente a cidadã, afirmava que esta padecia de SIDA e especulava sobre a forma de transmissão do VIH, indiciando a ligação a *comportamentos promíscuos*.

O TEDH analisou esta questão à luz do artigo 8º da CEDH, afirmando que a noção de “vida privada” é um conceito amplo, que abrange, nomeadamente, a informação sobre a vida sexual e os dados pessoais relativos a um paciente. Salientou que esta norma não contém apenas uma dimensão negativa (abstenção de comportamentos lesivos para a vida privada, por parte das autoridades públicas), reclamando também uma postura activa do Estado, no sentido de garantir que a vida privada é efectivamente respeitada. Ressalvou que os Estados-Membros têm um espaço amplo de apreciação livre quanto à definição das medidas a adoptar para cumprir o artigo 8º. Referiu ainda que tem de ser feito um equilíbrio justo entre os interesses do

⁴⁴⁵ Dispõe o artigo 5º, nº1, al. e), da CEDH que “*toda a pessoa tem direito a liberdade e segurança*”, não podendo ser privado da sua liberdade, salvo, designadamente (e desde que em conformidade com o procedimento legal), se “*se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo*”.

indivíduo e da comunidade, advertindo que as normas da CEDH não devem converter-se em meros direitos *teóricos* ou *ilusórios*.

No confronto entre o direito à intimidade da vida privada (artigo 8º da CEDH) e o direito à liberdade de expressão (artigo 10º da CEDH) foram tidos em consideração elementos como a falta de consentimento da cidadã para a divulgação de dados pessoais, a ausência de um interesse público legítimo na notícia e o alcance da mesma (designadamente atendendo ao facto de a cidadão residir num meio pequeno, em que facilmente seria divulgada). O TEDH afirma que a noção de “vida privada” constante do artigo 8º da CEDH abrange *v.g.*, a informação sobre a vida sexual e os dados pessoais relativos a um paciente (destaca que a protecção dos dados de saúde é fundamental para o respeito da vida privada, sobretudo se estiver em causa a confidencialidade do estatuto serológico, atendendo às graves consequências que pode acarretar a sua quebra). O TEDH analisou a eventual violação do artigo 8º (na sua dimensão negativa) pelo Estado da Lituânia, em virtude da limitação legal do montante indemnizatório. Concluiu que tinha efectivamente sido violado aquele preceito, pois que aquela restrição impedia que se protegesse devidamente a vida privada em determinados casos.

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 25 de Fevereiro de 2009 – Caso de Armoniene v. Lituânia (*Application no. 36919/02*)

A requerente alega que o Estado da Lituânia havia falhado no seu dever de proteger a vida privada ao conceder ao seu falecido marido uma indemnização de valor irrisório, a título de danos não patrimoniais, apesar de os tribunais terem considerado que tinha sido cometida uma séria violação do seu direito à intimidade da vida privada por parte do maior jornal diário do país, *Lietvus Rytas*. A notícia, datada de 31 de Janeiro de 2001, afirmava que o seu marido era seropositivo e pai dos filhos de Gitana Biriuk, que também se dizia estar infectada e sobre cujos hábitos de vida se especulava⁴⁴⁶. A legislação daquele Estado prevê para estes casos uma indemnização por danos não patrimoniais de apenas LTL 10,000 (correspondente a cerca de € 2,896) a menos que se prove que a informação tenha sido publicada deliberadamente. Foi esta a

⁴⁴⁶ Sobre este caso, veja-se o acórdão anterior (caso de Biriuk v. Lituânia).

quantia atribuída ao marido da requerente, por não ter sido dado como provada a intenção no dano, a qual vem agora a requerente impugnar.

Depois de notar que em decisões tinha já sustentado que a protecção dos dados pessoais é fundamental para que a pessoa possa fruir do seu direito à intimidade da vida privada e familiar, consignado no artigo 8º da CEDH, o TEDH sublinha que o respeito pela confidencialidade dos dados de saúde constitui um princípio vital dos ordenamentos dos Estados contratantes da mesma Convenção. O TEDH considerou que a restrição do montante indemnizatório em casos como este em que havia uma manifesto abuso da liberdade de imprensa impedia a protecção da intimidade da vida privada e, como tal, violava o artigo 8º da CEDH.

**– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 5 de Junho de 2009 –
Caso de Aleksanyan v. Rússia (Application no. 46468/06)**

Para este relatório interessa sobretudo analisar a questão colocada ao Tribunal relativamente a tratamentos desumanos e degradantes no estabelecimento prisional em que se encontrava, tendo em consideração o seu estado de saúde. O requerente teve conhecimento da sua seropositividade a 15 de Setembro de 2006 (cerca de cinco meses depois de ter sido preso), tendo a sua doença sido inicialmente considerada de “grau três” de gravidade e mais tarde requalificada para “quarto grau”. Os médicos concluíram que o requerente poderia ser mantido na prisão sem que isso implicasse uma evolução desfavorável da infecção, desde que lhe fossem feitos regularmente *check-ups* numa instituição especializada na área da SIDA, incluindo a monitorização médica da sua saúde e a administração atempada de terapia específica. No entanto, a saúde do requerente foi-se deteriorando de forma progressiva, inclusivamente a sua visão (ficou cego de um olho e com perda grande de visão no outro), e, a certa altura, os médicos declararam-se incompetentes para decidir se a sua doença poderia ser tratada dentro do estabelecimento prisional. O requerente alegou que não lhe era prestada a assistência necessária, designadamente por os *check-ups* estarem a ser apenas realizados apenas esporadicamente, pelo facto de o tratamento prescrito não estar a ser devidamente ministrado e ainda pela falta de condições do estabelecimento para a realização da terapia HAART, que requeria um hospital especializado. Em virtude da negligência, a infecção evoluiu rapidamente, desenvolvendo várias doenças oportunistas.

A questão *sub judice* aqui descrita foi colocada à luz do artigo 3º da CEDH, que determina que *ninguém pode ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos desumanos ou degradantes*. O TEDH regista, nos instrumentos internacionais, as Diretrizes Internacionais sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos, da ONU, em que se afirma que a negação do acesso de prisioneiros a cuidados relacionados com o VIH pode constituir um tratamento cruel, desumano e degradante e que relativamente àqueles que sofram de SIDA deve ser considerada a hipótese de uma libertação antecipada, bem como receberem tratamento apropriado fora da prisão. O TEDH decidiu de modo favorável ao requerente, considerando que o estabelecimento prisional não oferecia as necessárias condições para o tratamento requerido e que não tinham sido detectados obstáculos práticos sérios que impedissem a transferência imediata do requerente para uma instituição médica especializada. Conclui, portanto, que as autoridades nacionais não cumpriram o dever de prestar os cuidados necessários à saúde do requerente e ainda que, pelo menos até ao momento em que foi transferido para um hospital, foi ofendida a sua dignidade e causado um sofrimento que extravasou o que se associa inevitavelmente à própria situação de privação de liberdade.

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 14 de Janeiro de 2011

– Caso de Logvinenko v. Ucrânia (*Application no. 13448/07*)

Releva para este relatório analisar a questão da eventual violação do artigo 3º da CEDH (proibição da tortura) materializada na falta de assistência médica adequada ao requerente no estabelecimento prisional em que se encontrava e nas condições débeis do mesmo, que contribuíram para o agravamento do seu estado de saúde. O requerente era portador de VIH/SIDA e de tuberculose. Não obstante as solicitações para que lhe fosse administrado o tratamento devido, isso não aconteceu durante um longo período, o que se reflectiu na rápida evolução de ambas as doenças (designadamente, no aparecimento de doenças oportunistas, o que significa a passagem à fase de SIDA) e, consequentemente, na deterioração grave da sua saúde. Entre as condições a que esteve sujeito no estabelecimento estão descritas no acórdão a falta de calor, água quente, exercício e ar puro. A data altura foi inclusivamente recomendado por médicos do estabelecimento que fosse libertado em virtude da falta de capacidade do mesmo para o seu tratamento, o que não aconteceu.

O TEDH concluiu que houve efectivamente violação do artigo 3º da CEDH, pois que, afirmou, ao não assegurar o tratamento da TB e do VIH nem as necessárias condições para a recuperação do requerente, o Estado não fez o que se poderia razoavelmente esperar para o cumprimento daquela norma, sujeitando-o a um tratamento desumano e degradante.

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 14 de Janeiro de 2011

– Caso de A.B. v. Rússia (*Application no. 1436/06*)

O requerente, que sofria de hepatite C e estava infectado pelo VIH, alegou que durante a sua prisão preventiva não recebeu o tratamento devido (designadamente não lhe sendo facultado o acesso a tratamento anti-retroviral, ausência que foi justificada pelo pessoal médico com a falta de verba para a sua aquisição) e que o estabelecimento não reunia as condições necessárias para a sua recuperação. Essa falta de condições foi severamente agravada no período em que esteve numa cela solitária, apesar de não haver fundamento para esse isolamento, por não ter desrespeitado quaisquer regras do estabelecimento prisional. Em virtude da falta de tratamento e das condições a que foi sujeito, o seu estado de saúde piorou gravemente. O requerente alegou inclusivamente ter feito várias queixas enquanto esteve no referido estabelecimento, às quais nunca obteve resposta oficial. Não houve igualmente qualquer tentativa de justificar a prisão do requerente em cela solitária, nem foi avaliada a sua capacidade, do ponto de vista físico e psicológico, para um isolamento dessa ordem durante um longo período de tempo.

O TEDH considerou que o confinamento do requerente em cela solitária durante um período alargado e a ausência da assistência médica devida consubstanciaram tratamentos desumanos e degradantes, violando assim o artigo 3º da CEDH.

– Acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, de 10 de Março de 2011

– Caso Kityutin v. Rússia (*Application no. 2700/10*)

O acórdão é sobre a recusa de concessão de uma autorização de residência em território russo a um estrangeiro, pelo facto de este ser seropositivo (o que soube através de um teste cuja realização lhe foi solicitada quando submeteu o pedido de autorização).

O requerente era natural do Uzebequistão e casado com uma cidadã russa, da qual teve uma filha. A restrição foi baseada na legislação e acolhida pelos tribunais, inclusivamente a instância constitucional.

O TEDH analisou a eventual violação dos artigos 8º e 14º da CEDH. Relativamente ao artigo 8º, que consigna o direito ao respeito pela vida privada e familiar, pondera que apesar de não incluir o direito de fixar-se em determinado país ou de obter uma autorização de residência, implica que o Estado gira as suas políticas de imigração de forma compatível com os direitos humanos dos estrangeiros, particularmente os que estão consignados naquelas duas normas. Lembra também que a aplicação do artigo 14º não pressupõe necessariamente a violação de nenhum dos direitos substantivos previstos na CEDH. Afirma que embora esta norma não englobe expressamente o estado de saúde ou qualquer condição médica entre os motivos de discriminação, a sua previsão abrange quaisquer incapacidades físicas ou deficiências na saúde.

O TEDH concluiu que, apesar de a protecção da saúde pública ser um objectivo legítimo, o governo não foi capaz de aduzir argumentos objectivos e convincentes que demonstrassem que a mesma pudesse ser alcançada através da exclusão do requerente devido ao seu estado de saúde. Afirmou que uma recusa de autorização de residência indiscriminada, somente baseada no estado de saúde, não pode ser considerada compatível com a proibição de discriminação. Entendeu assim que houve violação conjunta dos artigos 14º e 8º da CEDH⁴⁴⁷.

⁴⁴⁷ Sobre diferentes problemáticas relacionadas com o VIH/SIDA, veja-se ainda, nomeadamente, os seguintes acórdãos do TEDH: caso de Kozhokar v. Rússia, de 16 de Dezembro de 2010 (*Application no. 33099/08*), sobre as condições a que foi submetido o requerente no estabelecimento prisional em que se encontrava e a falta de assistência médica adequada; caso de Oyal v. Turquia, de 23 de Março de 2010 (*Application no. 4864/05*), sobre a eventual infecção pelo VIH após transfusões de sangue a um recém-nascido num hospital público; caso de Colak and Tsakirids v. Germany, de 5 de Junho de 2009 (*Application nos. 77144/01 and 35493/05*), em que se discute se o médico de família teria o dever de revelar o estatuto serológico de um doente á sua parceira; caso de N. v. Reino Unido, de 27 de Maio de 2008 (*Application no. 26565/05*), sobre a recusa de asilo a uma cidadã do Uganda que se encontrava em estado avançado de SIDA; caso de F.E. v. França, de 30 de Outubro de 1998 (caso 60/1998/963/1178), em que o requerente alega ter ficado sido infectado pelo VIH após uma transfusão de sangue realizada durante uma cirurgia; caso de Pailot v. França, de 22 de Abril de 1998 (caso 93/1997/877/1089), em que o requerente, hemofílico, alega ter sido infectado após transfusões de sangue realizadas num hospital público; caso de A e Outros v. Dinamarca, de 8 de Janeiro de 1996 (*Application no. 20826/92*), em que os requerentes reclamaram uma indemnização pelos danos sofridos em virtude de transfusões de sangue realizadas em hospitais dinamarqueses, na sequência das quais ficaram infectados pelo VIH; caso de Karakaya v. França, de 26 de Agosto de 1994 (*Application no. 22800/93*), sobre a ausência de medidas de segurança dos produtos sanguíneos, em virtude da qual o requerente alega ter sido infectado pelo VIH.

IV. Internacional

4.1. Organização das Nações Unidas

Decisões

– **Decisão nº 2001/268 do Conselho Económico e Social, de 24 de Julho de 2001:** A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A decisão é relativa à aprovação do pedido da Comissão de Direitos Humanos⁴⁴⁸, para que todos os representantes, relatores especiais e grupos de trabalho da Comissão, integrassem a protecção dos direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA nos respectivos mandatos.

Resoluções

– **Resolução 43/15 da Assembleia Geral da ONU, de 27 de Outubro de 1988:** Prevenção e controlo da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Assembleia Geral da ONU reafirma o papel de liderança da OMS na prevenção, controlo, investigação e educação para a SIDA e solicita aos governos que estabeleçam programas nacionais de prevenção e controlo da SIDA, em conexão com a estratégia desenvolvida pela OMS.

Para a implementação da estratégia da OMS seria necessária uma partilha constante de conhecimentos científicos e de experiências no âmbito do VIH/SIDA, a nível global.

⁴⁴⁸ Pedido constante da Resolução nº 2001/51, da Comissão de Direitos Humanos, de 24 de Abril de 2001. A aprovação deste pedido teve lugar na 40ª reunião plenária do Conselho Económico e Social, realizada no dia 24 de Julho de 2001.

A Assembleia afirma que a luta contra a SIDA deveria ser tratada como o eram outras prioridades de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, e bem assim como um dos objectivos de desenvolvimento. Apela à continuação das respostas à epidemia, dirigindo-se: *i*) à OMS, para que continuasse a facilitar o intercâmbio de informações e a promover a investigação para a prevenção e o controlo da SIDA; *ii*) ao Secretário-Geral, para que continuasse a assegurar uma resposta coordenada do sistema das Nações Unidas; *iii*) às organizações competentes, para que continuassem a apoiar o combate mundial contra a SIDA. Menciona ainda que a OMS havia declarado o dia 1 de Dezembro o dia Mundial contra a SIDA.

– Resolução 44/233 da Assembleia Geral da ONU, de 22 de Dezembro de 1989:
Prevenção e controlo da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Resolução centra-se na necessidade de intensificação dos esforços envidados para garantir a prevenção e o controlo da epidemia da SIDA. A Assembleia dirige-se às diversas entidades nacionais e internacionais (*v.g.*, do sistema da ONU), apelando a que adoptem diversas medidas naquele sentido, designadamente aumentando a coordenação das actividades de I&D. Solicita nomeadamente aos Governos que promovam a divulgação de informação relativamente aos modos de transmissão do VIH/SIDA e uma maior sensibilização da comunidade, de forma a evitar preconceitos e equívocos e a fomentar uma resposta positiva por parte da sociedade. Pede ao Secretário-Geral que convide o Director-geral da OMS a continuar a desenvolver a estratégia global para prevenir e controlar o VIH/SIDA, particularmente no que respeita: *i*) à promoção do envolvimento das ONG; *ii*) à colaboração com entidades como a UNICEF e outros organismos da ONU, os governos e as ONG, no desenvolvimento de políticas e programas vocacionados para mitigar o impacto do VIH/SIDA nas mulheres e nas crianças, promover o papel central das mulheres na prevenção e controlo da epidemia e combater o tráfico ilícito de drogas e a toxicoddependência; *iii*) ao fomento do acesso generalizado às tecnologias e aos fármacos utilizados na prevenção, diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA; *iv*) ao incentivo da participação activa do sector público e privado (*v.g.*, através de contribuições financeiras), nos esforços envidados a nível local, nacional e internacional.

– **Resolução nº 1993/53, da Comissão de Direitos Humanos, de 9 de Março de 1993:**

A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão solicita aos Estados que garantam que as suas leis, políticas e práticas aplicáveis no contexto do VIH/SIDA respeitam os direitos humanos e bem assim que adoptem as medidas necessárias para garantir a plena realização dos direitos civis, económicos, sociais e culturais das pessoas infectadas (ou suspeitas de o serem), das suas famílias e demais pessoas que lhes estejam associadas, tendo em especial atenção a situação das mulheres, das crianças e de outros grupos vulneráveis. Insta-os a incluir, nos respectivos programas de resposta ao VIH/SIDA, medidas de combate à estigmatização e à discriminação das pessoas afectadas pela doença, com vista à criação de um ambiente social favorável à prevenção e aos cuidados relacionados com a doença.

É feito ainda um convite ao Comité de Direitos Humanos, ao Conselho Económico, Social e Cultural e a outros organismos competentes, no sentido de um acompanhamento próximo do cumprimento dos compromissos assumidos pelos Estados, em matéria de direitos das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA, ao abrigo dos instrumentos de direitos humanos.

– **Resolução nº 1994/49, da Comissão de Direitos Humanos, de 4 de Março de 1994:**

Protecção dos direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão requer aos Estados que garantam que as suas leis, políticas e práticas aplicáveis no âmbito do VIH/SIDA respeitam os direitos humanos e não inibem a realização dos programas atinentes à prevenção e aos cuidados das pessoas infectadas. Solicita-lhes que adoptem as medidas necessárias para garantir a plena realização dos direitos civis, económicos, sociais e culturais das pessoas infectadas (ou suspeitas de o serem), das suas famílias e demais pessoas que lhes estejam associadas, tendo em especial atenção a situação das mulheres, das crianças e de outros grupos vulneráveis. Incentiva ainda os Estados a incluir nos respectivos programas de resposta ao VIH/SIDA medidas de combate à estigmatização, à discriminação e à violência contra as pessoas afectadas pelo VIH/SIDA, bem como a garantir que a sua legislação e

práticas asseguram a direito à intimidade da vida privada e à integridade das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA ou suspeitas de o serem.

É feito um convite ao Comité de Direitos Humanos, ao Conselho Económico, Social e Cultural e a outros organismos semelhantes, no sentido de um acompanhamento próximo do cumprimento dos compromissos assumidos pelos Estados, em matéria de direitos das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA, ao abrigo do dispostos instrumentos de direitos humanos. Por último, os grupos de trabalho e relatores especiais interessados são incentivados a analisar, nos respectivos relatórios, as repercussões do VIH e da SIDA no quadro dos direitos humanos.

– Resolução n° 1994/24 do Conselho Económico e Social, de 26 de Julho de 1994:
Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

O Conselho aprovou o Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mediante o qual se visava a prossecução de “*uma resposta internacional coordenada à pandemia do VIH/SIDA*”. Fez um convite às entidades participantes no Programa (UNDP, UNICEF, UNFPA, UNESCO e Banco Mundial) no sentido da criação de um Comité das Organizações Co-patrocinadoras.

Os contornos do Programa, nomeadamente os seus objectivos, a sua estrutura e os modos de acção, são descritos em anexo ao texto da Resolução. Entre os objectivos enunciados destacamos os seguintes: *i)* fornecer uma liderança global na resposta à epidemia; *ii)* promover o consenso a nível global quanto às políticas e abordagens a adoptar; *iii)* reforçar a capacidade do sistema das Nações Unidas para garantir a implementação de políticas e estratégias adequadas e eficazes, a nível nacional; *iv)* reforçar a capacidade dos governos nacionais para desenvolver estratégias nacionais abrangentes e aplicar intervenções eficazes; *v)* promover uma ampla mobilização social e política para prevenção e resposta ao VIH/SIDA a nível nacional, envolvendo diversos sectores e instituições; *vi)* defender um maior empenho político, a nível mundial e nacional, designadamente para mobilizar os recursos necessários para este combate. Para a concretização destas metas, o Programa colaboraria com os governos nacionais,

as organizações intergovernamentais, as ONG, os grupos de pessoas que vivem com o VIH/SIDA e as organizações do sistema das Nações Unidas.

As responsabilidades e modos de acção do Programa variam consoante o plano em causa, mundial ou nacional. A nível global, as actividades previstas englobam o apoio à definição de políticas, o planeamento de estratégias, a orientação técnica, a I&D, a mobilização e as relações externas. No plano nacional, a função mais importante seria o reforço das capacidades nacionais para planificar, coordenar, implementar e monitorizar as respostas à epidemia (*v.g.*, através de assistência técnica e financeira). Era ainda objectivo do Programa complementar e apoiar as respostas desenvolvidas na esfera nacional.

– Resolução nº 1995/44, da Comissão de Direitos Humanos, de 3 de Março de 1995:
A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão começa por reafirmar a proibição da discriminação com base no estatuto serológico, real ou presumido, constante de instrumentos internacionais de direitos humanos, salientando que a expressão “*ou qualquer outra situação*”, utilizada nas cláusulas de não discriminação desses instrumentos, deve ser interpretada no sentido de abranger o estado de saúde, inclusivamente o VIH/SIDA.

Os Estados são incentivados a adoptar as seguintes medidas: *i*) garantir que as suas leis, políticas e práticas respeitam os direitos humanos (particularmente a intimidade da vida privada e a integridade dos portadores de VIH/SIDA), proíbem a discriminação em função do estatuto serológico e não inibem a realização dos programas de prevenção da doença; *ii*) adoptar legislação e promover a educação com vista à eliminação da discriminação contra as pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *iii*) intensificar esforços para promover a situação jurídica, económica e social das mulheres, das crianças e dos restantes grupos vulneráveis, de modo a reduzir o impacto da epidemia; *iv*) divulgar informação e educar sobre a doença, de modo a fomentar a adopção de condutas informadas e responsáveis; *v*) envolver, nas políticas públicas em matéria de VIH/SIDA, as ONG, as organizações de base comunitária e as pessoas que vivem com a doença.

Registamos ainda o incentivo às organizações profissionais competentes para que revejam os respectivos códigos deontológicos, no sentido do reforço do respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa humana relativamente a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, bem como o pedido às autoridades competentes para que proporcionem formação neste domínio.

– **Resolução nº 1995/2 do Conselho Económico e Social, de 3 de Julho de 1995:** Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A Resolução respeita à implementação do Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O Conselho Económico e Social salienta a necessidade urgente de tornar o Programa operacional o mais depressa possível, até Janeiro de 1996.

Entre as disposições da resolução destacamos a relativa à decisão do Conselho de convidar cinco ONG a participar no Programa. Em anexo ao texto são referidos os critérios e as condições da participação dessas organizações. As organizações seriam encorajadas a procurar representantes adequados, nomeadamente membros de grupos de pessoas afectadas pelo VIH/SIDA. A participação seria rotativa, não podendo exceder três anos. Estas organizações não participariam nos processos de decisão, não tendo, desde logo, o direito de voto, pois que este era reservado aos representantes dos governos.

– **Resolução nº 1996/43, da Comissão de Direitos Humanos, de 19 de Abril de 1996:** A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

O teor desta resolução é essencialmente idêntico ao da Resolução nº 1995/44, de 3 de Março de 1995, já sumariada⁴⁴⁹.

⁴⁴⁹ Vide, supra, página 232.

– **Resolução nº 1996/47 do Conselho Económico e Social, de 26 de Julho de 1996:** Relatório do Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

O Conselho Económico e Social convida o Secretário-Geral da ONU a desempenhar um papel mobilizador relativamente à ameaça da propagação do VIH/SIDA. Insta o Secretariado da ONU a envolver-se activamente na luta contra a doença. Quanto à implementação do Programa, decide aditar uma nova vertente às suas actividades: a elaboração de um relatório, em anos alternados, com início em 1997, intitulado “*Relatório sobre o trabalho do Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*”. Solicita ao Secretário-Geral que lhe submeta, de dois em dois anos, um relatório abrangente sobre os progressos alcançados no combate ao VIH/SIDA e o impacto da epidemia nos países afectados. Apela ainda às organizações co-patrocinadoras do Programa, à comunidade internacional e aos países afectados para que aumentem substancialmente as suas contribuições para o Programa.

– **Resolução nº 1997/33, da Comissão de Direitos Humanos, de 11 de Abril de 1997:** A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão convida os Estados-Membros a terem em consideração as recomendações dos peritos que participaram na Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos. Solicita ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, ao ONUSIDA, aos co-patrocinadores deste Programa e às demais entidades competentes ou interessadas que forneçam assistência técnica aos Estados (caso os respectivos governos assim o requeiram) no que concerne à promoção e garantia dos direitos humanos no contexto do VIH/SIDA.

Entre as recomendações acima referidas, sumariadas em anexo a esta Resolução, salientamos as seguintes: *i*) a revisão e a reforma da legislação existente em matéria de saúde pública, de forma a garantir que esta conceda a devida atenção às questões de saúde pública suscitadas pelo VIH/SIDA e que esteja em conformidade com as normas internacionais relativas aos direitos humanos; *ii*) a revisão e a reforma das

leis penais e dos sistemas penitenciários, no sentido do respeito pelas obrigações internacionalmente assumidas no domínio dos direitos humanos; *iii*) a melhoria das leis destinadas a eliminar as várias formas de discriminação contras as pessoas infectadas pelo VIH, os grupos vulneráveis (v.g., as pessoas com deficiência), ou, sendo necessário, a adopção de nova legislação; *iv*) a promoção do respeito pela reserva da intimidade da vida privada, da confidencialidade e da ética na investigação em seres humanos; *v*) a insistência na formação e a garantia da disponibilidade de recursos administrativos e civis expeditos e eficientes; *vi*) a promulgação de legislação que regule os bens, os serviços e a informação relacionada com o VIH/SIDA, a fim de garantir a disponibilização de serviços e equipamentos de prevenção de qualidade, adequados e eficientes, de medicamentos acessíveis e de informação adequada; *vii*) a criação de serviços de assistência jurídica, facultando o acesso gratuito aos mesmos, de forma a aumentar o conhecimento jurídico sobre questões relacionadas com o VIH/SIDA e a permitir o exercício efectivo dos direitos por parte das pessoas que vivem com a doença⁴⁵⁰; *viii*) o fomento da existência de um quadro político de protecção das mulheres, das crianças e de outros grupos vulneráveis, adequado à eliminação das desigualdades que potenciam a sua maior vulnerabilidade, mediante o diálogo com a comunidade e com os serviços sociais e de saúde.

– Resolução nº 1997/52 do Conselho Económico e Social, de 23 de Julho de 1997:
Vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA)

A Resolução centra-se nas questões do financiamento e da execução do Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, bem como no empenho dos governos e dos diversos intervenientes, nacionais e internacionais, na resposta à epidemia.

Notamos o apelo aos governos, aos co-patrocinadores do Programa e a outras entidades eventualmente interessadas, para que ampliem as suas acções no domínio do

⁴⁵⁰ É referido que, em ordem a concretizar estes objectivos, deveriam ser utilizados não apenas os tribunais, mas também outros meios como os ministérios da justiça, os provedores de justiça e as comissões de direitos humanos.

VIH/SIDA, de forma a abranger todos os aspectos da epidemia (v.g., os factores que potenciam a propagação e as consequências a nível económico e social). É referido que nas intervenções a realizar neste âmbito deveria ser incluída uma abordagem centrada na dimensão de género. De destacar ainda o pedido aos doadores para que continuassem a apoiar o Programa, e aos países que, tendo condições para contribuir, ainda não o tivessem feito.

– Resolução nº 1999/49, da Comissão de Direitos Humanos, de 27 de Abril de 1999:

A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão começa por saudar o facto de muitos países terem promulgado legislação destinada a promover os direitos humanos no contexto do VIH/SIDA e a proibir a discriminação contra os portadores da doença, os suspeitos de a terem e os mais susceptíveis de a contraírem. Ainda a título introdutório, é mencionada a preocupação pelo facto de muitos países continuarem a ter legislação, políticas e práticas discriminatórias relativamente às pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Perante esta realidade, a Comissão de Direitos Humanos reitera que as normas internacionais de direitos humanos proibem a discriminação motivada pelo estatuto serológico, real ou presumido, acrescentando que a expressão “*ou outra situação*”, utilizada nas cláusulas de não discriminação de instrumentos internacionais, deveria ser interpretada de forma a abranger a saúde, incluindo o VIH/SIDA.

A Comissão convida os Estados a reforçarem os mecanismos nacionais para protecção dos direitos humanos relacionados com o VIH e a adoptarem todas as medidas necessárias para a eliminação da estigmatização e da discriminação das pessoas afectadas pela doença, particularmente as mulheres, as crianças e outros grupos mais vulneráveis. Solicita-lhes que: *i*) assegurem que as suas leis, políticas e práticas respeitam os direitos humanos no contexto do VIH/SIDA e proibem a discriminação em função do estatuto serológico; *ii*) promovam programas eficazes para a prevenção do VIH/SIDA (v.g., por via da educação, de campanhas de sensibilização e do acesso aos serviços) e a disponibilização de cuidados e apoio às pessoas afectadas (v.g., através do acesso generalizado e equitativo a medicação segura e eficaz para o tratamento do VIH e das doenças relacionadas com a SIDA); *iii*) estabeleçam políticas e programas de

resposta ao VIH/SIDA coordenados, transparentes e responsáveis; *iv*) adaptem as suas políticas aos planos distrital e local, com o envolvimento das ONG, de outras organizações de base comunitária e das pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *v*) desenvolvam e apoiem serviços (v.g., de assistência jurídica), que facultem o esclarecimento das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA relativamente aos seus direitos e as auxiliem na realização dos mesmos; *vi*) adoptem as medidas necessárias para assegurar a plena realização dos direitos económicos, sociais e culturais das pessoas afectadas pelo VIH/SIDA; *vii*) assegurem, mediante consulta das entidades nacionais competentes, que os códigos de conduta e as práticas profissionais respeitam os direitos humanos neste contexto; *viii*) desenvolvam e apoiem, mediante consulta das entidades nacionais competentes, os mecanismos apropriados para acompanhar e concretizar os direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA.

Em ordem a proteger as pessoas que vivem com a doença e os grupos mais vulneráveis relativamente ao estigma e à discriminação, a Comissão dirige-se não só aos Estados, mas também aos órgãos da ONU, aos respectivos programas e agências especializadas, às organizações internacionais e às ONG. O convite a todas estas entidades é no sentido de contribuírem para a cooperação internacional nas questões em causa, adoptarem todas as medidas necessárias à prossecução deste combate e auxiliarem os países em desenvolvimento nos esforços que estes despendam para prevenir a expansão da epidemia e mitigar os impactos negativos da mesma em matéria de direitos humanos.

Solicita, por último, a todos os representantes, relatores especiais e grupos de trabalho da Comissão que integrem a protecção dos direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA nos respectivos trabalhos.

– Resolução nº 1999/36 do Conselho Económico e Social, de 28 de Julho de 1999:
Vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA)

Na Resolução começa por ser referida a substituição do nome do Programa (*Programa Conjunto e Co-patrocinado das Nações Unidas sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*) por *Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)*. É feita menção à

admissão do UNODC, enquanto co-patrocinador.

Em ordem a fortalecer a capacidade do Programa, o Conselho Económico e Social insta os governos, as instâncias das Nações Unidas, as organizações intergovernamentais e as ONG a participarem activamente nas actividades do Programa e dos seus co-patrocinadores.

Este Conselho solicita ainda aos governos (sobretudo os dos países mais afectados) que intensifiquem os esforços despendidos no desenvolvimento e na implementação de acções multissetoriais destinadas a reduzir a transmissão do vírus e a vulnerabilidade dos indivíduos e das comunidades à doença, a diminuir o estigma e a discriminação contra os seus portadores, a garantir o acesso aos cuidados e a mitigar as consequências da epidemia a nível social. Reconhece, não obstante, que para o efeito seriam necessários recursos humanos e financeiros adicionais, pelo que exorta os governos a promoverem parcerias fortes com o sector privado, as ONG e as pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

É sublinhada a necessidade de centrar as atenções na maior vulnerabilidade de certos grupos à epidemia, em particular as mulheres, os jovens (sobretudo as raparigas) e as crianças.

Assinalamos finalmente o pedido aos governos para que desenvolvam esforços adequados a alcançar o acesso generalizado à informação sobre a SIDA, à educação e aos serviços de saúde. Neste âmbito, deveria ser concedida especial atenção aos homens e mulheres com idades entre os vinte e quatro anos e os cinquenta, de forma a reduzir globalmente a incidência do VIH/SIDA neste grupo etário, até 2015.

– Resolução 1308 (2000) do Conselho de Segurança da ONU, de 17 de Julho de 2000, sobre a responsabilidade do Conselho de Segurança na manutenção da paz e segurança internacionais: o HIV e as operações de paz internacionais

A Resolução centra-se na questão do risco de transmissão do VIH entre o pessoal que participa nas operações de paz. O Conselho de Segurança solicita aos Estados-Membros que desenvolvam estratégias de prevenção e de tratamento do VIH/SIDA, de educação para a doença, de despistagem voluntária e confidencial e de aconselhamento, relativamente ao seu pessoal, enquanto parte importante da preparação para a sua participação nas operações de paz. Com idêntico propósito, encoraja os

Estados-Membros interessados a aumentarem a cooperação internacional através das estruturas nacionais relevantes, como forma de facilitar e melhorar a definição e a execução das políticas desenvolvidas neste âmbito.

— **Resolução 55/2 da Assembleia Geral da ONU, de 8 de Setembro de 2000: Declaração do Milénio das Nações Unidas**, adoptada na Cimeira do Milénio, realizada em Nova Iorque, de 6 a 8 de Setembro de 2000⁴⁵¹

Entre os objectivos assumidos pelos países participantes destacam-se os seguintes: *i*) até 2015, a inversão da tendência evolutiva da epidemia da SIDA e de outras doenças transmissíveis, como o paludismo; *ii*) a assistência especial às crianças órfãs devido ao VIH/SIDA⁴⁵²; *iii*) a ajuda a África, dirigida ao aumento da sua capacidade de resposta ao VIH/SIDA e a outras doenças infecciosas⁴⁵³.

– **Resolução 55/13 da Assembleia Geral da ONU, de 16 de Novembro de 2000:** Revisão do problema da síndrome da imunodeficiência adquirida em todos os seus aspectos

Da Resolução consta a decisão de convocar urgentemente uma sessão especial da Assembleia Geral, de 25 a 27 de Junho de 2001, a fim de analisar o problema do VIH/SIDA nas suas várias dimensões, bem como assegurar o compromisso dos vários intervenientes relativamente ao aumento da coordenação dos esforços desenvolvidos no combate à doença a nível internacional, regional e nacional. Todo o texto respeita aos procedimentos, conteúdos e intervenientes da sessão especial convocada.

– **Resolução da Comissão de Direitos Humanos nº 2001/33, de 20 de Abril de 2001:** Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária

⁴⁵¹ Vega-se, *The Millenium Development Goals, Report 2010*, United Nations, New York, June 2012, disponível em <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/English2012.pdf> (consulta em 12.10.12), em que são descritos os progressos alcançados quanto aos ODM.

⁴⁵² Estes objectivos inserem-se no ponto III da Declaração, intitulado *O Desenvolvimento e a Erradicação da Pobreza*.

⁴⁵³ Este objectivo está inscrito no ponto VII da Declaração, denominado *Responder às Necessidades Especiais de África*.

Depois de enfatizar que o acesso a medicação, no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária, constitui um elemento essencial para alcançar a plena realização do direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental, a Comissão de Direitos Humanos dirige-se aos Estados, apelando designadamente a que: *i)* sigam políticas que promovam a disponibilização de fármacos e tecnologias farmacêuticas utilizadas nomeadamente no tratamento do VIH/SIDA e das infecções oportunistas associadas, de acordo com a legislação internacional aplicável; *ii)* sigam políticas que fomentem o acesso generalizado aos produtos farmacêuticos e garantam que os mesmos são científica e medicamente apropriados e de elevada qualidade; *iii)* se abstenham de adoptar medidas que inibam ou limitem o acesso equitativo àqueles fármacos e tecnologias médicas (inclusivamente para prevenção e cuidados paliativos); *iv)* adoptem e apliquem legislação ou outras medidas para garantir o acesso aos mesmos, em conformidade com a legislação internacional; *v)* assegurem que as suas acções, enquanto membros de organizações internacionais, têm em consideração o direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental; *vi)* continuem a auxiliar os países em desenvolvimento na luta o VIH, a TB e a malária, através de recursos financeiros, de apoio técnico e da formação de pessoal.

É ainda feito um convite ao Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais para que aborde o problema do acesso aos medicamentos, no âmbito do tratamento das questões relacionadas com os direitos humanos e o VIH/SIDA, e aos Estados, para que integrem este assunto nos relatórios que submetam ao Comité daí em diante.

– Resolução nº 2001/51 da Comissão de Direitos Humanos, de 24 de Abril de 2001:
A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

O teor desta Resolução é essencialmente idêntico ao da Resolução nº 1999/49, de 27 de Abril de 1999, já sumariada⁴⁵⁴.

⁴⁵⁴ Vide, supra, página 236.

– Resolução nº 2001/23 do Conselho Económico e Social, de 26 de Julho de 2001:
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)

O Conselho Económico e Social insta as organizações, os órgãos do sistema das Nações Unidas, particularmente os co-patrocinadores, e o secretariado do ONUSIDA, nomeadamente, a dar prioridade à implementação plena da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001, inclusivamente mediante o apoio aos governos nas respostas nacionais à epidemia. Solicita que o sistema das Nações Unidas reforce a acção coordenada a nível nacional, em colaboração com todos os intervenientes relevantes.

– Resolução nº S-26/2 da Assembleia Geral da ONU, de 2 de Agosto de 2001:
Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, “Crise Global – Acção Global”,
Sessão Extraordinária da Assembleia Geral da ONU sobre VIH/SIDA, de 25 a 27
de Junho de 2001

Na Declaração estão previstas várias medidas para combater o VIH/SIDA, cuja relevância assenta nos seguintes aspectos: *i*) a necessidade de uma liderança sólida dos governos, com a participação plena e activa das organizações da sociedade, da comunidade empresarial e do sector privado; *ii*) a centralidade da prevenção a nível das respostas desenvolvidas; *iii*) a garantia e a generalização do acesso aos cuidados, ao apoio e ao tratamento, considerados fundamentais na luta contra a epidemia⁴⁵⁵; *iv*) a realização dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em geral, em ordem a reduzir a vulnerabilidade ao VIH/SIDA, particularmente dos direitos das pessoas que vivem com a doença⁴⁵⁶; *v*) a atenção prioritária aos membros dos grupos considerados mais vulneráveis, destacando-se a importância de potenciar a capacidade de agir das

⁴⁵⁵ Na introdução das Directrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/SIDA, faz-se menção ao compromisso estabelecido na declaração em referência, relativo ao reforço dos sistemas de saúde, ao desenvolvimento dos tratamentos e à resposta à questão da infecção VIH/SIDA no âmbito laboral.

⁴⁵⁶ De sublinhar, nesta matéria, o ponto 58 da Declaração: “Até 2003, promulgar, reforçar ou fazer cumprir, consoante seja o caso, regulamentos e outras medidas para eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e os membros de grupos vulneráveis, bem como garantir que gozem de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e, em especial, garantir-lhes o acesso a, entre outras coisas, educação, direitos sucessórios, emprego, cuidados de saúde, prevenção, apoio, informação e protecção legal, respeitando a sua privacidade e confidencialidade, e criar estratégias para combater o estigma e a exclusão social ligados à epidemia”.

mulheres; *vi*) a especial assistência às crianças órfãs e afectadas pelo VIH/SIDA; *vii*) a importância de analisar e de combater o impacto social e económico da epidemia; *viii*) a aposta nas actividades de I&D, atendendo a que não existe ainda cura para a doença; *ix*) a necessidade de relevar particularmente as situações de conflitos e de catástrofes naturais, devido ao maior risco de disseminação do vírus; *x*) a necessidade de obter recursos novos, adicionais e contínuos; e *xi*) a importância da avaliação e do acompanhamento das estratégias e das acções implementadas.

– Resolução nº 45/1 da Comissão de Estupefacientes, de 15 de Março de 2002 –
Vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida no contexto da toxicodpendência

A Comissão de Estupefacientes começa por reconhecer a ligação entre a propagação do VIH/SIDA e a toxicodpendência, particularmente no que respeita aos utilizadores de drogas injectáveis. Tendo em consideração esta conexão, incentiva os Estados-Membros a intensificarem esforços no sentido: *i*) da sensibilização da população para a ligação entre a toxicodpendência e o VIH/SIDA, a TB e outras doenças transmissíveis pelo sangue; *ii*) da redução da procura de drogas ilícitas; *iii*) da garantia da disponibilização de medidas de prevenção, educação, tratamento e reabilitação para toxicodpendentes, inclusivamente os que sejam portadores de VIH/SIDA, em conformidade com o disposto na *Declaração sobre Princípios Orientadores da Redução da Procura de Drogas*⁴⁵⁷; *iv*) da implementação de medidas adequadas a reduzir ou a eliminar a necessidade de partilha de seringas não esterilizadas. Exorta os Estados a apoiarem os esforços envidados pelo UNODC na redução do impacto do VIH/SIDA. Por último, pede ao UNODC para que continue a colaborar com o ONUSIDA e outras entidades do sistema da ONU competentes, na adopção e reforço de programas relacionados com o VIH/SIDA.

– Resolução nº 46/2 da Comissão do Estatuto das Mulheres, de 15 de Março de 2002: Mulheres, meninas e o vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA)

⁴⁵⁷ Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, no dia 10 de Junho de 1998 (A/RES/S-20/31), disponível em <http://www.un.org/ga/20special/demand.htm> (consulta em 20.12.12).

A Comissão do Estatuto das Mulheres começa por reiterar a necessidade de os governos cumprirem os compromissos assumidos no âmbito da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001. Seguidamente, salienta que a igualdade de género e a promoção da autodeterminação e capacidade de agir das mulheres constituem elementos fundamentais para reduzir a vulnerabilidade destas ao VIH/SIDA. Por último, convida o Secretário-Geral da ONU a incluir uma perspectiva de género nos seus relatórios sobre o VIH/SIDA.

– **Resolução n° 2002/32 da Comissão de Direitos Humanos, de 22 de Abril de 2002:** Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária

Para além de reiterar as questões abordadas na Resolução n° 2001/33, a Comissão de Direitos Humanos convida os Estados a considerarem (em cumprimento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA) os factores que influem na dificuldade do acesso aos medicamentos disponíveis e a desenvolverem estratégias integradas para reforçar os sistemas de saúde, de modo a assegurar o tratamento e a monitorizar o uso dos medicamentos e das tecnologias de diagnóstico. A Comissão faz referência à Declaração sobre o Acordo TRIPS e a saúde pública, de 2001, enunciando alguns dos seus aspectos, designadamente o reconhecimento, por parte dos membros da OMC, de que, não obstante a protecção da propriedade intelectual ser relevante para suscitar o desenvolvimento de novos medicamentos por parte do sector privado, os direitos de propriedade intelectual influenciam o preço dos medicamentos, pelo que constituem obstáculos ao acesso generalizado aos mesmos.

– **Resolução n° 1460 (2003) do Conselho Económico e Social, de 30 de Janeiro de 2003,** adoptada na reunião n° 4695 deste Conselho

O Conselho solicita às agências, aos fundos e aos programas da ONU que promovam a educação para o VIH/SIDA (com apoio dos países contribuintes) e que disponibilizem serviços de despistagem de VIH e de aconselhamento para todas as forças de paz das Nações Unidas, polícia e pessoal humanitário.

– **Resolução nº 47/1 da Comissão do Estatuto das Mulheres, de 14 de Março de 2003:** Mulheres, meninas e o vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA)

A Comissão do Estatuto das Mulheres manifesta a sua preocupação ante a expansão da epidemia e os seus efeitos, sublinhando o facto de as mulheres e raparigas serem desproporcionalmente afectadas e alertando que a violência contra elas, bem como outros factores, nomeadamente sociais e culturais, são susceptíveis de aumentar a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA. Salienta assim a importância da igualdade de género na redução dessa vulnerabilidade, afirmando que a emancipação das mulheres é a chave para reverter a epidemia.

Depois de reafirmar a necessidade de os governos continuarem a cumprir as metas assumidas na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA e a assegurar que as políticas e estratégias nacionais de resposta à epidemia integram uma dimensão de género, esta Comissão dirige-se aos governos, instando-os nomeadamente a: *i)* adoptarem as medidas necessárias para fomentar a autodeterminação e a independência económica das mulheres, bem como para proteger e promover a realização plena dos seus direitos e liberdades fundamentais; *ii)* intensificarem os esforços no sentido de eliminar as desigualdades de género e incentivar o envolvimento dos homens e rapazes; *iii)* continuarem a fomentar a participação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, dos jovens e das organizações da sociedade, nas abordagens desenvolvidas em resposta à epidemia.

Incentiva ainda à continuação da colaboração entre o ONUSIDA, restantes agências e programas da ONU e outras organizações internacionais, com vista à prevenção da epidemia, sobretudo no que concerne às situações de emergência, no âmbito das acções humanitárias.

– **Resolução nº 46/2 da Comissão de Estupefacientes, de 15 de Abril de 2003:** Reforço das estratégias relativas à prevenção do vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida no contexto da toxicod dependência

A Comissão de Estupefacientes solicita aos Estados-Membros que intensifiquem

esforços para: *i*) reduzir a procura de drogas ilícitas e garantir que um conjunto abrangente de medidas, nos domínios da prevenção, educação, tratamento e reabilitação, estejam acessíveis a todas as pessoas (v.g., os utilizadores de drogas injectáveis); *ii*) atingir as metas visadas na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA em termos de prevenção, sobretudo no que se refere aos grupos de maior risco (caso dos mesmos consumidores), através da implementação de programas de prevenção destinados a reduzir os comportamentos de risco (v.g., o consumo de drogas injectáveis).

Requer ainda aos Estados-Membros o seguinte: *i*) que, nas suas políticas nacionais de controlo de drogas, tenham em consideração o problema do VIH relacionado com o consumo das mesmas, em ordem a elaborar estratégias de prevenção eficazes e a fomentar o acesso à informação sobre prevenção e a assistência para aqueles que ainda não estão a receber tratamento (incluindo os que se encontram nas prisões e nos estabelecimentos de correcção); *ii*) que implementem medidas para reduzir o consumo de drogas injectáveis e as suas consequências, designadamente o aumento do risco de transmissão do VIH; *iii*) que estabeleçam sistemas de acompanhamento e de avaliação dos progressos alcançados.

Esta Comissão faz também um apelo à comunidade internacional para que invista em programas de prevenção do VIH/SIDA relacionados com a toxicodependência.

Por último, solicita ao Programa Internacional de Controlo de Drogas que continue a desenvolver e a reforçar a sua estratégia de prevenção do VIH (designadamente, de desenvolvimento de capacidades do pessoal que trabalhe nesta área), e a estreitar a cooperação com o ONUSIDA e com os seus co-patrocinadores, para uma melhor resposta ao problema da incidência do VIH/SIDA entre toxicodependentes.

– Resolução n.º 2003/29 da Comissão de Direitos Humanos, de 22 de Abril de 2003:
Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária

Depois de reconhecer que o acesso a medicação, no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a TB e a malária, constitui um elemento essencial para alcançar a plena realização do direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental, a Comissão de Direitos Humanos solicita aos Estados que: *i*) desenvolvam estratégias nacionais destinadas a concretizar o acesso a equipamentos de prevenção, serviços,

informação, tratamento, cuidados e apoio, por parte das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, em conformidade com a legislação internacional aplicável; *ii*) estabeleçam ou reforcem as infra-estruturas nacionais de saúde e de serviços sociais; *iii*) sigam políticas que promovam a disponibilização de fármacos e de tecnologias farmacêuticas utilizadas, nomeadamente, no tratamento do VIH/SIDA e das infecções oportunistas associadas; *iv*) sigam políticas que fomentem o acesso sem discriminação aos fármacos e tecnologias farmacêuticas e que garantam que os mesmos são científica e medicamente apropriados e de elevada qualidade; *v*) se abstenham de adoptar medidas que inibam ou limitem o acesso equitativo àqueles fármacos e tecnologias médicas (inclusivamente para prevenção e cuidados paliativos); *vi*) adoptem e implementem legislação ou outras medidas para garantir o acesso aos mesmos, em conformidade com a legislação internacional; *vii*) considerem (em cumprimento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA) os factores que influenciam nas dificuldades do acesso aos medicamentos disponíveis e desenvolvam estratégias integradas para reforçar os sistemas de saúde, de modo a assegurar o tratamento e a monitorizar o uso dos medicamentos e das tecnologias de diagnóstico; *viii*) adoptem as medidas adequadas a promover a investigação e o desenvolvimento de novos e mais eficazes fármacos para prevenção e tratamento de VIH/SIDA e para cuidados paliativos, bem como de equipamentos de diagnóstico; *ix*) assegurem que as suas acções, enquanto membros de organizações internacionais, têm em consideração o direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental; *x*) continuem a auxiliar os países em desenvolvimento na luta o VIH, a TB e a malária, através de recursos financeiros, de apoio técnico e da formação de pessoal.

A Comissão solicita também ao ONUSIDA que mobilize mais recursos para esta causa, apelando aos governos que assegurem a disponibilização de recursos suficientes ao ONUSIDA, em conformidade com o disposto na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos.

– Resolução nº 2003/47 da Comissão de Direitos Humanos, de 23 de Abril de 2003:

A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão de Direitos Humanos convida os Estados a: *i*) continuarem a adoptar

as medidas necessárias para garantir o respeito, a protecção e a plena realização dos direitos humanos no contexto do VIH/SIDA, tal como consta das Directrizes sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos; *ii*) assegurarem que as suas leis, políticas e práticas, respeitam os direitos humanos e proíbem a discriminação em função do estatuto serológico; *iii*) promoverem programas eficazes para a prevenção do VIH/SIDA (*v.g.*, por via da educação, de campanhas de sensibilização e do acesso aos serviços) e a disponibilização de cuidados e apoio às pessoas afectadas (*v.g.*, através do acesso generalizado e equitativo a medicação segura e eficaz para o tratamento do VIH e das doenças relacionadas com a SIDA; *iv*) estabelecerem políticas e programas de resposta ao VIH/SIDA, coordenados e transparentes, e traduzirem as suas políticas nacionais em planos de acção distrital e local, com o envolvimento das ONG e das pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *v*) desenvolverem e apoiarem serviços, nomeadamente de assistência jurídica, que permitam educar as pessoas afectadas relativamente aos seus direitos e auxiliá-las na realização dos mesmos; *vi*) adoptarem as medidas necessárias para combater a discriminação e a estigmatização e assegurar a plena realização dos direitos económicos, sociais e culturais das pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *vii*) garantirem, mediante consulta das entidades nacionais competentes, que os códigos de conduta e as práticas profissionais respeitam os direitos humanos neste contexto; *viii*) desenvolverem e apoiarem, mediante consulta das entidades nacionais competentes, os mecanismos apropriados para acompanhar e reforçar os direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA. Os Estados são ainda convidados a incluir informação sobre os direitos humanos no contexto do VIH/SIDA nos respectivos relatórios sobre a implementação da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA.

Em ordem a proteger as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e os grupos mais vulneráveis relativamente ao estigma e à discriminação, a Comissão dirige-se aos Estados, aos órgãos da ONU, aos respectivos programas e agências especializadas, às organizações internacionais e às ONG. O convite a todas estas entidades é no sentido da sua contribuição para a cooperação internacional nas questões em causa, da adopção de todas as medidas necessárias à prossecução deste combate e do auxílio aos países em desenvolvimento nos esforços que estes despendam para prevenir a expansão da epidemia e mitigar os impactos negativos da mesma no quadro dos direitos humanos.

É pedido a todos os representantes, relatores especiais e grupos de trabalho da Comissão, para que integrem a protecção dos direitos humanos relacionados com o

VIH/SIDA nos respectivos trabalhos. Finalmente, é solicitado ao Secretário-Geral que convide os órgãos, os programas e agências especializadas das Nações Unidas e os Estados-Membros a integrarem a questão dos direitos humanos relacionados com o VIH nas suas políticas, programas e actividades e que envolva nesse processo as ONG e as organizações de base comunitária.

– Resolução nº 2004/26 da Comissão de Direitos Humanos, de 16 de Abril de 2004:

Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária

Depois de sublinhar a importância do acesso a medicação, no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a TB e a malária, para alcançar a plena realização do direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental, a Comissão de Direitos Humanos apela aos Estados que: *i)* tenham em consideração as directrizes elaboradas na Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos, realizada em Genebra, de 23 a 25 de Setembro de 1996, bem como a revisão da directriz 6, efectuada na Terceira Consulta Internacional, realizada de 25 a 26 de Julho de 2002; *ii)* desenvolvam estratégias nacionais destinadas a concretizar o acesso a equipamentos de prevenção, serviços, informação, tratamento, cuidados e apoio, por parte das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, em conformidade com a legislação internacional aplicável; *iii)* estabeleçam ou reforcem as infra-estruturas nacionais de saúde e serviços sociais; *iv)* sigam políticas, de acordo com a legislação internacional aplicável, que promovam a disponibilização de fármacos e tecnologias farmacêuticas utilizadas nomeadamente no tratamento do VIH/SIDA e das infecções oportunistas; *v)* sigam políticas que fomentem o acesso sem discriminação aos fármacos e tecnologias farmacêuticas e garantam que os mesmos são científica e medicamente apropriados e de elevada qualidade; *vi)* se abstenham de adoptar medidas que inibam ou limitem o acesso equitativo àqueles fármacos e tecnologias médicas (inclusivamente para prevenção e cuidados paliativos); *vii)* adoptem e apliquem legislação ou outras medidas para garantir o acesso aos mesmos, em conformidade com a legislação internacional; *viii)* abordem (em cumprimento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA) os factores que influem na dificuldade do acesso aos medicamentos disponíveis; *ix)* assegurem que as suas acções, enquanto membros de organizações internacionais, têm em consideração o

direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental; x) adotem as medidas adequadas a promover a investigação e o desenvolvimento de novos e mais eficazes fármacos para prevenção, tratamento e cuidados paliativos, bem como de equipamentos de diagnóstico; xi) ponderem a possibilidade de adopção de legislação adequada a permitir a plena utilização das flexibilidades constantes do Acordo TRIPS.

Apela ao ONUSIDA e aos Estados para que mobilizem mais recursos para o combate ao VIH/SIDA. Solicita ainda ao Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais que conceda atenção às questões tratadas na presente Resolução.

– Resolução n° 2004/48 da Comissão de Direitos Humanos, de 20 de Abril de 2004:
Direitos das Crianças

A Comissão de Direitos Humanos insta os Estados a concederem apoio às crianças afectadas pelo VIH/SIDA e às suas famílias (suscitando o envolvimento destas e do sector privado), de forma a garantir a prevenção da transmissão do VIH, mediante a divulgação de informação adequada e a promoção do acesso aos cuidados, tratamento e despiagem, com carácter voluntário e confidencial. Considera necessário garantir o acesso generalizado a produtos farmacêuticos, designadamente para prevenir a transmissão do vírus de mãe para filho.

– Resolução n° 2004/35 do Conselho Económico e Social, de 21 de Julho de 2004:
Combate à propagação do VIH/SIDA nos estabelecimentos prisionais e correcionais

O Conselho Económico e Social afirma reconhecer a necessidade de medidas destinadas a resolver os problemas do excesso de lotação e da violência nos estabelecimentos prisionais. Nesse sentido, convida os Estados-Membros a considerarem, de acordo com a legislação nacional, alternativas ao aprisionamento, bem como a libertação antecipada dos prisioneiros em estado avançado de SIDA. Sublinha a necessidade de uma alteração dos comportamentos e da garantia do acesso generalizado à prevenção, aos tratamento e cuidados, por parte das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, evidenciando o direito dos prisioneiros a receber cuidados de saúde apropriados e a ter acesso a pessoal médico qualificado. Sugere que os gestores e guardas dos estabelecimentos prisionais sejam preparados para lidar com o VIH/SIDA.

Para o desenvolvimento de uma resposta coordenada e abrangente aos problemas enunciados, solicita ao UNODC que colabore com o ONUSIDA, a OMS e outras entidades internacionais relevantes, de forma a reunir informação e analisar o quadro da situação corrente nos estabelecimentos prisionais, com vista a fornecer orientação aos governos em matéria de políticas e programas desenvolvidos neste âmbito, bem como a garantir que os problemas específicos do VIH/SIDA nesses estabelecimentos são correctamente tratados.

O Conselho convida ainda os Estados-Membros a contribuírem voluntariamente para o UNODC, a fim de apoiarem os projectos e as actividades deste Gabinete na área da prevenção do VIH/SIDA em meios prisionais.

– **Resolução nº 47/2 da Comissão de Estupefacientes da ONU, de 2004:** Prevenção do VIH/SIDA entre toxicodependentes

A Comissão de Estupefacientes começa por apelar ao desenvolvimento de estudos e investigações destinadas a identificar os grupos mais vulneráveis e os padrões dos comportamentos de risco, bem como ao reforço das políticas de saúde para resposta simultânea aos problemas relacionados com a toxicodependência e o VIH/SIDA. Incentiva ao reforço das actividades das organizações da sociedade destinadas a promover os cuidados de saúde e a assistência social para toxicodependentes e suas famílias, bem como à maior participação destas e das autoridades locais no desenvolvimento de políticas de redução da procura de drogas e de fomento da educação, do tratamento, dos cuidados, da reabilitação e da reinserção social dos toxicodependentes.

Esta Comissão destaca ainda a necessidade de tornar acessíveis aos toxicodependentes os meios de prevenção do VIH e informação sobre os mesmos e de conceder a máxima atenção à prevenção da toxicodependência. Finalmente, pede ao UNODC que convoque uma reunião intergovernamental de peritos relativa à disponibilidade de fundos voluntários destinados à elaboração de um programa específico sobre as questões principais em matéria de VIH/SIDA e toxicodependência, com enfoque na prevenção do vírus, no consumo de drogas injectáveis e na adopção de comportamentos de risco.

– **Resolução nº 48/12 da Comissão de Estupefacientes da ONU, de 2005:** Aumento da capacidade das comunidades para fornecer informação, tratamento, cuidados de saúde e serviços sociais às pessoas que vivem com o VIH/SIDA ou com outras doenças transmissíveis pelo sangue, no contexto da toxicodependência, e melhoria do acompanhamento, da avaliação e dos sistemas de informação

A Comissão de Estupefacientes insta os Estados-Membros e as organizações com experiência no desenvolvimento das capacidades locais a proporcionarem tratamento, cuidados de saúde e serviços sociais a toxicodependentes que vivem com o VIH/SIDA ou com outras doenças transmissíveis pelo sangue.

Depois de afirmar estar consciente que, em muitas comunidades, os toxicodependentes e as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA são extremamente estigmatizados, a Comissão solicita aos Estados-Membros que continuem a reforçar os programas destinados a combater o preconceito e contra estas pessoas e a sua estigmatização. Requer-lhes também que ponderem a inclusão da prevenção e do tratamento da toxicodependência nas estratégias nacionais de controlo de drogas, de forma a reduzir a toxicodependência e a propagação do VIH/SIDA, bem como que favoreçam a ligação entre as estratégias nacionais de combate ao VIH/SIDA e as de controlo de drogas.

Os Estados-Membros são ainda incentivados a: *i)* garantir a disponibilização e a acessibilidade do tratamento da toxicodependência para pessoas que vivem com o VIH/SIDA ou com outras doenças transmissíveis pelo sangue; *ii)* eliminar os obstáculos ao acesso a cuidados e assistência, por parte de toxicodependentes portadores de VIH/SIDA; *iii)* continuar a integrar medidas de prevenção e de tratamento da toxicodependência e do VIH/SIDA nos seus programas de desenvolvimento socioeconómico (em particular, aqueles que se destinem a promover a autodeterminação das mulheres e o bem-estar das crianças).

A Comissão dirige-se ao UNODC, solicitando-lhe nomeadamente que continue a trabalhar, em conjunto com o ONUSIDA, na divulgação de informação relativa à relação entre o VIH/SIDA e a toxicodependência e no reforço dos sistemas de acompanhamento e de avaliação. A esta e a outras entidades competentes pede ainda que concebam e implementem os seus programas de forma sustentável.

– **Resolução nº 2005/23 da Comissão de Direitos Humanos, de 15 de Abril de 2005:**
Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária

A Comissão de Direitos Humanos enfatiza que o acesso a medicação, no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a TB e a malária é essencial para alcançar a plena realização do direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental. Assim, dirige os seguintes apelos aos Estados: *i)* que tenham em consideração as directrizes elaboradas na Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA e Direitos Humanos, realizada em Genebra, de 23 a 25 de Setembro de 1996, bem como a revisão da directriz 6, efectuada na Terceira Consulta Internacional, realizada de 25 a 26 de Julho de 2002; *ii)* que desenvolvam e implementem estratégias nacionais, de acordo com a legislação internacional aplicável, orientadas para a concretização do acesso a equipamentos de prevenção, serviços, informação, tratamento, cuidados e apoio, por parte das pessoas infectadas por estas doenças; *iii)* que estabeleçam ou reforcem as infra-estruturas nacionais de saúde e serviços sociais; *iv)* que sigam políticas, de acordo com a legislação internacional aplicável, de promoção da disponibilização e acessibilidade de fármacos e tecnologias farmacêuticas utilizadas, nomeadamente, no tratamento do VIH/SIDA e das infecções oportunistas, e bem ainda que garantam que estes fármacos e tecnologias são científica e medicamente apropriados e de elevada qualidade; *v)* que se abstenham de adoptar medidas que inibam ou limitem o acesso equitativo daqueles fármacos e tecnologias médicas (inclusivamente para prevenção e cuidados paliativos); *vi)* que adoptem e implementem legislação ou outras medidas, em conformidade com a legislação internacional, para garantir o acesso aos mesmos; *vii)* que abordem (em cumprimento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA) os factores que influenciam a dificuldade do acesso aos medicamentos disponíveis; *viii)* que desenvolvam políticas nacionais de saúde para acompanhar a utilização de medicamentos e de tecnologias de diagnóstico, assegurem o consentimento informado e a confidencialidade dos testes e do aconselhamento em matéria de VIH/SIDA, bem como a formação dos prestadores e técnicos de cuidados de saúde; *ix)* que adoptem medidas eficazes para prevenir a transmissão do VIH de mãe para filho e para facilitar o acesso à terapia anti-retroviral e a substitutos do leite materno; *x)* que adoptem medidas adequadas a promover a investigação e o desenvolvimento de novos e melhores

fármacos para prevenção, tratamento e cuidados paliativos, bem como de equipamentos de diagnóstico; *xi*) que assegurem que as suas acções, enquanto membros de organizações internacionais, têm em consideração o direito de todos ao gozo do mais alto padrão de saúde física e mental; *xii*) que ponderem a possibilidade de adopção de legislação adequada a garantir a plena aplicação das flexibilidades contidas no Acordo TRIPS (e que as tenham em conta na adesão a acordos internacionais de comércio que possam afectar a saúde pública); *xiii*) que avaliem os efeitos dos acordos internacionais de comércio na saúde pública e na realização do direito de todos ao mais elevado padrão de saúde.

– Resolução nº 2005/84 da Comissão de Direitos Humanos, de 21 de Abril de 2005:

A protecção dos direitos humanos no contexto do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A Comissão de Direitos Humanos insta os Estados, nomeadamente a: *i*) reforçarem os mecanismos de protecção dos direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA, consultando para o efeito os organismos nacionais competentes; *ii*) garantirem que as suas leis, políticas e práticas respeitam os direitos humanos no contexto do VIH/SIDA, *v.g.* no domínio laboral; *iii*) fomentarem a implementação de programas eficazes de prevenção, de tratamento e de combate contra a discriminação; *iv*) integrarem os programas de saúde sexual e reprodutiva nas suas estratégias nacionais relativas ao VIH/SIDA, enquanto componentes fundamentais das mesmas; *v*) desenvolverem políticas e programas nacionais de resposta ao VIH/SIDA que sejam coordenados, participativos, transparentes e incluam uma dimensão de género; *vi*) converterem essas políticas e programas em acções a nível distrital e local, com o envolvimento das ONG, das organizações de base comunitária e de representantes das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e dos grupos vulneráveis; *vii*) adoptarem medidas para proteger os direitos das mulheres e das crianças, no contexto do VIH/SIDA, *maxime* no que concerne às desigualdades de género, à violência contra as mulheres, às práticas tradicionais lesivas da sua integridade, às necessidades sociais e jurídicas das crianças órfãs ou tornadas vulneráveis devido ao VIH/SIDA, bem como às necessidades dos prestadores de cuidados; *viii*) assegurarem o acesso pleno e equitativo das mulheres

aos serviços e equipamentos de prevenção, aconselhamento, despistagem, educação, cuidados e tratamento de elevada qualidade.

É feito um pedido aos Estados para que apliquem plenamente a Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, adoptada na vigésima sexta sessão especial da Assembleia Geral da ONU sobre VIH/SIDA, em 2001.

– Resolução n.º 2005/47 do Conselho Económico e Social, de 27 de Julho de 2005 –
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)

O Conselho Económico e Social começa por instar o ONUSIDA e outros organismos do sistema da ONU a aumentarem o apoio concedido aos governos, de forma a concretizar a Declaração do Milénio, de 2000, e a Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001. Saúda o Conselho Coordenador do ONUSIDA por apoiar o compromisso de auxílio aos países na melhoria das suas capacidades nacionais de combate à epidemia e na promoção de respostas nacionais coordenadas e abrangentes, sobretudo através da implementação do princípio dos “*três uns*”⁴⁵⁸. Incentiva-o a continuar a ajudar os países no desenvolvimento de estratégias de resposta ao VIH/SIDA fundamentadas e abrangentes. Outro domínio em que o Programa deveria intensificar os seus esforços seria o dos sistemas de monitorização e avaliação global, regional e local, os quais deveriam ser reforçados e harmonizados.

Na Resolução é também abordada a ligação entre as desigualdades de género e o VIH/SIDA, apelando-se ao aumento e à melhoria das acções direccionadas para as mulheres no contexto do VIH/SIDA, através da intensificação dos esforços envidados pelos governos, pelas agências do sistema da ONU, pelas organizações da sociedade e pelo sector privado⁴⁵⁹.

Registamos ainda dois aspectos. O primeiro é o incentivo aos Estados para que forneçam informação detalhada sobre os resultados obtidos com as acções empreendidas em resposta ao VIH/SIDA, para efeito da preparação do relatório do Secretário-Geral à 60ª sessão da Assembleia Geral relativa à implementação da

⁴⁵⁸ O Princípio dos “*três uns*” visa a coordenação das respostas empreendidas a nível nacional para combater a epidemia. A designação significa um único órgão de coordenação nacional, um único plano estratégico nacional e um único sistema de monitorização e avaliação.

⁴⁵⁹ Neste âmbito notamos ainda a saudação ao ONUSIDA por impulsionar a Coligação Global sobre as Mulheres e a SIDA (*Global Coalition on Women and AIDS*).

Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA. O segundo é a afirmação de apoio aos esforços do ONUSIDA para encontrar novas formas de financiamento para a resposta à epidemia, a nível nacional e internacional.

– Resolução nº 60/262 da Assembleia-Geral da ONU, de 15 de Junho de 2006: Declaração Política sobre VIH/SIDA, Sessão Extraordinária da Assembleia Geral da ONU sobre VIH/SIDA, de 31 de Maio a 2 de Junho de 2006⁴⁶⁰

Na Declaração são abordadas várias questões, entre as quais salientamos as seguintes: *i*) a eliminação das desigualdades, dos maus tratos e da violência de género – com base no reconhecimento da influência destes factores na vulnerabilidade da mulher à infecção VIH – através da implementação e consolidação de medidas jurídicas e administrativas destinadas, nomeadamente, a combater a discriminação e a exploração sexual das mulheres, bem como quaisquer outras formas de violência contra as mesmas; *ii*) a promoção e a aplicação eficaz de leis e de outras medidas que visem eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas que vivem com VIH e os membros de grupos vulneráveis, bem como de estratégias de combate ao estigma e à exclusão social⁴⁶¹; *iii*) a melhoria dos sistemas de saúde e sociais nacionais; *iv*) o aumento da capacidade dos recursos humanos no sector da saúde; *v*) a afectação de recursos adicionais aos países de médio e de baixo rendimento, para o reforço dos respectivos programas e sistemas de saúde no âmbito do VIH/SIDA (nomeadamente para resolver as carências a nível de recursos humanos); *vi*) a redução do défice mundial de recursos afectados à resposta ao VIH/SIDA, através do aumento do financiamento nacional e internacional e da garantia da adequação das estratégias desenvolvidas; *vii*) o apoio aos países em desenvolvimento relativamente ao aproveitamento das flexibilidades

⁴⁶⁰ Vide Resolução nº 60/262 da Assembleia-Geral da ONU, de 15 de Junho de 2006, em cujo anexo está contida a Declaração. Nesta Declaração é reafirmado o empenho na aplicação da Declaração de Compromisso adoptada em 2001 (e aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio), referindo-se contudo que muitas das metas aí previstas não haviam sido atingidas.

⁴⁶¹ Cfr., em particular, o ponto 29 da Declaração: “*Nos comprometemos a redoblar esfuerzos por promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y, en particular acceso, entre otras cosas, a la educación, la herencia, el empleo, la atención de la salud, los servicios sociales y de salud, la prevención, el apoyo y el tratamiento, la información y la protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad, y elaborar estrategias par a combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia*”.

introduzidas no Acordo TRIPS, para protecção da saúde pública; e *viii*) os apelos, nomeadamente às empresas farmacêuticas, no sentido de um maior investimento nas actividades de I&D.

– **Resolução n° 49/4 da Comissão de Estupefacientes da ONU, de 2006:** Resposta à prevalência do VIH/SIDA, e de outras doenças transmissíveis através do sangue, entre toxicodependentes

A Comissão de Estupefacientes convida os Estados-Membros a adoptarem as seguintes medidas: *i*) concederem atenção máxima ao desenvolvimento de acções de redução da procura, cuja eficácia na prevenção e tratamento da toxicodependência tenha sido demonstrada em estudos; *ii*) adoptarem políticas de saúde relacionadas com a toxicodependência que facilitem a prevenção da mesma e o acesso dos toxicodependentes à prevenção, tratamento e cuidados, designadamente para infecções de VIH/SIDA relacionadas com o consumo de drogas; *iii*) aumentarem os esforços para promover o acesso, sem discriminação, aos cuidados de saúde e assistência social, por parte dos toxicodependentes e respectivas famílias; *iv*) promoverem o acesso aos medicamentos, vacinas e outras medidas, cuja eficácia na redução da transmissão, *v.g.*, do VIH/SIDA e da hepatite, haja sido demonstrada.

É feito um pedido ao UNODC para que preste assistência técnica aos Estados-Membros relativamente ao desenvolvimento de estratégias e medidas abrangentes, direccionadas, nomeadamente, para a prevenção do VIH e o acesso aos cuidados, no contexto da toxicodependência, em conformidade com os tratados internacionais sobre controlo de drogas.

– **Resolução n° 2007/32 do Conselho Económico e Social, de 27 de Julho de 2007** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)

O Conselho Económico e Social começa por instar o ONUSIDA, bem como outros organismos integrados no sistema da ONU, a aumentarem o apoio concedido aos governos de forma a concretizar a Declaração do Milénio, de 2000, e a Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001. Saúda o ONUSIDA nomeadamente pelo apoio concedido aos Estados na prossecução do objectivo de alcançar o acesso universal

a programas abrangentes de prevenção, tratamento e cuidados, até 2010. Enfatiza também o papel central do ONUSIDA, designadamente em termos de apoio às intervenções nacionais que incluem em especial as organizações da sociedade, as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e os grupos vulneráveis.

Este Conselho exorta ainda os governos, doadores e o ONUSIDA a intensificarem esforços no sentido de tratar as questões das desigualdades, violência de género, práticas sociais e culturais lesivas relativamente às mulheres, estigmatização e discriminação, deficiências em termos de saúde sexual e reprodutiva e falta de respeito pelos direitos humanos, enquanto factores principais de vulnerabilidade à epidemia. Em matéria de desigualdades de género e de afectação desproporcional da epidemia nas mulheres, registamos ainda o pedido ao ONUSIDA para que desenvolva o seu projecto de directrizes sobre género, centrando-se em acções específicas para alcançar a igualdade de género nas respostas ao VIH/SIDA.

As restantes disposições respeitam essencialmente a questões de financiamento do ONUSIDA para desenvolvimento do combate à epidemia, bem como a aspectos relativos à gestão das acções desenvolvidas no âmbito do Programa, com vista a garantir a eliminação dos obstáculos ao acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio para pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

– **Resolução nº 51/14 da Comissão de Estupefacientes da ONU, de 2008:** Promoção da coordenação e da coerência entre as decisões da Comissão de Estupefacientes e as do Conselho de Coordenação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

A Comissão de Estupefacientes apela à colaboração entre os Estados-Membros representados no UNODC e no ONUSIDA, de forma a obter uma maior coordenação na resposta ao VIH/SIDA e assim alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e assistência para toxicodependentes. Seguidamente, solicita ao Director Executivo do UNODC que partilhe anualmente com os Estados-Membros as decisões importantes do Conselho Executivo do ONUSIDA (nas sessões anuais da Comissão, com início na 52ª sessão). Finalmente, solicita ao UNODC que transmita anualmente as resoluções pertinentes da Comissão ao Conselho Executivo do ONUSIDA.

– Resolução nº 2009/6 do Conselho Económico e Social da ONU, de 24 de Julho de 2009 – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)

O Conselho começa por instar o ONUSIDA, bem como outras organizações e organismos integrados no sistema da ONU, a aumentarem o apoio concedido aos governos, com vista à concretização da Declaração do Milénio, de 2000, e a Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001. Saúda os relatórios dos vários Estados-Membros relativos aos progressos alcançados em 2008, no âmbito da concretização da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA. Incentiva o ONUSIDA a intensificar esforços no sentido de garantir que os obstáculos ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados são efectivamente apreendidos e abordados (designadamente, o estigma, a discriminação, as desigualdades socioeconómicas e de género e as violações de direitos humanos). Evidencia a importância de as respostas à epidemia desenvolvidas a nível nacional, regional e internacional conterem programas de prevenção abrangentes e fundamentados em dados concretos. Destaca a necessidade de associar estas respostas a outras estratégias de desenvolvimento, particularmente no sector da saúde. Sublinha ainda a necessidade de abordar determinados entraves ao acesso universal à prevenção, tratamentos, cuidados e assistência em matéria de VIH/SIDA, nomeadamente a falta de recursos humanos, financeiros e técnicos disponíveis, bem como as deficiências a nível dos sistemas de saúde.

São de salientar seguintes aspectos: *i)* a reafirmação do direito a utilizar as flexibilidades do Acordo TRIPS para protecção da saúde pública, clarificadas na Declaração de Doha; *ii)* o incentivo aos Estados, às organizações internacionais e demais entidades competentes para que apoiem activamente a implementação generalizada da Estratégia Global e Plano de Acção sobre saúde pública da OMS, intitulado “Inovação e Propriedade Intelectual”⁴⁶²; *iii)* o incentivo aos Estados para que aumentem e concedam prioridade ao acesso à prevenção e ao tratamento das doenças oportunistas associadas ao VIH, promovam o acesso e a utilização eficaz de medicamentos anti-retrovirais seguros, acessíveis e de elevada qualidade, e bem assim que fomentem a investigação de novos meios de prevenção do VIH/SIDA (v.g.,

⁴⁶² Adoptado na 61ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada entre 19 e 24 de Maio de 2008. Vide Resolução nº 61/21, disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf (consulta em 25.10.12).

equipamentos controláveis pelas mulheres); *iv*) o incentivo aos Estados para que eliminem as restrições impostas à entrada, permanência e residência motivadas pela existência de VIH/SIDA e que assegurem que os seus portadores não continuem a ser excluídos, detidos ou deportados pelo facto de o serem; *v*) a ênfase na importância de envolver as organizações da sociedade em todas as fases e áreas de desenvolvimento das respostas à epidemia e o apelo a que se reforce a capacidade das mesmas para o fazer; *vi*) a afirmação da necessidade de o ONUSIDA aumentar o seu trabalho com os governos e com todas as organizações da sociedade, de forma a fomentar a aplicação e a eficácia das intervenções direccionadas para os utilizadores de drogas injectáveis, nomeadamente em contextos prisionais.

– Resolução nº 53/9 da Comissão de Estupefacientes da ONU, de 12 de Março de 2010: Alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio, por parte de toxicodependentes e de pessoas que vivem ou que são afectadas pelo VIH

A Comissão de Estupefacientes insta o UNODC, enquanto parceiro principal do ONUSIDA no que toca à resposta ao VIH entre utilizadores de drogas injectáveis e em contexto prisional, a trabalhar com outras entidades do sistema da ONU, *maxime* a OMS, bem como a intensificar o auxílio aos governos na aplicação da Declaração do Milénio das Nações Unidas, da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA e da Declaração Política sobre o VIH/SIDA. Solicita ainda a esta entidade que: *i*) apoie as autoridades nacionais na concepção das políticas e na clarificação das responsabilidades que incumbem às diferentes entidades nacionais e do papel das organizações da sociedade na matéria; *ii*) apoie o incremento das capacidades e dos recursos disponíveis no que se refere a programas de prevenção e a serviços de tratamento, cuidados e assistência; *iii*) amplie substancialmente o trabalho prosseguido em colaboração com os grupos da sociedade envolvidos, de modo a promover o acesso aos serviços por parte de pessoas afectadas pelo VIH/SIDA e a combater a discriminação e a estigmatização; *iv*) continue a sublinhar a importância de as respostas nacionais, regionais e internacionais à epidemia incluírem programas de prevenção de VIH abrangentes e eficazes, com a devida adaptação às circunstâncias locais.

A Comissão dirige-se também aos Estados-Membros, solicitando-lhes que intensifiquem os esforços orientados para garantir o acesso a programas de prevenção

integrados, abrangentes e eficazes, adequados às circunstâncias locais, que incluam a divulgação de informação correcta e os necessários serviços de saúde e de assistência social. Exorta-os a ultrapassar os obstáculos que inibem o pleno acesso à prevenção, tratamento, cuidados e apoio, por parte das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e das pessoas em maior risco de contrair a infecção (caso dos utilizadores de drogas injectáveis).

Por último, é feito um convite aos Estados-Membros para que apoiem e participem na XVIII Conferência Internacional sobre a SIDA, a realizar em Viena, em 2010.

– Resolução nº 65/180 da Assembleia Geral da ONU, de 30 de Março de 2011, relativa à organização da avaliação exaustiva de 2011 dos progressos alcançados na aplicação da Declaração de compromisso na luta contra o VIH/SIDA e da Declaração Política sobre o VIH/SIDA

Em ordem a renovar a vontade política relativamente à resposta global ao VIH/SIDA, manifestada na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001, e na Declaração Política sobre o VIH/SIDA, de 2006, a Assembleia decide convocar uma reunião de alto nível (de 8 a 10 de Junho de 2011) para fazer uma avaliação pormenorizada dos progressos alcançados na aplicação de ambas as declarações, que incluísse os aspectos positivos e os negativos, bem como as recomendações destinadas a nortear e acompanhar a resposta à epidemia depois de 2010. As restantes disposições da Resolução são relativas à preparação da reunião, incluindo aspectos de organização e convites à participação e financiamento da mesma, e bem assim à informação sobre os progressos obtidos na respostas ao VIH/SIDA, as lacunas, debilidades e obstáculos a superar.

–Resolução nº 1983 (2011) do Conselho de Segurança da ONU, de 7 de Junho de 2011

A resolução incide sobre o tema do VIH/SIDA em situações de conflito e pós-conflito. O Conselho começa por assinalar a relevância da prossecução de acções coordenadas a nível nacional, regional e internacional para mitigar o impacto da epidemia do VIH/SIDA, nomeadamente nestas situações. Destaca a afectação

desproporcional das mulheres, apelando ao reforço da capacidade dos países e das comunidades para fornecer assistência às mulheres afectadas pela doença em contextos de conflito ou pós-conflito. Aborda o papel da ONU em várias vertentes da resposta à epidemia, bem como a integração dessa resposta nas suas operações. Para o efeito, dirige-se designadamente ao Secretário-Geral para que tenha em consideração nas suas actividades relativamente a estes contextos as necessidades de quem vive com o VIH/SIDA e a maior vulnerabilidade de algumas pessoas, designadamente das mulheres.

– **Resolução nº 65/277** da Assembleia Geral da ONU, de 10 de Junho de 2011:
Declaração Política sobre o VIH/SIDA: Intensificação dos esforços para Eliminar o VIH/SIDA

A Assembleia avalia os progressos alcançados no cumprimento da Declaração de compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001, e da Declaração Política sobre VIH/SIDA, de 2006. Nas considerações iniciais, reafirma o compromisso relativamente aos ODM, sobretudo o objectivo nº 6. Reconhece que o VIH/SIDA constitui uma emergência global e que na resposta à epidemia deveria ser tido em consideração o facto de a pobreza ser frequentemente causa e consequência da doença. Expressa a sua preocupação relativamente a determinados aspectos, como a elevada prevalência em determinadas regiões do mundo, a insuficiência do financiamento face à magnitude da epidemia, a afectação desproporcional das mulheres⁴⁶³, o elevado número de novas infecções entre os jovens, evidenciando os factores que contribuem para essa situação⁴⁶⁴, e entre os utilizadores de drogas injectáveis. Por outro lado, sublinha os aspectos positivos verificados, designadamente a redução do número de novas infecções e da transmissão vertical, a ampliação do acesso ao tratamento anti-retroviral e a diminuição do número de mortes associadas à SIDA. Reconhece ainda a necessidade de relevar aspectos como a consideração dos direitos das pessoas com deficiência,

⁴⁶³ Afectação desproporcional resultante de factores fisiológicos, desigualdades de género, económicas e sociais, insuficiente acesso aos serviços de saúde, e todas as formas de discriminação e violência contra as mulheres.

⁴⁶⁴ Designadamente, o acesso limitado à educação de boa qualidade e ao emprego e o facto de muitos jovens não terem um conhecimento correcto sobre o VIH/SIDA

especialmente no que concerne à saúde, à educação, à acessibilidade e à informação, no desenvolvimento da resposta ao VIH/SIDA.

Os chefes e representantes de Estados e de governos afirmam assumir compromissos em em matéria de: *i) liderança* – v.g., intensificar a resposta global ao VIH/SIDA, renovando os compromissos assumidos nas Declarações de 2001 e 2006, bem como relativamente ao objectivo 6 dos ODM; eliminar as desigualdades de género e a violência contra as mulheres, aumentando a respectiva capacidade de se protegerem do risco de infecção pelo VIH; apoiar o envolvimento activo dos jovens e contribuir para medidas específicas para os mesmos; continuar a envolver as pessoas que vivem com o VIH/SIDA na definição das estratégias e nas respostas prosseguidas; *ii) prevenção* – v.g., redobrar os esforços de prevenção, tomando medidas baseadas em evidências e considerando as circunstâncias locais⁴⁶⁵; garantir a canalização dos recursos financeiros para a prevenção e que as estratégias nacionais a este nível sejam direccionadas para as populações em maior risco (nomeadamente, assegurando a possibilidade de acederem aos serviços de VIH/SIDA, incluindo de diagnóstico confidencial e aconselhamento); *iii) tratamento, cuidados e apoio* – v.g., acelerar os esforços para atingir a meta do acesso universal ao tratamento anti-retroviral; apoiar a redução dos custos unitários do tratamento do VIH e melhorar a forma como é prestado; promover serviços que integrem a prevenção, o tratamento e cuidados a doenças como a tuberculose e as hepatites; *iv) direitos humanos* – v.g., intensificar os esforços nacionais pela criação de quadros jurídicos, sociais e de políticas públicas para eliminação do estigma, da discriminação e da violência relacionados com o VIH/SIDA; promover o acesso sem discriminação à educação, aos cuidados de saúde, ao emprego e aos serviços sociais; garantir protecção jurídica às pessoas afectadas pelo VIH/SIDA; promover a revisão de leis e políticas que afectem negativamente a execução de programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio relacionados com o VIH/SIDA; assumir o compromisso relativamente a estratégias nacionais de VIH/SIDA que promovam e protejam os direitos dos portadores; garantir que as respostas nacionais ao VIH/SIDA consideram as necessidades específicas das mulheres e raparigas; fortalecer os sistemas nacionais de protecção social, em especial de crianças, e programas de cuidados e apoio

⁴⁶⁵ São enumeradas algumas acções de prevenção, entre as quais sublinhamos o fortalecimento de intervenções realizadas pelo sector da saúde, inclusivamente nas zonas rurais e em lugares de difícil acesso, e a utilização de novas intervenções biomédicas.

para estas e respectivas famílias (ou de terceiros que delas cuidem); promover leis e políticas que garantam o pleno alcance dos direitos dos jovens; responder, em conformidade com a legislação nacional, às vulnerabilidades ao VIH/SIDA de populações migrantes; mitigar o impacto da epidemia sobre os trabalhadores, as suas famílias e os seus dependentes, e locais de trabalhos; v) *recursos para a resposta ao VIH/SIDA* – v.g., trabalhar para colmatar a lacuna global de recursos para o VIH/SIDA até 2015; vi) *fortalecimento dos sistemas de saúde* – v.g., redobrar os esforços para melhorar os sistemas de saúde, nomeadamente através de medidas como a alocação de recursos nacionais e internacionais, a descentralização dos programas de VIH/SIDA para aumentar o acesso das comunidades, e a integração destes programas em diversos serviços de saúde (cuidados de saúde primários, saúde sexual e reprodutiva e infecciologia); apoio e incentivo ao desenvolvimento substancial dos recursos humanos, ao desenvolvimento de infra-estruturas nacionais e internacionais, à capacidade laboratorial, à melhoria dos sistemas de vigilância; vii) *investigação e desenvolvimento* – v.g., investir na investigação em matéria de métodos de diagnóstico sustentáveis e a preços acessíveis para VIH e TB, tratamentos para VIH e co-infecções, microbicidas e tecnologias de prevenção (designadamente, que possam ser controladas pelas mulheres); investir no desenvolvimento de investigações biomédicas, sociais, culturais e comportamentais e pesquisas de medicina tradicional; continuar a desenvolver a capacidade nacional de investigação; acelerar a investigação e o desenvolvimento de uma vacina (e de sistemas de compra e distribuição equitativa da mesma) e de uma cura; viii) *coordenação e acompanhamento*; ix) *seguimento*.

– **Resolução nº 2011/19 do Conselho Económico e Social, de 26 de Julho de 2011** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)

O Conselho Económico e Social incentiva os governos, o sistema da ONU, as organizações da sociedade e o sector privado a aumentar urgentemente os seus para alcançar os objectivos e metas delineados na Declaração Política sobre o VIH/SIDA de 2011 (*Intensificação dos esforços para eliminar o VIH/SIDA*). Exorta o ONUSIDA a apoiar a aplicação plena e eficaz da mesma declaração política da Assembleia da ONU, bem como a, no decurso da implementação da respectiva estratégia para 2011-2015 (*Getting to Zero*), apoiar os governos no reforço das respostas nacionais à epidemia de

acordo com a sua situação epidemiológica específica, os contextos e prioridades nacionais. Exorta o sistema da ONU a, em colaboração com os intervenientes relevantes, reforçar a acção coordenada, particularmente a nível dos países.

Relatórios do Secretário Geral

– **Relatório do Secretário Geral, de 21 de Janeiro de 2002** – Acesso a medicação no contexto de epidemias como o VIH/SIDA [E/CN.4/2002/52 (Comissão de Direitos Humanos)]

– **Relatório do Secretário Geral, de 16 de Janeiro de 2003** – Acesso a medicação no contexto de pandemias como o VIH/SIDA [E/CN.4/2003/48 (Comissão de Direitos Humanos)].

– **Relatório do Secretário Geral, de 7 de Dezembro de 2004** – Protecção dos direitos humanos relacionados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) [E/CN.4/2005/79 (Comissão de Direitos Humanos)]

– **Relatório do Secretário Geral, de 24 de Janeiro de 2006** – Acesso a medicação no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária [E/CN.4/2006/39 (Comissão de Direitos Humanos)]

– **Relatório do Secretário Geral, de 2 de Fevereiro de 2007** – Protecção dos direitos humanos relacionados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) [A/HRC/4/110 (Comissão de Direitos Humanos)]

– **Relatório do Secretário Geral, de 20 de Março de 2007** – Declaração de compromisso na luta contra o VIH/SIDA e Declaração Política sobre o VIH/SIDA: progressos obtidos nos últimos 12 meses [A/61/816 (Assembleia Geral)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 4 de Março de 2008** – Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária [A/HRC/7/30 (Assembleia Geral)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 18 de Dezembro de 2008** – Divisão equitativa de responsabilidades entre homens e mulheres relativamente ao lugar da família, incluindo os cuidados prestados no contexto do VIH/SIDA [E/CN.6/2009/2 (Comissão da Condição Jurídica e Social da Mulher)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 7 de Maio de 2009** – Progressos alcançados na aplicação da Declaração de Compromisso sobre a luta contra o VIH/SIDA e a Declaração Política sobre o VIH/SIDA [A/63/812 (Assembleia Geral)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 1 de Abril de 2010** – Progressos alcançados na aplicação da Declaração de Compromisso sobre a luta contra o VIH/SIDA e a Declaração Política sobre o VIH/SIDA [A/64/735 (Assembleia Geral)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 3 de Dezembro de 2010** – A mulher, a menina e o VIH/SIDA [E/CN.6/2011/7 (Comissão da Condição Jurídica e Social da Mulher)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 28 de Março de 2011** – União para o acesso universal: rumo a zero novas infecções, zero discriminação e zero mortes relacionadas com a SIDA [A/65/797 (Assembleia Geral)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 16 de Dezembro de 2011** – A mulher, a rapariga e o VIH/SIDA [E/CN.6/2012/11 (Comissão sobre o Estatuto da Mulher)]

- **Relatório do Secretário Geral, de 2 de Abril de 2012** – Unidos para eliminar a SIDA: prossecução das metas estabelecidas na Declaração Política de 2011 [A/66/757 (Assembleia Geral)]

4.1.1. ONUSIDA⁴⁶⁶

– Segurança das Injecções: Declaração Conjunta OMS/UNICEF/UNFPA sobre a Utilização de Seringas Descartáveis nos Serviços de Imunização⁴⁶⁷ – 1999

Na Declaração é sustentada a utilização de seringas auto-descartáveis, em detrimento das seringas descartáveis de utilização única, como forma de promover a segurança das injecções, reduzindo o risco de transmissão do VIH por esta via (risco potenciado pela reutilização de seringas).

– Doenças Sexualmente Transmissíveis: políticas e princípios de prevenção e cuidados (ONUSIDA, OMS)⁴⁶⁸ – Junho de 1997

O documento contém recomendações aos governos nacionais sobre os princípios e as políticas que devem reger a actuação em termos de prevenção e cuidados relacionados com as doenças sexualmente transmissíveis (DST). As recomendações sobre o conteúdo dos programas de DST são precedidas de uma recomendação genérica aos governos para que criem ou mantenham estes programas, conciliando-os com os programas nacionais de luta contra a SIDA.

– Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH⁴⁶⁹ – Maio de 2000

O Protocolo contém um conjunto de critérios que permitem verificar o carácter arbitrário de determinadas medidas tomadas em face do VIH/SIDA⁴⁷⁰. É referido, designadamente, que a discriminação pode consubstanciar uma acção ou omissão e que

⁴⁶⁶ Veja-se a página web do ONUSIDA em <http://www.unaids.org/en/>

⁴⁶⁷ *Safety of Injections: WHO/UNICEF-UNFPA Join Statement on the use of Auto-disposable Syringes In Immunization Services.*

⁴⁶⁸ *Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care.*

⁴⁶⁹ *Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV.*

⁴⁷⁰ No Protocolo lê-se que a aplicação dos critérios aí enumerados poderia “ajudar a revelar as medidas de discriminação arbitrária em muitas áreas da vida social, incluindo aquelas que estão fora da responsabilidade do Estado, (...) por ex: porque (...) ocorrem numa área relativa ao sector privado que está fora do controle das autoridades públicas”.

não é suficiente justificar uma medida discriminatória como necessária para a saúde pública, na medida em que aquela terá de ser adoptada no interesse de um objectivo legítimo, devendo os meios utilizados ser proporcionais ao fim visado e serem os menos restritivos disponíveis. É ainda acrescentado que: *i)* de um modo geral, uma medida que estigmatiza as pessoas com VIH/SIDA não é eficaz para salvaguardar a saúde pública; *ii)* as medidas que não têm “em consideração os factores médicos sobre o HIV/SIDA serão geralmente classificadas como discriminação”.

O Protocolo versa sobre a discriminação institucional, perpetrada por três fontes possíveis: *i)* a lei; *ii)* os regulamentos e procedimentos internos de organismos, organizações ou grupos públicos e privados; e *iii)* as práticas, quando não exista uma base escrita. As áreas abarcadas (consideradas as principais áreas da vida social) são: cuidados de saúde, emprego, justiça, administração, bem-estar social, habitação, educação, vida familiar e reprodutiva, seguros e outros serviços financeiros, e acesso a instituições ou serviços públicos.

– Orientações sobre a elaboração de indicadores-chave. Acompanhamento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA (Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA)⁴⁷¹ – Agosto de 2002

As directrizes visam munir os países de orientação técnica sobre a elaboração e a interpretação de indicadores para avaliação e comparação da situação dos países em matéria de concretização das obrigações assumidas pelos governos na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, de Junho de 2001.

– VIH/SIDA e educação. Uma abordagem estratégica (OIT, UNESCO, ONUSIDA, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNODC, OMS, WB)⁴⁷² – Maio de 2003

Este documento centra-se na importância da educação para o combate à SIDA. É evidenciada a sua relevância (para atribuição dos instrumentos e capacidades para os jovens prosseguirem as suas vidas) tanto para efeito de prevenção da transmissão do

⁴⁷¹ *Guidelines on construction of core indicators. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS.*

⁴⁷² *HIV/AIDS and education. A Strategic Approach.*

vírus como para redução da vulnerabilidade à doença. Por outro lado, é descrito o impacto da epidemia nos sistemas de educação, elencando-se medidas para mitigá-lo.

Os destinatários do documento são sobretudo os responsáveis pelas decisões tomadas no domínio da educação e do VIH/SIDA, mas também, e nomeadamente, os professores, os administrativos que trabalham nas escolas, as crianças e jovens que as frequentam e aqueles que estão fora do contexto escolar.

– VIH/SIDA e Educação – Instrumentos para os Ministros da Educação (UNESCO E ONUSIDA)⁴⁷³ – 2003

O documento destina-se a fomentar a prevenção do VIH/SIDA através da educação, considerada um sector nuclear no combate à epidemia, a par do sector da saúde. Um dos objectivos visados é o aumento da compreensão, por parte das pessoas que trabalham no sector da educação, da relação entre esta e o VIH/SIDA, tanto em termos de prevenção como do impacto que a epidemia tem nos sistemas de ensino.

– VIH e alimentação infantil: enquadramento para as acções prioritárias (ONUSIDA, FAO, UNHCR, UNICEF, OMS, WFP, WB, UNFPA)⁴⁷⁴ – 2003

Este documento contém recomendações para os governos relativamente à adopção de acções essenciais no domínio da alimentação dos lactentes e das crianças que respondam às especificidades inerentes a uma situação de infecção pelo VIH. O objectivo visado é a criação e manutenção de um ambiente que promova simultaneamente o desenvolvimento das práticas de alimentação infantil adequadas e fomente a melhoria das intervenções em matéria de redução do risco de transmissão do VIH. Entre os destinatários deste documento estão os decisores políticos, os gestores dos programas, o pessoal da ONU, os organismos profissionais, as ONG e, de um modo geral, a comunidade.

⁴⁷³ *HIV/AIDS and education – A Toolkit for Ministers of Education.*

⁴⁷⁴ *HIV and infant feeding: Framework for priority action.*

– **VIH e Alimentação Infantil: Orientações para os decisores** (UNICEF, ONUSIDA, UNFPA)⁴⁷⁵ – 2003

Na primeira secção do documento (intitulada *Contexto*) são enunciadas as normas, as estratégias, os objectivos e os padrões internacionais pertinentes, que deveriam ser tidos em consideração na adopção de decisões, a nível nacional, sobre alimentação infantil no âmbito do VIH/SIDA. Esta parte inclui ainda o elenco de metas e de conteúdos das directrizes. Os objectivos consistem em fornecer orientação e informação neste domínio, bem como salientar aspectos essenciais na formulação de políticas sobre VIH/SIDA e alimentação infantil.

A segunda secção (*Transmissão do VIH/SIDA através da amamentação: riscos e opções*) foca, nomeadamente, a necessidade de compatibilizar as medidas atinentes ao risco de transmissão do VIH/SIDA, através da amamentação, e ao risco de desnutrição e morte devido à sua falta, em ordem a alcançar um equilíbrio entre os dois problemas. Esta parte contém ainda recomendações para lactentes filhos de mulheres seropositivas, bem como as opções que estas têm em termos de alimentação infantil.

A terceira secção (*Política sobre alimentação do lactente e da criança*) respeita ao processo de formulação e de implementação de políticas e de normas nacionais sobre alimentação do lactente e da criança no contexto do VIH/SIDA. É referido, designadamente, que os governos devem atender aos conhecimentos científicos internacionais, às recomendações existentes neste domínio e às circunstâncias nacionais e locais, de forma a conceber orientações eficientes e adequadas.

A quarta secção (*Comercialização e distribuição apropriada de sucedâneos do leite materno*) é relativa à relevância do *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno* e à necessidade de promover a sua concretização plena no contexto do VIH/SIDA, integrando um enunciado de aspectos que os governos deveriam ter em consideração no que concerne à distribuição de leite artificial gratuito ou subsidiado.

Na quinta secção (*Protecção, promoção e apoio das práticas adequadas de alimentação do lactente e da criança no contexto do VIH/SIDA*) são descritas as medidas a adoptar para proteger, fomentar e apoiar as práticas de alimentação do

⁴⁷⁵ HIV and Infant feeding: Guidelines for Decision-Makers.

lactente e da criança para a generalidade da população, enquanto condição necessária para os serviços a disponibilizar às mulheres infectadas pelo VIH e respectivos filhos.

A sexta secção (*apoio a mulheres seropositivas nas suas decisões sobre alimentação infantil*) contém um enunciado de medidas destinadas a garantir a disponibilização e a acessibilidade dos serviços ao maior número possível de mães (sobretudo as que se encontrem em situações de maior vulnerabilidade), bem como a efectiva prestação de assistência por parte desses serviços. É referido que os decisores deverão garantir que todas as mães seropositivas recebem o apoio necessário à tomada de decisões em termos de alimentação infantil.

A última secção (*Monitorização, investigação formativa e avaliação*) contém considerações relacionadas com a monitorização e a avaliação de projectos e de programas, nomeadamente sobre VIH/SIDA e alimentação infantil. Nesta parte é salientada a importância desse acompanhamento e avaliação para a planificação de estratégias e de intervenções verdadeiramente apropriadas e eficazes.

– Declaração Política do ONUSIDA/OMS sobre despistagem de VIH⁴⁷⁶ – 2004

A Declaração é sobre a questão da necessidade de ampliação do acesso aos testes de VIH, contendo um enunciado de princípios-chave que deveriam orientar a despistagem do vírus. Dirige-se aos decisores políticos, aos responsáveis pelos programas de VIH/SIDA, aos prestadores de cuidados de saúde, às ONG e às organizações da sociedade envolvidas na luta contra o VIH/SIDA.

– Enquadramento para protecção, cuidado e apoio a órfãos e crianças vulneráveis que vivem num mundo com VIH e SIDA⁴⁷⁷ – Julho de 2004

As intervenções baseadas neste tema deveriam ser direccionadas para as crianças vulneráveis, as suas famílias e as comunidades em que estão inseridas e integradas em outros programas destinados a promover o bem-estar das crianças e a redução da pobreza.

⁴⁷⁶ UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing.

⁴⁷⁷ Framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and AIDS.

As estratégias nucleares contidas neste instrumento são as seguintes: *i*) reforço da capacidade das famílias para proteger e prestar apoio às crianças vulneráveis, através do prolongamento da vida dos pais e do fornecimento de assistência, nomeadamente económica, social e psicológica; *ii*) mobilização e apoio das intervenções de base comunitária; *iii*) garantia do acesso a serviços essenciais para órfãos e outras crianças vulneráveis (nomeadamente, nos domínios da educação e dos cuidados de saúde, ambos considerados essenciais na resposta às necessidades destas crianças); *iv*) garantia de que os governos os protegem, através da adopção de políticas e legislação adequadas e do fornecimento dos recursos necessários às famílias e às comunidades; *v*) sensibilização e mobilização social para a criação de um ambiente de apoio às crianças e famílias afectadas pelo VIH/SIDA.

É salientada a necessidade de traduzir este enquadramento em intervenções adequadas ao plano nacional, tendo em consideração as circunstâncias locais, bem como a necessidade de conceder prioridade a esta matéria, no âmbito das políticas adoptadas a nível nacional.

– Declaração Política da OMS/ONUSIDA: Garantia do acesso equitativo ao tratamento anti-retroviral para as mulheres⁴⁷⁸ – 2004

Esta Declaração aborda as necessidades específicas das mulheres em matéria de prevenção de VIH, relevando a importância de adoptar medidas adequadas e integradas, que tenham em consideração os diversos factores económicos, sociais e culturais que criam ou agravam as desigualdades de género e a consequente maior vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA. As medidas enunciadas estão organizadas em quatro áreas de actuação: *i*) desenvolvimento de um ambiente político favorável; *ii*) reforço dos sistemas de saúde, de forma a torná-los aptos a responder às necessidades específicas das mulheres e dos homens; *iii*) promoção de programas destinados a ultrapassar os obstáculos ao acesso equitativo; *iv*) desenvolvimento de critérios e de indicadores para avaliar os progressos alcançados.

⁴⁷⁸ WHO/UNAIDS Policy Statement: Ensuring equitable access to antiretroviral treatment for women.

– Tomada de posição: Terapias de substituição na gestão da dependência de opiáceos e a prevenção do VIH/SIDA (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁷⁹ – 2004

O enfoque desta tomada de posição reside na vantagem da disponibilização de terapias de substituição para utilizadores de drogas injectáveis dependentes de opiáceos, enquanto meio importante de prevenção do VIH/SIDA. É sublinhada a necessidade de esta estratégia ser integrada em outras intervenções e serviços de prevenção, tratamento e cuidados a pessoas que vivem com o VIH/SIDA⁴⁸⁰. É ainda salientado que a sua implementação deveria ser orientada de acordo com os conhecimentos adquiridos na matéria e sujeita a avaliação, nomeadamente para mitigar as eventuais consequências adversas da terapia de substituição.

– Resumo de políticas: Fornecimento de equipamentos de injeção esterilizados para reduzir a transmissão do VIH (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁸¹ – Março de 2004

O documento centra-se na necessidade de disponibilização e de incentivo ao uso de equipamento de injeção esterilizado, enquanto componente essencial dos programas de prevenção do VIH e parte integrante das estratégias de redução da toxicod dependência. Para além da referência aos vários factores que influem na partilha de seringas, destacamos o enunciado de medidas de prevenção do VIH/SIDA e da toxicod dependência que podem acompanhar os programas de fornecimento de material de injeção esterilizado, aumentando a sua eficácia (v.g., o aumento do acesso aos serviços de despistagem de VIH e de aconselhamento), bem como a disponibilização de informação no âmbito daqueles programas. Na parte em que se apresentam resultados de investigação, é feita referência à legislação relacionada com o uso de seringas por toxicod dependentes (v.g., as que penalizam os toxicod dependentes que transportam o seu próprio equipamento de injeção, bem como os trabalhadores do sector da saúde que facultam equipamento esterilizado a toxicod dependentes).

⁴⁷⁹ *Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.*

⁴⁸⁰ Na Declaração conjunta da OMS, UNODC e ONUSIDA (página 2 do documento) é referido que, para o tratamento da toxicod dependência, não basta haver um único tratamento, sendo necessária a disponibilização de várias opções, e que a terapia de substituição é uma das modalidades de tratamento mais eficazes.

⁴⁸¹ *Policy Brief: Provision of sterile injection equipment to reduce HIV transmission.*

– **Declaração ONUSIDA/OIM sobre restrições a viagens relacionadas com o VIH**⁴⁸²
– 2004

Esta Declaração visa orientar os governos no que concerne às implicações que assumem as restrições a viagens baseadas no estatuto serológico, em matéria de saúde pública, direitos humanos e economia. É evidenciada a ausência de justificação para a imposição dessas restrições, bem como o facto de as mesmas potenciarem o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

– **Resumo de políticas: Redução da Transmissão do VIH nas prisões** (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁸³ – Maio de 2004

Este texto respeita à incidência do VIH/SIDA nas prisões, ressaltando os factores responsáveis pelo maior risco de infecção neste contexto, bem como as estratégias de intervenção adequadas a combater o problema.

Depois da apresentação do quadro da situação em vários países (relativamente à adopção de medidas de prevenção do VIH nas prisões), são enumerados os elementos básicos que devem existir nos programas de prevenção do VIH em contextos prisionais: *i)* fornecimento de material de limpeza de agulhas e de seringas; *ii)* programas de fornecimento de agulhas e seringas limpas; *iii)* terapias de substituição; *iv)* fornecimento de preservativos. É referido que a ausência de acções neste domínio por parte dos governos está frequentemente relacionada com a negação da realidade da existência de consumo de drogas injectáveis e de relações sexuais não protegidas nas prisões. É ainda sublinhado que as evidências demonstram que os programas concebidos neste âmbito deveriam incluir as medidas de prevenção adoptadas para a generalidade da comunidade, entre as quais a educação, a despistagem e o aconselhamento com carácter voluntário.

⁴⁸² *UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related travel restrictions.*

⁴⁸³ *Policy Brief: Reduction of HIV transmission in prisons.*

– Proteger os Jovens do VIH/SIDA: O Papel dos Serviços de Saúde (ONUSIDA, UNFPA, UNODC, OMS)⁴⁸⁴ – Dezembro de 2004

Este texto é baseado na Consulta Global organizada pela OMS, em Março de 2003, com a colaboração do ONUSIDA, da UNFPA, da UNICEF e da *YouthNet*. Os seus destinatários são os decisores políticos e os responsáveis pelos programas. São enunciadas as intervenções consideradas mais relevantes, a nível de serviços de saúde, para alcançar os objectivos globalmente estabelecidos em matéria de juventude e VIH/SIDA, bem como as estratégias necessárias para a concretização dos mesmos. O elenco de intervenções engloba a informação e o aconselhamento, a redução do risco de transmissão mediante a disponibilização de preservativos, as acções de redução de danos, a disponibilização e acessibilidade dos serviços de despistagem, tratamento e assistência relacionados com as DST e, concretamente, com o VIH/SIDA.

– Declaração conjunta do ONUSIDA sobre estratégias de prevenção e de cuidados de VIH para toxicodependentes⁴⁸⁵ – 2005

No início da Declaração é traçado o quadro da situação global em termos de VIH/SIDA e consumo de drogas injectáveis. Seguidamente, são enumeradas medidas para combater a transmissão do vírus e o seu impacto na sociedade, nomeadamente: *i*) a sensibilização dos utilizadores de drogas injectáveis para a questão; *ii*) a disponibilização de seringas esterilizadas e de tratamento para a toxicod dependência (sobretudo a terapia de substituição); *iii*) a despistagem de VIH e o aconselhamento voluntários e confidenciais; *iv*) o acesso a tratamento e cuidados em matéria de VIH/SIDA, por parte de toxicod dependentes. É referido que essas medidas deveriam ser complementadas por outras, destinadas a evitar o consumo de drogas (v.g., intervenções de prevenção da toxicod dependência junto dos jovens). É ainda mencionado que a eficácia de todas essas medidas dependeria da existência de um ambiente favorável por parte da sociedade, livre do estigma e da discriminação, nomeadamente contra os

⁴⁸⁴ *Protecting young people from HIV and AIDS. The role of health services.* Sobre o tema vide “*Global consultation on the health services response to the prevention and care of HIV/AIDS among young people - Achieving the global goals: access to services*” (WHO), 2004, disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591323.pdf> (consulta em 10.02.2012).

⁴⁸⁵ *Joint UNAIDS statement on HIV Prevention and Care Strategies for Drug Users*

toxicodependentes. Para este efeito, seria de importância fulcral a adopção de legislação, políticas e práticas de prevenção da marginalização social, de combate à discriminação e de promoção do respeito pelos direitos humanos. O mesmo se afirma relativamente à participação activa e ao apoio por parte de toda a comunidade.

É sublinhada a existência de evidências consistentes relativamente à eficácia das medidas elencadas. É feita, no entanto, uma advertência relativamente à necessidade de adaptação das abordagens consoante os países, com base nos respectivos padrões epidemiológicos e circunstâncias sociais. É referido, finalmente, que o sistema da ONU forneceria assistência técnica aos Estados Membros para a concretização e adaptação destas medidas no plano nacional.

– Intensificação da Prevenção do VIH: Posição política do ONUSIDA⁴⁸⁶ – Agosto de 2005

Este documento contém as acções consideradas essenciais para conter a propagação do VIH/SIDA, organizadas em quatro secções principais. A primeira respeita aos modos de reforçar a prevenção. A segunda enuncia as acções nucleares para os esforços de prevenção do VIH/SIDA, bem como os princípios que a elas subjazem. A terceira é sobre as acções que os parceiros nacionais podem realizar para melhorar a prevenção do VIH/SIDA a nível nacional. A última é relativa ao apoio do ONUSIDA para efeito da melhoria da prevenção da doença.

– Resumo de políticas: Terapia anti-retroviral e utilizadores de drogas injectáveis (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁸⁷ – Junho de 2005

Neste resumo são apresentados os conhecimentos adquiridos em matéria de disponibilização de terapia anti-retroviral a utilizadores de drogas injectáveis. São igualmente abordados vários aspectos do foro médico, psicológico e social relacionados com o tema (v.g., as vantagens das intervenções de redução de danos a nível da prestação de cuidados a utilizadores de drogas injectáveis seropositivos).

⁴⁸⁶ *Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper.*

⁴⁸⁷ *Policy Brief: Antiretroviral therapy and injecting drug users.*

– Resumo de políticas: Redução da transmissão do VIH através do tratamento da toxicod dependência (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁸⁸ – Abril de 2005

O enfoque deste resumo incide nas vantagens dos tratamentos de toxicod dependência (v.g., as terapias de substituição), enquanto parte importante dos programas de prevenção do VIH/SIDA.

– Educar as raparigas – combater a SIDA (GCWA, ONUSIDA)⁴⁸⁹ – 2005

Este texto centra-se na educação, enquanto principal meio de reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA⁴⁹⁰. Nele se refere que quanto maior for a escolaridade maior a possibilidade de as mulheres não contraírem o vírus, uma vez que se tornam mais independentes e melhor preparadas para tomar decisões relativas à sua vida sexual. É evidenciado, no entanto, o problema do abandono escolar nas comunidades mais afectadas pelo VIH/SIDA, designadamente devido aos casos em que as crianças e jovens têm que prestar cuidados a familiares infectados ou em que ficaram órfãos devido à doença. Depois destas considerações e da apresentação do quadro da situação em vários países, são enunciadas acções a realizar pelas escolas, pelos governos nacionais e pelos parceiros internacionais, de forma a responder aos factores que inibem o acesso à educação ou a continuação do percurso escolar e para promover a educação enquanto meio fulcral no combate à epidemia entre as mulheres.

– Eliminar a violência contra as mulheres – combater a SIDA (GCWA, ONUSIDA)⁴⁹¹ – 2005

Este texto focaliza o problema da violência contra as mulheres (seja física, psicológica ou sexual) e no conseqüente aumento da vulnerabilidade destas ao VIH/SIDA e ao seu impacto. É referido o facto de, frequentemente, os comportamentos

⁴⁸⁸ *Policy Brief: Reduction of HIV through drug-dependende treatment.*

⁴⁸⁹ *Educate girls – fight AIDS.*

⁴⁹⁰ A primeira frase evidencia a relevância deste enfoque: “*Growing evidence shows that getting and keeping young people in school, particularly girls, dramatically lowers their vulnerability to HIV*”.

⁴⁹¹ *Stop violence against women – fight AIDS.*

violentos serem causa e consequência do VIH/SIDA. Entre os factores de vulnerabilidade é sublinhada a dificuldade, senão quando impossibilidade, de as mulheres obstarem a ter relações sexuais, fazerem com que os seus parceiros lhes sejam fiéis ou levarem-nos a usar preservativo. Para além disso, salienta-se o facto de a violência contra as mulheres ser um obstáculo ao acesso aos serviços de prevenção, tratamentos e cuidados de VIH. Perante este quadro, são propostas acções a realizar pelos governos e pelos diversos parceiros internacionais.

– **Segurança económica para a luta das mulheres contra a SIDA** (GCWA, ONUSIDA)⁴⁹² – 2005

Este texto centra-se na ligação acentuada entre a pobreza e o VIH/SIDA, concretamente entre a falta de independência económica e financeira das mulheres e a sua maior vulnerabilidade à infecção e ao seu impacto. É sublinhada a falta de capacidade destas mulheres para negociarem com os respectivos parceiros a abstinência ou a adopção de comportamentos sexuais seguros. Evidencia-se igualmente o facto de muitas vezes as mulheres serem socialmente acusadas de responsabilidade pela doença ou morte dos seus parceiros, sobretudo quando se trate de VIH/SIDA, o que leva a que sejam discriminadas, abandonadas e muitas vezes vítimas de violência. É ainda referido que, frequentemente, a necessidade de sobrevivência (sua e dos seus filhos) conduz à adopção de comportamentos sexuais de risco, em troca de recursos financeiros. Perante este quadro, e atendendo às evidências que demonstram que a autonomia económica e financeira das mulheres aumenta a sua capacidade de negociação e reduz a vulnerabilidade ao VIH/SIDA, são propostas medidas a realizar pelos governos nacionais e pelos parceiros internacionais.

– **Aumentar o controlo das mulheres sobre a prevenção do VIH – combater a SIDA** (GCWA, ONUSIDA)⁴⁹³ – 2005

Neste texto é exposto o quadro geral da situação relativa às mulheres e ao VIH/SIDA, com enfoque nas questões relacionadas com a prevenção, os cuidados, a

⁴⁹² *Economic security for women – fight AIDS.*

⁴⁹³ *Increase women's control over HIV prevention – fight AIDS.*

assistência e o tratamento. São elencadas as opções disponíveis para as mulheres em termos de prevenção, bem como novas possibilidades neste domínio. Finalmente, são propostas acções a realizar pelos governos nacionais e pelos parceiros internacionais.

– **Guia operacional sobre género & VIH/SIDA: uma abordagem baseada em direitos**⁴⁹⁴ – 2005

O Guia visa aumentar a percepção daqueles que trabalham em áreas do desenvolvimento, particularmente no domínio da resposta ao VIH/SIDA, relativamente à ligação existente entre o género, os direitos humanos e o VIH/SIDA, bem como orientá-los nas intervenções que empreendam sob este prisma. Na sua utilização seria necessário adaptar as orientações às circunstâncias locais. É enfatizada a maior vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA e ao seu impacto (e a consequente afectação desproporcional das mesmas). Entre os aspectos que permitem aumentar a eficácia dos programas de combate ao VIH/SIDA, regista-se a necessidade de conhecer e abordar as desigualdades de género, procurando respostas abrangentes e fundamentadas e de ter igualmente em consideração o papel dos homens na promoção da igualdade de género.

– **Directrizes Internacionais sobre VIH e Direitos Humanos**, organizada conjuntamente pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e pelo ONUSIDA – Versão Consolidada, 2006

Estas directrizes respeitam às medidas que os países devem adoptar em ordem a proteger os direitos humanos no contexto do VIH. O documento contém três partes: *i*) medidas de acção para os governos, nas áreas do direito e da política e prática administrativa; *ii*) recomendações para a divulgação e a concretização das directrizes em referência; *iii*) obrigações internacionais em matéria de direitos humanos, sem as quais se torna inviável uma resposta positiva ao VIH/SIDA.

⁴⁹⁴ *Operational guide on gender & HIV/AIDS: a rights-based approach.*

– **Educação de Qualidade e VIH&SIDA**⁴⁹⁵ – Maio de 2006

Este texto oferece um enquadramento sobre educação de qualidade e evidencia de que forma os sistemas de ensino podem e devem alterar as suas intervenções no que respeita ao VIH/SIDA. As acções enunciadas são perspectivadas sob o ponto de vista do aluno e do sistema de aprendizagem.

– **Educação para o tratamento do VIH/SIDA: componente fundamental de esforços para Assegurar o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e Cuidados**⁴⁹⁶ – Junho de 2006

Neste texto é sublinhada a importância de preparar e educar a comunidade sobre as questões relacionadas com a terapia anti-retroviral, apresentando estratégias e meios para o efeito.

– **Resumo de políticas: VIH e sexo entre Homens**⁴⁹⁷ – Agosto de 2006

Este resumo contém recomendações para os governos nacionais, as organizações da sociedade e os parceiros internacionais competentes, no domínio da transmissão do VIH/SIDA e do seu impacto entre homens homossexuais. Salienta-se, nas propostas de acção a realizar pelos governos, a seguinte: a promoção e a garantia do respeito pelos direitos dos homens que têm relações sexuais com homens e a protecção destes contra o estigma e a discriminação (v.g., nos contextos laborais em que estão inseridos), mediante alteração das leis que proíbem actos sexuais voluntários entre adultos, proibição das práticas discriminatórias, disponibilização de serviços de assistência jurídica e promoção de campanhas contra a homofobia.

⁴⁹⁵ *Quality Education and HIV/AIDS.*

⁴⁹⁶ *HIV and AIDS Treatment Education: A Critical Component of Efforts to Ensure Universal Access to Prevention, Treatment and Care.*

⁴⁹⁷ *Policy Brief: HIV and sex between men.*

**– VIH/SIDA em contextos prisionais: prevenção, cuidados, tratamento e apoio –
Enquadramento para uma resposta nacional eficaz (OMS, ONUSIDA, UNODC)⁴⁹⁸
– 2006**

O presente texto visa fornecer um enquadramento para a concepção de uma resposta nacional eficaz ao problema do VIH/SIDA em contextos prisionais, que esteja em conformidade com os padrões internacionais em matéria de saúde e de direitos humanos, que conceda prioridade à saúde pública e que seja alicerçada nas boas práticas. São enumeradas medidas (e princípios a elas subjacentes) em matéria de tratamento dos prisioneiros e de gestão dos estabelecimentos prisionais, com vista ao alcance de determinados objectivos, entre as quais a disponibilização de acções de prevenção, cuidados, tratamento e assistência que sejam equivalentes às que estão disponíveis para a sociedade em geral, e a implementação de uma abordagem integrada que tenha em consideração os vários aspectos que influenciam a saúde dos prisioneiros e do pessoal prisional.

– Atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com o VIH/SIDA⁴⁹⁹ – Novembro de 2006

Este texto explicita as razões pelas quais importa atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, em termos de prevenção e de garantia dos direitos humanos. São ainda evidenciadas as componentes necessárias e as restrições existentes a nível dos programas adoptados neste domínio.

– Orientações Práticas para a Intensificação da Prevenção do VIH. Rumo ao acesso universal⁵⁰⁰ – 2007

Estas orientações destinam-se a munir os decisores políticos de orientações para a planificação e a implementação das respostas nacionais em matéria de prevenção do

⁴⁹⁸ *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison settings – A Framework for an Effective National Response.*

⁴⁹⁹ *Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV*

⁵⁰⁰ *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Towards universal access.*

VIH/SIDA, atendendo às circunstâncias epidemiológicas e sociais específicas dos respectivos países e comunidades⁵⁰¹.

– Resumo de políticas: Maior Envolvimento das Pessoas que Vivem com o VIH⁵⁰² –
Março de 2007

Neste texto é explicitado o significado de um maior envolvimento das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, evidenciando-se a sua relevância. O resumo contém ainda recomendações aos governos, aos parceiros internacionais e às organizações da sociedade, relativas a acções a adoptar em ordem a garantir que as pessoas que vivem com o VIH/SIDA podem concretizar esse maior envolvimento e que têm inclusivamente apoio nesse sentido. São igualmente apresentados relatos de decisores políticos que aplicaram medidas eficazes neste domínio, de forma a aumentar a eficácia das respostas ao VIH/SIDA.

– Resumo de políticas: VIH, nutrição e segurança alimentar (ONUSIDA, OMS, WFP)⁵⁰³ – Maio de 2008

Este resumo contém recomendações dirigidas aos governos, às organizações da sociedade e aos parceiros internacionais relativamente à forma como abordar as questões da alimentação e da nutrição, tendo em consideração os compromissos assumidos pelos membros da ONU na Declaração do Milénio das Nações Unidas, relativamente à redução da fome e ao controlo e diminuição da propagação do VIH/SIDA até 2015.

⁵⁰¹ Na página 4 do documento são definidos os conceitos de risco e de vulnerabilidade. O *risco* consiste na probabilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH. Alguns comportamentos (como as relações sexuais desprotegidas com um parceiro que desconhece o seu estatuto serológico ou o consumo de drogas injectáveis com a utilização de agulhas e seringas contaminadas) criam, potenciam e perpetuam o risco de transmissão do vírus. A *vulnerabilidade* advém de uma variedade de factores que, isoladamente ou em conjunto, reduzem a capacidade dos indivíduos e das comunidades para evitar a infecção pelo VIH, entre os quais se incluem: *i*) factores pessoais, como a falta de conhecimento e de capacidades necessárias para que as pessoas se protejam a si próprias e aos outros; *ii*) factores relacionados com a qualidade e a cobertura dos serviços, como a falta de serviços próximos e acessíveis; *iii*) factores sociais, caso das leis e práticas estigmatizantes.

⁵⁰² *The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA): Policy Brief.*

⁵⁰³ *HIV, food security and nutrition: Policy Brief.*

– **Resumo de políticas: VIH e Migração Internacional de Trabalhadores**⁵⁰⁴ – Junho de 2008

Este texto centra-se nas necessidades e nos direitos dos trabalhadores migrantes a nível internacional, independentemente de se encontrarem regularizados ou não e do tempo que durar a sua deslocação. O resumo apresenta o quadro da situação, os riscos particulares de infecção pelo VIH que existem nestas situações (que, como se sublinha, ainda é maior no caso de se tratar de mulheres), bem como as dificuldades que estes trabalhadores enfrentam se forem portadores de VIH/SIDA. Perante essa realidade, são recomendadas acções a realizar pelos governos, pelas organizações de trabalhadores, pelas empresas, pelas organizações da sociedade e pelos parceiros internacionais.

– **Resumo de políticas: Criminalização da Transmissão do VIH** (ONUSIDA, UNDP)⁵⁰⁵ – Agosto de 2008

Este resumo contém recomendações dirigidas aos governos, às organizações da sociedade e aos parceiros internacionais relativamente à questão da criminalização das pessoas que transmitem ou expõem outrem ao VIH. É sublinhada a inexistência de dados que fundamentem a opção pela aplicação da lei penal nestas situações, seja para sancionar ou prevenir a transmissão do VIH/SIDA⁵⁰⁶. É inclusivamente referido que tal opção comporta um risco de ameaça para a saúde pública e os direitos humanos. Atento o exposto, são apresentadas alternativas à aplicação da lei penal⁵⁰⁷.

⁵⁰⁴ *HIV and International Labour Migration: UNAIDS Policy Brief*. Veja-se EATG/GAT, “Migração e VIH/SIDA: Recomendações da comunidade” (documento elaborado com base na conferência europeia “O direito à prevenção, tratamento, prestação de cuidados e assistência aos migrantes e minorias étnicas com VIH/SIDA na Europa: a perspectiva da comunidade”, realizada em Lisboa, de 7 a 8 de Junho de 2007), disponível em: <http://sm.vectweb.pt/media/64/File/migracaovih sida.pdf> (consulta a 15.10.12).

⁵⁰⁵ *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*.

⁵⁰⁶ Isto é ilustrado, designadamente, através da situação das mulheres: refere-se que o resultado da aplicação da lei penal nestes casos significaria provavelmente que as mulheres seriam desproporcionadamente acusadas, salientando-se o facto de estas serem frequentemente responsabilizadas pela sua infecção e pela do parceiro. É sublinhada ainda a dificuldade (ou impossibilidade) que muitas mulheres têm em negociar comportamentos sexuais seguros ou em revelar o seu estatuto serológico, devido ao medo de consequências repressivas.

⁵⁰⁷ Relativamente às mulheres, a alternativa reside na adopção e no reforço de leis que as protejam dos factores subjacentes à sua vulnerabilidade: “*In such situations the better way to protect women from exposure to HIV is to enact and enforce laws protecting them from sexual violence, discrimination based*”

– **Tomada de Posição sobre Preservativos e Prevenção do VIH**⁵⁰⁸ – originariamente publicada em 2004 (actualizada em 2009)

Na tomada de posição é enfatizada a importância, em termos de prevenção, da promoção do uso de preservativos, bem como a necessidade de garantir o acesso aos mesmos, através da redução ou eliminação dos diversos factores que inibem ou dificultam esse acesso (v.g., económicos, sociais e culturais).

– **Quadro de acção do ONUSIDA: abordagem relativa às mulheres, raparigas, igualdade e VIH**⁵⁰⁹ – Agosto de 2009

Este texto tem como fundamento a necessidade de melhoria das políticas e programas sobre as desigualdades de género e as violações de direitos humanos, que subjazem à maior vulnerabilidade das mulheres e das raparigas ao VIH/SIDA e ao seu impacto e que minam os esforços de prevenção e de garantia do acesso ao tratamento. O Quadro de Acção destina-se a reforçar a intervenção do ONUSIDA em termos de orientação e auxílio aos países para o desenvolvimento das respectivas estratégias, bem como a nível da resposta global à epidemia, canalizando os esforços no sentido de conceder prioridade e atender efectivamente às necessidades específicas das mulheres e raparigas no contexto do VIH/SIDA.

– **Quadro de Acção do ONUSIDA: Acesso Universal para Homens Homossexuais e Transexuais**⁵¹⁰ – Maio de 2009

Perante a insuficiência das respostas adoptadas em matéria de riscos e de impacto do VIH/SIDA nos homens homossexuais e nos transexuais (o que se conclui através dos

on gender and HIV status, and inequality in employment, education, and domestic relations, including property, inheritance and custody rights”.

⁵⁰⁸ *Position Statement on Condoms and HIV Prevention.*

⁵⁰⁹ *UNAIDS Action Framework: Addressing Women, Girls, Gender Equality and HIV.*

⁵¹⁰ *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People.* A este propósito, sobre o VIH/SIDA em homens que têm sexo com homens veja-se: MSMGF (Global Forum on Men who have sex with Men and HIV), “*Social Discrimination Against Men who have sex with Men (MSM) – Implications for HIV Policy and Programmes*”, Maio de 2010, disponível em: http://sm.vectweb.pt/media/10/File/ACTUALIDADE/Noticias/MSMGF_Social_Discrimination_Policy_Brief.pdf (consulta em 20.10.11).

dados existentes, nomeadamente epidemiológicos), o ONUSIDA adopta este Quadro de Acção, com vista a auxiliar e a favorecer o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e assistência de VIH/SIDA, por parte de homens homossexuais e de transexuais. A nível dos princípios nucleares enumerados, registamos a necessidade de protecção dos direitos humanos e de combate ao estigma e à discriminação, de as intervenções realizadas serem baseadas em dados concretos e, finalmente, de haver participação dos vários parceiros pertinentes na continuação desta luta e na adopção de novas estratégias.

– **Relatório do ONUSIDA para o Dia Mundial da SIDA⁵¹¹ – 2011**

O lema desta relatório é “como chegar a zero” (zero novas infecções, zero discriminação e zero mortes relacionadas com a SIDA). O quadro apresentado no relatório demonstra progressos significativos na resposta ao VIH/SIDA no ano de 2011, revelando uma diminuição importante do número de novas infecções e de mortes relacionadas com a SIDA.

– **Resposta global ao VIH/SIDA (actualização epidemiológica e progressos no sector da saúde rumo ao acesso universal) – Relatório de Progresso 2011 (OMS, ONUSIDA, UNICEF)⁵¹²**

No Relatório são apresentados os progressos alcançados na última década na resposta do sector da saúde ao VIH. Um dos aspectos a sublinhar é a expansão do acesso a serviços de prevenção, diagnóstico, aconselhamento, tratamento e cuidados relacionados com VIH/SIDA, baseados em evidências, nos países de baixo e médio rendimento.

⁵¹¹ *UNAIDS World AIDS Day Report.*

⁵¹² *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards universal access.*

– Orientações sobre vigilância epidemiológica nas populações em maior risco de infecção pelo VIH. Grupo de trabalho ONUSIDA/ONU para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das DST – 2011

Este texto tem por objectivo fornecer orientação sobre como desenvolver e manter a vigilância do VIH nas populações em maior risco de contrair o vírus, tendo em vista o aumento da compreensão da infecção pelo VIH nos países e a melhoria da resposta à epidemia.

– Juntos vamos eliminar a SIDA (ONUSIDA)⁵¹³ – Julho de 2012

Neste relatório do ONUSIDA são apresentados os últimos dados relativamente a novas infecções, quantidade de pessoas a receber tratamento antiretroviral, mortes relacionadas com a SIDA e o VIH em crianças. Visa assim contribuir para o progresso no sentido da meta de zero novas infecções, zero discriminação e zero mortes relacionadas com a SIDA.

4.1.2. Organização Mundial da Saúde⁵¹⁴

Declarações

– Declaração de Londres sobre a Prevenção da SIDA, de 28 de Janeiro de 1988, adoptada na Cimeira Mundial de Ministros da Saúde sobre Programas para Prevenção da SIDA, promovida pela OMS

⁵¹³ *Together we will end AIDS.*

⁵¹⁴ Veja-se a página web da OMS em <http://www.who.int/en/>. Veja-se, a propósito da matéria tratada e neste contexto, Sabrina Batista Barroso da Silva, *A OMS e seu Papel no Combate à AIDS/Sida*, Relatório de Relações Internacionais relativo ao Mestrado na área de Ciências Jurídico-Internacionais da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, no ano lectivo de 2008/2009, sob a regência do Professor Marcelo Rebelo de Sousa, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

A Declaração respeita à concretização da Estratégia Global da OMS sobre a SIDA⁵¹⁵, por parte dos governos, das organizações internacionais competentes e das organizações da sociedade.

Os ministros da saúde comprometem-se a conceber programas nacionais de prevenção e controlo da epidemia, como parte integrante dos sistemas de saúde dos respectivos países. Afirmam que fomentarão o máximo envolvimento de todos os sectores governamentais e das ONG na elaboração e execução daqueles programas.

De acordo com a Declaração, não havendo cura para a SIDA, o elemento de prevenção mais importante seria a aposta na informação e na educação sobre a doença, destinadas a evitar a adopção de comportamentos de risco. Neste quadro, todos (cidadãos, governos, meios de comunicação⁵¹⁶ e outros sectores da sociedade) teriam um papel muito importante na prevenção da doença. Deveria haver programas de informação e de educação dirigidos ao público em geral e outros destinados a grupos concretos⁵¹⁷, sendo que relativamente a todos estes teriam que ser tidas em consideração determinadas especificidades, tais como os padrões socioculturais.

É ainda sublinhada a necessidade de os aludidos programas promoverem o respeito pelos direitos humanos, *maxime* a dignidade da pessoa humana. A este propósito é destacado que o estigma e a discriminação contra portadores de VIH/SIDA e determinados grupos específicos têm consequências negativas a nível da saúde pública, pelo que deveriam ser evitados.

Os ministros afirmam também que iriam transmitir aos respectivos governos a importância, para a saúde, da disponibilização de recursos humanos e financeiros adequados no âmbito dos programas de prevenção da SIDA (v.g., de serviços de saúde e de assistência social com pessoal qualificado).

Outros apelos são dirigidos aos diversos organismos e agências do sistema da ONU (em particular, a OMS, à qual solicitam, nomeadamente, que continue a assumir o papel de liderança nas respostas à epidemia desenvolvidas mundialmente) e às entidades

⁵¹⁵ Definida na 40ª Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 1987, com o apoio da Assembleia Geral da ONU.

⁵¹⁶ Os ministros dirigem-se aos meios de comunicação social, incentivando-os a “cumprir a sua importante responsabilidade social” de divulgar informação verdadeiramente fundamentada e equilibrada sobre a SIDA e os meios de prevenção.

⁵¹⁷ São enumerados alguns destes grupos: os decisores políticos, os trabalhadores dos serviços de saúde e de assistência social, os viajantes internacionais, as pessoas cujas práticas constituem comportamentos de risco, os meios de comunicação social, os jovens e todos os que com eles trabalham (sobretudo os professores), a comunidade religiosa e os respectivos líderes, os potenciais dadores de sangue, os portadores de VIH/SIDA e os familiares destes ou outras pessoas que lhes prestem cuidados.

que trabalham na área da toxicodependência. A todos requerem que intensifiquem esforços para prosseguir o desenvolvimento das acções de combate ao VIH/SIDA.

Resoluções

– Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 53/14, de 20 de Maio de 2000 –
VIH/SIDA: fazer frente à epidemia

Os Estados-Membros são instados, nomeadamente, a: *i*) implementar programas de combate à pobreza (com apoio dos doadores), que preconizem, designadamente, a redução do desemprego e a melhoria das condições de vida das populações, aplicando-os de forma rigorosa e transparente; *ii*) prestar maior apoio ao ONUSIDA e à OMS nas suas acções de combate à SIDA; *iii*) reforçar a educação da população relativamente ao VIH/SIDA, como forma de melhorar a prevenção, reduzir a discriminação e promover uma resposta positiva por parte da sociedade; *iv*) ter em especial consideração os planos nacionais vocacionados para reduzir a vulnerabilidade das mulheres, das crianças e dos adolescentes; *v*) adoptar as medidas necessárias para proteger as crianças infectadas ou afectadas pelo VIH/SIDA contra a estigmatização, a discriminação, os maus-tratos e a negligência, *maxime* garantindo o seu acesso à saúde, à educação e aos serviços sociais; *vi*) aplicar os conhecimentos científicos e a experiência adquirida em matéria de prevenção e de tratamento do VIH/SIDA; *vii*) garantir a segurança das transfusões sanguíneas⁵¹⁸; *viii*) estabelecer ou incrementar a ligação entre os prestadores de cuidados de saúde e a comunidade, a fim de canalizar os recursos comunitários para intervenções cuja eficácia haja sido comprovada; *ix*) aplicar as estratégias nucleares de prevenção, sobretudo as destinadas a promover a abstenção de comportamentos sexuais de risco (*v.g.*, através disponibilização de preservativos masculinos e femininos); *xi*) reforçar os sistemas de saúde, assegurando recursos humanos adequados e qualificados; *xii*) adoptar medidas de redução da toxicodependência e de protecção dos utilizadores de drogas injectáveis e das suas parceiros sexuais contra a infecção pelo VIH; *xiii*)

⁵¹⁸ É referido que a dádiva de sangue deve ser voluntária e não remunerada e que as transfusões apenas devem ter lugar quando seja estritamente necessário, devendo estar integradas num programa de transfusões sanguíneas sustentável, incluído no sistema de saúde.

melhorar o acesso a cuidados de saúde e a capacidade dos serviços, de forma a promover maior qualidade de vida às pessoas que vivem com o VIH/SIDA, respeitar a sua dignidade e atender às suas necessidades médicas e psicossociais; *xiv*) utilizar os indicadores concebidos pela OMS para analisar os progressos alcançados; *xv*) colaborar com o Secretariado Geral da OMS (e outras entidades competentes) na actualização das bases de dados existentes, relativas aos preços dos medicamentos essenciais (v.g., os anti-retrovirais); *xvi*) melhorar o acesso ao tratamento e à profilaxia de doenças relacionadas com o VIH⁵¹⁹; *xvii*) criar ou aumentar os serviços de aconselhamento e despistagem do VIH (sempre de forma voluntária e confidencial); *xviii*) realizar investigações em matéria de alteração de comportamentos e de factores culturais que influenciam o comportamento sexual.

A Comissão dirige-se ainda à Directora Geral, solicitando-lhe que desenvolva acções em áreas como o acesso a medicamentos, a prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho e entre toxicodependentes, a redução da vulnerabilidade das mulheres e das crianças ao VIH/SIDA e a mobilização de recursos financeiros e técnicos para o combate contra a epidemia. Entre estas questões, a primeira, relativa aos medicamentos, é a mais evidenciada. Dentro desta, é sublinhada, nomeadamente, a necessidade de vigilância das repercussões dos acordos de comércio na saúde pública e o diálogo com a indústria farmacêutica no sentido de tornar os medicamentos mais acessíveis.

É ainda feito um pedido à Directora Geral para que promova uma estratégia mundial do sector da saúde em resposta ao VIH/SIDA, como parte integrante do plano estratégico do sistema das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, para o período entre 2001 e 2005.

**– Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 54/10, de 21 de Maio de 2001 –
Alargamento da resposta ao VIH/SIDA**

Relembrando que a Constituição da OMS prevê o gozo do melhor estado de saúde possível como um dos direitos fundamentais do ser humano (sem distinção de raça,

⁵¹⁹ São elencadas determinadas medidas para o efeito, tais como a aplicação de uma política rigorosa em matéria de medicamentos genéricos, a compra a granel, a negociação com as empresas farmacêuticas, a promoção do fabrico local e de práticas de importação conformes às leis nacionais e aos acordos internacionais a que os Estados em causa hajam aderido.

religião, ideologia política, condição económica ou social), a Assembleia dirige-se aos Estados-Membros e à Directora Geral, exortando-os a adoptar medidas que enuncia.

Os Estados-Membros são instados, designadamente, a: *i*) tratar o VIH/SIDA como uma das principais prioridades dos respectivos programas de saúde e de desenvolvimento, canalizando recursos suficientes para a resposta à epidemia; *ii*) adoptar medidas eficazes para garantir que todas as pessoas saibam como evitar a infecção (particularmente os jovens) e facilitar o acesso aos serviços e aos equipamentos de prevenção; *iii*) aumentar as respostas ao VIH/SIDA, com enfoque no estabelecimento de alianças intersectoriais, no fortalecimento dos sistemas de cuidados de saúde, nos programas relativos à nutrição, à informação e à educação e na formulação de acções de prevenção, tratamento e cuidados, em que participem as pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *iv*) reconhecer a necessidade de englobar toda a sociedade no combate à discriminação e a estigmatização das pessoas infectadas; *v*) intensificar esforços adequados a proporcionar a mais elevada qualidade do tratamento para o VIH/SIDA (incluindo a profilaxia para o VIH) e das doenças oportunistas, bem como a controlar e acompanhar a administração da terapia anti-retrovírica, de forma a torná-la mais eficaz e a reduzir a possibilidade de resistência à mesma; *vi*) fomentar a participação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA na definição de políticas nacionais contra a epidemia; *vii*) desenvolver modalidades de cuidados adequadas, tais como serviços ambulatoriais, cuidados domiciliários e cuidados diurnos, em ordem à continuidade efectiva da prestação dos mesmos; *viii*) apoiar e incentivar o incremento das acções de investigação em matéria do VIH/SIDA, nomeadamente no que concerne aos seus factores e efeitos sociais e comportamentais e ao desenvolvimento de tecnologias de prevenção e de tratamento; *ix*) cooperar para o reforço das políticas e práticas em matéria de medicamentos, designadamente no que respeita aos regimes de propriedade industrial; *x*) apoiar a criação de um fundo especial para o VIH/SIDA e a saúde.

Por sua vez, a Directora Geral é incentivada, nomeadamente, a: *i*) prestar assistência ao desenvolvimento de estratégias abrangentes de prevenção e de cuidados; *ii*) aumentar urgentemente o apoio ao desenvolvimento das capacidades e das estruturas dos sistemas de saúde, bem como fornecer orientação normativa e cooperação técnica, a fim de melhorar a prevenção, o tratamento, os cuidados e a assistência social e psicológica às pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *iii*) impulsionar a investigação, designadamente de vacinas, microbicidas e de novas terapias anti-retrovirais; *iv*)

orientar e apoiar a capacidade nacional para vigiar as possíveis reacções adversas aos medicamentos, bem como o aparecimento de resistência aos fármacos anti-retrovirais;

v) manter relações de estreita colaboração com a comunidade internacional e o sector privado, de modo a aumentar a disponibilização de medicamentos contra o VIH/SIDA;

vi) participar activamente, juntamente com os demais actores internacionais pertinentes, na criação de um fundo mundial para o VIH/SIDA e a saúde.

– Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 55/12, de 18 de Maio de 2002 –
Contribuição da OMS para o seguimento da sessão especial da ONU sobre VIH/SIDA

A Assembleia insta os Estados-Membros, nomeadamente, a: *i*) agirem em conformidade com as metas assumidas na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, de 2001; *ii*) estabelecerem e aumentarem os serviços de aconselhamento e de despistagem do VIH, voluntária e confidencial, de forma a incentivar a procura destes serviços; *iii*) incrementarem o acesso aos cuidados, designadamente através de medicamentos profilácticos e terapêuticos acessíveis (e garantindo que estes são utilizados de forma segura e eficaz); *iv*) criarem e fortalecerem parcerias entre os prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, e as comunidades (incluindo as ONG), como forma de mobilização para uma resposta global ao VIH/SIDA; *v*) tornarem os programas mais abrangentes, de forma a aumentar a cobertura de intervenções destinadas a reduzir a propagação do vírus e a aumentar a qualidade de vida dos seus portadores, utilizando para o efeito os conhecimentos científicos e a experiência adquirida; *vi*) defenderem a redução da discriminação e da estigmatização das contra pessoas que vivem com o VIH/SIDA, mitigando o impacto da epidemia nos grupos mais vulneráveis, sobretudo as mulheres e as crianças.

Para além disso, a Assembleia solicita à Directora Geral, designadamente, que: *i*) continue a assegurar que a OMS ocupa um papel de liderança e de orientação técnica da resposta dos sistemas de saúde ao VIH/SIDA (enquanto co-patrocinador do ONUSIDA); *ii*) forneça apoio aos países, nomeadamente para fortalecimento dos seus sistemas de saúde e desenvolvimento de estratégias coordenadas, multissetoriais e sustentáveis; *iii*) apoie os países na implementação de estratégias de prevenção, tratamento, cuidados e assistência, para concretização dos objectivos constantes da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA (v.g., o acesso a informação e a serviços

por parte dos portadores da doença, a redução da transmissão do VIH a mulheres em idade reprodutiva e de mãe para filho, a disponibilização de cuidados e assistência às pessoas que vivem com a doença, incluindo tratamento das infecções oportunistas, assistência psicológica e cuidados paliativos); *iv*) continue a promover consultas amplas com os países e parceiros, de modo a conceber intervenções eficazes, viáveis e sustentáveis; *v*) forneça apoio à investigação de novas tecnologias e abordagens para prevenir o VIH/SIDA.

– **Resolução da Mundial da Saúde nº 56/30, de 28 de Maio de 2003** – Estratégia mundial do sector da saúde para o VIH/SIDA

A Assembleia começa por assinalar a criação da estratégia mundial do sector da saúde para o VIH/SIDA, tal como havia sido solicitado à Directora Geral na Resolução nº 53/14, de 20 de Maio de 2000.

Seguidamente, exorta os Estados-Membros a adoptarem urgentemente as seguintes medidas: *i*) implementar a referida estratégia, adaptando-a às circunstâncias nacionais, enquanto parte integrante das respostas nacionais e multisectoriais ao VIH/SIDA; *ii*) criar novas estruturas e reforçar as existentes; *iii*) mobilizar todas as partes interessadas, de dentro e fora do sector da saúde, para a execução daquela estratégia, acompanhando e avaliando a sua eficácia; *iv*) adoptar as medidas necessárias ao cumprimento das obrigações assumidas na Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, nomeadamente, através da mobilização de recursos; *v*) reforçar as medidas de cooperação e apoio, a nível bilateral e multilateral; *vi*) reafirmar a relevância primordial dos bens de saúde pública aquando da adopção de políticas de saúde (*v.g.*, sobre medicamentos); *vii*) reconhecer as dificuldades que enfrentam os países em desenvolvimento na utilização efectiva das licenças obrigatórias e na garantia da plena aplicação das flexibilidades constantes do Acordo TRIPS.

Para além de se dirigir aos Estados-Membros, a Assembleia solicita à Directora Geral, nomeadamente, que: *i*) preste assistência aos Estados, que assim o requeiram, na aplicação da estratégia e na avaliação do seu impacto e eficácia; *ii*) coopere com os Estados que solicitem assistência técnica na formulação de propostas a apresentar ao Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; *iii*) apoie, mobilize e facilite os esforços dos Estados e restantes partes interessadas no sentido da

disponibilização generalizada e equitativa do tratamento anti-retroviral, no contexto do reforço dos sistemas nacionais de saúde, com particular atenção nos sectores mais vulneráveis da sociedade; *iv*) continue a mobilizar os Estados e as demais partes interessadas para auxiliar os países que se debatem com a epidemia do VIH/SIDA a tornar os medicamentos disponíveis e acessíveis, em ordem a combater a doença.

– Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 57/14, de 22 de Maio de 2004 –
Expansão do tratamento e da atenção com parte de uma resposta coordenada e abrangente ao VIH/SIDA

A Assembleia exorta os Estados-Membros a aplicarem políticas e práticas que fomentem, nomeadamente: *i*) a existência de recursos humanos suficientes e devidamente formados; *ii*) os direitos humanos, a equidade e a igualdade de género no acesso ao tratamento e à assistência; *iii*) a disponibilização e acessibilidade de produtos farmacêuticos de elevada qualidade (*maxime*, anti-retrovirais) e de tecnologias médicas utilizadas no tratamento e diagnóstico do VIH/SIDA; *iv*) serviços acessíveis de tratamento, despistagem e aconselhamento (com garantia do consentimento informado), prevenção e assistência para todos, sem discriminação; *v*) desenvolvimento de sistemas de saúde concebidos para permitir o acesso generalizado ao tratamento anti-retroviral e garantir a sua continuidade, de forma a reduzir ao mínimo a resistência aos medicamentos, bem como a proteger os pacientes dos que sejam falsificados; *vi*) a nutrição, enquanto parte integrante de uma resposta abrangente ao VIH/SIDA. Para além disso, incentiva-os a estabelecer e reforçar os sistemas nacionais de saúde e os serviços sociais, bem como os sistemas nacionais de planificação, vigilância e avaliação, de forma a garantir a disponibilização e a eficácia de serviços de prevenção, tratamento, cuidados e assistência para portadores de VIH/SIDA. Dirige ainda um apelo aos Estados-Membros quanto à utilização das flexibilidades previstas no Acordo TRIPS, designadamente mediante a adaptação da legislação nacional e a consideração das mesmas flexibilidades aquando da participação em acordos bilaterais.

A Assembleia solicita ainda ao Director Geral, nomeadamente, que: *i*) reforce o papel de liderança da OMS na resposta dos sistemas de saúde ao VIH/SIDA; *ii*) adopte medidas para melhorar o acesso dos países em desenvolvimento aos produtos farmacêuticos e aos meios de diagnóstico do VIH; *iii*) auxilie estes países na melhoria

da gestão da cadeia de fornecimento e aquisição de medicamentos e meios de diagnóstico para o VIH/SIDA; *iv*) preste apoio aos países na inclusão da resposta ao VIH/SIDA no âmbito das acções de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, designadamente no que respeita ao desenvolvimento dos recursos humanos e das infra-estruturas de saúde.

– **Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 59/11, de 27 de Maio de 2006** –
Nutrição e VIH/SIDA⁵²⁰

Sublinhando que a alimentação e uma nutrição adequada são muitas vezes identificadas como as necessidades mais imediatas e fundamentais das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, a Assembleia incentiva os Estados a adoptarem determinadas medidas nesse âmbito. Desde logo, que identifiquem as intervenções em matéria de nutrição necessárias nos programas de VIH/SIDA (*v.g.*, a garantia da colaboração e da coordenação entre os sectores da agricultura, da saúde, da educação, da nutrição e dos serviços sociais). Para além disso, que fortaleçam, revejam ou renovem as suas directrizes e instrumentos de avaliação, em termos de cuidados e assistência nutricionais, direccionados para as pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Por último, os Estados-Membros são incentivados a aumentar as intervenções destinadas combater a desnutrição dos lactentes e das crianças, no contexto do VIH/SIDA, concretamente através das seguintes medidas: *i*) aplicação plena da estratégia mundial para a alimentação do lactente e da criança; *ii*) desenvolvimento de meios para os profissionais de saúde e a comunidade (familiares e outras pessoas que cuidam das crianças) poderem melhorar a atenção prestada às crianças desnutridas que estejam infectadas pelo VIH ou em risco de o contrair; *iii*) estímulo à revitalização da iniciativa “*hospitais amigos das crianças*”, atendendo ao impacto do VIH/SIDA; *iv*) aceleração da formação relativa às directrizes e instrumentos existentes em matéria de alimentação do lactente e transmissão do VIH de mãe para filho; *v*) garantia de que as instituições de formação de pessoal de saúde revêem os seus planos de estudo, de acordo com as recomendações vigentes na matéria.

⁵²⁰ Sobre isto *vide* o Relatório do Secretariado da OMS, intitulado “*Nutrition and HIV/AIDS*”, de 4 de Maio de 2006, disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_23-en.pdf (consulta em 5.10.12).

A Assembleia dirige-se também à Directora Geral, solicitando-lhe nomeadamente que: *i)* reforce a orientação técnica fornecida aos Estados-Membros, no que respeita à incorporação do VIH/SIDA nas políticas e nos programas de nutrição nacionais; *ii)* apoie o desenvolvimento e a divulgação de recomendações, directrizes e instrumentos, cientificamente fundamentados, sobre cuidados e assistência nutricional a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, bem como de indicadores adequados para avaliar os progressos alcançados com as intervenções desenvolvidas neste domínio; *iii)* ajude a incorporar a nutrição na formação dos profissionais de saúde, no aconselhamento técnico e no material didáctico para ambientes comunitários e domésticos; *iv)* fomente as investigações sobre nutrição e VIH/SIDA; *v)* garanta a colaboração de todas as partes interessadas, de forma a reunir esforços conjuntos para esta causa; *v)* apoie o desenvolvimento de meios susceptíveis de sensibilizar os decisores para a urgência da adopção de medidas na matéria.

– Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 63/19, de 21 de Maio de 2010 –
Estratégia da OMS contra o VIH/SIDA para 2011-2015

Os Estados-Membros são instados, designadamente, a: *i)* reafirmar o seu compromisso relativamente à concretização das metas de desenvolvimento constantes dos acordos internacionais (v.g., os objectivos do Milénio) e dos acordos relativos ao VIH/SIDA, adoptados nas principais conferências e cimeiras das Nações Unidas; *ii)* reforçar o compromisso dos governos relativamente aos programas de luta contra o VIH/SIDA; *iii)* implementar as políticas, estratégias, programas, acções e instrumentos recomendados pela OMS para potenciar a aplicação de medidas eficazes de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados de VIH/SIDA (adaptando-os às circunstâncias locais); *iv)* ponderar a hipótese de utilizar os mecanismos administrativos e jurídicos disponíveis para promover o acesso aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados; *v)* integrar os serviços de VIH/SIDA nas estratégias abrangentes do sector da saúde e de outros sectores pertinentes, nomeadamente as que respeitam à saúde materna, neonatal e infantil, à saúde sexual e reprodutiva, à TB, à redução de danos para toxicodependentes e aos cuidados de saúde primários; *vi)* acompanhar e avaliar os programas de combate ao VIH/SIDA, de modo a garantir a exactidão e fiabilidade dos dados, bem como a utilizar a informação recolhida para melhorar a eficácia dos mesmos.

Solicita ainda à Directora-Geral, nomeadamente, que: *i*) tome a iniciativa de convocar amplos processos consultivos susceptíveis de formular uma estratégia da OMS contra o VIH/SIDA para 2011-2015; *ii*) incentive e promova a tradução dos resultados das investigações em políticas de saúde pública eficazes contra o VIH/SIDA; *iii*) apresente, na 64ª Assembleia Mundial da Saúde, por via do Conselho Executivo, uma estratégia da OMS contra o VIH/SIDA para 2011-2015, a ser analisada e sujeita a aprovação.

- Resolução da Assembleia Mundial da Saúde nº 64.14, de 24 de Maio de 2011 – Estratégia mundial do sector da saúde para o VIH/SIDA, 2011-2015

Nesta Resolução, a Assembleia Mundial da Saúde aprova o projecto de estratégia mundial do sector da saúde para o VIH/SIDA, 2011-2015, destinado a nortear a resposta desde sector à epidemia. A Assembleia insta os Estados-Membros a adoptarem esta estratégia e aplicarem-na de acordo com as quatro linhas estratégicas para guiar as respostas nacionais. Dirige-se ainda à Directora Geral, solicitando-lhe, nomeadamente, que conceda o apoio necessário para a aplicação da estratégia, bem como para o acompanhamento e avaliação dos progressos que daí advenham.

– Resolução do Comité Regional para a Europa da OMS, de 15 de Setembro de 2011, sobre o plano europeu de acção para o VIH/SIDA 2012-2015

O Comité Regional para a Europa recomenda aos Estados-Membros que: *i*) reforcem o seu compromisso político e assegurem os recursos financeiros e humanos necessários para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados até 2015 (ODM nº 6); *ii*) garantam que os programas de prevenção têm em consideração as populações em maior risco e incluem um conjunto abrangente de intervenções de redução de riscos para utilizadores de drogas injectáveis, bem como intervenções para reduzir a transmissão sexual em prostitutas(os) e homens homossexuais; *iii*) desenvolvam a integração e associação entre programas de VIH e outros programas de saúde (sobretudo os de TB, toxicoddependência, saúde sexual e reprodutiva, saúde materno-infantil, hepatite viral e doenças crónicas e não transmissíveis); *iv*) aumentem os esforços para reforçar os sistemas de saúde em ordem a melhorar a resposta ao

VIH/SIDA e a saúde pública no geral; v) adoptem as necessárias acções em matéria de legislação que obstaculize a prevenção, tratamento, cuidados e apoio de VIH eficazes e reforcem a implementação de legislação de protecção dos direitos, designadamente que proíba o estigma e a discriminação, em conformidade com princípios de saúde pública e direitos humanos; vi) desenvolvam parcerias, públicas e privadas, adoptando uma abordagem multisectorial para aumentar a participação, nomeadamente, das pessoas que vivem com o VIH/SIDA e determinadas populações-chave, no processo de decisão, coordenação, implementação, acompanhamento e avaliação dos planos e estratégias nacionais de VIH/SIDA.

A Resolução contém ainda um enunciado de solicitações ao Director Regional, designadamente quanto ao apoio ao plano aqui delineado, à identificação e facilitação da partilha das melhores práticas e experiências a nível nacional e ao acompanhamento dos progressos alcançados pelos Estados-Membros.

Orientações

– **Orientações para a Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Grupo de Trabalho OMS/ONUSIDA para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das IST**⁵²¹ – 5 de Fevereiro de 1999

Estas orientações destinam-se a auxiliar os esforços desenvolvidos em todo o mundo para prevenir as DST. No documento é sublinhada a necessidade de os dados obtidos através da vigilância das DST serem efectivamente utilizados para melhorar a qualidade e a eficácia dos programas de prevenção do VIH e de outras DST e dos programas de saúde sexual e reprodutiva.

– **Orientações para a vigilância epidemiológica de segunda geração do VIH: a próxima década. Grupo de trabalho ONUSIDA/OMS para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das IST**⁵²² – 1 de Maio de 2000

⁵²¹ *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance. UNAIDS/WHO Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance.*

⁵²² *Guidelines for second generation HIV surveillance: the next decade. UNAIDS/WHO Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance.*

Estas orientações fornecem uma visão geral acerca das principais questões a considerar no âmbito do reforço dos sistemas de vigilância e do aumento da sua utilidade.

- **Orientações para a utilização de tecnologias de despistagem do VIH na vigilância epidemiológica: selecção, avaliação e implementação. Grupo de trabalho ONUSIDA/OMS para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das IST**⁵²³
– 1 de Agosto de 2001

Estas orientações são destinadas aos coordenadores dos sistemas de vigilância do VIH e a outros profissionais de saúde envolvidos na despistagem do vírus para fins de vigilância epidemiológica. O documento insere-se numa série de orientações para a implementação de sistemas de vigilância epidemiológica de segunda geração.

- **Programas nacionais de combate à SIDA: guia para monitorização e avaliação**⁵²⁴
– 1 de Junho de 2002

Este guia baseia-se na experiência adquirida em matéria de monitorização e avaliação dos programas nacionais de combate ao VIH/SIDA, sumariando as melhores práticas neste domínio.

- **Início dos sistemas de vigilância epidemiológica de segunda geração do VIH: orientações práticas. Grupo de trabalho ONUSIDA/OMS para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das IST**⁵²⁵ – 31 de Julho de 2002

O objectivo deste documento é orientar as pessoas que trabalham no âmbito dos programas nacionais de combate à SIDA e os ministérios da saúde na implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica de segunda geração do VIH, através de um processo lógico e estandardizado.

⁵²³ *Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation. UNAIDS/AIDS working group on global HIV/AIDS and STI surveillance.*

⁵²⁴ *National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation.*

⁵²⁵ *Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines. UNAIDS/WHO working group on global HIV/AIDS/STI surveillance.*

– Optimização da terapia anti-retroviral em contextos de recursos limitados: Orientações para uma abordagem de saúde pública⁵²⁶ – 30 de Setembro de 2002

Este texto centra-se na importância do tratamento anti-retroviral, tendo em consideração a inexistência de cura para o VIH/SIDA e atendendo a que o tratamento reduz a mortalidade e morbilidade, prolonga a esperança média de vida e aumenta a qualidade de vida das pessoas infectadas.

– Orientações para implementação da colaboração entre os programas de TB e de VIH. Parceria Stop TB: Grupo de Trabalho TB/HIV⁵²⁷ – 10 de Junho de 2003

Estas orientações têm subjacente o reconhecimento da necessidade de associar os programas de controlo da TB e do VIH/SIDA. O fundamento reside no facto de a tuberculose ser uma doença tratável, que está frequentemente relacionada com a SIDA, pelo que o seu controlo não será eficaz se não houver controlo do VIH/SIDA.

– Optimização da terapia anti-retroviral em contextos de recursos limitados. Orientações para uma abordagem de saúde pública⁵²⁸ – 30 de Novembro de 2003

Estas orientações destinam-se a apoiar e a facilitar a melhoria da terapia anti-retroviral através de uma abordagem de saúde pública direccionada para o acesso universal ao tratamento. Entre os princípios subjacentes está a necessidade de os programas desenvolvidos neste domínio serem baseados em dados concretos e terem em consideração os contextos socioeconómicos e a realidade em termos de recursos humanos e de infra-estruturas de saúde disponíveis.

⁵²⁶ *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings. Guidelines for a public health approach.*

⁵²⁷ *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities. Stop TB Partnership: TB/HIV working group.*

⁵²⁸ *Scaling-up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach.*

– Orientações para a realização de estudos sentinela do VIH em mulheres grávidas e outros grupos. Grupo de trabalho ONUSIDA/OMS para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das DST⁵²⁹ – 12 de Janeiro de 2004

As orientações são relativas à condução de estudos serológicos a mulheres grávidas em clínicas pré-natais, embora também possam ser aplicadas na realização destes inquéritos a outros grupos, tais como os dadores de sangue. A sua aplicação permitiria facilitar o planeamento das actividades, serviços e recursos destinados à prevenção do VIH/SIDA e de outras DST. O documento insere-se numa série de orientações técnicas para o desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica de segunda geração.

– Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis⁵³⁰ – 1 de Fevereiro de 2004

O documento contém orientações para uma gestão abrangente das doenças sexualmente transmissíveis, no âmbito dos programas de controlo, prevenção e cuidados para VIH e outras DST. Aborda, nomeadamente, a questão da notificação aos parceiros sexuais.

– Orientações para a utilização eficaz dos dados provenientes dos sistemas de vigilância epidemiológica do VIH. Grupo de trabalho ONUSIDA/OMS para a vigilância epidemiológica global do VIH/SIDA e das IST⁵³¹ – 10 de Fevereiro de 2004

Estas orientações contêm os princípios em matéria de vigilância epidemiológica de segunda geração do VIH, a qual inclui a vigilância do VIH de outras DST e uma vigilância sistemática dos comportamentos que as propagam. O objectivo é a utilização destes dados para traçar um quadro abrangente acerca da epidemia do VIH/SID

⁵²⁹ *Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups. UNAIDS/WHO working group on global HIV/AIDS/STI surveillance.*

⁵³⁰ *Guidelines for the management of sexually transmitted infections.*

⁵³¹ *Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems. UNAIDS/WHO working group on global HIV/AIDS/STI surveillance.*

– Programas nacionais de combate à SIDA: guia para monitorização e avaliação dos cuidados e apoio referentes ao VIH/SIDA⁵³² – 3 de Março de 2004

Este guia visa apoiar os programas nacionais de combate à SIDA no acompanhamento e avaliação dos cuidados de saúde públicos e privados.

– Guia de orientação para a divulgação da prevenção do VIH entre utilizadores de drogas injectáveis. Manual de workshop⁵³³ – 16 de Março de 2004

Este guia visa facilitar a formação sobre saúde pública e consumo de drogas injectáveis, orientar e preparar os decisores políticos, os responsáveis e gestores dos programas e os trabalhadores da área. O objectivo é essencialmente a melhoria da prevenção do VIH entre utilizadores de drogas injectáveis.

– Guia nacional para monitorização e avaliação dos programas de prevenção do VIH em lactentes e crianças⁵³⁴ – 25 de Maio de 2004

Este guia visa colmatar a insuficiente atenção que vinha sendo concedida à monitorização e avaliação dos programas de prevenção da infecção pelo VIH em lactentes e crianças.

– Guia de boas práticas de prevenção do VIH/SIDA entre utilizadores de drogas injectáveis⁵³⁵ – 9 de Junho de 2004

Este guia, da autoria conjunta da OMS, do ONUSIDA e do UNODC, baseia-se nas experiências de indivíduos, instituições, organizações internacionais e ONG sobre os programas de prevenção e de cuidados de VIH/SIDA destinados a utilizadores de drogas injectáveis. O fundamento reside no facto de a incidência do VIH/SIDA neste

⁵³² *National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support.*

⁵³³ *Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Workshop manual.*

⁵³⁴ *Natinal guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children.*

⁵³⁵ *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users.*

grupo permanecer uma questão negligenciada, salientando-se a falta de recursos e de programas específicos adequados às suas necessidades.

– Medicamentos anti-retrovirais para tratamento de mulheres grávidas e prevenção da infecção pelo VIH em lactentes. Orientações sobre cuidados, tratamento e apoio para mulheres que vivem com o VIH, e seus filhos, em contextos de recursos limitados⁵³⁶ – 6 de Julho de 2004

Este texto contém recomendações para o uso dos medicamentos anti-retrovirais no tratamento de mulheres grávidas e na prevenção da infecção pelo VIH nos lactentes, em contextos de recursos limitados. Destina-se a orientar a selecção dos regimes anti-retrovirais a incluir nos programas de transmissão vertical de VIH, abordando as questões da segurança, da eficácia, da fiabilidade e da resistência aos medicamentos, bem como a facilitar o tratamento anti-retroviral de mulheres grávidas.

– Aconselhamento nutricional, cuidados e apoio para mulheres infectadas pelo VIH: Orientações sobre cuidados, tratamento e apoio para mulheres infectadas pelo VIH e seus filhos, em contextos de recursos limitados⁵³⁷ – 21 de Setembro de 2004

O documento insere-se numa série de módulos desenvolvidos pela OMS e seus parceiros, sobre cuidados, tratamento e assistência a mulheres infectadas pelo VIH e os seus filhos, em contextos de recursos limitados. O objectivo reside na orientação da formulação e implementação dos programas nacionais adoptados neste domínio.

– Orientação sobre ética e acesso equitativo aos tratamento e cuidados de pessoas com VIH⁵³⁸ – 30 de Novembro de 2004

O documento fornece orientação aos países para ampliarem o tratamento e os cuidados de VIH, de uma forma que seja eticamente aceitável, justa, e que beneficie os

⁵³⁶ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.*

⁵³⁷ *Nutrition counselling, care and support for HIV infected women. Guidelines on HIV-related care, treatment and support for HIV-infected women and their children in resource-constrained settings.*

⁵³⁸ *Guidance on Ethics Access to HIV Treatment and Care.*

sistemas de saúde em geral. O objectivo consiste em sensibilizar os decisores políticos para a justiça redistributiva e a equidade em matéria de VIH/SIDA, promover as melhores práticas e facilitar a concepção de políticas nacionais no domínio em causa.

– **Programas nacionais de combate à SIDA: guia de indicadores para monitorização e avaliação dos programas nacionais de prevenção do VIH/SIDA para jovens**⁵³⁹ – 1 de Dezembro de 2004

O Guia é da autoria conjunta da OMS, do ONUSIDA, da UNICEF e de outros parceiros, integrando-se numa série de guias internacionais especializados desenvolvidos para avaliar a implementação e a eficácia dos programas nacionais de combate ao VIH/SIDA. Centra-se na questão da prevenção do VIH entre os jovens, nomeadamente através de medidas destinadas a combater os factores que influenciam a adopção de comportamentos de risco e a sua maior vulnerabilidade ao VIH/SIDA.

– **Programas nacionais de combate à SIDA: guia de indicadores para monitorização e avaliação dos programas nacionais de tratamento anti-retroviral**⁵⁴⁰ – 21 de Fevereiro de 2005

Este guia descreve uma abordagem coerente em matéria de monitorização e avaliação dos progressos obtidos no acesso ao tratamento anti-retroviral, com vista a alcançar o acesso universal.

– **Guia de programas e políticas para prevenção e tratamento do VIH/SIDA em utilizadores de drogas injectáveis**⁵⁴¹ – 14 de Março de 2005

Este guia baseia-se nos princípios orientadores dos programas e políticas que demonstraram ser eficazes na resposta ao VIH/SIDA relativamente a utilizadores de drogas injectáveis.

⁵³⁹ *National AIDS programmes: A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people.*

⁵⁴⁰ *National AIDS programmes: a guide to indicators for monitoring and evaluating national antiretroviral programmes.*

⁵⁴¹ *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users.*

– **Terapia anti-retroviral para a infecção pelo VIH nos adultos e adolescentes. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA** (revisão de 2006)⁵⁴² – 1 de Janeiro de 2006

Este texto destina-se a orientar os países com recursos limitados no desenvolvimento ou revisão das directrizes nacionais para a utilização da terapia anti-retroviral em adolescentes e adultos. As recomendações dele constantes são baseadas em dados concretos, incluindo novas opções de tratamento, e na experiência adquirida através da aplicação dos programas de melhoria da terapia anti-retroviral. Os destinatários principais são os responsáveis pela gestão dos programas nacionais e regionais de VIH, as ONG que trabalham na área dos cuidados de VIH, bem como outros decisores políticos que estejam envolvidos na melhoria dos cuidados de VIH e da terapia anti-retroviral, em países de recursos limitados.

– **Medicamentos anti-retrovirais para tratamento de mulheres grávidas e prevenção da infecção pelo VIH em lactentes: rumo ao acesso universal. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA** (revisão de 2006)⁵⁴³ – 1 de Janeiro de 2006

Este texto é consistente com o “apelo à acção para uma geração livre de VIH e de SIDA”, inserindo-se num conjunto de publicações que contêm recomendações para uma abordagem de saúde pública em matéria de terapia anti-retroviral, em contextos de recursos limitados. As recomendações dele constantes são relativas à administração de medicamentos anti-retrovirais a mulheres grávidas, para a sua própria saúde e para prevenir o VIH em lactentes e crianças. Os destinatários principais são os ministérios da saúde, em vista às políticas desenvolvidas para fornecimento de terapia anti-retroviral a mulheres grávidas e à selecção de regimes de profilaxia anti-retroviral a incluir nos

⁵⁴² *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach (2006 revision).*

⁵⁴³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach (2006 revision).*

programas de transmissão vertical do VIH, tendo em consideração as necessidades e as limitações dos sistemas de saúde nacionais. As recomendações constituem igualmente uma ferramenta útil para os profissionais de saúde que trabalham nesta área.

– Terapia anti-retroviral para a infecção VIH em lactentes e crianças: rumo ao acesso universal. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA (revisão de 2006)⁵⁴⁴ – 1 de Janeiro de 2006

Não obstante a melhor forma de combater a incidência da infecção pelo VIH nos lactentes e crianças ser a redução da transmissão vertical, a realidade demonstrava que, apesar dos esforços de prevenção, milhares de crianças continuavam a ser afectadas, pelo que a necessidade de lhes fornecer terapia anti-retroviral era fundamental. Estas recomendações são parte do compromisso assumido pela OMS no sentido de alcançar o acesso universal ao tratamento anti-retroviral até 2010.

– Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem com o VIH. Orientações sobre tratamentos, cuidados e apoio para mulheres que vivem com o VIH/SIDA e respectivos filhos, em contextos de recursos limitados⁵⁴⁵ – 15 de Junho de 2006

Estas orientações são relativas às necessidades específicas das mulheres que vivem com o VIH/SIDA, em termos de saúde sexual e reprodutiva. O texto contém recomendações para o aconselhamento, a terapia anti-retroviral, os cuidados e demais intervenções neste âmbito.

– Orientações para a monitorização de pacientes em matéria de cuidados de VIH e da terapia anti-retroviral⁵⁴⁶ – 1 de Julho de 2006

Estas orientações visam permitir um sistema de acompanhamento de pacientes adequado, enquanto elemento fundamental do trabalho da equipa clínica que administra

⁵⁴⁴ *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children. Recommendations for a public health approach (2006 revision).*

⁵⁴⁵ *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.*

⁵⁴⁶ *Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy.*

os cuidados de saúde, o tratamento e a prevenção do VIH. O sistema permite assegurar a continuidade e adequação da assistência ao portador de VIH/SIDA.

– Orientações sobre a profilaxia com cotrimoxazole para infecções relacionadas com o VIH entre as crianças, adolescentes e adultos. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA⁵⁴⁷ – 7 de Agosto de 2006

O objectivo deste texto é fornecer orientação técnica para a utilização da profilaxia com cotrimoxazol em crianças expostas ao VIH e em crianças, adolescentes e adultos que vivem com o VIH, em contextos de recursos limitados. É explicado que, na ausência de orientação neste domínio, os países demoravam a adoptar a profilaxia com cotrimoxazol, quando esta consiste numa intervenção simples, barata e eficaz.

– Recomendações da OMS para orientação clínica que promova a expansão da terapia antiretroviral, dos cuidados e da prevenção do VIH, em contextos de recursos limitados⁵⁴⁸ – 7 de Agosto de 2006

As recomendações abordam a relevância da orientação clínica para a melhoria dos cuidados de VIH e do tratamento anti-retroviral. A orientação clínica consiste num sistema de treino prático e de consulta, que promove o desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis.

– Definições de casos da OMS para vigilância epidemiológica dos estádios clínicos e da classificação imunológica de doenças relacionadas com o VIH nos adultos e nas crianças. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA⁵⁴⁹ – 7 de Agosto de 2007

A publicação contém definições de casos, formuladas pela OMS, para a vigilância do VIH e a classificação clínica e imunológica das doenças relacionadas com

⁵⁴⁷ *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults. Recommendations for a public health approach.*

⁵⁴⁸ *WHO recommendations for clinical mentoring to support scale-up of HIV care, antiretroviral therapy and prevention in resource-constrained settings.*

⁵⁴⁹ *WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.*

o vírus. O objectivo é um maior controlo do VIH e das doenças relacionadas que permita planear respostas de saúde pública adequadas, bem como o auxílio na gestão clínica do VIH, sobretudo onde haja limitações laboratoriais.

– Profilaxia pós-exposição para prevenir a infecção pelo VIH. Orientações conjuntas da OMS e da OIT sobre profilaxia pós-exposição para prevenir a infecção pelo VIH. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA – 2007

Este texto é baseado na *Consulta de Peritos para o desenvolvimento de políticas e directrizes sobre profilaxia de VIH pós-exposição ocupacional e não ocupacional*, realizada conjuntamente pela OMS e pelo ONUSIDA, em Setembro de 2005, em Genebra. As recomendações desta consulta são fundamentadas nos dados disponíveis para comparação das diferentes estratégias de profilaxia pós-exposição, representando a opinião colectiva dos peritos que trabalham nesta área.

– Orientação sobre despistagem precoce de VIH e aconselhamento nas unidades de saúde. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA⁵⁵⁰ – 1 de Junho de 2007

Salientando a importância do diagnóstico precoce do VIH e alertando para os factores que dificultam que as pessoas procurem saber o seu estatuto serológico (entre os quais, o medo do estigma e da discriminação, a falta de serviços disponíveis e a percepção de que não estão em risco de contrair o VIH), a OMS fornece orientação para as intervenções no domínio em causa.

– Orientação para a optimização da prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho. Rumo ao acesso universal para mulheres, lactentes e crianças e à eliminação do VIH e da SIDA entre as crianças⁵⁵¹ – 1 de Novembro de 2007

⁵⁵⁰ *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities.*

⁵⁵¹ *Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.*

Este texto oferece um enquadramento para a formação de parcerias e orientação para os países sobre acções e programas nacionais destinados a melhorar a prevenção da transmissão vertical do VIH.

– **Intervenções essenciais em matéria de prevenção e cuidados para adultos e adolescentes que vivem com o VIH em contextos de recursos limitados. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA**⁵⁵² – 1 de Julho de 2008

Este texto, resultante de um trabalho de análise de situações concretas, contém recomendações destinadas a prevenir o VIH/SIDA e a reduzir as doenças que lhe estão associadas. É referida a importância da adopção destas recomendações e a necessidade de adaptação das mesmas de acordo com as características e necessidades específicas existentes a nível nacional e local.

– **Intervenções prioritárias: prevenção, tratamento e cuidados de VIH/SIDA no sector da saúde**⁵⁵³ – 9 de Abril de 2009

O objectivo do documento é orientar os países, doadores e demais partes interessadas no sentido do aumento e melhoria da resposta ao VIH/SIDA. Estas *intervenções prioritárias* foram concebidas para estar em permanente revisão, de forma a acompanhar a experiência adquirida em termos de melhoria do sector da saúde para responder às necessidades de prevenção, tratamento e cuidados relacionados com o VIH/SIDA.

– **Medicamentos anti-retrovirais para tratamento de mulheres grávidas e prevenção da infecção pelo VIH em lactentes: rumo ao acesso universal. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA. Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA (revisão de 2010)**⁵⁵⁴ – 19 de Julho de 2010

⁵⁵² *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings.*

⁵⁵³ *Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector.*

⁵⁵⁴ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach.*

Neste texto é sublinhada a importância de as intervenções para prevenção da transmissão vertical do VIH serem fundamentadas em dados concretos. Estas recomendações são baseadas nos novos conhecimentos adquiridos em matéria de terapêutica anti-retroviral, prevenção da transmissão vertical e práticas alimentares seguras para lactentes expostos ao VIH (conhecimentos que não existiam aquando da revisão de 2006).

– Terapia anti-retroviral para a infecção pelo VIH em lactentes e crianças: rumo ao acesso universal. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA – Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA (revisão de 2010)⁵⁵⁵ – 20 de Julho de 2010

Estas recomendações abordam os vários aspectos relacionados com a administração da terapia anti-retroviral a lactentes e crianças infectadas pelo VIH/SIDA, designadamente o problema da resistência ao tratamento e a importância da nutrição para a sua eficácia. A OMS sublinha, nomeadamente, a necessidade de reforçar os sistemas de saúde, em ordem a obter a maximização da qualidade da terapia e dos seus benefícios a longo prazo, bem como de melhorar o acesso a serviços de despistagem de VIH para lactentes e crianças, atenta a importância de um diagnóstico precoce na eficácia do tratamento.

– Terapia antiretroviral para a infecção pelo VIH nos adultos e adolescentes. Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA – Reforçar os serviços de saúde para combater o VIH/SIDA (revisão de 2010)⁵⁵⁶ – 15 de Julho de 2010

Estas (novas) recomendações traduzem uma evolução a nível de conhecimentos e de experiência relativamente à administração do tratamento anti-retroviral, desde a última revisão, de 2006. No geral, versam sobre o momento de iniciação do tratamento

⁵⁵⁵ *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach.*

⁵⁵⁶ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach.*

(recomendando-se a antecipação do diagnóstico e do tratamento), os regimes de tratamento e o papel dos testes em laboratório.

– Intervenções prioritárias: prevenção, tratamento e cuidados de VIH/SIDA no sector da saúde⁵⁵⁷ (versão de 2010) – 6 de Setembro de 2010

Este texto contém as intervenções que a OMS considera prioritárias para o desenvolvimento de uma resposta abrangente e eficaz do sector da saúde ao VIH/SIDA. Entre os seus objectivos sublinhamos o de fornecer aos decisores políticos ferramentas para a formulação de estratégias e de acções fundamentadas em matéria de serviços de prevenção, tratamento e cuidados relacionados com o VIH/SIDA.

– Orientações para potenciar a descoberta de casos de tuberculose e a terapia preventiva com isoniazid para pessoas que vivem com o VIH em contextos de recursos limitados⁵⁵⁸ – 1 de Maio de 2011

Estas orientações demonstram de que forma as pessoas que vivem com o VIH podem ser protegidas contra a tuberculose através de medicação preventiva, regular e acessível. O objectivo é servir como instrumento para reduzir a TB em pessoas infectadas pelo VIH, suas famílias e comunidades. Os destinatários das mesmas são profissionais do sector da saúde que prestem cuidados a pessoas que vivem com o VIH, decisores políticos e gestores dos programas de saúde relacionados com o VIH/SIDA e a TB. Destinam-se igualmente aos governos, organizações não governamentais, dadores e grupos de apoio a pacientes com HIV e TB.

– Prevenção e tratamento do VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis entre homens que têm sexo com homens e transexuais. Recomendações para uma abordagem de saúde pública⁵⁵⁹ – 15 de Junho de 2011

⁵⁵⁷ *Priority interventions: prevention, treatment and care in the health care sector(2010 version)*

⁵⁵⁸ *Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings.*

⁵⁵⁹ *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public health approach.*

As orientações centram-se nas questões da prevenção e do tratamento do VIH e de outras IST entre homens homossexuais e transexuais, englobando recomendações de boas práticas destinadas a potenciar um ambiente favorável para o reconhecimento e protecção dos seus direitos. A OMS adverte que não existindo essas condições favoráveis torna-se problemática a implementação de recomendações técnicas mais específicas.

– Orientação: suplementos de vitamina A durante a gravidez para redução do risco de transmissão de mãe para filho⁵⁶⁰ – 25 de Julho de 2011

Este documento contém recomendações baseadas em factos sobre o uso de suplementos de vitamina A para a redução da transmissão vertical do VIH em populações em que a deficiência desta vitamina possa ser uma preocupação de saúde pública. Este problema afecta cerca de 19 milhões de mulheres grávidas, sendo os locais mais afectados em África e no sudeste asiático. Tanto o VIH como a gravidez são considerados factores de risco relativamente à deficiência de vitamina A, a qual é essencial para a saúde materna e o desenvolvimento do feto. O objectivo desta orientação consiste em auxiliar os Estados Membros nos processos de decisão relativamente a acções de nutrição em vista a atingir os ODM, particularmente a redução da mortalidade infantil (ODM nº 4)

– Guia de planificação da resposta do sector da saúde ao VIH. Programa de VIH/SIDA⁵⁶¹ – 6 de Outubro de 2011

Este guia contém considerações essenciais para o desenvolvimento de planos nacionais adequados a desenvolver uma resposta eficaz ao VIH no sector da saúde. Destina-se à tradução dos princípios da Estratégia Global do Sector da Saúde para o VIH 2011-2015 em estratégias e planos nacionais prioritários.

⁵⁶⁰ *Guideline: Vitamin A supplementation during pregnancy for reducing the risk of mother-child transmission of HIV.*

⁵⁶¹ *Planning guide for the health sector response to HIV.*

– Orientações sobre aconselhamento para revelação do VIH (guidance on HIV disclosure counseling) a crianças maiores de 12 anos⁵⁶² – 1 de Dezembro de 2011

As orientações para a revelação do estatuto serológico a estas crianças têm subjacente, por um lado, a importância que assume o seu conhecimento e, por outro, a particular dificuldade em revelá-lo quando estão em causa crianças, atendendo à capacidade das mesmas para compreender e lidar com a natureza da doença, o estigma, as relações com a família e as preocupações com o apoio social. Para além disso, relevam para ajudar os pais e os prestadores de cuidados em todo o processo.

– Política da OMS sobre actividades de colaboração TB/HIV: orientações para programas nacionais e outros intervenientes⁵⁶³ – 27 de Fevereiro de 2012

Estas orientações resultam de uma compilação das recomendações da OMS sobre a TB relacionada com o VIH. As actividades estão estruturadas segundo três objectivos: estabelecer e reforçar os mecanismos para a prestação integrada de serviços de TB e VIH; reduzir a TB entre pessoas que vivem com o VIH e iniciar cedo a terapia antiretroviral; reduzir o VIH entre pessoas com TB ou suspeitas de terem a doença.

– Orientações sobre testes e aconselhamento de VIH para casais, incluindo terapia antiretroviral para tratamento e prevenção em casais serodiscordantes – Recomendações para uma abordagem de saúde pública. Programa de VIH/SIDA⁵⁶⁴ – 1 de Abril de 2012

Estas orientações recomendam a oferta de testes de diagnóstico de VIH/SIDA e aconselhamento a casais, nos diversos sítios em que esteja disponível. Relativamente a casais em que só um parceiro é seropositivo, é recomendada a oferta de terapia anti-retroviral, independentemente do seu estado imunitário (contagem de células CD4), em ordem a reduzir a probabilidade de transmissão do VIH para o parceiro não infectado.

Na base desta orientação esteve designadamente o facto de haver um número significativo de novas infecções a ocorrer em casais serodiscordantes. Num quadro

⁵⁶² *Guidelines for HIV disclosure counselling for children up to 12 years old.*

⁵⁶³ *WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders.*

⁵⁶⁴ *Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples.*

global em que apenas 40% das pessoas conhecem o seu estatuto serológico, mais de 50% das pessoas seropositivas mantêm relações com parceiros seronegativos, e entre os indivíduos seropositivos que conhecem o seu estatuto serológico muitos não o divulgam aos respectivos parceiros nem conhecem se estes são ou não seropositivos.

– Estratégia global do sector da saúde para o VIH/SIDA 2011-2015⁵⁶⁵

Este texto destina-se a orientar a resposta do sector da saúde ao VIH/SIDA em ordem a alcançar o acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio. A OMS reafirma as metas globais e os objectivos para a resposta deste sector ao VIH/SIDA, identifica linhas estratégicas para norteá-la e define acções cuja adopção a nível nacional se recomenda. A ideia é a promoção de uma resposta a longo prazo, sustentável, nomeadamente através do reforço dos sistemas de saúde, da abordagem aos determinantes sociais da saúde e da protecção e promoção dos direitos e da igualdade de género.

4.1.3. Organização Internacional do Trabalho

Recomendações

– Recomendação nº 200, sobre o VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 17 de Junho de 2010, 99ª Conferência Internacional do Trabalho

A Recomendação destina-se a todos os trabalhadores, a todos os sectores da actividade económica, às forças armadas e aos serviços uniformizados. Nela se enunciam os princípios gerais na matéria, as políticas e os programas a adoptar a nível nacional e a respectiva forma de aplicação. Quanto aos princípios, salientamos: *i)* o reconhecimento da SIDA como uma questão relacionada com o local de trabalho; *ii)* a recusa de qualquer estigmatização ou discriminação baseada no estatuto serológico, real

⁵⁶⁵ *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015.*

ou suposto⁵⁶⁶; *iii*) a prevenção, enquanto prioridade fundamental; *iv*) a possibilidade de o local de trabalho facilitar o acesso aos serviços de prevenção, tratamento e apoio, por parte dos trabalhadores, das suas famílias e das pessoas a seu cargo; *v*) a existência de programas destinados a evitar o risco específico de transmissão relacionado com o local de trabalho; *vi*) a confidencialidade da vida privada, particularmente no que se refere ao estatuto serológico; *vii*) a recusa da exigência aos trabalhadores de realização de testes de despistagem ou de revelação de informações de saúde; *viii*) a protecção dos trabalhadores que desempenham funções em que estão particularmente expostos ao risco de transmissão.

Os Estados são incentivados a adoptar políticas e programas nacionais sobre VIH/SIDA e o mundo laboral e sobre segurança e saúde no trabalho e a integrarem-nos nos planos de desenvolvimento e nas estratégias de redução da pobreza. Para o desenvolvimento desses programas e políticas deveriam, além da consulta às principais organizações de trabalhadores e de empregadores, ser tidas em consideração as opiniões dos sectores relevantes, em especial o da saúde. Deveria também ser tomado em devida consideração o papel do local de trabalho na prevenção, tratamento, cuidados e apoio. Os Estados são ainda aconselhados a ter presente o Repertório de Directrizes Práticas da OIT sobre VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 2001, bem como os restantes instrumentos e orientações existentes a nível internacional.

As recomendações aos Estados em matéria de *discriminação e promoção da igualdade de oportunidades e tratamento* são no sentido de objectivar a eliminação das práticas discriminatórias baseadas no estatuto serológico, real ou suposto, tendo como referencial que o VIH não deve ser motivo de recusa de contratação ou de manutenção no emprego, que as faltas motivadas por doença ou pela necessidade de prestação de cuidados relacionados com o VIH/SIDA deveriam ser tratadas da mesma forma que o são as ausências por outros motivos de saúde, e ainda que devem ser promovidas as condições para que a pessoa possa continuar a trabalhar, se necessário com reajustes na sua prestação ou com a procura de outras funções “razoavelmente adaptadas às suas capacidades”, inclusivamente oferecendo formação para o caso de a pessoa ter de procurar outro trabalho ou facilitando o seu retorno por meio de incentivos. Quando se verifique que as medidas existentes neste âmbito são inadequadas, devem as mesmas ser

⁵⁶⁶ Por exemplo, pelo facto de a pessoa ter vindo de regiões do mundo que são mais afectadas pela epidemia.

adaptadas ou substituídas por outras e ser executadas de forma eficaz e transparente. Ainda neste enfoque, recomenda-se a tomada de medidas nos locais de trabalho para reduzir a transmissão do VIH e o seu impacto, nomeadamente a garantia do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais, da igualdade de género e da prevenção e proibição da violência e do assédio nesses locais e da efectiva confidencialidade dos dados pessoais (v.g., os dados médicos).

As restantes acções recomendadas são relativas à prevenção, tratamento, apoio, testes, segurança e saúde ocupacional, crianças e jovens. Às pessoas que vivem com o VIH deveria ser garantido o acesso aos serviços de saúde, bem como a protecção contra a discriminação no acesso aos sistemas de segurança social e aos regimes de seguro profissional. Havendo uma relação directa entre a infecção e as funções desempenhadas, a mesma deveria ser considerada como doença profissional ou acidente de trabalho. Aos trabalhadores ou candidatos a emprego não deveria ser exigida a realização de testes de despistagem de VIH ou a revelação do seu estatuto serológico. Caso este se tornasse conhecido, não deveria ser comprometido o acesso ao trabalho, a segurança no emprego ou as oportunidades de promoção profissional. As medidas de segurança e saúde no trabalho destinadas a prevenir a exposição dos trabalhadores ao VIH deveriam incluir precauções universais, medidas de prevenção de riscos e acidentes, equipamentos de protecção individual, medidas de controlo ambiental e profilaxia pós-exposição, bem como outras medidas para minimizar o risco de infecção pelo VIH e a tuberculose, particularmente em profissões de maior risco, como as de saúde. Havendo a possibilidade de exposição ao VIH nos locais de trabalho, os trabalhadores deveriam receber informação e orientação sobre os modos de transmissão e as formas de prevenção.

Para a implementação das políticas e programas cuja adopção aqui se recomenda, deveriam ser consultadas as organizações de trabalhadores e de empregadores mais representativas, bem como outras partes interessadas.

Resoluções

– **Resolução relativa à promoção e aplicação da Recomendação sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho**, aprovada na 99ª Conferência Internacional do Trabalho, em 17

de Junho de 2010

Na Resolução, o Conselho de Administração do BIT é convidado, nomeadamente, a: *i*) disponibilizar recursos adicionais para concretizar a Recomendação n.º 200; *ii*) adoptar medidas para promover actividades de colaboração com as várias organizações internacionais que se ocupam da questão do VIH/SIDA no local de trabalho; *iii*) requerer a instituição de um Plano de Acção Mundial adequado a garantir a plena aplicação da Recomendação e a consequente mitigação do impacto do VIH/SIDA no local de trabalho; *iv*) solicitar ao Director Geral que preste a devida atenção à distribuição equitativa de recursos de cooperação técnica aos diversos países⁵⁶⁷; *v*) utilizar os mecanismos existentes ou criar novos mecanismos, a nível nacional, para analisar os progressos alcançados, acompanhar a evolução e partilhar boas práticas na matéria, em conformidade com as políticas e os programas nacionais relativos ao VIH/SIDA, no que concerne especificamente ao local de trabalho; *vi*) examinar sistematicamente os progressos atingidos na aplicação da Recomendação; *vii*) promover, entre os Estados-Membros, a interpretação do artigo 1.º, n.º 1, alínea b), da Convenção n.º 111, *relativa à discriminação em matéria de emprego e ocupação*⁵⁶⁸, como englobando, na esfera de protecção da Convenção, o estatuto serológico, real ou suposto.

Orientações

– Recolha de Directivas Práticas do BIT sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho, Reunião tripartida de peritos sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho, Junho de 2001, Genebra

As directivas abordam várias questões dentro do tema do VIH/SIDA e local de trabalho: *i*) a prevenção do VIH/SIDA; *ii*) a gestão e a diminuição do seu impacto no âmbito laboral; *iii*) o apoio aos trabalhadores que vivem com a doença; *iv*) a eliminação

⁵⁶⁷ É referido que os Estados-Membros e as organizações mais representativas dos trabalhadores e dos empregadores poderiam pedir assistência para concretizar as disposições da Recomendação, v.g., no âmbito da formulação e da aplicação de políticas, práticas e leis nacionais.

⁵⁶⁸ Aprovada na 42.ª reunião da Conferência Geral da Organização Internacional de Trabalho do Trabalho, realizada em Genebra, em 25 de Junho de 1958, a Convenção entrou em vigor, no plano internacional, em 15 de Junho de 1960.

das situações de discriminação e de estigmatização motivadas pelo estatuto serológico, real ou suposto. O cumprimento destes objectivos (com base na aplicação das directivas) deveria ser feito através de vários procedimentos, tanto ao nível do Estado, como das empresas e das organizações competentes, designadamente através de medidas concretas nos locais de trabalho, de legislação, políticas e programas de acção nacionais. O âmbito de aplicação das directivas engloba “todas as entidades patronais e trabalhadores (incluindo candidatos a emprego) dos sectores público e privado” e “todos os aspectos do trabalho, formal e informal”. Os princípios fundamentais consagrados no documento estão enumerados sob as seguintes epígrafes: *i) reconhecimento do VIH/SIDA como questão relacionada com o local de trabalho; ii) Não discriminação com base no estatuto serológico; iii) igualdade entre homens e mulheres* (de forma a reduzir a vulnerabilidade destas à doença); *iv) ambiente de trabalho saudável; v) diálogo social; vi) rastreio tendo em conta a exclusão do emprego e do trabalho* [não exigência do teste de despistagem do VIH a trabalhadores ou candidatos a emprego]; *vii) confidencialidade* [não exigência de informações pessoais relacionadas com o VIH a trabalhadores ou a candidatos a emprego]⁵⁶⁹; *viii) manutenção da relação de emprego* [recusa da possibilidade de despedimento com base no VIH⁵⁷⁰]; *ix) prevenção* [promoção da alteração de comportamentos, designadamente em matéria de discriminação]; *x) responsabilização e apoio* [v.g., não discriminação no acesso a prestações de segurança social e de regimes profissionais previstas na lei]. Depois deste elenco, são enumerados os direitos e as responsabilidades dos governos e das autoridades competentes, das entidades patronais e dos trabalhadores, bem como das respectivas organizações. Seguidamente, são enunciadas orientações relativas à *prevenção, à formação, aos testes de VIH e à responsabilização e apoio.*

Um aspecto central é a explicação da utilização das precauções universais e da respectiva importância para prevenção do risco de transmissão, assentando numa lógica de assumir que o sangue ou quaisquer fluidos corporais são potencialmente infecciosos, devendo ser tratados como tal, independentemente de qualquer diagnóstico.

⁵⁶⁹ Cfr. Ponto 4.7 do documento: “*Nada justifica exigir dos candidatos a um emprego ou aos trabalhadores informações pessoais relacionadas com o HIV. Nenhum trabalhador deve ser obrigado a revelar informações deste tipo relativas a outros trabalhadores*”.

⁵⁷⁰ Cfr ponto 4.8 do documento: “*as pessoas atingidas por doenças associadas ao HIV devem poder continuar a trabalhar durante o tempo em que estejam clinicamente aptas a ocupar um emprego disponível e apropriado*”.

O documento contém ainda vários anexos, dos quais constam, nomeadamente, informações essenciais sobre o VIH/SIDA e o seu impacto (v.g., os factores que contribuem para uma maior vulnerabilidade à doença e aos seus efeitos) e sobre as *precauções universais a tomar em presença de sangue e de líquidos orgânicos*.

– Directrizes para juízes e magistrados dos tribunais de trabalho – Janeiro de 2005

Estas directrizes têm como base o Código de Práticas sobre o VIH/SIDA e o mundo do trabalho e estão organizadas em cinco partes: *i)* impacto do VIH/SIDA nas práticas laborais; *ii)* papel dos juízes e dos magistrados dos tribunais de trabalho; *iii)* boas práticas na legislação e jurisprudência nacionais; *iv)* normas e princípios da OIT relevantes em matéria de VIH/SIDA; *v)* aplicação do Código de Práticas.

Sublinhamos o segundo capítulo, em que se afirma a importância do papel dos juízes do trabalho para a construção de um ambiente laboral favorável, sem discriminação. É referida a insuficiência de legislação e políticas que combatam a discriminação no local de trabalho e prevejam medidas de prevenção e de protecção social, se estas não forem acompanhadas de uma verdadeira aplicação por parte de tribunais que sejam efectivamente acessíveis às pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Visando essa aplicação efectiva, a OIT enumera três níveis de actuação para os juízes do trabalho: *i)* tornar os tribunais de trabalho e os processos acessíveis às pessoas que vivem com o VIH/SIDA; *ii)* adquirir e aplicar os necessários conhecimentos técnicos e jurídicos; *iii)* promover a alteração de comportamentos. Salientamos ainda o terceiro capítulo, onde são descritos exemplos de práticas e de jurisprudência de vários países. Antes desta enunciação é referido que a necessidade de adopção de legislação orientada para a eliminação de todas as formas de discriminação motivadas pelo estatuto serológico, real ou presumido, se justifica por duas razões: primeiro, porque os governos têm a obrigação de respeitar, garantir e promover os direitos de todos e, segundo, porque a discriminação em função do VIH/SIDA ou qualquer outra violação de direitos minam o esforços de prevenção, tratamento, cuidados e assistência das pessoas que vivem com a doença.

– **Directrizes Conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e a infecção VIH**, de 2007, Genebra

A OIT e a OMS estabelecem princípios e orientações destinados a “*promover a gestão eficaz do VIH/SIDA nos serviços de saúde*” e a “*garantir aos profissionais de saúde condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis, assegurando simultaneamente uma prestação eficaz de cuidados no respeito das necessidades e direitos dos doentes, especialmente daqueles que vivem com a infecção VIH/SIDA*”⁵⁷¹.

São os seguintes os princípios enunciados: *i)* a consideração do VIH/SIDA como uma questão relacionada com o local de trabalho; *ii)* a recusa da discriminação motivada pelo estatuto VIH, real ou suposto; *iii)* a promoção da igualdade de género, como factor de prevenção e de resposta à epidemia; *iv)* a promoção de um ambiente de trabalho saudável, adaptado à saúde e às capacidades dos trabalhadores; *v)* o fomento da cooperação entre trabalhadores, empregadores e governos; *vi)* a confidencialidade dos dados pessoais; *vii)* a manutenção do vínculo laboral do trabalhador infectado pelo VIH/SIDA, enquanto o seu estado de saúde o permitir; *viii)* a prevenção; *ix)* o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde e às prestações sociais dos regimes obrigatórios e profissionais.

Quanto ao enquadramento político⁵⁷², é sublinhada a responsabilidade dos governos na promoção da adopção de normas nos serviços de saúde (v.g. no que respeita às condições de trabalho) e a necessidade de consulta dos profissionais de saúde e seus representantes, dos empregadores e das pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

A nível de *Política para o desenvolvimento e gestão de sistemas nacionais de saúde que visam dar resposta à infecção VIH/SIDA* destacamos o dever dos governos de apresentar “*um projecto de reforma legislativa sobre o desenvolvimento de recursos humanos para os serviços de saúde, que abranja o planeamento, a educação e a formação, bem como a regulamentação das qualificações dos profissionais de saúde e das condições de exercício dessa actividade*”.

⁵⁷¹ Cfr ponto 7 das Directrizes (*Objectivo*).

⁵⁷² Cfr pontos 12 a 18. Em matéria de enquadramento jurídico é referido que o “*quadro de acção em matéria da infecção VIH/SIDA e dos serviços de saúde é constituído por um conjunto de leis e políticas nacionais, entre as quais políticas relativas ao sector da saúde e à SIDA, legislação do trabalho, normas e regulamentos sobre segurança e saúde no trabalho, legislação anti-discriminatória e leis e regulamentos aplicáveis ao sector da saúde*”.

As orientações estão organizadas de acordo com diversos subtemas, dentro dos quais registamos alguns aspectos. No capítulo respeitante ao *Sector da saúde como local de trabalho*, afirma-se que o VIH/SIDA deve ser tratado como qualquer outro risco ou doença profissional grave, enunciando-se ainda várias formas de combater a estigmatização e a discriminação dos seus portadores no local de trabalho, bem como questões relacionadas com a resposta aos factores de vulnerabilidade (à doença e às suas consequências), sobretudo das mulheres, no âmbito do local de trabalho⁵⁷³. A nível de *Segurança e saúde no trabalho*, salientamos a necessidade de tratamento do sangue e dos fluidos orgânicos de todas as pessoas como potencial fonte de infecção, por parte dos profissionais de saúde, independentemente do diagnóstico ou da percepção do risco. Este princípio é considerado um meio eficaz “*para os trabalhadores se protegerem a si próprios e aos doentes, sem abrir via à discriminação e à estigmatização*”. Nesta parte são enumeradas várias práticas de trabalho seguras. O terceiro subtema é a *Gestão de incidentes devido a exposição*. No quarto, relativo aos *Cuidados, tratamento e apoio* destaca-se o carácter voluntário dos testes e a confidencialidade destes e das informações de saúde, caso do estatuto serológico⁵⁷⁴. Aqui se refere também que, enquanto estiverem clinicamente aptos para trabalhar, os profissionais de saúde infectados pelo VIH “*não devem ser vítimas de discriminação, tanto em termos de segurança no emprego, como de oportunidades de formação ou promoção profissional*”. É ainda sublinhada a necessidade de possíveis adaptações nas condições de trabalho em função da progressão da doença⁵⁷⁵. Os pontos 5 e 6 respeitam ao *Conhecimento, educação e formação* e à *Investigação e desenvolvimento*, respectivamente.

A última parte do documento contém fichas informativas, de onde constam informações práticas “*sobre os perigos e as medidas de prevenção e controlo dos riscos destinadas a proteger os profissionais de saúde contra a exposição ao VIH e a outros patogénicos infecciosos*”.

⁵⁷³ É afirmado, no ponto 28, que todos “*os programas para o sector da saúde devem ter em conta a dimensão de género, bem como questões relacionadas com a origem étnica, a idade, as deficiências, a religião, o estatuto socioeconómico, a cultura e a orientação sexual*”.

⁵⁷⁴ Consta do ponto 67 das Directrizes que a divulgação desse estatuto é uma decisão pessoal, que os profissionais de saúde devem estar cientes de que “*não estão sob qualquer obrigação de responder a perguntas colocadas pelos doentes ou pelos seus familiares*” sobre o mesmo, e ainda que aqueles “*poderão decidir não divulgar o seu estatuto VIH com receio de serem despedidos ou estigmatizados pelo empregador ou pelos seus colegas*”.

⁵⁷⁵ Cfr ponto 71 do documento. Aí se dispõe que os eventuais ajustamentos devem “*ser objecto de negociações entre o empregador e o sindicato ou os representantes dos trabalhadores*”.

– Directrizes sobre VIH/SIDA para o sector dos transportes – 2009

As directrizes estão organizadas em três capítulos: i) *VIH/SIDA: uma questão para o sector dos transportes*; ii) *Agir no sector dos transportes*; iii) *Como pode a OIT ajudar o sector dos transportes a desenvolver políticas e programas*. O primeiro capítulo é relativo ao impacto do VIH/SIDA neste sector, no que respeita aos trabalhadores e empresas da área e à economia, bem como aos riscos a que estão sujeitos estes trabalhadores. No segundo é feito um enquadramento a nível dos instrumentos e orientações internacionais existentes na matéria, bem como das políticas nacionais adoptadas, enunciando-se, seguidamente, as acções a desenvolver no âmbito do local de trabalho e da comunidade. O documento contém ainda vários anexos com informação relevante no domínio em questão.

– Orientações de políticas conjuntas da OMS/OIT/ONUSIDA sobre a melhoria do acesso dos trabalhadores da saúde aos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio relacionados com o VIH e a tuberculose. Nota de Orientação – Novembro de 2010

As orientações resultam do trabalho conjunto destas entidades no sentido de encontrar soluções para os problemas comuns do VIH e da TB relativamente ao pessoal de saúde⁵⁷⁶. Visam, por um lado, proteger e fidelizar os trabalhadores deste sector, habilitando-os a enfrentar a dupla ameaça do VIH e da TB e, por outro, reforçar as melhores práticas no que concerne a trabalhadores afectados por uma das doenças ou por ambas.

A *nota de orientação* visa facilitar a aplicação do documento, que se estrutura sob três epígrafes: i) *Políticas nacionais* [v.g., aplicação de novas políticas destinadas a evitar a discriminação contra os trabalhadores do sector da saúde infectados pelo VIH ou pela TB (ou, sendo o caso, aperfeiçoar as medidas existentes) e adoptar medidas para

⁵⁷⁶ Na *nota de orientação* sublinha-se o que se deve entender por *personal de saúde*: “*todas aquellas personas que prestan servicios de salud, como médicos, enfermeras, farmacéuticos y técnicos de laboratorio, así como personal administrativo y de apoyo, como funcionarios de finanzas, cocineros, conductores, limpiadores y guardias de seguridad. Son trabajadores sanitarios no sólo los que trabajan en centros de atención a pacientes agudos, sino también los que dispensan atención a largo plazo, atención comunitaria o atención a domicilio, así como los cuidadores informales*”.

reduzir o estigma entre colegas e supervisores]; ii) *Medidas no local de trabalho* (no geral, relacionadas com o acesso dos trabalhadores da saúde à prevenção, tratamento, diagnóstico, informação e formação, relativamente ao VIH/SIDA e à TB); iii) *Acompanhamento, vigilância e avaliação* (v.g., elaborar e aplicar mecanismos que assegurem a disponibilidade das orientações a nível nacional, bem como a sua divulgação e aplicação no sector da saúde).

Relatórios

– **Relatório do BIT para o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho “Trabalho Digno – Trabalho em segurança – VIH/SIDA”**, Abril de 2006, Genebra

O BIT sublinha, desde logo, que o VIH/SIDA “constitui um risco profissional num número considerável de profissões em que existe risco de exposição ao sangue ou a outros fluidos orgânicos”, não apenas nas profissões da saúde, mas também, e nomeadamente, nas de recolha de lixo e nos estúdios de piercings ou de tatuagens. Acrescenta-se que ainda “que o VIH não se transmite por simples contacto no local de trabalho, [e que] podem ocorrer acidentes em praticamente todos os ambientes de trabalho”. Afirma que a solução para a existência de um meio laboral digno e seguro consiste na adopção de medidas adequadas a prevenir a transmissão do vírus em todos os locais de trabalho⁵⁷⁷.

O relatório incide sobre os seguintes temas: i) *O VIH/SIDA e a segurança e saúde no trabalho*; ii) *O papel das organizações de empregadores e de trabalhadores*; iii) *O VIH/SIDA e as questões psicossociais associadas ao trabalho*; iv) *O VIH/SIDA e a inspecção do trabalho*; v) *O VIH/SIDA e a informação e educação em matéria de segurança e saúde no trabalho*. No primeiro é referido que um ambiente de trabalho digno e seguro depende da garantia das melhores condições de saúde física e mental, exigindo-se a “adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores em função da sua saúde física e mental” e a “adaptação razoável aos problemas de saúde que podem ser sentidos por certas pessoas infectadas com o vírus da SIDA”. Destacamos a referência às precauções universais, as quais se enquadram “numa estratégia segundo a

⁵⁷⁷ É destacada a importância das recomendações práticas da OIT sobre o VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, enquanto “base para as acções a empreender no local de trabalho”, e a necessidade de adoptar abordagens diferentes consoante o sector de actividade em causa assim o exija.

qual o sangue ou outro líquido orgânico deve ser tratado como uma potencial fonte de risco, independentemente de um diagnóstico ou de um risco detectado”. O cumprimento sistemático destas precauções, a higiene e a formação são consideradas as principais regras para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores, não abrindo caminho à discriminação. Entre as várias atribuições englobadas no *papel das organizações de empregadores e de trabalhadores* notamos a contestação da estigmatização e da discriminação, mediante a defesa dos interesses dos respectivos representados, bem como a garantia do “cumprimento da legislação e regulamentação aplicáveis nos locais de trabalho”. A nível dos aspectos psicossociais registamos a necessidade de os empregadores terem “consciência de que uma pessoa contaminada com VIH/SIDA é frequentemente alvo de estigmatização, de discriminação e, inclusivamente, de uma hostilidade declarada por parte da sociedade e do mundo do trabalho”, bem como a possibilidade de o local de trabalho ser um meio favorável, desde que se cumpram as regras e as recomendações pertinentes e se promova o respeito pelos direitos dos trabalhadores.

– Relatório “O VIH/SIDA e o mundo do trabalho, Conferência Internacional do Trabalho, 98ª reunião, 2009

O relatório está dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro relativo às tendências em termos epidemiológicos e acções fomentadas pela OIT e outros organismos internacionais, o segundo com enfoque nos campos de intervenção principais, o terceiro relativo à avaliação da legislação e da prática em matéria de luta contra o VIH/SIDA, a nível nacional e internacional, e o quarto para explicação dos critérios que nortearam a elaboração dos questionários.

Este relatório contribuiu para a preparação da que veio a ser a Recomendação nº 200 sobre VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 2010, na medida em que acolhe as respostas dos governos e organizações de empregadores e de trabalhadores de diversos países sobre a eventual adopção deste instrumento, bem como o respectivo conteúdo e redacção⁵⁷⁸. O objectivo seria suscitar uma maior atenção ao tema, a nível nacional e

⁵⁷⁸ Na página 23 do relatório, depois de ser referida a inexistência de uma convenção específica sobre o VIH/SIDA no mundo do trabalho, são enunciadas as convenções consideradas particularmente relevantes para a promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA: a Convenção nº 111 sobre a discriminação /emprego e ocupação, de 1958, a Convenção nº 155 sobre segurança e saúde dos

internacional, promover uma acção concertada dos principais intervenientes nesta matéria, aumentar o impacto da *Recolha de Directivas Práticas do BIT sobre o HIV/SIDA e o mundo do trabalho*, de 2001, fomentar outras medidas, bem como avaliar a evolução registada neste âmbito, desde esse ano.

Quanto a Portugal, a par do Governo, responderam às questões colocadas pela OIT, da parte dos empregadores, a CCSP (Confederação de Comércio e Serviços de Portugal), CIP (Confederação da Indústria de Portugal), CTP (Confederação de Turismo de Portugal), e da parte dos trabalhadores, a CGTP-IN (Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses) e a UGT (União Geral dos Trabalhadores).

4.2. Organização Mundial do Comércio

– Declaração sobre o Acordo de TRIPS⁵⁷⁹ e a Saúde Pública, IV Conferência Ministerial da OMC, Realizada em Doha (Catar) nos dias 09 a 14 de Novembro de 2001

Na IV Conferência Ministerial da OMC foi discutido o problema da falta de acessibilidade financeira aos medicamentos e da interpretação dos direitos de propriedade intelectual. A discussão conduziu à adopção desta Declaração, relativa às relações entre o Acordo TRIPS e a saúde Pública. A Declaração clarifica o conteúdo do Acordo TRIPS⁵⁸⁰, estabelecendo que cada um dos membros da OMC “*tem o direito de conceder licenças obrigatórias e a liberdade de determinar os motivos pelos quais essas licenças são concedidas*”.

trabalhadores, de 1981, a Convenção nº 161 sobre os serviços de saúde no trabalho, de 1985, a Convenção nº 158 sobre a cessação da relação de trabalho, de 1982, a Convenção nº 159 sobre a readaptação profissional e o emprego de pessoas com deficiência, de 1983, a Convenção nº 102 sobre a segurança social (norma mínima), de 1952, a Convenção nº 81 sobre a inspecção do trabalho, de 1947, a Convenção nº 129 sobre a inspecção do trabalho (agricultura), a Convenção sobre o trabalho marítimo, de 2006 [a única que contém referência explícita ao VIH/SIDA, enquanto questão de segurança e saúde], e a Convenção nº 188 sobre o trabalho na pesca, de 2007.

⁵⁷⁹ *Trade-related aspects of intellectual property rights.*

⁵⁸⁰ O art. 31º do Acordo TRIPS autoriza um país a promulgar leis nacionais que permitam a utilização de um produto patenteado sem a autorização do titular da patente (licença obrigatória), em caso de emergência nacional ou noutros casos de urgência extrema ou de utilização pública não comercial.

– **Decisão do Conselho Geral da Organização Mundial de Comércio, de 30 de Agosto de 2003** – Implementação do Parágrafo 6 da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública⁵⁸¹

Mediante este acordo, os membros da OMC adoptaram uma orientação para problema da desigualdade dos países que não dispunham de uma suficiente capacidade de produção de medicamentos, relativamente aos restantes, em matéria de aproveitamento efectivo das cláusulas de salvaguarda do Acordo TRIPS. Este problema vinha enunciado no artigo 6º da Declaração de Doha.

⁵⁸¹ No final de 2005 esta Decisão do Conselho Geral da OMC tornou-se uma emenda ao Acordo TRIPS. Vide http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200002&script=sci_arttext (consulta em 05.04.2012)

Parte II

As pessoas que vivem com o VIH/SIDA

I. Enquadramento do inquérito

1.1. Introdução

A discriminação das pessoas que vivem com o VIH tem ocorrido desde que a doença se tornou conhecida, em grande parte devido aos preconceitos que se lhe associaram, e continua a constituir um obstáculo ao exercício de direitos e ao combate à epidemia⁵⁸². As práticas discriminatórias podem adquirir as mais diversas formas e ser mais ou menos visíveis. O elemento aglutinador de tais práticas, e que leva o ordenamento jurídico a proibir e sancioná-las, é o prejuízo da pessoa que as sofre relativamente às demais, pelo simples facto de ser seropositivo ou ter SIDA.

Para enquadrar o estudo, convém incluir dados sobre o estado actual da infecção pelo VIH em Portugal. De acordo com a informação recolhida pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, do Departamento de Doenças Infeciosas do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge⁵⁸³, entre 1 de Janeiro e 31 de

⁵⁸² Sobre esta realidade, e alertando para o sofrimento associado à discriminação das pessoas infectadas, veja-se Ramón Bayés, Begoña Comellas, Susanna Lorente, M^a del Carme Viladrich, “Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA”, in *Psicothema*, 1998, vol. 10, n^o 1 (págs. 127 a 134), pág. 127: “Uno de los aspectos que produce mayor sufrimiento en muchas de las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el denominado “SIDA social” consistente en la marginación o discriminación que sufren por parte de miembros de la población no infectada, debido al temor que sienten estos últimos por una hipotética transmisión del virus a través de comportamientos habituales en la vida cotidiana de relación”.

⁵⁸³ Veja-se o estudo realizado pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, do Departamento de Doenças Infeciosas do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: “Infecção

Dezembro de 2011 tinham sido por este recebidas (no Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas) notificações de 1962 casos de infecção pelo VIH, nos vários estádios, dos quais 986 (50,3%) tinham sido diagnosticados nesse mesmo período. Em termos globais, a 31 de Dezembro de 2011 estavam notificados 41 035 casos de VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção. O estudo integra também dados sobre a evolução da epidemia desde 1983 até ao ano de 2011, agrupados nomeadamente de acordo com a faixa etária. Em 2000⁵⁸⁴, o total da população infectada no País era de 1059, valor que em 2011 se situou em 303. Na tabela abaixo são indicados os dados referentes a estes dois anos, agrupados de acordo com a faixa etária:

População infectada pelo VIH em Portugal:

Faixa etária	2000	2011
20 a 24	74	9
25 a 29	245	17
30 a 34	233	33
35 a 39	185	37
40 a 44	121	60
45 a 49	60	43
50 a 54	46	36
55 a 59	36	30
60 a 64	20	15
≥ 65	25	21

* Os dados indicados na tabela representam o número de pessoas diagnosticadas com VIH.

Depois da análise de legislação e demais instrumentos que visam salvaguardar e promover os direitos das pessoas afectadas por esta doença (específicos ou não), foi

VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011”, de Junho de 2012, disponível em <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/984/3/relatorio%20VIH%20SIDA%202011%20versao%20web.pdf> (consulta a 21.11.12). Este estudo foi feito em cumprimento da atribuição da vigilância epidemiológica em Saúde Pública a este Instituto.

⁵⁸⁴ Os valores correspondentes aos anos de 1983 a 1999 são apresentados conjuntamente, ou seja, sem individualização de cada um dos anos. O número global de pessoas infectadas nestes 16 anos foi de 7873.

feito um inquérito com vista a concluir de que forma estas pessoas percebem o grau de protecção dos seus direitos. O confronto entre os objectivos enunciados em diferentes instrumentos normativos e programáticos, nacionais e internacionais, por um lado, e a realidade social, por outro, será uma forma de procurar compreender o alcance efectivo da legislação nacional existente. Por muito que a legislação se pareça adequar aos objectivos visados, se não for acompanhada de mecanismos eficazes que assegurem a sua implementação, não será possível a sua concretização. E é da inclusão de uma amostra dessa realidade que se trata quando se inclui aqui este questionário às pessoas que vivem com o VIH.

Existem alguns domínios em que tem sido especialmente visível a ocorrência de práticas discriminatórias e que, por isso mesmo, são constantemente abordados na literatura especializada e em vários dos instrumentos analisados, emanados das mais diversas instâncias. Também por essa especial propensão mereceram referência explícita ou um tratamento particular na legislação. Foi tendo essa consciência que se seleccionou, para figurarem no inquérito, os seguintes campos: o trabalho, os serviços de saúde, os seguros, o crédito bancário e os dados pessoais. Este último, transversal relativamente aos restantes, destina-se sobretudo a obter dados que não revelam a discriminação em si, mas antes comportamentos que, à margem da lei, possibilitam o conhecimento do estatuto serológico de terceiros. Além de esses comportamentos violarem já direitos sobre os dados pessoais, comportam o risco da discriminação motivada pela revelação dos mesmos.

As questões colocadas visam situar a pessoa em situações concretas, para que esta se identifique com o que lhe é perguntado, respondendo com base na experiência adquirida ou no seu conhecimento ou percepção. Pretende-se saber se o inquirido sentiu que foi discriminado pelo facto de ser seropositivo, em que contexto ocorreu a discriminação (v.g., se em um ou mais dos domínios elencados), que contornos adquiriu, ou, mesmo que não tenha sido de ela alvo, se tem uma noção generalizada quanto à frequência de práticas discriminatórias baseadas no estatuto serológico. Introduzimos questões acerca da reacção que o inquirido teve perante actos de discriminação que sofreu ou pensa que iria provavelmente ter caso estes ocorressem. A ideia é não apenas ter uma noção da acção individual perante casos de discriminação, mas também buscar as razões principais para a ausência de reacção (designadamente, o medo das consequências que daí poderiam resultar ou uma certa antecipação da impunidade

devido à dificuldade em provar a discriminação). Indaga-se ainda acerca do conhecimento que o inquirido tem relativamente à legislação existente e ao grau de protecção que a mesma concede às pessoas infectadas pelo VIH.

A concorrer como factor de discriminação, para além do VIH/SIDA, pode estar qualquer outro motivo subjectivo, como será o caso da raça, origem étnica ou da orientação sexual. Não obstante, estes outros potenciais factores de discriminação não constam entre as variáveis tidas em conta, apenas se considerando a discriminação (que se pensa estar) relacionada com a própria doença. Seja como for, é importante recordar a existência de fenómenos de discriminação múltipla, não apenas porque aumentam a probabilidade de a pessoa se poder vir a sentir discriminada (independentemente dos motivos)⁵⁸⁵, mas também porque a convergência de práticas discriminatórias motivadas por diferentes factores tende a reforçar o impacto negativo das mesmas.

A idade, o sexo, as habilitações, o tempo de diagnóstico e a situação laboral são as categorias seleccionadas no inquérito. Quanto às hipóteses cuja averiguação se visava através da sua aplicação, foram identificadas quatro:

1ª Percepção da discriminação: as pessoas seropositivas consideram que são frequentes os comportamentos discriminatórios relacionados com o estatuto serológico, quer em termos gerais, quer em contextos específicos, como o dos serviços de saúde, do trabalho, dos seguros e das instituições de crédito.

2ª Conhecimento da legislação nacional e dos mecanismos existentes: as pessoas seropositivas conhecem a legislação nacional desinada a proibir a discriminação contra as pessoas com risco agravado de saúde, designadamente no domínio laboral e na área dos seguros, bem como os mecanismos disponíveis para a sua efectivação.

3ª Percepção da eficácia da legislação e recurso aos mecanismos de resposta disponíveis: as pessoas seropositivas consideram que estão devidamente protegidas da discriminação pela legislação nacional, confiando e utilizando os mecanismos de resposta destinados a efectivá-la.

⁵⁸⁵ Note-se que há factores que são, à partida, mais visíveis do que outros, como é o caso do sexo ou da raça.

4ª *Conhecimento dos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde e respeito pela confidencialidade dos dados de saúde:* as pessoas seropositivas sabem que não têm o dever de revelar o seu estatuto serológico e consideram que o seu direito à confidencialidade dos dados de saúde é respeitado.

A versão final do texto do inquérito resultou do estudo feito na primeira parte deste projecto, em que se adensou a evidência das várias dificuldades com que são confrontadas diariamente as pessoas que vivem com o VIH/SIDA e bem assim da particular susceptibilidade de estas se fazerem sentir em determinados contextos. Para a sua redacção foram importantes os contributos do GAT e da Ser+, bem como do Professor Manuel Lisboa, professor na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (departamento de sociologia). Em termos geográficos, o estudo foi executado em Lisboa, Setúbal, Cascais, Amadora, Peniche, Coimbra, onde se encontram localizadas as sedes ou delegações das entidades participantes, concretamente as seguintes:

Amadora

- AJPAS – Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável

Cascais

- SER+ – Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA

Lisboa

- Associação Abraço (delegação de Lisboa)

- GAT – Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA

- FPCCSida (delegação de Lisboa)

- Associação Positivo

- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Peniche

- Acompanha – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL

Setúbal

- Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal (serviço de infecciologia)

- FPCCSida (delegação de Setúbal)

1.2. A percepção da discriminação em função do estatuto serológico

1.2.1. Em geral

Conforme foi sendo evidenciado ao longo da primeira parte deste relatório, designadamente em virtude de referências nos instrumentos enunciados, a discriminação e estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH continuam a ser realidade em diferentes países, podendo assumir contornos variados e ser mais ou menos perceptível a sua ocorrência. Não se considera apenas discriminação a prática ostensiva, inequívoca do prejuízo em função da doença, mas também a que se manifesta de forma subtil, por meio de subterfúgios que encobrem esse mesmo prejuízo, ou ainda o resultado discriminatório de uma acção em que não havia a intenção de discriminar⁵⁸⁶. Recorde-se que, no nosso ordenamento jurídico, para além de resultar do princípio geral de não discriminação consignado no artigo 13º, nº 2, da Constituição, bem como de outros textos normativos infraconstitucionais (v.g. artigo 25º do Código do Trabalho), a proibição de práticas discriminatórias com base no risco agravado de saúde, designadamente motivado pelo estatuto serológico, consta expressamente da Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto⁵⁸⁷. Este diploma contém inclusivamente um enunciado exemplificativo de práticas discriminatórias em razão deste factor (e da deficiência), que engloba um leque de situações bem diversas entre si, podendo em algumas ser mais evidente, para a população em geral, o carácter discriminatório.

Relativamente à discriminação em geral, questiona-se inicialmente se a pessoa tem ideia de que os comportamentos discriminatórios em razão do VIH/SIDA ocorrem com frequência. O que sabemos, da literatura e dos instrumentos analisados, é que tem sido suficientemente significativa a ponto de suscitar a respectiva adopção e de implicar a tomada de outras tantas medidas para combater esse fenómeno nefasto, que tem constituído desde o início da epidemia um obstáculo importante à sua mitigação. A este propósito, sublinhados o efeito somatório que têm os estigmas, no sentido em que quanto mais características estigmatizantes reuna a pessoa, mais comportamentos discriminatórios sofrerá. Haverá inclusivamente certos factores subjectivos mais

⁵⁸⁶ Veja-se quanto a isto, designadamente, o citado Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, da ONUSIDA, em que se descreve diferentes tipos de discriminação: por acordo ou omissão, intencional ou não intencional, simples ou múltipla, directa ou indirecta.

⁵⁸⁷ Veja-se, supra, pág. 17.

estigmatizantes do que outros, podendo ditar que a pessoa que tem mais do que uma característica potenciadora do estigma seja sobretudo discriminada por aquele que se destaca, sobrepondo-se aos demais⁵⁸⁸.

A partir do estudo realizado e da experiência relatada por associações e outras entidades com as quais se teve a oportunidade de contactar, podemos antecipar que é significativa a ocorrência de actos de discriminação contra pessoas seropositivas ou com SIDA, não podendo ser menosprezada na medida em que continua a obstruir os esforços de prevenção e de resposta e a impedir a plena fruição de direitos.

Posto isto, passemos em breve revista cada uma das áreas englobadas no inquérito.

1.2.2. No trabalho

“(...) no debería haber ninguna discriminación o estigmatización contra los trabajadores, en particular contra las personas que buscan empleo y los solicitantes de empleo, por su estado serológico, real o supuesto, respecto del VIH(...)”⁵⁸⁹

Qual a percepção das pessoas inquiridas relativamente à discriminação no trabalho relacionada com o VIH/SIDA? Na primeira parte do estudo surgem diversos instrumentos que integram ou tratam exclusivamente o problema da discriminação no trabalho, tanto na fase da contratação ou da cessação do contrato como ao longo da relação laboral. Além de ser um contexto em que a pessoa depende grande parte do seu quotidiano, o local de trabalho é particularmente propício à ocorrência de práticas discriminatórias pela assimetria de poderes existente na relação que aí se estabelece entre trabalhador e empregador (disparidade que se aplica também ao candidato a emprego, na medida em que este necessita do trabalho para o seu sustento). A resposta à discriminação daí resultante exige que ao trabalhador sejam concedidas as condições (na legislação e na prática) para que não seja submetido a qualquer tipo de acção unilateral do empregador que prejudique as condições de trabalho ou a estabilidade do vínculo laboral. O enfraquecimento da posição do trabalhador na relação contratual,

⁵⁸⁸ Sobre isto veja-se, María Nieves Quiles del Castillo e María Dolores Morera Bello, “El estigma social: la diferencia que nos hace inferiores”, in *Método, teoría e investigación en Psicología Social* [coord. J.F. Morales, C. Huici, E. Gaviria, A. Gómez], 1ª ed., 2008, Madrid, Pearson-PrenticeHall, págs. 377 a 397.

⁵⁸⁹ Cfr. Recomendação nº 200 da OIT, III (princípios gerais), nº 3, al. c).

potenciado por medidas que favorecem a flexibilização das condições de trabalho e do próprio vínculo laboral, em nada promove a igualdade, antes prejudicando-a, diminuindo a capacidade do trabalhador de se opor à discriminação e reforçando a probabilidade de a mesma ocorrer, pela já referida maior aceitação de práticas unilaterais prejudiciais ao trabalhador e por incutir uma noção de *fungibilidade* da força de trabalho. Isto mesmo se afirma, para dar apenas um exemplo, no relatório da Comissão sobre os determinantes sociais da saúde, da OMS, em que se evidenciam as consequências nefastas para a saúde da flexibilização da relação laboral e ressaltam, de um modo geral, os efeitos adversos da insegurança no trabalho⁵⁹⁰.

A questão da confidencialidade dos dados pessoais é essencial, na medida em que é a partir do conhecimento do estatuto serológico do candidato a emprego ou do trabalhador que surge o risco da discriminação. Quando esse conhecimento não se der através de revelação do próprio, estamos perante problemas de confidencialidade. O respeito pela confidencialidade dos dados pessoais é assim um dos primeiros aspectos que há a averiguar. Saber se a pessoa inquirida tem ideia de que o seu direito a manter secretos os respectivos dados de saúde é respeitado no local de trabalho e, caso o empregador tenha tomado conhecimento dos mesmos, qual pensa que terá sido a origem da violação (v.g., teste não consentido, divulgação pelos colegas de trabalho ou quebra da confidencialidade por parte dos serviços de medicina do trabalho).

Como se pôde observar aquando da análise da legislação, em Portugal o empregador não pode ter acesso à informação de saúde do trabalhador, apenas tendo a possibilidade de saber da sua aptidão para desempenhar as suas funções⁵⁹¹. Deste modo, o candidato a emprego ou o trabalhador não podem ser compelidos a responder a uma pergunta do empregador relacionada com o seu estado de saúde. Quanto a isto as pessoas inquiridas foram convidadas a responder sobre a sua própria experiência, perspectiva ou conhecimento: se sabe que o empregador apenas pode conhecer da aptidão, se, quando confrontada, revelou que era seropositiva, se deveria revelar (tanto na candidatura como já no decurso do contrato) e, caso não tenha acontecido mas o empregador hipoteticamente viesse a perguntar, se pensa que de facto revelaria ou não o seu estatuto serológico. Indaga-se ainda sobre a revelação desse estatuto pelo próprio

⁵⁹⁰ Vide, WHO, “Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health”, cit. pág. 5.

⁵⁹¹ Cfr. artigo 110º, nºs 1 e 3, da Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro, e artigos 17º e 19º do Código do Trabalho.

aos serviços de medicina do trabalho, relativamente à experiência pessoal ou em termos hipotéticos (se acha que deve revelar o estatuto, se revelou ou revelaria, caso fosse assim confrontado). Para além da divulgação de informações de saúde, importa convocar a matéria do consentimento para a realização dos testes de saúde, que no inquérito aparece como uma eventual causa de revelação do estatuto serológico no local de trabalho (teste não consentido) e a propósito do conhecimento da pessoa relativamente à necessidade de se submeter a um teste de rastreio do VIH⁵⁹².

As questões seguintes são relativas ao que sucede depois de o empregador saber que a pessoa é seropositiva e, mais uma vez, utilizando não apenas a experiência como também a percepção geral. Antes de mais, se considera que a revelação do estatuto serológico ao empregador (ou a suspeita relativamente a esse estatuto) implica a imposição de barreiras na contratação, progressão na carreira ou manutenção do contrato de trabalho. Depois dos dados assim obtidos sobre a visão geral do problema, indaga-se sobre o conhecimento dos seus direitos. Tenha-se em conta que, quando é considerado inapto para o desempenho das suas funções habituais, o trabalhador não deve pura e simplesmente ver cessar o seu contrato de trabalho. Antes de declarada a caducidade desse contrato, devem ser procuradas outras funções que o trabalhador possa ainda desempenhar no quadro da empresa⁵⁹³. O VIH/SIDA não pode ser considerado como justa causa de despedimento, tal como qualquer outra doença. São três as perguntas relativamente a esta matéria: se a entidade empregadora pode prescindir dos serviços do trabalhador quando este seja considerado inapto para as suas funções habituais, se este pode ser despedido pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA e, finalmente, se alguma vez sentiu que, por esse mesmo facto, foi alvo de algum tipo de pressão no local de trabalho cujo objectivo fosse levá-lo a cessar o contrato por iniciativa própria.

É crucial que haja uma noção real da dimensão do problema da discriminação no local de trabalho, tanto na sua incidência, de forma a analisar em que sentido deveriam

⁵⁹² Note-se que, nos termos do artigo 17º do Código do Trabalho, apenas pode ser exigida a realização ou apresentação de testes ou exames médicos “quando estes tenham por finalidade a protecção e segurança do trabalhador ou de terceiros, ou quando particulares exigências inerentes à actividade o justifiquem”. No entanto, mesmo nesses casos, impõe-se, na mesma norma, que o empregador fundamente por escrito a sua necessidade. Para além disso, relativamente à realização de exames de saúde, é sempre necessário o consentimento da pessoa que a eles se irá submeter. Sobre a evolução do pensamento e da prática relativamente à realização do teste de rastreio do VIH veja-se, P. Enel, C. Manuel, J. Charrel, M.P. Larher, D. Reviron, J.L. San Marco, “AIDS, a social dilemma: detection of seropositives”, in *European Journal of Epidemiology Eur.J. Epidemiol.*, vol. 7, nº 2, págs. 139 a 146.

⁵⁹³ Cfr. artigo 5º, nº 4, da Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto.

ser os desenvolvimentos em matéria de regulação e inspecção, como na sua resposta, apreendendo não apenas o conhecimento dos direitos pelos respectivos titulares, mas também a ideia que estes têm relativamente à possibilidade de efectivação dos mesmos direitos. Por muito adequadas que sejam a nível substantivo as normas relativas à discriminação, se não forem acompanhadas de um quadro favorável ao trabalhador, que promova a estabilidade laboral e o respeito pelos seus direitos, dificilmente se conseguirá mitigar o problema da discriminação no local de trabalho. O mesmo se diga quanto à possibilidade de os cidadãos se prevalecerem dos seus direitos em geral, sobretudo no que se refere às condições de acesso à justiça. A própria prevenção da discriminação é essencial para que não exista uma perspectiva de impunidade relativamente aos seus agentes.

1.2.3. Nos serviços de saúde

Nos instrumentos e textos estudados, a discriminação que tem lugar em estabelecimentos de saúde é uma das realidades para as quais se chama a atenção, tanto pelos actos discriminatórios em si, como pela necessidade de reforçar a protecção dos dados pessoais dos utentes e assim delimitar eficazmente o respectivo acesso. Tendo em conta o ênfase atribuído a este contexto e a experiência relatada por associações de defesa dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, ambos a indiciar a existência de alguns episódios de discriminação manifesta em determinadas unidades de saúde, procurou-se saber se essa experiência é partilhada pelas pessoas inquiridas e qual a sua percepção relativamente à frequência com que esse tipo de práticas ocorre nestes serviços. Como exemplo de contornos que podem adquirir estas práticas, surgem no inquérito duas situações ilustrativas: ser atendido em último lugar ou não ser atendido⁵⁹⁴. Aborda-se ainda no inquérito a questão da confidencialidade, indagando sobre a noção individual relativamente ao respeito pelos dados pessoais no âmbito das unidades de saúde.

⁵⁹⁴ Estas duas hipóteses foram utilizadas como indicadores de práticas no âmbito dos serviços de saúde numa investigação sobre a discriminação contra as pessoas infectadas pelo VIH. Veja-se Fundación para la investigación y la prevención del SIDA en España, “*Discriminación y VIH 2005. Estudio FIPSE sobre la discriminación arbitraria de las personas que viven con el VIH o SIDA*”, (coord. Diego Blázquez Martín, et al.), 2005, págs. 58 a 61, estudo que se encontra disponível em <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090328230812.pdf> (consulta em 15.01.11).

Recorde-se que se trata de um contexto em que a grande maioria das vezes a pessoa se encontra particularmente vulnerável. E esta posição de vulnerabilidade, que será maior quanto mais debilitada estiver o estado de saúde, também o é pela sensibilidade dos dados aí armazenados. No que concerne a uma doença particularmente estigmatizante, como é o VIH/SIDA, é fundamental que seja garantida a protecção dos dados pessoais do utente.

1.2.4. Nos seguros e nas instituições de créditos

A parte final do inquérito é reservada ao tema do acesso a seguros de saúde e de vida por parte de pessoas infectadas pelo VIH, desde a forma de conhecimento do diagnóstico pela seguradora até às consequências que o mesmo pode acarretar.

Como se referiu na primeira parte deste trabalho, a legislação sobre contrato de seguro actualmente em vigor contém uma norma que proíbe a discriminação motivada pelo risco agravado de saúde⁵⁹⁵. O inquérito inclui questões relacionadas com a matéria da revelação do estatuto serológico e da protecção dos dados pessoais: *i*) se a pessoa tem a obrigação de revelar que é seropositiva ou tem SIDA no caso de querer contratar um seguro de saúde ou de vida e se de facto o relevaria quando confrontada; *ii*) se é permitido que as seguradoras realizem ou exijam a realização de testes que revelem directa ou indirectamente o VIH/SIDA, sem o consentimento do próprio; *iii*) se a pessoa inquirida considera que em geral as seguradoras respeitam a confidencialidade dos dados. Testa-se também o entendimento das pessoas inquiridas relativamente ao que, além da recusa, pode consubstanciar discriminação ao abrigo da legislação em vigor, interrogando se estas consideram que as seguradoras têm legitimidade para agravar as condições do seguro em função do estatuto serológico e se podem excluir da cobertura de um seguro de saúde ou de vida a parte relacionada (directa ou indirectamente) com o VIH/SIDA.

O acesso ao crédito bancário foi outra das questões levantadas, questionando-se quanto à legitimidade da recusa de concessão do mesmo a pessoas infectadas, à prática das instituições de crédito nesta matéria e ao acesso das mesmas aos dados de saúde⁵⁹⁶.

⁵⁹⁵ Cfr. artigo 15º da Lei nº 72/2008, de 16 de Abril.

⁵⁹⁶ Quanto a isto, cfr. artigo 4º, al. c), da Lei 26/2006, de 28 de Agosto, que inclui no elenco exemplificativo de práticas discriminatórias a “recusa ou o condicionamento de venda, arrendamento ou

1.3. A percepção do grau de protecção

“Cuando las medidas existentes contra la discriminación en el lugar de trabajo sean insuficientes para brindar una protección eficaz contra la discriminación relacionada con el VIH y el sida, los Miembros deberían adaptarlas o adoptar nuevas medidas, y prever disposiciones para su puesta en práctica efectiva y transparente”⁵⁹⁷

Um objectivo central deste estudo é averiguar a adequação da legislação em vigor. Para o efeito, impunha-se fazer uma primeira análise da legislação nacional, acompanhada de um estudo sobre os objectivos anunciados nas iniciativas legislativas que lhes deram origem, bem como um levantamento dos instrumentos internacionais pertinentes, de forma a possibilitar um confronto entre uma e outros, e assim indagar que eventuais desenvolvimentos poderão ser úteis para a evolução da legislação nacional. Por outra via, considerou-se necessário questionar as pessoas que vivem com o VIH/SIDA quanto à protecção dos seus direitos, tendo em consideração o que está consagrado na Constituição e na lei, bem como a respectiva aplicação e meios de resposta perante situações de discriminação devido ao estado de saúde.

Não raras são as vezes em que o problema não se encontra na legislação em si, no que está consagrado, mas antes na interpretação que da mesma se faz ou dos mecanismos disponíveis para que esta seja eficazmente aplicada. O próprio conhecimento da legislação e desses mecanismos releva na medida em que permite que a pessoa aja perante ameaças aos seus direitos ou, em sentido contrário, inibe ou dissuade que o faça. Por exemplo, haverá certamente algumas situações em que a própria pessoa que é vítima de discriminação não tem noção de que determinada prática é considerada como tal (sobretudo nos casos menos visíveis, como sejam os de pressão para que a pessoa decida por si pôr termo a um contrato de trabalho, quando subjacente a essa pressão esteja precisamente o seu estatuto serológico).

subarrendamento de imóveis, bem como o acesso ao crédito bancário para compra de habitação, assim como a recusa ou penalização na celebração de contratos de seguros”.

⁵⁹⁷ Cfr. Recomendação nº 200 da OIT, IV (Programas e políticas nacionais), ponto 12. Apesar de o texto citado ser específico para o mundo do trabalho (dada a respectiva fonte), e de nesta parte estarmos a referir a protecção relativamente à discriminação em geral com base no VIH/SIDA, considerou-se oportuno colocá-lo aqui por duas razões: primeiro, porque o local de trabalho é um dos pontos críticos em matéria de não discriminação (pelos motivos outrora evidenciados), segundo, porque o conteúdo deste apelo dirigido aos Estados pode ser alargado a quaisquer situações de discriminação cuja resposta não esteja a ser eficaz.

1.3.1. Do conhecimento da legislação e dos meios de resposta

Que a pessoa conheça os seus direitos, tenha consciência que determinada prática é considerada discriminatória e como tal punida pelo ordenamento jurídico, e saiba que tem mecanismos ao seu dispor para agir perante a mesma, é algo essencial para combater a impunidade e potenciar a realização de direitos. Para esse conhecimento podem concorrer circunstâncias como a possibilidade de aceder a informação relativa a esta matéria e as próprias habilitações da pessoa em questão. Na mesma medida, a acessibilidade (física) dessa informação e a proximidade dos meios de resposta serão determinantes na capacidade da pessoa em causa agir perante práticas discriminatórias. Daí que o combate à discriminação não se cinja à legislação e aos mecanismos de resposta, mas antes exija todo um conjunto de circunstâncias que permita o acesso ao conhecimento. Daí também que em vários dos instrumentos analisados se enfatize a importância da educação, da divulgação da informação⁵⁹⁸ e de todo um rol de medidas que extravasam a mera criação e aplicação do direito (será por exemplo o caso da disparidade de condições no interior e nas cidades, designadamente no que tange ao acesso à educação de qualidade, próxima das populações, ou à disponibilidade de mecanismos de resposta perante situações de discriminação). De um modo geral, as condições de vida da população são determinantes na evolução em matéria de não discriminação. Será maior a disponibilidade (e capacidade) da própria pessoa para agir perante a discriminação no local de trabalho se estiver numa situação de maior estabilidade laboral. Será maior a possibilidade de a pessoa agir se o acesso à justiça tiver um custo suportável para a generalidade das pessoas. Será maior a probabilidade de uma pessoa agir se as condições de vida adversas não forem um impedimento ou se os *maus tratos* e as práticas discriminatórias não forem *normalizadas*, no sentido de se tornarem comuns, habituais, e como tal deixarem de suscitar indignação ou, pelo menos, a ideia de que são sancionadas pelo ordenamento jurídico.

⁵⁹⁸ Veja-se, referindo a existência de outros factores para a discriminação motivada pelo VIH/SIDA para além da falta de informação, Ramón Bayés, Begoña Comellas, Susanna Lorente, M^a del Carme Viladrich, “Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA”, cit, pág. 127: “*En el comportamiento promotor, inhibitorio o tolerante de medidas marginadoras, parece que el temor juega un papel más importante que la información*”.

Posto este entendimento quanto ao alcance dos entraves e às vantagens em termos de não discriminação, as questões colocadas relativamente ao conhecimento da legislação foram as seguintes: *i)* se conhece os instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação em razão do VIH/SIDA; *ii)* se a legislação nacional protege devidamente as pessoas contra este tipo de discriminação; *iii)* se a mesma é punida por lei. Foi ainda introduzida uma outra questão relacionada com este assunto, que não incluímos aqui por ter já sido referida a propósito do local de trabalho, a de saber se o nosso ordenamento jurídico proíbe o despedimento de alguém pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA. Por fim, relativamente aos meios de resposta, incluímos no inquérito a hipótese de o inquirido assinalar, como motivo do não recurso a esses meios, a falta de conhecimento dos mesmos. Esta opção permite também separar, como causa de não recurso aos meios de resposta, a falta de conhecimento de outras possíveis hipóteses, como a percepção de que seria desprovido de efeitos e, como tal, *não valeria a pena*.

1.3.2. Da eficácia da legislação e dos meios de resposta

Paralelamente ao conhecimento, introduzimos questões directamente relacionadas com a percepção da eficácia da legislação e dos mecanismos de resposta. Na verdade, ambos estão relacionados na medida em que não basta que a legislação seja adequada para que seja eficaz, é também necessário que haja efectivamente mecanismos que garantem a sua aplicação e que sejam acessíveis à população em geral. A adequação da legislação implica que se tenha em devida conta a população visada e, nos casos em que seja específica para determinados contextos ou populações, a consideração dos mesmos e da realidade em que estas vivem. Implica também uma análise sistematizada da respectiva actualidade e da efectividade da sua aplicação, de forma a fazer corresponder ou a manter a convergência entre a lei e a realidade social subjacente, à qual se pretende que seja aplicada.

É para a análise da eficácia da legislação em vigor que se pretende dar um contributo, reunidos que ficaram na primeira parte do estudo os instrumentos aplicáveis e outros textos sobre o assunto, e para a qual avultava a necessidade de questionar as pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Neste enfoque, foram formuladas as seguintes perguntas: *i)* se considera que a legislação nacional a protege devidamente contra a

discriminação motivada pelo VIH/SIDA; *ii*) no caso de já se ter sentido vítima de discriminação, se recorreu a algum dos instrumentos legais ao seu alcance e, em caso negativo, por que razão não o fez; *iii*) se, caso sentisse que estava a ser vítima de discriminação, pensa que recorrerá aos tribunais ou a outras entidades. De notar que na questão relativa ao recurso aos tribunais ou a outras entidades em caso de prática discriminatória sofrida (item *ii*), enunciámos algumas hipóteses de resposta e mantivemos um campo aberto para outras possíveis razões da abstenção de recurso. As hipóteses colocadas foram seleccionadas com base na antecipação de alguns obstáculos, como sejam actos de retaliação ou dificuldades no momento da prova da discriminação, receio das consequências e medo da exposição individual⁵⁹⁹. Todos estes factores conjugados impedem ou distraem a pessoa de procurar agir perante a discriminação, sobretudo quando isto implique uma acção judicial, tendo em conta a dimensão, publicidade e os custos que pode atingir, ao que acrescem as dificuldades de prova⁶⁰⁰.

Feito este enquadramento sobre o tema em geral e os motivos que presidiram à elaboração dos inquéritos e a determinadas opções na sua redacção, cumpre apresentar a metodologia seguida, os resultados obtidos e as conclusões extraídas, o que se faz nos capítulos subsequentes.

II. Metodologia

O Protocolo previa, para esta terceira fase do Projecto, a realização de um estudo qualitativo, por via da aplicação de um inquérito, que permitisse ilustrar a percepção das pessoas infectadas pelo VIH relativamente à protecção dos seus direitos, objectivando

⁵⁹⁹ Veja-se, referindo o medo da discriminação associada ao conhecimento do estatuto serológico, David P. Moxley, John R. Finch (Eds.), “Helping People Coping with HIV and AIDS Manage Employment”, in *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice*, Springer Series in Rehabilitation and Health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003, pág. 418: “An individual discovery of HIV status can increase his/her fear of someone finding out at work and the possible discriminatory practices resulting from the negative societal stigma associated with HIV/AIDS”.

⁶⁰⁰ Quanto a isto veja-se, v.g., o Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde, do INR, de Março de 2011, cit, pág. 20, em que se refere a “inexistência de informação de qualquer ação judicial interposta tendo como base a discriminação, possivelmente por se tratarem de processos ainda em decurso, ou simplesmente por não haver recurso a este mecanismo, mais dispendioso para a pessoa com deficiência ou risco agravado de saúde, sem que haja um sistema de protecção jurídica eficaz que tenha em conta as especificidades da pessoa”; e ainda, pág. 20, em que se afirma que “subsiste a dificuldade na definição concreta da discriminação com base na deficiência ou risco agravado de saúde, bem como na sua prova, que continua a gerar, a não instrução de procedimentos de contraordenação”.

assim relacionar a legislação existente na matéria e os objectivos anunciados para a sua adopção com indícios sobre a sua concretização prática e ainda com as orientações gerais existentes neste âmbito, extraídas da recolha efectuada na primeira parte do plano de trabalhos. Para recolher a amostra foram contactadas instituições que trabalham com a população em causa e um centro hospitalar, onde depois se procedeu à aplicação dos inquéritos.

Abaixo são indicadas as etapas seguidas nesta fase do projecto:

- 1ª** Contacto inicial com instituições que trabalham com pessoas infectadas pelo VIH (que foi sendo feito ao longo de toda esta fase do projecto);
- 2ª** Escolha das variáveis e realização da versão inicial do inquérito e acolhimento de sugestões de alteração providas do GAT, SER+ e Professor Manuel Lisboa;
- 3ª** Realização de um pré-teste a 12 pessoas, nas instalações do GAT e da SER+;
- 4ª** Redacção da versão final do inquérito, integrando algumas alterações cuja adequação se pode perceber devido aos resultados obtidos no pré-teste;
- 5ª** Realização dos inquéritos a 230 pessoas, directamente pela investigadora responsável ou através de técnicos das entidades participantes, após uma exposição da mesma sobre os requisitos para a aplicação correcta dos inquéritos;
- 6ª** Tratamento dos dados obtidos através da utilização do programa SPSS e elaboração das conclusões.

2.1. Construção do inquérito

O inquérito compõe-se de quarenta e seis variáveis, que se encontram agrupadas nos seis conjuntos abaixo elencados, de comum aplicação a todos os inquiridos:

- i) Dados da amostra*
- ii) Discriminação no geral*
- iii) Discriminação no âmbito dos serviços de saúde*
- iv) Discriminação no domínio laboral*
- v) Discriminação no âmbito dos seguros*
- vi) Discriminação no âmbito das instituições de crédito*

A escolha de determinados contextos específicos, os serviços de saúde, o meio laboral, os seguros e as instituições de crédito prende-se com o facto de estes serem particularmente susceptíveis à ocorrência de práticas discriminatórias, conforme foi evidenciado neste relatório, a propósito da análise de instrumentos jurídicos nacionais, da União Europeia ou internacionais⁶⁰¹.

O inquérito contém quarenta e seis variáveis, das quais quarenta e quatro são qualitativas e duas quantitativas. Dentro destas variáveis, seis categorias correspondem a campos abertos.

2.1.1. Análise das variáveis

Discriminação em geral

Este grupo do inquérito aborda aspectos relacionados com a discriminação ocorrida em termos gerais (sem especificar contextos determinados), concretamente as que se prendem com:

- i)* A percepção relativamente à existência de discriminação;
- ii)* O conhecimento dos direitos em matéria de protecção perante a discriminação e percepção quanto à eficácia da legislação nacional neste âmbito;
- iii)* A actuação da pessoa perante uma situação de discriminação, real e hipotética.

No quadro abaixo estão especificadas as variáveis incluídas neste grupo:

- b.1.** De uma maneira geral, acha que são frequentes os comportamentos discriminatórios relativamente a pessoas que vivem com VIH ou SIDA?
- b.2.** Já se sentiu discriminado/a pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA?
- b.3.** Conhece os instrumentos legais ao seu alcance para agir perante uma situação de discriminação

⁶⁰¹ Veja-se supra, nomeadamente, o enquadramento da Lei n° 46/2006, de 28 de Agosto, na pág. 21

em razão do VIH ou da SIDA?

b.4. A legislação nacional protege-o devidamente contra a discriminação motivada pelo VIH ou pela SIDA?

b.5. A discriminação baseada no VIH ou na SIDA é punida por lei?

b.6. Se já se sentiu vítima de discriminação, recorreu a algum dos instrumentos legais ao seu alcance?

b.6.1. *Sim, recorri*

b.6.2. *Não, não recorri: (várias respostas possíveis):*

b.6.2.1. *Não valia a pena*

b.6.2.2. *Possíveis actos de retaliação*

b.6.2.3. *Dificuldade em provar a discriminação*

b.6.2.4. *Por não conhecer os instrumentos legais disponíveis*

b.6.2.5. *Outros (diga quais)*

b.6.3. *Nunca me senti discriminado/a*

b.7. Se alguma vez se sentisse vítima de discriminação em razão do VIH ou da SIDA, recorreria aos tribunais?

b.8. Se alguma vez se sentisse vítima de discriminação em razão do VIH ou da SIDA, recorreria a outras entidades?

Discriminação no âmbito dos serviços de saúde

Este grupo do inquérito versa sobre questões relacionadas com a discriminação ocorrida no âmbito dos serviços de saúde, concretamente as que se prendem com:

- i) A percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto;
- ii) A noção relativamente ao respeito pela confidencialidade dos dados de saúde.

No quadro abaixo estão especificadas as variáveis incluídas neste grupo:

c.1. Nos serviços de saúde, alguma vez se sentiu discriminado pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA?

c.1.1. *Sim, senti:*

c.1.1.1. *Fui atendido em ultimo lugar*

c.1.1.2. *Não fui atendido*

c.1.1.3. Outras (diga quais)

c.1.2. Não, não senti

c.2. Nos serviços de saúde, se sentiu que foi discriminado pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA, com que frequência é que tal ocorreu?

d.1. No âmbito dos serviços de saúde, acha que o seu direito à confidencialidade do estatuto serológico tem sido respeitado?

d.2. Alguma vez recebeu de um funcionário, não pertencente ao pessoal de saúde (corpo médico, enfermeiros/as, psicólogos/as), informação sobre ou alusão aos seus dados de saúde?

Discriminação no domínio laboral

Este grupo do inquérito engloba aspectos relacionados com a discriminação ocorrida no âmbito laboral, concretamente os que se prendem com:

- i) A percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto;
- ii) A revelação do estatuto serológico, conhecimento do direito a manter secretos os dados de saúde e percepção do respeito pela sua confidencialidade;
- iii) A eventual actuação da pessoa perante uma situação de discriminação ocorrida neste âmbito.

No quadro abaixo estão especificadas as variáveis incluídas neste grupo:

e.2. No seu caso, e em relação ao emprego, o facto de ser seropositivo ou ter SIDA originou dificuldades de: *(várias respostas possíveis)*

e.2.1. Acesso ao emprego

e.2.2. Manutenção do emprego

e.2.3. Progressão na carreira

e.2.4. Nenhum dos anteriores porque não revelei o meu estatuto serológico

e.2.5. Nenhum dos anteriores porque já estava reformado/a quando me foi diagnosticado

e.2.6. Outras (diga quais):

e.3. Acha que o empregador que sabe que uma pessoa tem VIH ou SIDA coloca dificuldades na contratação dessa pessoa ?

e.4. E na manutenção do emprego?

- e.5.** E na progressão na carreira?
- e.6.** O seu empregador deve ser informado da sua condição de seropositivo?
- e.7.** Se numa entrevista de candidatura a um emprego lhe perguntarem se tem algum problema de saúde, acha que deve revelar que é seropositivo?
- e.8.** E depois de contratado, deverá revelar ao empregador?
- e.9.** Nas empresas que tenham serviços de medicina do trabalho, acha que deve revelar o seu estatuto serológico?
- e.10.** Alguma vez disse ao empregador que era seropositivo?
- e.11.** E aos serviços de medicina do trabalho (caso existam na sua empresa)?
- e.12.** Se não informou o seu empregador que é seropositivo, como acha que este teve conhecimento?
(várias respostas possíveis)
- e.12.1.** *O empregador nunca soube que sou seropositivo*
 - e.12.2.** *Teste de rastreio do VIH não consentido*
 - e.12.3.** *Divulgação da informação por colegas do trabalho que conheciam o meu estatuto serológico*
 - e.12.4.** *Quebra da confidencialidade do seu estatuto serológico por parte dos serviços de medicina do trabalho*
 - e.12.5.** *Outros (diga quais)*
- e.13.** Teria de submeter-se a teste de rastreio do VIH se requerido pela entidade empregadora?
- e.14.** Os serviços de medicina do trabalho poderiam comunicar ao empregador que é seropositivo ou tem SIDA?
- e.15.** A sua ficha de aptidão profissional pode conter referência ao seu estatuto serológico?
- e.17.** No caso de ser considerado inapto para as funções que desempenha, a entidade empregadora pode prescindir dos seus serviços?
- e.18.** Pode ser despedido pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA?
- e.19.** Sentiu que, depois de o empregador saber que era seropositivo ou que tinha SIDA, foi vítima de qualquer tipo de pressão para que se despedisse?
- e.20.** Recorreria aos tribunais se fosse discriminado no acesso ao emprego, na manutenção deste ou na progressão na carreira, pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA?
- e.21.** E, caso acontecesse alguma das situações descritas na pergunta anterior, recorreria a outras entidades, que não os tribunais?

Discriminação no âmbito dos seguros

Este grupo do inquérito integra questões relativas às práticas discriminatórias ocorridas no sector dos seguros, concretamente as que se relacionam com:

- i) A percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto;
- ii) A revelação do estatuto serológico, direito à confidencialidade dos dados de saúde e percepção relativamente ao seu respeito neste sector;

No quadro abaixo estão especificadas as variáveis incluídas neste grupo:

- f.7.** Está obrigado a revelar que é seropositivo ou que tem SIDA ao contratar um seguro de saúde privado?
- f.8.** Está obrigado a revelar que é seropositivo ou que tem SIDA ao contratar um seguro de vida?
- f.9.** Se tivesse seguro privado de saúde ou de vida, revelaria à seguradora o seu estatuto serológico?
- f.10.** As seguradoras podem realizar ou exigir a realização de testes que revelem (directa ou indirectamente) o VIH ou a SIDA sem o seu consentimento?
- f.14.** Se a seguradora conhecesse o seu estatuto serológico, teria legitimidade para agravar as condições do seu seguro?
- f.15.** As seguradoras podem excluir da cobertura de um seguro de saúde os serviços médicos de que necessite pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA?
- f.16.** As seguradoras podem excluir do seguro de vida a parte da cobertura relacionada, directa ou indirectamente, com o VIH ou a SIDA?
- f.17.** Na sua opinião, as seguradoras em geral respeitam a não discriminação?

Discriminação no âmbito das instituições de crédito

Este grupo do inquérito aborda aspectos relacionados com práticas discriminatórias ocorridas no âmbito das instituições de crédito, concretamente os que se prendam com:

- i) A percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto e conhecimento dos seus direitos na matéria;
- ii) O conhecimento do direito à confidencialidade dos dados de saúde e percepção relativamente ao seu respeito neste sector.

No quadro abaixo estão especificadas as variáveis incluídas neste grupo:

g.1. Os bancos podem recusar a concessão de crédito bancário pelo facto de ser seropositivo ou ter de SIDA?

g.2. Os bancos de facto recusam a concessão de crédito bancário pelo facto de ser seropositivo ou ter de SIDA?

g.3. Acha que os bancos e instituições de crédito em geral podem ter acesso a dados de saúde?

2.2. Pré-teste do questionário

A necessidade de um pré-teste resulta, por um lado, das características do instrumento de medida (o facto de ser um inquérito) e, por outro lado, da ausência de uma investigação equiparável em Portugal.

O objetivo fundamental do pré-teste é a verificação da adequação da formulação das perguntas e das alternativas de resposta, de forma a confirmar se as mesmas são facilmente compreensíveis para as pessoas inquiridas e assim garantir a fiabilidade dos dados. O pré-teste foi efectuado a treze pessoas, nos meses de Novembro e Dezembro de 2011, através do GAT e da SER+.

Em função dos dados obtidos, constatou-se a necessidade de alterar a redacção de algumas variáveis, bem como de incluir novas categorias para abranger o colectivo pretendido.

2.3. Trabalho de campo

Procedimento

O trabalho de recolha iniciou em Fevereiro e terminou em Outubro de 2012. A maior parte dos dados recolhidos resultou da aplicação directa do inquérito pela investigadora responsável. Na SER+, nas delegações da FPCCSida, na AJPAS e na

Acompanha o inquérito foi aplicado pelas técnicas, após terem recebido a necessária formação por parte da investigadora responsável, para garantir a homogeneidade da forma de aplicação do inquérito e, dessa forma, assegurar a qualidade e a fiabilidade dos dados.

Na aplicação dos inquéritos foram asseguradas as necessárias condições de privacidade. Para facilitar a participação das pessoas, decidiu-se aplicar os inquéritos após as consultas que estas tinham marcadas nas entidades participantes: AJPAS, SER+, Abraço, GAT, Associação Positivo, Santa Casa da Misericórdia, Acompanha, Hospital de São Bernardo [Centro Hospitalar de Setúbal (serviço de infecciologia)], FPCCSida.

O inquérito é anónimo e de auto-preenchimento. Foi inicialmente estabelecido que o tempo para o preenchimento do inquérito não deveria ser superior a trinta minutos, pois que uma duração acima desse período indicaria dificuldade na compreensão do mesmo. Antes da entrega do questionário à pessoa, foi-lhe facultada uma folha com as instruções para o seu preenchimento. Nos questionários realizados no Centro hospitalar de Setúbal foi-lhe ainda entregue uma declaração de consentimento informado, cuja assinatura constituíu condição da sua participação.

2.4. Características da população inquirida

Este inquérito incidiu sobre a população infectada pelo VIH em Portugal, tendo como requisito de participação a maioridade (18 anos). A amostra é não representativa, é baseada numa amostragem não probabilística, o que se deve ao facto de o Protocolo perspectivar a realização de um estudo com carácter meramente exploratório. É formada por 230 pessoas, as quais têm entre 20 e 75 anos, sendo 57,5% do sexo masculino, 42,1% do sexo feminino, e tendo 0,4% declarado ser transgénero. A idade média foi de 42,29 anos, com um desvio padrão de 9,455 anos, sendo a idade máxima de 75 anos e a mínima de 20. A média de tempo de diagnóstico é, em média, de 10,97 anos, com um desvio padrão de 5,81 anos, sendo o tempo máximo de 33 anos e o mínimo inferior a um ano. Das pessoas participantes, 47,4% estão actualmente desempregadas, 28,5% têm emprego, 19,7% estão reformadas e 4% nunca estiveram empregadas. Em termos de habilitações, 6,6% têm menos de 4 anos de escolaridade, 68,7% completaram o ensino básico, 13,7% o ensino secundário e 11% o ensino superior/profissional.

III. Resultados

3.1. Discriminação em geral

i) Percepção relativamente à existencia de discriminação

Entre as pessoas inquiridas, 85,5% consideram que os comportamentos discriminatórios contra pessoas com VIH ou SIDA são frequentes (b.1)⁶⁰².

Em 52,2% das pessoas que se sentiram discriminadas (b.2), 90,8% consideram que são frequentes os comportamentos discriminatórios (b.1). Por seu turno, das 47,8% que afirmam não se terem sentido discriminadas, 79,8% acham que são frequentes os comportamentos discriminatórios⁶⁰³.

Quanto à noção sobre o grau de protecção concedido pela legislação nacional em matéria de discriminação (b.4), 59,3% das pessoas consideram que não estão devidamente protegidas.

Das 59,3% que afirmam que não estão devidamente protegidas pela legislação (b.4), 90,6% entendem que são frequentes os comportamentos discriminatórios. Por seu turno, entre as 40,7% que afirmam estar suficientemente protegidas pela legislação, 78,4% concordam que esses comportamentos são frequentes⁶⁰⁴.

ii) Conhecimento dos seus direitos em termos de protecção perante uma situação de discriminação e percepção quanto à eficácia da legislação nacional

Enquanto 58,5% das pessoas acham que a discriminação baseada no VIH ou na SIDA é punida por lei, 41,5% desconhecem que o é (b.5). O conhecimento de que o ordenamento jurídico nacional pune as práticas discriminatórias motivadas pelo estatuto serológico constitui um aspecto fundamental para potenciar a resposta às mesmas, pelo

⁶⁰² O parêntesis faz referência ao número da questão do inquérito que contém a variável medida.

⁶⁰³ [significância associada ao teste Qui-Quadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação fraca (Phi=0,155)].

⁶⁰⁴ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação fraca (Phi=0,12)].

que é preocupante que exista um número tão elevado de pessoas que manifestam essa ignorância.

Em 58,8%⁶⁰⁵ das pessoas que consideram que a legislação nacional não as protege devidamente contra este tipo de discriminação, 54,4% não sabem que a mesma é punida por lei. Por seu turno, das 41,2%⁶⁰⁶ que acham que são efectivamente protegidas na legislação, 74,7% têm conhecimento de que a discriminação baseada no estato serológico é punida por lei⁶⁰⁷.

Cumprir analisar se o facto de saber que a discriminação em razão do VIH ou da SIDA é punida por lei (b.5) se reflete nas respostas sobre o conhecimento dos instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação (b3). Os dados demonstram que apenas 36% das pessoas inquiridas conhecem esses instrumentos. Se cruzarmos as variáveis b.3 (conhecimento dos instrumentos legais existentes) e b.4 (conhecimento da pessoa relativamente à proibição legal de discriminação), constatamos que em 58,5% das pessoas que acham que a discriminação é punida por lei, 44,9% afirmam conhecer os instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação. Das 41,5% que acham que a discriminação não é punida por lei, 75,6% dizem não conhecer esses instrumentos⁶⁰⁸.

iii) Actuação da pessoa perante uma situação de discriminação, real e hipotética.

Dos dados extraídos a partir da variável b.6 (recurso aos instrumentos legais disponíveis para agir perante práticas discriminatórias, por parte de pessoas que afirmam terem sido discriminadas pelo facto de serem seropositivas) resulta que em 50,4% das pessoas, apenas 8,7% recorreram efectivamente a algum dos instrumentos

⁶⁰⁵ Note-se que esta percentagem é o resultado das pessoas que responderam sim ou não nas duas variáveis cruzadas, b. 4 (percepção da protecção legal contra a discriminação) e b.5 (conhecimento do facto de a discriminação ser punida por lei). Desse modo, não tem em conta as pessoas que não responderam a qualquer uma das variáveis.

⁶⁰⁶ Esta percentagem resulta igualmente do cruzamento entre as variáveis b.4 e b.5, conforme se explicita na nota de rodapé anterior.

⁶⁰⁷ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação fraca (Phi=0,294)].

⁶⁰⁸ Variáveis não independentes [(significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação fraca (Phi=0,20)].

legais existentes. Entre as 47,8%⁶⁰⁹ que afirmam não terem sido discriminadas podem estar pessoas que não revelaram o seu estatuto serológico.

São diversas as razões subjacentes ao facto de 91,3% das pessoas que afirmam que foram discriminadas não terem recorridos aos instrumentos legais existentes. Sobre esta matéria foram recolhidas 125 respostas a campos abertos, relativamente às quais se destacam os seguintes resultados:

- i) 38% consideraram não valia a pena recorrer a esses instrumentos;
- ii) 30% assentaram essa opção na dificuldade em provar a discriminação;
- iii) 18% afirmaram nem sequer conhecer esses instrumentos;
- iv) 8% seleccionaram a opção *outros*, explicitando razões como a existência de discriminação dentro da própria família, a ausência de apoio social para levar a denúncia avante, a percepção relativamente à morosidade dos processos judiciais e o facto de essa denúncia implicar a revelação pública do seu estatuto serológico;
- v) 6% afirmaram não o fazer por receio de eventuais actos de retaliação.

Quando questionadas sobre se recorreriam aos tribunais na hipótese de virem a ser discriminadas pelo facto de serem seropositivas (b.7), 50,9% responderam positivamente e 49,1% em sentido negativo. Essa percentagem aumenta consideravelmente formulando a mesma questão relativamente a outras entidades (b.8), sendo de 70,8%. Parece assim evidente que há uma preferência no recurso a entidades de outra natureza, que não judicial. Entre essas entidades, as pessoas inquiridas referiram essencialmente associações de defesa e promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, nomeadamente a Abraço, a Ser+, a Positivo, O Ninho, a AJPAS e a Liga Portuguesa Contra a SIDA. Houve ainda quem mencionasse o INR.

Se analisarmos a relação destas variáveis (b.7 e b.8), verificamos que entre 70,8% das pessoas que recorreriam a entidades não judiciais para denunciar uma situação de discriminação, 67,5% recorreriam também aos tribunais. Por sua vez, das 29,2% que afirmam que não recorreriam àquelas outras entidades para o efeito, 89,4% dizem que não recorreriam também aos tribunais⁶¹⁰.

⁶⁰⁹ A diferença na percentagem entre as pessoas que afirmam não terem sido discriminadas (47,8%) e as que responderam positivamente a esta questão (50,4%) corresponde à percentagem de pessoas que não responderam.

⁶¹⁰ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação alta (Phi=0,51)].

3.2. Discriminação no âmbito dos serviços de saúde

i) Percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto

Em relação à discriminação no âmbito dos serviços de saúde, 76,2% das pessoas dizem nunca a ter sentido, enquanto 23,8% afirmam que sentiram. Algumas destas últimas referiram que as práticas discriminatórias de que foram alvo neste sector assumiram diferentes formas. No total foram 24 as respostas recolhidas, das quais destacamos as seguintes:

- i) 50% afirmam ter sido atendidas em último lugar;
- ii) 42% assinalaram a opção *outros*, dando como exemplos um trato diferente, estigmatizante, nomeadamente “mandar sentar a metros de distância do médico”, “ser objeto de conversas por parte das enfermeiras”, “relutância no atendimento” ou “ser separado do resto de doentes” e um tratamento negligente;
- iii) 8% disseram não ter sido atendidas.

ii) Noção relativamente ao respeito pela confidencialidade dos dados de saúde

As pessoas inquiridas têm boa opinião relativamente ao respeito pela confidencialidade dos dados de saúde neste âmbito (d.1), o que se ilustra com o facto de 73,7% terem respondido que a mesma foi respeitada e de 80,7% declararem nunca ter sido feita alusão aos seus dados de saúde por parte de funcionários não pertencente ao pessoal de saúde (corpo médico, enfermeiras/os, psicólogos/as) [d.2]. De 80,7% destas últimas, 91,3% consideram que o seu direito à confidencialidade dos dados de saúde tem sido respeitado⁶¹¹.

⁶¹¹ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), com uma relação alta entre variáveis (Phi=0,81)].

3.3. Discriminação no domínio laboral

i) Percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto

Constatámos que 88,1% das pessoas não revelam ao empregador o seu estatuto serológico (e.10). Esta opção pela não divulgação radica em grande parte na percepção das consequências negativas que a mesma acarrearia, já que 93,4% das pessoas acham que quando o empregador conhece o estatuto serológico coloca dificuldades na contratação [93,4%] (e.3), na manutenção do emprego [84,4%] (e.4) e na progressão na carreira [86,2%] (e.5).

Entre as pessoas que declararam que o empregador conhecia o seu estatuto serológico, 46,2% afirmaram que foram alvo de algum tipo de pressão para que se despedissem, enquanto 53,8% responderam que não (e.19). Embora as pessoas tentem ocultar a sua seropositividade, por vezes esta informação chega ao conhecimento do empregador através de outras vias, como um teste de rastreio não consentido, a divulgação por colegas de trabalho ou inclusivamente a quebra de confidencialidade por parte dos serviços de medicina do trabalho (e.12).

ii) Revelação do estatuto serológico, conhecimento do direito a manter secretos os dados de saúde e percepção do respeito pela sua confidencialidade

Quase três quartos das pessoas inquiridas sabem que o empregador *não* tem de ser informado sobre o estatuto serológico do trabalhador (71,1%) [e.6] em qualquer altura, seja na entrevista de trabalho (76%) [e.7], como depois de estabelecido o vínculo laboral (75%) [e.8].

As pessoas inquiridas diferenciam entre revelar a sua seropositividade ao empregador ou aos serviços de medicina do trabalho. Quase metade afirma não ter a obrigação de o dizer a estes serviços quando confrontadas (49,4%, a contrastar com 57,7% de pessoas que disseram que sim [e.9].

Em 48,7% das pessoas que acham que têm a obrigação de revelar esse dado aos serviços de medicina do trabalho, 52,3% pensam que têm igualmente o dever de o

comunicar ao empregador e 47,7% dizem que não têm⁶¹². Pelo contrário, em 51,3% das pessoas que acham que *não* devem revelar o estatuto serológico aos serviços de medicina do trabalho, 93% consideram que também não têm a obrigação de o revelar ao empregador.

Relativamente ao teste de rastreio, 44,2% das pessoas declararam que se submeteriam ao mesmo se requerido pela entidade empregadora, enquanto 55,3% afirmaram que não tem obrigação de o fazer (e.13).

Em relação à confidencialidade dos serviços de medicina do trabalho (e.14), 68,4% das pessoas inquiridas consideram que estes serviços não devem comunicar ao empregador o estatuto serológico do trabalhador, enquanto 31,6% acham que sim.

Do cruzamento das variáveis e.14 e e.9 resulta que em 49,3% das pessoas que acham que devem revelar o seu estatuto serológico aos serviços de medicina do trabalho, 58% responderam que os serviços de medicina do trabalho não poderiam comunicar essa informação ao empregador e 42% disseram que sim. Por seu turno, em 56,7% das pessoas que acham que *não* devem revelar o seu estatuto serológico aos serviços de medicina do trabalho, 79,1% disseram que estes serviços não poderiam comunicar essa informação ao empregador.⁶¹³

iii) Conhecimento dos direitos em matéria de protecção contra a discriminação

Em caso de inaptidão, mais de metade das pessoas sabe que a entidade empregadora não pode prescindir dos seus serviços sem procurar outras funções compatíveis (57,7%, a contrastar com 40,8% que não sabe) [e.17]. Grande parte sabe que é ilegal despedir pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA (61,8%, por oposição a 38,2% que o desconhece) [e.18].

⁶¹² Esta percentagem é o resultado das pessoas que responderam sim ou não nas duas variáveis cruzadas (e.11 e e.10). Desse modo, não tem em conta as pessoas que não responderam a qualquer uma das variáveis.

⁶¹³ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação fraca (Phi=0,227)].

iv) Eventual actuação da pessoa perante uma situação de discriminação ocorrida neste âmbito

Mais de metade das pessoas responderam que se fossem discriminadas no âmbito do trabalho (acesso, manutenção e progressão) recorreriam aos tribunais (66,2%, por oposição a 33,8% que não o fariam) [e.20]. É muito semelhante a percentagem de pessoas que nessa situação recorreria a outras entidades (65,5%, a contrastar com 34,5% que não recorreria) [e.21].

Cruzando os dados sobre a actuação das pessoas perante uma situação de discriminação em geral e no âmbito do trabalho em especial, constatamos que a postura é coerente em ambos os casos, já que em 50,9% das pessoas que recorreriam aos tribunais perante qualquer prática discriminatório, 94,8% afirmam que o fariam se essa prática ocorresse no âmbito laboral. A par disso, em 70,5% das pessoas que em termos gerais recorreriam a outras entidades, 81,6% responderam da mesma forma quanto a práticas que sucedessem no local de trabalho.

3.4. Discriminação no âmbito dos seguros

i) Percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto

A maior parte das pessoas respondeu que não está obrigada a revelar a sua seropositividade ao contratar um seguro de saúde (66,7%, a contrastar com 33,3% que acha que deve revelar) [f.7] ou de vida (62,6%, por oposição a 37,3% que acha que deve revelar) [f.8]. Respondeu também que as seguradoras não devem realizar ou exigir a realização de testes que revelem, directa ou indirectamente, o VIH ou a SIDA sem que tenham seu consentimento (88%) [f.10].

ii) Revelação do estatuto serológico, direito à confidencialidade dos dados de saúde e percepção relativamente ao seu respeito neste sector

Mais de dois terços das pessoas consideram que as seguradoras não respeitam a proibição de discriminação (67,4%, a contrastar com 32,6% que acha que sim) [f.17]. Entendem também que estas não teriam legitimidade para agravar as condições do

seguro (62,4%, por oposição a 37,6% que afirma que sim) [f.14)]. Para além disso, 62,3% responderam que as seguradoras *não* podem excluir da cobertura de um seguro de saúde os serviços médicos de que se necessite pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA, enquanto 37,7% que acha que sim (f.15). Questionadas sobre a exclusão em relação ao seguro de vida, 60,7% responderam negativamente e 39,3% afirmativamente (f.16).

Se relacionamos os dados sobre a a legitimidade do agravamento das condições do seguro devido à seropositividade ou à SIDA e a referida hipótese de exclusão da cobertura de um seguro de vida os serviços médicos de que necessite pelo facto da sua existência, verificamos que das 62,8% que consideram que não seria legítimo esse agravamento, 73% responderam que as seguradoras não podem fazer aquela exclusão⁶¹⁴.

3.5. Discriminação no âmbito das instituições de crédito

i) Percepção relativamente à existência de discriminação neste contexto e conhecimento dos seus direitos na matéria

Mais de metade das pessoas inquiridas acha que os bancos não podem recusar a concessão de crédito pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA (60,7%, por oposição a 39,3% que pensam que sim) [g.1]. Uma percentagem semelhante afirma que os bancos de facto recusam a concessão desse crédito (60,1%, a comparar com 39,9% que dizem que não [g.2]).

Ao relacionar as duas variáveis vemos que, de 60,5% das pessoas que responderam que os bancos podem recusar a concessão de crédito pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA, 61,7% afirmaram que isso não acontece⁶¹⁵.

⁶¹⁴ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), com grau de dependência médio (Phi=0,320)].

⁶¹⁵ [significância associada ao teste Quiquadrado (sig. < 0,001), embora seja uma relação alta (Phi=0,547)].

ii) Conhecimento do direito à confidencialidade dos dados de saúde e percepção relativamente ao seu respeito neste sector

Quase três quartos das pessoas inquiridas acham que as instituições de crédito não devem ter acesso aos dados de saúde (72%) [g.3].

IV. Conclusões do inquérito

1^a A maior parte das pessoas⁶¹⁶ considera que são frequentes os comportamentos discriminatórios contra pessoas com VIH ou SIDA (85,5%).

2^a É semelhante a percentagem entre as pessoas que se sentiram discriminadas e as que não se sentiram (52,2% e 47,85%, respectivamente).

3^a A grande maioria das pessoas que se sentiram discriminadas afirma que são frequentes os comportamentos discriminatórios (90,8%). O facto de ser também muito elevada a percentagem de pessoas que afirmam que, apesar de serem frequentes os comportamentos discriminatórios, nunca se sentiram discriminadas (79,8%) pode porventura estar relacionado com a não revelação do estatuto serológico.

4^a A maior parte das pessoas que consideram que a legislação não as protege devidamente contra as práticas discriminatórias (59,3%), afirma que estas são frequentes (90,6%). É possível extrair destes dados que há uma percepção alargada de que a legislação não é eficaz. Entre as que entendem ser suficiente o grau de protecção concedido pela legislação (40,7%), mais de três quartos têm ideia que são frequentes os comportamentos discriminatórios (78,4%). Esta discrepância ilustra a complexidade de factores que influem na existência e perpetuação de práticas discriminatórias, em função deste e ou de outros motivos subjectivos.

⁶¹⁶ A menção às “pessoas” traduz as pessoas inquiridas.

5ª Não basta que a legislação seja adequada, exigindo-se também que estejam reunidas as condições para garantir a sua eficácia. Pode haver comportamentos discriminatórios do ponto de vista conceptual que não sejam assim considerados em termos jurídicos (por exemplo, um trato diferente pelo facto de se conhecer que a pessoa é seropositiva, mas que não altera a sua *posição*, no sentido em que não se traduz numa desvantagem material)⁶¹⁷.

6ª Um grande número de pessoas desconhece que a discriminação baseada no VIH ou na SIDA é punida por lei (41,5%). Este dado é preocupante, na medida em que o conhecimento relativamente a este aspecto é fundamental para potenciar a resposta à discriminação.

7ª Em 58,8%⁶¹⁸ das pessoas que consideram que a legislação nacional não as protege devidamente contra este tipo de discriminação, 54,4% não sabe que a mesma é punida por lei. Estes dados sugerem que existe uma falta de conhecimento geral relativamente aos seus direitos em matéria de proibição da discriminação. Demonstra ainda que um dos factores que influenciou as respostas relativamente ao grau de protecção que a legislação concede foi a ignorância relativamente à mesma, na medida em que está em causa o conhecimento relativamente a um aspecto tão elementar como a recusa do ordenamento jurídico quanto a práticas discriminatórias.

8ª A corroborar essa influência nas referidas respostas está o facto de, em 41,2% das pessoas que consideram que a legislação as protege contra a discriminação em função

⁶¹⁷ O conceito de discriminação é definido no artigo 3º da Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto, nas suas vertentes directa [al. a)] ou indirecta [al. b)]. Entende-se por discriminação (em razão do risco agravado de saúde) directa a que ocorre sempre que uma pessoa com risco agravado de saúde “seja objecto de um tratamento menos favorável que aquele que é, tenha sido ou venha a ser dado a outra pessoa em situação comparável” e indirecta a que ocorre sempre que uma disposição, critério ou prática aparentemente neutra seja susceptível de colocar pessoas com risco agravado de saúde “numa posição de desvantagem comparativamente com outras pessoas, a não ser que essa disposição, critério ou prática seja objectivamente justificado por um fim legítimo e que os meios utilizados para o alcançar sejam adequados e necessários” (cfr. artigo 1º, nº 2, que alarga o âmbito subjectivo da lei às pessoas com risco agravado de saúde).

⁶¹⁸ Note-se que esta percentagem é o resultado das pessoas que responderam sim ou não nas duas variáveis cruzadas, b. 4 (percepção da protecção legal contra a discriminação) e b.5 (conhecimento do facto de a discriminação ser punida por lei). Desse modo, não tem em conta as pessoas que não responderam a qualquer uma das variáveis.

do estatuto serológico, haver uma percentagem elevada, 74,4%, que conhece que a mesma é punida por lei (74,7%).

9^a Faz-se notar que há pessoas que baseiam a sua ideia sobre o que a legislação permite ou proíbe nesta matéria em *judgamentos mediatizados*⁶¹⁹. Na medida em que os tribunais são órgãos de soberania, as decisões acabam por ter um papel pedagógico muito acentuado (sobretudo para população não especializada) no que se refere ao conhecimento da legislação e dos direitos.

10^a Apenas 36% das pessoas inquiridas afirmam que conhecem os instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação. Em 58,5% das pessoas que acham que a discriminação é punida por lei, 44,9% afirmam conhecer os instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação. Das 41,5% que acham que a mesma não é legalmente punida, 75,6% dizem não conhecer esses instrumentos.

11^a Este é mais um indicador do desconhecimento relativamente à resposta do ordenamento jurídico à discriminação em razão do VIH/SIDA. Para além disso, notamos que é expectável que quem não tenha conhecimento que a discriminação em função desse motivo é punida por lei, menos ainda saiba que existem instrumentos destinados a efectivá-la.

12^a Somente 8,7% das pessoas que afirmam terem sido discriminadas pelo facto de serem seropositivas (50,4%) recorreram aos instrumentos legais disponíveis (b.6). Na base desta ausência de recurso poderão estar factores como a ideia de que tal não vale a pena; a noção da dificuldade em provar a discriminação, a falta de conhecimento dos instrumentos legais anteriormente manifestada, o receio de eventuais actos de retaliação, a falta de apoio social para levar a denúncia avante, a morosidade dos processos

⁶¹⁹ Pensamos em casos que chegaram aos tribunais e que, por terem gerado polémica, tornaram-se amplamente conhecidos (por exemplo, o caso do cozinheiro, sumariado supra, na pág. 49 (Acórdão do STJ, de 24 de Setembro de 2008, Processo 07S3793, Relator: Mário Pereira).

judiciais e ainda o facto de essa denúncia comportar o risco de revelação pública do estatuto serológico.

13^a Entre as 47,8% que afirmam não terem sido discriminadas poderão estar pessoas que não revelaram o seu estatuto serológico, opção que na sua base pode ter a consciência da ameaça da estigmatização subsequente a essa divulgação.

14^a Na questão relativa ao recurso aos tribunais na hipótese de vir a ser discriminado, 50,9% das pessoas responderam positivamente. Feita a mesma questão hipotética quanto ao recurso a outras entidades, essa percentagem aumenta para 70,8%. Destes dados é possível concluir que as pessoas recorreriam preferencialmente a entidades de outra natureza, que não judicial. Num mesmo cenário hipotético, constatámos que quase metade das pessoas optariam por não recorrer aos tribunais (49,1%).

15^a Entre as pessoas que recorreriam a entidades de natureza não judicial (70,8%), uma grande parte recorreria também aos tribunais (67,5%). Entre 50,9% das que recorreriam aos tribunais, 93,9% perspectivam também a possibilidade de recorrer a outras entidades. Entre estas entidades são referidas essencialmente instituições de defesa e promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, nomeadamente a Abraço, a Ser+, a Positivo, O Ninho, a AJPAS e a Liga Portuguesa Contra a SIDA. Houve ainda quem mencionasse o INR.

16^a Esses dados parecem revelar, por um lado, existir uma maior proximidade com as este tipo de instituições e, por outro, uma falta de confiança e ou dificuldades no acesso à justiça, possivelmente motivadas por aspectos como a visibilidade do caso, a morosidade dos processos e os custos associados.

17^a Relativamente à discriminação no âmbito dos serviços de saúde, a maior parte das pessoas declararam nunca a ter sentido (76,2%, contrastando com 23,8% que responderam afirmativamente). Entre as que disseram que sentiram, algumas mencionaram exemplos que traduzem mais do que um tipo de comportamento: terem sido atendidas em último lugar (50%), não terem sido atendidas (8%), receberem trato diferente, estigmatizante (v.g., “mandar sentar a metros de distância do médico”, “ser

objeto de conversas por parte das enfermeiras”, “relutância no atendimento” e “ser separado do resto de doentes”) ou um tratamento negligente.

18^a Retomamos aqui a distinção entre o conceito jurídico de discriminação e o seu significado na linguagem coloquial. No dicionário Houaiss da Língua portuguesa *discriminar* significa, designadamente, “tratar mal ou de modo injusto o indivíduo ou grupo de indivíduos em relação de alguma característica pessoal, cor da pele, classe social, convicções, etc.”⁶²⁰. Muitos dos exemplos dados pelas pessoas sobre comportamentos discriminatórios reportam-se a situações que são consideradas como tal em termos conceptuais (inclusivamente, que são estigmatizantes), mas em termos jurídicos. Recorde-se que a nível jurídico, *discriminar* implica que a pessoa seja colocada em posição desfavorável comparativamente com outras, directa ou indirectamente, gerando assim consequências do ponto de vista legal⁶²¹.

19^a Note-se ainda que a existência de fenómenos de discriminação múltipla pode ocasionar que a pessoa seja discriminada por vários motivos subjectivos em simultâneo. Dessa forma, em determinado momento, a pessoa pode pensar que foi discriminada por algum factor que, na verdade, não corresponde ao real motivo que desencadeou o processo discriminatório ou o que está a actuar em conjunto com outros motivos (v.g., a seropositividade e a toxicodependência).

20^a Os dados obtidos revelam que as pessoas inquiridas têm boa opinião relativamente ao respeito pela confidencialidade dos dados de saúde neste âmbito, já que 73,7% responderam afirmativamente a esta questão e 80,7% declararam nunca ter sido feita alusão aos seus dados de saúde por parte de funcionários não pertencente ao pessoal de saúde (corpo médico, enfermeiras/os, psicólogos/as).

21^a A maior parte das pessoas opta por não revelar ao empregador o seu estatuto serológico (88,1%), sobretudo por perspectivar as consequências negativas que poderiam daí advir, já que 93,4% acham que quando o empregador tem dele

⁶²⁰ António Houaiss [et al.], Dicionário Houaiss da Língua portuguesa, Lisboa, Círculo dos Leitores, 2003.

⁶²¹ Sobre o conceito de discriminação veja-se supra, pág. 361, nota de rodapé n° 595.

conhecimento coloca dificuldades na contratação (93,4%), na manutenção do emprego (84,4%) e na progressão na carreira (86,2%).

22^a Entre as pessoas que declararam que o empregador sabia que eram seropositivas, quase metade afirmou que foi alvo de algum tipo de pressão para que se despedisse (46,2%), enquanto 53,8% responderam que não.

23^a Reflectindo sobre o que pode estar subjacente a estas pressões, identificamos dois possíveis móveis. Primeiro, em ordem a contornar o regime do despedimento sem justa causa, o empregador que quer *descartar* o trabalhador por algum motivo, pode exercer pressão para que parta deste a iniciativa de fazer cessar o contrato. Segundo, pensando nas pessoas infectadas pelo VIH, o facto de o serem pode ser o factor determinante para o empregador querer terminar a relação contratual. Dentro desta segunda hipótese, consideramos ainda ser de equacionar duas possíveis razões específicas para a tentativa de afastamento do trabalhador seropositivo: *i*) o facto de o VIH/SIDA ser uma doença crónica e de o empregador antecipar que isso possa diminuir a assiduidade do trabalhador para acorrer aos serviços de saúde; *ii*) o facto de ser uma doença particularmente estigmatizante, nomeadamente por gerar medo de contágio e potenciar reacções de afastamento irracionais.

24^a Embora as pessoas tentem ocultar a sua seropositividade, por vezes esta informação chega ao conhecimento do empregador através de outras vias, como um teste de rastreio não consentido, a divulgação por colegas de trabalho ou inclusivamente a quebra de confidencialidade por parte dos serviços de medicina do trabalho. A referência ao teste de rastreio não consentido indicia a existência de situações em que o mesmo é realizado de forma ilegal, por falta de consentimento informado.

25^a Relativamente à confidencialidade dos dados no âmbito laboral, verificamos que quase três quartos das pessoas inquiridas sabem que o empregador *não* tem de ser informado sobre o estatuto serológico do trabalhador em qualquer altura (71,1%), seja em entrevista de trabalho (76%) depois de estabelecido o vínculo laboral (75%).

26^a Quase metade das pessoas afirma *não* ter a obrigação de revelar a sua seropositividade aos serviços de medicina do trabalho quando confrontada para o efeito (49,4%, a contrastar com 57,7% de pessoas que disseram que sim). Verificamos que estas diferenciam entre divulgar essa informação a estes serviços ou ao empregador.

27^a Em 48,7% das pessoas que acham que têm a obrigação de revelar esse dado aos serviços de medicina do trabalho, mais de metade pensa que tem igualmente o dever de o comunicar ao empregador (52,3%, a contrastar com 47,7% que dizem que não). Quase todas as pessoas que acham que *não* devem revelar o estatuto serológico aos serviços de medicina do trabalho (51,3%), acham que também não têm a obrigação de o revelar ao empregador (93%) .

28^a Quase metade das pessoas afirmam que se submeteriam a um teste de rastreio de VIH requerido pela entidade empregadora (44,2%, a contrastar com 55,3% que sabem que não têm obrigação a fazê-lo). Quanto a isto notamos que haverá casos em que a noção da realidade do mundo do trabalho imperará na resposta dada, na medida em que uma recusa na realização de um teste de saúde poderá desencadear o seu afastamento, designadamente por suspeita relativamente ao seu estado de saúde.

29^a Quanto ao teste de rastreio, e reiterando que este devem sempre assentar numa base de voluntariedade (livre de coerção ou de pressões), sublinhamos que só é adequada a sua realização no âmbito laboral se houver fundamento que justifique a sua necessidade no caso concreto, seja para protecção do trabalhador ou de terceiros⁶²². O risco da discriminação motiva que as pessoas optem por não se submeter a este teste, sobretudo tendo em atenção que se trata de uma doença particularmente estigmatizante.

30^a O combate à discriminação em geral, e no trabalho em particular, assume uma importância fundamental inclusivamente na perspectiva da protecção do próprio

⁶²² Cfr. artigo 108º, nº1, da Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro, segundo o qual o “empregador deve promover a realização de exames de saúde adequados a comprovar e avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da actividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo”.Cfr. também o artigo 17º do Código do Trabalho, de acordo com o qual apenas pode ser exigida a realização ou apresentação de testes ou exames médicos “quando estes tenham por finalidade a protecção e segurança do trabalhador ou de terceiros, ou quando particulares exigências inerentes à actividade o justifiquem”.

trabalhador, na medida em que se este puder revelar que é seropositivo não ficará condicionado pelos constrangimentos associados à não divulgação dessa informação, designadamente nos casos em que as condições em que as funções são exercidas forem adversas para a sua saúde, atendendo à maior vulnerabilidade do seu sistema imunitário.

31^a Mais de dois terços das pessoas inquiridas sabem que os serviços de medicina do trabalho não devem comunicar ao empregador o estatuto serológico do trabalhador (68,4%). Com efeito, o empregador apenas pode conhecer da aptidão daquele para as suas funções⁶²³.

32^a Mais de metade das pessoas que acham que devem revelar o seu estatuto serológico aos serviços de medicina do trabalho (49,3%) sabe que estes não devem comunicar essa informação ao empregador (58%). A maioria daquelas que acham que *não* devem revelar (56,7%) também sabe que esses serviços devem manter a confidencialidade dos seus dados de saúde, não informando o empregador (79,1%).

33^a É possível enquadrar os dados supra mencionados em quatro grupos: os que acham que não têm a obrigação de revelar nem ao empregador nem aos serviços de medicina do trabalho; os que acham que têm esse dever relativamente a ambos; os que acham que apenas o têm quanto aos serviços de medicina do trabalho; e os que não sabem que o empregador não deve ser informado do seu estado de saúde.

34^a Em caso de inaptidão, mais de metade das pessoas sabe que a entidade empregadora não pode prescindir dos seus serviços sem procurar outras funções compatíveis (57,7%, a contrastar com 40,8% que não sabe)⁶²⁴. Quase dois terços sabem que é ilegal despedir pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA (61,8%, por oposição a 38,2% que o desconhece).

35^a Indagando sobre a eventual actuação da pessoa perante a discriminação no âmbito do trabalho, verificamos que mais de metade recorreria aos tribunais nessa situação

⁶²³ Cfr. artigo 110º da Lei nº 102/2009, de 10 de Setembro e artigo 19º, nº 3, do Código do Trabalho.

⁶²⁴ Cfr. artigo 5º, nº 4, da Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto.

(66,2%, por oposição a 33,8% que não o fariam) ou a outras entidades (65,5%, a contrastar com 34,5% que não recorreriam).

36^a São coerentes as respostas relativas ao recurso aos tribunais ou a outras entidades ante práticas discriminatórias em geral e no local de trabalho em particular. A maioria das pessoas que recorreriam aos tribunais em face de uma discriminação em qualquer âmbito (50,9%), também o faria se esta tivesse lugar no meio laboral (94,8%). Também a maior parte das pessoas que recorreriam a outras entidades nessas situações em qualquer âmbito (70,5%), recorreria a estas se a prática discriminatória ocorresse no local de trabalho.

37^a A maior parte das pessoas respondeu que não está obrigada a revelar a sua seropositividade ao contratar um seguro de saúde (66,7%, a contrastar com 33,3% que acha que deve revelar) ou de vida (62,6%, por oposição a 37,3% que acha que deve revelar) e ainda que as seguradoras não devem realizar ou exigir a realização de testes que revelem, directa ou indirectamente, o VIH ou a SIDA sem que tenham seu consentimento (88%).

38^a Mais de dois terços das pessoas consideram que as seguradoras não respeitam a proibição de discriminação (67,4%, a contrastar com 32,6% que acha que sim). Entendem também que estas não teriam legitimidade para agravar as condições do seguro (62,4%, por oposição a 37,6% que afirma que sim).

39^a Também uma grande parte das pessoas respondeu que as seguradoras *não* podem excluir da cobertura de um seguro de saúde os serviços médicos de que necessite pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA (62,3%, a contrastar com 37,7% que acha que sim). Questionadas sobre a exclusão em relação ao seguro de vida, 60,7% responderam negativamente e 39,3% afirmativamente.

40^a Cruzando os dados sobre a legitimidade do agravamento das condições do seguro devido à seropositividade ou à SIDA com os relativos à hipótese de exclusão da cobertura de um seguro de vida os serviços médicos necessários pela sua existência,

verificamos que das 62,8% que consideram que não seria legítimo esse agravamento, 73% responderam que as seguradoras não podem fazer aquela exclusão.

41^a Mais de metade das pessoas inquiridas acha que os bancos não podem recusar a concessão de crédito pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA (60,7%, por oposição a 39,3% que pensam que sim). Uma percentagem semelhante afirma que os bancos de facto recusam a concessão desse crédito (60,1%, a comparar com 39,9% que dizem que não).

42^a Ao relacionar as duas variáveis constatamos que, de 60,5% das pessoas que responderam que os bancos podem recusar a concessão de crédito pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA, 61,7% afirmaram que isso não acontece

43^a Quase três quartos das pessoas inquiridas acham que as instituições de crédito não devem ter acesso aos dados de saúde (72%)

44^a Em conformidade com o exposto, da análise da amostra extraímos que, de um modo geral, as pessoas consideram que os comportamentos discriminatórios devido ao estatuto serológico são frequentes. E essa perspectiva existe não apenas em termos generalizados, mas também em contextos específicos, como o meio laboral, o sector dos seguros e das instituições de crédito. Confirmamos assim a hipótese 1^a, relativa à *percepção da discriminação*, com excepção do que concerne aos serviços de saúde em que mais de três quartos das pessoas disseram não ter sentido discriminação neste âmbito.

45^a Em matéria de conhecimento sobre a legislação nacional desinada a proibir a discriminação contra as pessoas com risco agravado de saúde e sobre os mecanismos de resposta, a amostra encontra-se dividida, registando-se um nível de desconhecimento preocupante, tanto em termos gerais como relativamente a cada um dos domínios autonomizados. Nessa medida, verificamos que não se confirma a hipótese 2^a, referente ao *conhecimento da legislação nacional e dos mecanismos existentes*.

46^a De um modo geral, as pessoas não percebem de forma positiva o grau de eficácia da legislação nacional em matéria de discriminação, não tendo recorrido aos mecanismos de respostas existentes. Mesmo quando questionadas em termos hipotéticos, demonstram preferência no recurso a entidades de natureza não judicial, sobretudo associações de defesa e promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Concluimos assim que não se confirma a hipótese 3^a, relativa à *percepção da eficácia da legislação e ao recurso aos mecanismos de resposta disponíveis*.

47^a No que se refere ao conhecimento dos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde nos domínios do trabalho e dos seguros, verificámos que a amostra continua a estar dividida, relevando também aqui um grau de desconhecimento que deveria ser abordado. No âmbito dos serviços de saúde, a percepção das pessoas inquiridas é que existe, de um modo geral, respeito pela confidencialidade dos dados de saúde. Concluimos assim pela rejeição da hipótese 4^a, relacionada com o *conhecimento dos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde e respeito pelos mesmos*.

48^a Do estudo realizado evidencia-se assim uma carência significativa no que respeita aos conhecimentos em matéria de discriminação e de confidencialidade dos dados de saúde e uma noção negativa na eficácia da legislação nacional, que estará em parte relacionada com a falta de acesso ou de confiança nos mecanismos de resposta existentes.

49^a Em suma, os dados da amostra permitiram concluir pela confirmação da primeira hipótese (*percepção da discriminação*) e pela não confirmação das restantes três (a segunda, sobre o *conhecimento da legislação nacional e dos mecanismos existentes*, a terceira, relacionada com a *percepção da eficácia da legislação e ao recurso aos mecanismos de resposta disponíveis*, e a quarta, relativa ao *conhecimento dos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde e respeito pelos mesmos*).

Conclusões gerais

1ª São múltiplos os instrumentos⁶²⁵ nas esferas comunitária e internacional que incidem sobre o tema do VIH/SIDA, uns abordando as diversas questões relacionadas numa perspectiva transversal, outros particularizando em um ou alguns aspectos.

2ª Concretamente, recenseámos 265 instrumentos. Entre esses, 80 são de Direito da União Europeia: 19 da Comissão Europeia (5 decisões e 14 comunicações); 3 do Conselho (1 regulamento, 1 resolução, 1 recomendação e 1 conclusão), 32 do Parlamento Europeu (3 decisões, 6 resoluções legislativas e 23 resoluções), 5 da autoria conjunta do Parlamento Europeu e do Conselho (1 regulamento, 1 directiva, e 1 decisão), 1 Representantes dos Estados-Membros (resolução), 2 da autoria conjunta destes e do Conselho (conclusões), 8 da autoria conjunta do Conselho e dos Ministros da Saúde dos Estados-Membros (2 resoluções e 6 conclusões), 6 da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE (resoluções) e 4 declarações adoptadas em conferências.

3ª Dos demais instrumentos registados, 14 são do Conselho da Europa: 11 da Assembleia Geral (5 resoluções e 4 recomendações) e 3 do Comité de Ministros (recomendações); e ainda 171 que surgem referidos no relatório sob a epígrafe *Internacional*: 61 dos organismos da ONU (1 declaração, 46 resoluções e 14 relatórios do Secretário Geral), 43 da ONUSIDA, 56 da OMS (1 declaração, 9 resoluções e 46 orientações), 9 da OIT (1 recomendação, 1 resolução, 5 orientações e 2 relatórios), 2 da OMC (1 declaração e 1 decisão).

4ª Alguns desses instrumentos vinculam o Estado Português, outros servem como orientações para a definição de políticas, programas e práticas neste âmbito. Os organismos que emitem tais orientações apelam aos Estados para que as sigam,

⁶²⁵ Quando se faz referência aos *instrumentos* comunitários e internacionais estudados, pretende-se abarcar não apenas actos normativos, mas também outros actos, como declarações, recomendações, resoluções e orientações, provenientes de organismos da UE, do Conselho da Europa ou de organizações internacionais.

adaptando as directrizes gerais à sua realidade, nacional, regional e local.

5ª Este relatório tem em vista um estudo que se insere na modalidade de avaliação sucessiva, objectivando a avaliação da adequação e eficácia dos diplomas em vigor na matéria em causa.

6ª A discriminação baseada no estatuto serológico mantém-se assaz evidente no mundo, apesar da evolução dos conhecimentos científicos e das orientações existentes, ambos a contrariar a necessidade de um isolamento ou afastamento da pessoa infectada pelo VIH e a impor uma atitude positiva relativamente à doença e aos seus portadores.

7ª Para combater essa situação, os Estados são reiteradamente instados a adoptar um conjunto de acções destinadas a combater as práticas discriminatórias contra pessoas que vivem com o VIH/SIDA, entre as quais a adopção de nova legislação na matéria, a alteração da existente ou a tomada de medidas para aumentar a respectiva eficácia.

8ª Esse apelo, que se encontra designadamente na Declaração Política sobre o VIH/SIDA, de 2006, da Assembleia Geral da ONU, tem subjacente não apenas a manifesta relevância de uma resposta do ordenamento jurídico ao flagelo da discriminação, mas também a constatação da frequência com que ocorre um desfasamento entre a realidade social de um país e o respectivo enquadramento em termos legais ou, por outras palavras, entre o que está legislado e o que ocorre na prática.

9ª Não nos parece haver no ordenamento jurídico português um défice normativo em matéria de proibição da discriminação das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA.

10ª A maioria dos diplomas nacionais relacionados com o tema não versa especificamente o VIH/SIDA, antes abarcando-o no seu âmbito, designadamente por via do *risco agravado de saúde* (v.g., na Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto, e Decreto-Lei nº 72/2008, de 16 de Abril) ou da *doença crónica* (caso do Código do Trabalho).

11^a Cremos ser adequada a não autonomização do VIH/SIDA na legislação nos casos em que a mesma seja abstractamente aplicável a outras situações de risco agravado de saúde e não existam vantagens a sustentar um tratamento individualizado.

12^a Desde 2006 que o ordenamento jurídico português contém legislação orientada exclusivamente para a proibição e punição da discriminação das pessoas com deficiência e com risco agravado de saúde (Lei nº 46/2006).

13^a A circunstância de as pessoas com risco agravado de saúde apenas estarem abrangidas no âmbito subjectivo da Lei nº 46/2006 por via de extensão (artigo 1º, nº 2), já que o seu primeiro enfoque é a deficiência, não pode ser interpretada como uma menor tutela daquelas, antes exigindo um grau de concretização equiparável.

14^a A Lei nº 46/2006 tem um elenco exemplificativo de práticas discriminatórias, particularizando as que ocorrem no local de trabalho (artigos 4º e 5º). A menção expressa dessas práticas traduz o reconhecimento implícito de que algumas são predominantes, como é o caso da recusa de fornecimento ou impedimento de fruição de bens ou serviços ou o impedimento ou a limitação ao acesso e exercício de uma actividade económica [als. a) e b) do artigo 5º)].

15^a Traduz igualmente um reconhecimento de que existem certos contextos que são particularmente propícios a essas situações, como o sector da banca, dos seguros e do trabalho. Essa especial incidência é aliás explicitada em diversos instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais, que exortam à sua ponderação nas leis, políticas e práticas seguidas em cada país.

16^a No âmbito laboral, ilustram essa particular susceptibilidade, designadamente, a Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001, da Assembleia Geral da ONU, em que os Estados se comprometeram a intensificar a resposta ao VIH/SIDA no mundo do trabalho, e a Recomendação nº 200 da OIT, sobre VIH/SIDA e o mundo do Trabalho, de 2010, em que se incentiva os Estados cujas medidas existentes contra a discriminação no locais de trabalho se revelem insuficientes, a adoptar novas e a consagrar normas para que estas sejam efectivamente postas em prática.

17^a Para essa especial propensão, no que tange ao âmbito laboral, concorrem os factores que se traduzem na maior vulnerabilidade do trabalhador, particularmente suscitada pela situação de subordinação em que se encontra. Quanto menor for a sua protecção, mais graves serão as consequências em termos de discriminação. Por seu turno, a instabilidade laboral e o desemprego são factores que potenciam o risco de aumento da epidemia e dos seus impactos.

18^a A conclusão pela inexistência de um défice de normas destinadas a proibir a discriminação não significa que não possa haver significativas melhorias em termos de política legislativa e de interpretação e aplicação das normas.

19^a Pelo contrário, não raras são as vezes em que a realidade social demonstra que a legislação não está a ser suficientemente aplicada na prática. Nesses casos importa analisar não apenas a redacção da lei, mas também avaliar os factores que eventualmente estarão a contribuir para a ineficácia das normas, nomeadamente averiguando a suficiência e a adequação dos mecanismos existentes para a sua efectivação e os níveis de fiscalização da sua aplicação.

20^a Na Recomendação nº 200 da OIT sobre VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 2010, os Estados são incentivados a adaptar as medidas contra a discriminação no local de trabalho que se revelem inadequadas ou a substituí-las por outras, consoante o caso, bem como a efectivar essas medidas de forma transparente e eficaz.

21^a Nos diplomas nacionais que cabe analisar a propósito deste tema encontramos vários conceitos indeterminados, cuja interpretação correcta se revela essencial garantir, sob pena de a sua utilização indevida conduzir ao esvaziamento da norma e, desse modo, desvirtuar a função social da proibição de discriminação.

22^a Esse risco existe, por exemplo, na formulação das excepções à regra da proibição de discriminação, dando por justificadas práticas que em abstracto seriam ilegais, mas que são previstas em consideração à natureza de certas actividades profissionais ou contextos da sua execução. Pense-se nos conceitos de *requisitos essenciais e*

determinantes para o exercício de uma actividade (artigo 5º, nº 3, da Lei nº 46/2006) ou de *encargos desproporcionados* que superam a obrigação do empregador de procurar funções compatíveis (artigo 5º, nº 4, da mesma Lei).

23ª A este propósito, note-se que sempre que haja um meio menos oneroso para o trabalhador do que a cessação do contrato, o princípio da proporcionalidade (artigo 18º, nºs 2 e 3, da CRP) ilegítima a extinção do mesmo.

24ª Centrando no tema deste relatório, diga-se que a seropositividade não pode ser utilizada como justificação para a exclusão do trabalhador infectado, quando não existam fundamentos objectivos (materiais) para o seu afastamento. A censura do despedimento do trabalhador em função do seu estatuto serológico é explicitada em vários instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais (v.g., a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de Maio de 1989, sobre a luta contra a SIDA e a Recomendação nº 200 da OIT sobre VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho).

25ª Na impossibilidade de precisar em abstracto os conceitos indeterminados constantes da legislação, o risco do alargamento excessivo do seu âmbito exige porventura, a par de uma correcta interpretação e aplicação dos preceitos, que sejam acentuados os mecanismos de fiscalização, que deve ser transparente, rigorosa e eficaz.

26ª Retomando a Lei nº 46/2006, faz-se notar que não existe uma entidade especializada na saúde que exerça, nesse âmbito, as funções que hoje estão genericamente cometidas ao INR. Seria relevante avaliar se haveria ganhos na criação dessa entidade, para casos em que esteja em causa o risco agravado de saúde e não a deficiência.

27ª Ainda que se concluísse pela desnecessidade dessa criação, parece que seria sempre de ponderar a questão da identificação das pessoas com risco agravado de saúde com uma entidade manifestamente direccionada para a deficiência e cuja própria designação em nada indicia a outra vertente das respectivas atribuições.

28ª É importante que não restem dúvidas quanto à legitimidade das associações de pessoas com risco agravado de saúde para intervirem em processos judiciais, em

representação ou apoio dos interessados, por via da extensão do âmbito subjectivo da Lei 46/2006 (artigos 15º e 1º, nº 2).

29ª É espectável que a utilização desta faculdade possa contribuir para aumentar os casos em que a discriminação chega efectivamente aos tribunais, designadamente por permitir diminuir, pelo menos em parte, a exposição individual, uma das razões que podem levar a que pessoas alvo de práticas discriminatórias optem por não agir.

30ª Actualmente, a jurisprudência nacional sobre situações de discriminação motivada pelo estatuto serológico é ínfima. A clarificação da possibilidade de uso dessa faculdade poderia contribuir para o aumento da denúncia desses casos, e, previsivelmente, para o incremento da jurisprudência nesta matéria.

31ª Se as decisões judiciais em processos em que se discutem questões relacionadas com a discriminação em função da seropositividade forem baseadas em dados correctos do ponto de vista científico podem constituir em si um factor de desincentivo à sua prática.

32ª Existe legislação que define os direitos de participação e de intervenção das associações de pessoas com deficiência (Lei nº 127/99, de 20 de Agosto), que não encontra paralelo relativamente ao risco agravado de saúde. Seria importante que houvesse normação equiparável para pessoas com risco agravado de saúde, porque estas se encontram numa situação de vulnerabilidade em muitos casos semelhante, a merecer um tratamento idêntico.

33ª A inexistência de uma tal lei pode ser convocada como exemplo dos diferentes níveis de concretização legislativa do princípio da igualdade entre pessoas com deficiência e pessoas com risco agravado de saúde, quando também este pode implicar debilidades acentuadas, dando frequentemente azo a privações e a episódios de discriminação.

34ª O incremento da participação das organizações da sociedade no fomento da defesa dos direitos das pessoas que vivem com o VIH é uma recomendação recorrente nos

instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais analisados. Falta no nosso ordenamento jurídico uma lei que enquadre essa participação, dando suporte e visibilidade a organizações que tenham como escopo a defesa e a promoção dos direitos das pessoas com risco agravado de saúde.

35^a O sector dos seguros tem sido reiteradamente evidenciado enquanto contexto de práticas discriminatórias com base no estatuto serológico, designadamente pela recusa da celebração de contratos de seguro ou agravamento substancial do prémio (v.g., a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de Maio de 1989, sobre a luta contra a SIDA, a Recomendação do Parlamento Europeu N^o R (89) 14, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 24 de Outubro de 1989, sobre os Incidentes éticos da infecção do VIH no quadro sanitário e social, e o Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, de 2000, do ONUSIDA).

36^a O Provedor de Justiça denunciou, em 2008, que por regra as companhias de seguro se esquivam a celebrar contratos com pessoas com deficiência ou com risco agravado de saúde, directa ou indirectamente, através da recusa de celebração contratual ou do aumento do prémio para montantes in comportáveis (Recomendação n^o 32/8/99, sobre Despistagem de VIH e discriminação, de 26 Agosto de 2001)

37^a Nessa Recomendação, criticou a ineficácia da Lei n^o 46/2006 no que se referia ao sector dos seguros, bem como a atribuição de competência ao ISP para instruir os processos de contra-ordenação e aplicar coimas pela prática de actos discriminatórios neste sector.

38^a Foi entretanto adoptada legislação sobre o regime jurídico do contrato de seguro, o Decreto-Lei n^o 72/2008, que contém uma disposição de proibição de práticas discriminatórias, que contempla também excepções (artigo 15^o).

39^a Também aqui se coloca a necessidade de contrariar quaisquer tendências para uma leitura excessivamente ampla do conteúdo dos preceitos que restringem a proibição de discriminação.

40^a As práticas discriminatórias neste sector têm vindo a ser torneadas pelas companhias de seguros, sob a invocação dos cálculos de risco de uma actividade que é, por definição, lucrativa.

41^a Para a identificação da discriminação em função do estatuto serológico neste sector é preciso que seja promovida a transparência a nível dos dados estatísticos e actuariais utilizados na avaliação do rácio existente entre a situação de seropositividade e outras em que não exista risco agravado de saúde.

42^a Neste caso em particular, a importância de garantir a precisão e actualidade dos dados explica-se pela evolução dos conhecimentos científicos sobre a doença e o seu tratamento, que não pode deixar de influir na determinação desse rácio.

43^a Somente por via de uma utilização adequada e transparente dos dados subjacentes às decisões das companhias de seguros será possível compatibilizar devidamente, na prática, as exigências de informação sobre dados médicos a cargo do cidadão proponente com a proibição de discriminação que impende sobre as companhias de seguros.

44^a Para o efeito, é fundamental garantir o exercício de uma fiscalização rigorosa e efectiva, por parte da autoridade competente, tendo como referencial de conduta que o estatuto serológico não deve determinar uma exclusão sumária e aleatória relativamente à possibilidade de contratação de um seguro a um montante suportável, sob pena de se esvaziar totalmente o conteúdo da norma inibitória.

45^a A Lei n.º 72/2008 prevê, no artigo 15.º, n.º 5, a faculdade de o proponente requerer a constituição de uma comissão tripartida, que emita um parecer em caso de desacordo relativamente à decisão da companhia de seguros, o que é positivo, já que, embora não sendo vinculativo, pode servir para instruir processos judiciais, atestando a adequação sobre os fundamentos que presidiram à decisão ou a falta dos mesmos.

46^a Nos seus actuais contornos, a referida comissão tripartida não integra ninguém que represente directamente o proposto segurado, pois que apenas se prevê a participação de representantes do INR, do segurador e do INML. Será uma lacuna a colmatar.

47^a Neste contexto dos seguros, merece realce um acórdão do TRL, de 26 de Junho do ano de 2012 em curso, que ponderou que era discriminatória a redução do valor do capital do seguro, em seguro de vida temporário (de grupo), em caso de morte potenciada pela SIDA, quando não existia essa restrição para idênticos sinistros de pessoas com outras situações de risco agravado de saúde (isto por via da aplicação directa do artigo 13º, nº 2, da CRP, já que na altura dos factos não estavam em vigor os diplomas acima referidos, de 2006 e 2008, que proíbem essas práticas discriminatórias).

48^a Continuando a não existir vacina ou cura para a infecção pelo VIH, a prevenção situa-se no cerne do combate à epidemia. A disponibilização de meios de prevenção, a divulgação de informação e a educação para a saúde são essenciais, mas a eficácia das estratégias desenvolvidas depende também da consideração de factores que dificultam a generalização do acesso aos mesmos, designadamente sociais.

49^a Os comportamentos sexuais de risco podem inclusivamente ter na base aspectos do foro psicológico, como uma percepção de imunidade (no sentido de *só acontecer aos outros*) ou um alheamento dos riscos reais (apesar do conhecimento desses riscos, a não valorização dos mesmos no momento concreto). Persistem ainda certas associações de ideias que interferem na própria percepção do risco de transmissão, como a aparência da pessoa ou o conhecimento prévio ou não da mesma.

50^a Em muitos dos instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais analisados encontra-se referência à necessidade de promover medidas de reforço da capacidade das mulheres em todos os aspectos, designadamente no que concerne à sua autodeterminação sexual e reprodutiva.

51^a São vários os factores que tornam as mulheres particularmente vulneráveis ao VIH e ao seu impacto, como as práticas discriminatórias em função do sexo, as situações de dependência económica ou de violência contra as mesmas.

52^a No IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação, 2011-2013, prevê-se, no âmbito da área estratégica da saúde, o lançamento de uma campanha nacional para o incentivo do uso do preservativo feminino, enquanto medida de combate à *feminização do VIH/SIDA*.

53^a A medida é relevante, já que o preservativo continua a ser a forma mais eficaz de prevenir a transmissão de IST, mas tradicionalmente dependente do consentimento do parceiro sexual masculino. Essa dependência diminui a capacidade da própria mulher se proteger, sobretudo em quadros em que a mesma é já limitada, como sejam os casos de receio da reacção de companheiro com comportamentos de violência.

54^a Assume ainda carácter essencial a promoção do acesso aos serviços de saúde, designadamente sexual e reprodutiva, que sejam de qualidade e próximos dos cidadãos.

55^a O enquadramento jurídico da transmissão do VIH é um tema que merece atenção nos instrumentos analisados. Predomina a orientação no sentido da limitação da criminalização aos casos em que a mesma tenha efectivamente ocorrido e em que haja dolo por parte do agente (v.g., a Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Julho de 2010, sobre uma abordagem em matéria de direitos da resposta da União Europeia ao VIH/SIDA).

56^a Esta é, designadamente, a posição do ONUSIDA, que baseia as limitações na ausência de provas relativamente à eficácia da criminalização da transmissão do VIH para a prevenção e ainda nos riscos que a mesma pode acarretar do ponto de vista da saúde pública e dos direitos humanos (Resumo de políticas: Criminalização da Transmissão do VIH).

57^a O ONUSIDA defende a não aplicação da lei penal nos casos em que a pessoa infectada: *i*) desconheça que é seropositiva ou de que forma se transmite o vírus; *ii*) tenha revelado à pessoa em risco que o é ou pudesse razoavelmente acreditar que esta o sabia; *iii*) tenha omitido a informação por medo de ser alvo de violência ou de outras consequências negativas gravosas; *iv*) tenha tomado medidas razoáveis para reduzir o

risco de transmissão ou acordado previamente com o parceiro sexual num nível de risco considerado aceitável por ambos.

58^a No regime actualmente em vigor em Portugal, a punição a título de propagação de doença contagiosa (artigo 283^o do Código Penal) não depende da existência de dolo, pelo que pode haver incriminação da transmissão negligente do VIH.

59^a Tendo consciência das possíveis consequências negativas da criminalização da transmissão negligente do VIH [v.g., por contribuir para dissuadir a pessoa de procurar saber se é seropositiva ou de revelar essa informação ao(s) seu(s) parceiro(s)] e tomando em consideração as orientações internacionais referidas, seria de ponderar as eventuais vantagens da alteração do regime, no sentido da limitação aos casos em que tenha havido intenção.

60^a Nos processos judiciais que envolvam a eventual incriminação por transmissão do VIH, a norma em causa deve ser aplicada com o cuidado e a exigência em termos de prova que garantam que esta não se torna uma via excessiva relativamente ao desejável em termos de saúde pública, conforme se recomenda no relatório intitulado “Riscos, Direitos e Saúde”, de 2012, da Comissão Global sobre VIH e Lei.

61^a O VIH/SIDA em meio prisional é um tema tratado em diversos instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais, em que se recomenda desde logo que se tenha em devida conta as particularidades deste contexto na implementação das estratégias de prevenção e de resposta, bem como as situações de discriminação e de estigmatização contra os prisioneiros infectados ou suspeitas de o serem [v.g., a Recomendação 1080 (1988), da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, de 30 de Junho, sobre uma política de saúde europeia coordenada para prevenir a expansão do VIH nas prisões, a Recomendação N^o R (93) 6, do Comité de Ministros aos Estados-Membros, de 18 de Outubro de 1993, sobre os aspectos penitenciários e criminológicos do controlo das doenças transmissíveis, incluindo a SIDA, e os problemas relacionados com a saúde nas prisões, a Declaração de Dublin sobre o VIH/SIDA nas prisões na Europa e na Ásia Central, de 2004, e ainda, da autoria conjunta da OMS, do ONUSIDA

e do UNODC, o Resumo de políticas: Redução da Transmissão do VIH nas prisões, de 2004].

62^a Existem vários acórdãos do TEDH sobre reclusos seropositivos que alegam ter-lhes sido negado o acesso atempado e regular aos serviços de diagnóstico, tratamento e cuidados necessários, denunciando ainda as más condições dos estabelecimentos a que estavam confinados, prejudiciais para a sua saúde. Nos acórdãos analisados, o TEDH decidiu de modo favorável aos requerentes, subsumindo os factos no artigo 3º da CEDH, segundo o qual *ninguém pode ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos desumanos ou degradantes*.

63^a Em Portugal, esta matéria encontra-se regulada (Lei nº 170/99, de 18 de Setembro e Lei nº 3/2007, de 16 de Janeiro), havendo que assegurar a sua aplicação efectiva, designadamente promovendo as condições necessárias em termos de espaços, satisfação de necessidades básicas e disponibilidade de serviços.

64^a O indivíduo que se encontra privado de liberdade mantém todos os direitos cujo exercício não esteja coarctado pela sanção penal (a ausência de liberdade), conservando a condição de utente do SNS. O direito a aceder a serviços equivalentes aos disponíveis para a comunidade em geral reclama, quanto ao VIH/SIDA, que se assegure não apenas o acesso aos meios de prevenção, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, mas também a qualidade (equiparável) dos mesmos.

65^a A Lei nº 170/99 estabelece a proibição de quaisquer formas de segregação ou discriminação dos reclusos infectados. Caso haja necessidade de adoptar medidas restritivas, para salvaguarda da saúde dos demais reclusos e do pessoal trabalhador, deve prevalecer o internamento hospitalar sobre o isolamento em meio prisional (artigo 6º, nºs 1 e 2).

66^a O Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade prevê a possibilidade de modificação da execução da pena de prisão de reclusos portadores de doença grave, evolutiva e irreversível, o que pode abranger o doente com SIDA. A libertação antecipada dos reclusos que se encontrem em fase terminal era já

recomendada em vários instrumentos, nomeadamente a Recomendação n.º 1080 (1998) da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, e, em Portugal, estava prevista desde 1996 (Lei n.º 36/96, revogada pelo Código em referência).

67ª Na Resolução da Assembleia da República n.º 161/2011, de 2 de Dezembro, enunciou-se como medidas a constar do Plano Nacional de Combate ao VIH/SIDA para o período de 2012-2015, evitar a degradação da qualidade dos tratamentos por motivos económicos e financeiros e reduzir as barreiras estruturais no acesso ao SNS, tendo em consideração o seu agravamento pela existência de assimetrias geográficas e sociais.

68ª A redução da despesa pública, em prejuízo da disponibilidade e da qualidade dos serviços de saúde e dos meios de prevenção e tratamento, constitui um retrocesso na concretização do direito à protecção da saúde (artigo 64.º da CRP), contrariando as recomendações existentes em matéria de VIH/SIDA. Para um combate eficaz à epidemia seria essencial a prossecução de políticas que visassem a melhoria das condições de vida da população, o acesso generalizado aos serviços e a qualidade e suficiência destes.

69ª No antecedente, vigorava um regime de isenção de taxas moderadoras no acesso ao SNS para os seropositivos e pessoas com SIDA, o que era muito positivo, tanto do ponto de vista da prevenção como do tratamento.

70ª O regime actual (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro) é apenas de dispensa do pagamento de taxas em determinadas prestações (consultas e sessões de hospital de dia no âmbito do VIH/SIDA), o que traduz uma alteração substancial na protecção das pessoas infectadas.

71ª O VIH origina uma debilitação progressiva acentuada do sistema imunitário, que faz com que aumente a probabilidade de surgirem afecções que, à partida, podem ou não estar relacionadas com a doença e cujos exames de detecção e tratamento não estarão cobertos pela dispensa.

72^a Tendo em conta a existência de um risco acrescido de as pessoas infectadas pelo VIH terem problemas de saúde oral, justifica-se totalmente o alargamento do Programa Nacional de Saúde Oral às mesmas, que foi feito em 2010 (Despacho n° 16159/2010, de 18 de Outubro).

73^a A legislação sobre procriação medicamente assistida (Lei n° 32/2006, de 26 de Julho) prevê, como derrogação ao princípio da subsidiariedade no recurso a estas técnicas, as situações em que haja risco de transmissão de doenças, designadamente infecciosas.

74^a A Lei n° 90/2009, de 31 de Agosto, que aprova o regime especial de protecção na invalidez, inclui no seu âmbito subjectivo as pessoas em situação de invalidez devida a SIDA. A inclusão das pessoas com SIDA num regime especial mantém-se desde 1998.

75^a Está prevista, desde 2000, a ajuda financeira aos hemofílicos infectados pelo VIH em estabelecimentos de saúde pública e respectivos familiares que tenham sido infectados ou afectados pela situação, que tem como justificação o agravamento das consequências dessas ocorrências, tanto a nível pessoal, como familiar e social (Portaria n° 321/2000, de 6 de Junho).

76^a Em 2002, a referida ajuda financeira foi alargada à generalidade dos descendentes e equiparados dos hemofílicos infectados pelo VIH nesses estabelecimentos (Portaria n° 26/2002, de 4 de Janeiro). O alargamento baseou-se na necessidade de tratar de forma idêntica as pessoas que se encontravam igualmente numa situação de dependência económica e que não estavam abrangidas na Portaria de 2000, que inicialmente estabeleceu a concessão dessa ajuda.

77^a A jurisprudência analisada sobre casos de transfusão de sangue contaminado com VIH em hospitais públicos não foi unânime quanto a considerar a mesma como *actividade excepcionalmente perigosa*, para efeito da aplicação do artigo 8° do Decreto-Lei n° 48 051, de 21 de Novembro de 1967, então em vigor, de que dependia a responsabilização do Estado e demais pessoas colectivas públicas nestes casos.

78^a A extinção da Coordenação Nacional para a Infecção pelo VIH/SIDA pode eventualmente ter consequências negativas do ponto de vista da resposta à epidemia, na medida em que deixa de existir uma entidade especializada dotada de autonomia que coordenava as acções a desenvolver a nível nacional.

79^a A extinção do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, passando as suas atribuições a estar cometidas a um serviço integrado numa direcção geral (DGS), implica perda de autonomia, sendo de recear uma redução da capacidade de resposta ao problema da toxicoddependência, que a verificar-se será muito negativa do ponto de vista da prevenção e do tratamento do VIH/SIDA.

80^a Persistem dúvidas quanto à vantagem da inclusão do VIH/SIDA na tabela de doenças de declaração obrigatória, tendo em consideração as desvantagens que pode acarretar em termos de protecção de dados pessoais e, inclusivamente, de estigmatização das pessoas infectadas.

81^a Na Recolha de Directivas Práticas do BIT sobre o VIH/SIDA e o Mundo do Trabalho, de 2001, recomenda-se que os casos de infecção pelo VIH que ocorram por motivo da actividade desenvolvida nos locais de trabalho sejam tratados como quaisquer outros casos de acidente de trabalho ou doença profissional.

82^a No mesmo sentido se encontra a Recomendação nº 200 da OIT, sobre VIH/SIDA e o mundo do trabalho, de 2010, que afirma que nos casos em que se possa estabelecer uma relação directa entre o trabalho em causa e o risco de infecção, o VIH e a SIDA devem ser reconhecidos como doença profissional ou acidente de trabalho, em conformidade com os procedimentos e as normas nacionais.

83^a Em Portugal, o VIH/SIDA não consta da lista de doenças profissionais (Decreto Regulamentar nº 6/2001, de 5 de Maio). No entanto, é de notar que, de acordo com o artigo 283º, nº 3, do Código do Trabalho, a lesão corporal, perturbação funcional ou a doença não incluídas na lista de doenças profissionais “são indemnizáveis, desde que se prove serem consequência, necessária e directa, da actividade exercida e não representem normal desgaste do organismo”.

84^a A ficha clínica do trabalhador está sujeita a segredo profissional. A ficha de aptidão não pode conter elementos que envolvam segredo profissional, como seria o caso do estatuto serológico do trabalhador. Se o trabalhador for considerado inapto para as suas funções habituais, o médico do trabalho deve indicar, sendo caso disso, outras funções que sejam compatíveis (Lei 102/2009, de 10 de Setembro).

85^a É positiva a substituição da exigência de um atestado de robustez física e perfil psíquico para o exercício de funções profissionais, públicas ou privadas, por uma declaração do próprio candidato (Decreto-Lei n.º 242/2009, de 16 de Setembro). Aquela exigência propiciava exclusões aleatórias, quando a avaliação do estado de saúde do candidato deve ser feita relativamente às funções concretas que o mesmo se propõe desempenhar.

86^a Importa garantir o carácter voluntário dos testes de diagnóstico do VIH. Sobre a sua realização impende o princípio do consentimento informado, com os requisitos em termos de adequação do esclarecimento que a validade do mesmo implica (o que é evidenciado, nomeadamente, na Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Julho de 2010, sobre uma abordagem em matéria de direitos da resposta da União Europeia ao VIH/SIDA).

87^a Na sua Recomendação n.º 200, de 2010, a OIT enunciou entre os *princípios gerais a aplicar em todas as acções incluídas na resposta nacional ao VIH e à SIDA no mundo do trabalho* o de que nenhum trabalhador deve ser obrigado a sumeter-se a um teste de diagnóstico de VIH nem a revelar o seu estatuto serológico. Na mesma recomendação defende que a realização destes testes deve ser sempre voluntária, livre de qualquer coerção e confidencial e que os seus resultados não devem comprometer o acesso ao emprego, a sua manutenção e as oportunidades de promoção profissional.

88^a Da leitura dos diferentes instrumentos sobre o tema retira-se que, nas estratégias a desenvolver no âmbito do VIH/SIDA, têm de ser tidas em consideração conexões necessárias, entre esta e outras doenças, e entre os factores directa ou indirectamente implicados na evolução da epidemia (como exemplos: a educação, o trabalho, a saúde

sexual, reprodutiva e materno-infantil, a nutrição, a toxicodependência, a discriminação em geral, a prostituição, a violência em geral contra as mulheres, as situações de conflito e de dependência económica). Daí a importância de acções integradas e multidisciplinares.

89^a Assume importância a abordagem da relação entre o VIH/SIDA e a deficiência, na medida em que as pessoas com deficiência são mais vulneráveis e encontram-se em desvantagem no acesso aos serviços de saúde (relação para a qual o Parlamento Europeu alertou na sua resolução de 8 de Julho de 2010).

90^a São também de considerar outros grupos vulneráveis, como as crianças e os idosos, não olvidando ainda as necessidades dos prestadores de cuidados. Neste âmbito, importa aumentar o acesso a cuidados paliativos, apoio psicológico e assistência ao domicílio para pessoas que vivem com o VIH/SIDA, superando uma lacuna manifesta no nosso País. Estes aspectos foram abordados, nomeadamente, na Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central, de 2004, relativa a acções destinadas a acelerar a implementação da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, de 2001.

91^a A falta de recursos humanos, financeiros e técnicos e as deficiências nos serviços de saúde constituem obstáculos ao acesso generalizado à prevenção, tratamento, cuidados e assistência a pessoas infectadas pelo VIH.

92^a O problema da falta de trabalhadores no sector da saúde é abordado em alguns instrumentos comunitários, direccionados sobretudo para países em desenvolvimento, em que se alerta para o problema da *fuga* de trabalhadores, que emigram para procurar emprego, melhores condições de trabalho e de vida (v.g., a Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, de 26 de Outubro de 2004, sobre um enquadramento político europeu coerente para a acção externa destinada a combater o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, e a Resolução do Parlamento Europeu, de 8 de Setembro de 2005, sobre doenças importantes e negligenciadas nos países em desenvolvimento).

93^a A questão da falta de acesso aos medicamentos essenciais é recorrente nos instrumentos de Direito da União Europeia e internacionais estudados, em que se chama a atenção para as consequências negativas que acordos e normas de propriedade industrial sobre os medicamentos podem acarretar em termos de saúde pública (v.g., a Resolução do Parlamento Europeu, de 15 de Março de 2001, sobre o acesso das vítimas do VIH/SIDA no Terceiro Mundo aos medicamentos e a Resolução da Assembleia Parlamentar Paritária ACP-UE, reunida em Abuja (Nigéria), de 20 a 23 de Março de 2000, sobre o VIH/SIDA). Os países em desenvolvimento são incentivados a utilizarem as flexibilidades do Acordo TRIPS tal como clarificadas na Declaração de Doha (o direito de cada um dos membros da OMC *conceder licenças obrigatórias e a liberdade de determinar os motivos pelos quais essas licenças são concedidas*), e os países considerados desenvolvidos a não criarem constrangimentos a essa utilização por parte de outros.

94^a A discriminação e a estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH continua a ser uma realidade em diferentes países, que as remete para uma quase clandestinidade, furtando-se a procurar os serviços de saúde, o que dificulta em muito os esforços de prevenção e de resposta, para além de constituir uma forte restrição de direitos de cidadania.

95^a A discriminação pode assumir contornos variados e ser mais ou menos perceptível a sua ocorrência. Não se considera apenas discriminação a prática ostensiva, inequívoca do prejuízo em função da doença, mas também a que se manifesta de forma subtil, por meio de subterfúgios que encobrem esse mesmo prejuízo, ou ainda o resultado discriminatório de uma acção em que não havia a intenção de discriminar.

96^a O enfraquecimento da posição do trabalhador na relação contratual, potenciado por medidas que favorecem a flexibilização das condições de trabalho e do próprio vínculo laboral prejudica a igualdade, diminui a capacidade do trabalhador para se opor à discriminação e reforça a probabilidade de a mesma ocorrer, por comportar uma aceitação maior relativamente a práticas unilaterais prejudiciais ao trabalhador e por inculcar uma noção de *fungibilidade* da força de trabalho.

97^a Se as normas destinadas a proibir a discriminação não forem acompanhadas de um quadro favorável ao trabalhador, que promova a estabilidade laboral e o respeito pelos seus direitos, dificilmente se conseguirá mitigar o problema da discriminação no local de trabalho. De igual forma, a efectividade das normas destinadas a proibir a discriminação depende da garantia da possibilidade de exercício dos direitos por parte dos cidadãos, sobretudo no que se refere às condições de acesso à justiça.

98^a De acordo com o ordenamento jurídico português, o empregador não pode ter acesso à informação de saúde do trabalhador, podendo apenas conhecer da aptidão para o desempenho das suas funções habituais. Nessa medida, o candidato a emprego ou o trabalhador não podem ser compelidos a responder a uma pergunta do empregador relacionada com o seu estado de saúde.

99^a É crucial que haja uma noção real da dimensão do problema da discriminação no âmbito laboral, tanto na sua incidência, de forma a analisar em que sentido deveriam ser os desenvolvimentos em matéria de regulação e inspecção, como na sua resposta, apreendendo não apenas o conhecimento dos direitos pelos respectivos titulares, mas também a ideia que estes têm relativamente à possibilidade de efectivação desses direitos.

100^a Entre os contextos identificados em alguns instrumentos analisados como mais propícios à ocorrência de práticas discriminatórias estão os serviços de saúde (v.g., no Protocolo para Identificação de discriminação contra pessoas que vivem com o VIH, de 2000, do ONUSIDA).

101^a Na abordagem sobre a discriminação nas unidades de saúde deve ser tida em consideração que, grande parte das vezes, a pessoa que às mesmas ocorre encontra-se numa situação de particular vulnerabilidade, que será maior quanto mais debilitado estiver o seu estado de saúde. É fundamental que seja garantida a confidencialidade dos dados pessoais do utente, sobretudo quando estejam em causa informações tão sensíveis como o estatuto serológico.

102^a A eficácia do combate à impunidade dos actos discriminatórios depende, em grande medida, do conhecimento dos direitos por parte dos cidadãos e da existência de mecanismos adequados para a sua efectivação. Para esse conhecimento concorrem determinados pressupostos, como a possibilidade de aceder a informação sobre esses direitos e inclusivamente as próprias habilitações da pessoa. Nessa medida, a resposta à discriminação não se cinge à legislação e aos mecanismos de resposta, exigindo sim que se aborde todas as circunstâncias que promovem, dificultam ou impedem o acesso ao conhecimento.

103^a A adequação da legislação implica que se tenha em devida conta a população visada e, nos casos em que seja específica para determinados contextos ou populações, a consideração dos mesmos e da realidade em que estas vivem. Implica também uma análise sistematizada da respectiva actualidade e da efectividade da sua aplicação, de forma a fazer corresponder ou a manter a convergência entre a lei e a realidade social subjacente, à qual se pretende que seja aplicada.

104^a As últimas conclusões tecidas reportam-se já a aspectos mencionados na segunda parte do relatório, destinados a enquadrar os questionários realizados a 230 pessoas infectadas pelo VIH, em que se explicita a sua própria formulação (designadamente, o facto de ser centrado em contextos específicos: o trabalho, os seguros, os serviços de saúde e a banca) e os objectivos visados (apreender a percepção dos destinatários relativamente à percepção dos seus direitos, indagando sobre o seu conhecimento, experiência ou perspectiva).

105^a Apesar de este estudo não ser representativo da população afectada em geral, tendo em conta a dimensão da amostra, mas apenas exploratório, a sua inclusão neste trabalho permite conferir-lhe uma vertente prática, passível de indiciar a constatação sobre o estado actual da protecção dos direitos das pessoas infectadas pelo VIH.

106^a A grande maioria das pessoas inquiridas considera que são frequentes os comportamentos discriminatórios em função do VIH/SIDA, embora seja semelhante a percentagem entre as pessoas que se sentiram discriminadas e as que não se sentiram.

107^a Não basta que a legislação seja adequada, exigindo-se também que estejam reunidas as condições para garantir a sua eficácia.

108^a É preocupante a quantidade de pessoas que desconhecem um aspecto tão nuclear da resposta do ordenamento jurídico à discriminação em função do estatuto serológico como que a mesma é punida por lei.

109^a Há pessoas que baseiam a sua ideia sobre o que a legislação permite ou proíbe neste âmbito em *juízos mediatizados*. Sendo os tribunais órgãos de soberania, as suas decisões assumem um papel pedagógico muito acentuado para população em geral (sobretudo quando não especializada) no que concerne ao conhecimento da legislação e dos direitos.

110^a Há uma percentagem elevada de pessoas que desconhece os instrumentos legais disponíveis para agir perante uma situação de discriminação, o que revela, mais uma vez, o desconhecimento em relação à resposta do ordenamento jurídico à discriminação devido ao estatuto serológico.

111^a A maioria das pessoas inquiridas afirma não recorrer a esses instrumentos em caso de discriminação pelo facto de serem seropositivas. Na base dessa atitude passiva poderão estar, além do desconhecimento já referido, factores como a ideia de que tal não vale a pena, a noção da dificuldade em provar a discriminação, o receio de eventuais actos de retaliação, a falta de apoio social para levar a denúncia avante, a morosidade dos processos judiciais e ainda o facto de essa denúncia comportar o risco de revelação pública do estatuto serológico.

112^a Entre as pessoas que afirmam não ter sido alvo de discriminação, algumas poderão não ter revelado o seu estatuto serológico, designadamente por terem consciência da ameaça da estigmatização inerente a essa divulgação.

113^a Os dados indicam que, de um modo geral, as pessoas dão preferência ao recurso a entidades de natureza não judicial, sobretudo associações de defesa e promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Sugerem assim que existe uma maior

proximidade com este tipo de instituições. Indiciam ainda uma falta de confiança e ou dificuldades no acesso à justiça, possivelmente motivadas por aspectos como a visibilidade do caso, a morosidade dos processos e os custos associados.

114^a A maioria das pessoas inquiridas declarou não ter sentido discriminação no âmbito dos serviços de saúde. As que revelaram ter sentido descrevem situações como a de terem sido atendidas em último lugar ou mesmo não terem sido atendidas, a de receberem trato diferente, estigmatizante, ou um tratamento negligente. A este propósito cumpre assinalar que várias das respostas baseiam-se em comportamentos que são discriminatórios do ponto de vista conceptual, mas não são assim considerados em termos jurídicos.

115^a A existência de fenómenos de discriminação múltipla pode ocasionar que a pessoa seja discriminada por vários motivos subjectivos em simultâneo. Em determinado momento uma pessoa pode pensar que foi discriminada por algum factor que, na verdade, não corresponde ao real motivo que desencadeou o processo discriminatório ou o que está a actuar em conjunto com outros motivos (v.g., a seropositividade e a toxicodependência).

116^a O saldo é positivo no que respeita à percepção das pessoas inquiridas relativamente ao respeito pela confidencialidade do estatuto serológico no âmbito dos serviços de saúde.

117^a A maior parte das pessoas opta por não revelar ao empregador o seu estatuto serológico, sobretudo por perspectivar as consequências negativas que poderiam daí advir, como a imposição de barreiras ou constrangimentos na contratação, na manutenção do emprego e na progressão na carreira.

118^a Entre as pessoas que declararam que o empregador sabia que eram seropositivas, quase metade afirmou que foi alvo de algum tipo de pressão para que se despedisse. Reflectindo sobre o que pode estar subjacente a estas pressões, identificamos dois possíveis móveis: *i*) tentativa de *descartar* o trabalhador por algum motivo, contornando o regime do despedimento sem justa causa; *ii*) a possibilidade de esse motivo ser o

precisamente o estatuto serológico. Subjacente à segunda hipótese pode estar a discriminação inerente a uma doença crónica ou a esta infecção em particular, atento o estigma que lhe está associado.

119^a Embora as pessoas tentem ocultar a sua seropositividade, por vezes esta informação chega ao conhecimento do empregador através de outras vias, como um teste de rastreio não consentido, a divulgação por colegas de trabalho ou inclusivamente a quebra de confidencialidade por parte dos serviços de medicina do trabalho. A referência ao teste não consentido indicia a existência de situações em que o mesmo é realizado de forma ilegal, por falta de consentimento informado.

120^a Relativamente à confidencialidade dos dados no âmbito laboral, verificamos que quase três quartos das pessoas inquiridas sabem que o empregador *não* tem de ser informado sobre o seu estatuto serológico do em qualquer altura, seja em entrevista de trabalho ou depois de estabelecido o vínculo laboral. Por seu turno, quase metade das pessoas afirma *não* ter a obrigação de revelar a sua seropositividade aos serviços de medicina do trabalho quando confrontadas para o efeito.

121^a Quase metade das pessoas afirma que se submeteria a um teste de rastreio de VIH requerido pela entidade empregadora. Poderão existir casos em que a noção da realidade do mundo do trabalho imperará na resposta dada, na medida em que uma recusa na realização de um teste de saúde poderá desencadear o seu afastamento, designadamente por suspeita relativamente ao seu estado de saúde.

122^a A realização do teste de rastreio do VIH, como a de qualquer outro teste de saúde, deve assentar numa base de voluntariedade (livre de coerção ou de pressões). A par disso, só é adequada no âmbito laboral se houver fundamento que justifique a sua necessidade no caso concreto, seja para protecção do trabalhador ou de terceiros. O risco da discriminação motiva que as pessoas optem por não se submeter a este teste, sobretudo tendo em atenção que se trata de uma doença particularmente estigmatizante.

123^a O combate à discriminação em geral, e no trabalho em particular, assume uma importância fundamental inclusivamente na perspectiva da protecção do próprio

trabalhador, na medida em que se este puder revelar que é seropositivo não ficará condicionado pelos constrangimentos associados à não divulgação dessa informação, designadamente nos casos em que as condições em que as funções são exercidas forem adversas para a sua saúde, atendendo à maior vulnerabilidade do seu sistema imunitário.

124^a Mais de dois terços das pessoas inquiridas sabem que os serviços de medicina do trabalho não devem comunicar ao empregador o estatuto serológico do trabalhador. Com efeito, o empregador apenas pode conhecer da aptidão daquele para as suas funções.

125^a Em caso de inaptidão, mais de metade das pessoas sabe que a entidade empregadora não pode prescindir dos seus serviços sem procurar outras funções compatíveis. Quase dois terços sabem que é ilegal despedir pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA.

126^a A maior parte das pessoas considera que não está obrigada a revelar a sua seropositividade ao contratar um seguro de saúde ou de vida e ainda que as seguradoras não devem realizar ou exigir a realização de testes que revelem, directa ou indirectamente, o VIH ou a SIDA sem que tenham seu consentimento.

127^a Mais de dois terços das pessoas consideram que as seguradoras não respeitam a proibição de discriminação. Entende também que estas não teriam legitimidade para agravar as condições do seguro. Quase dois terços das pessoas responderam ainda que as seguradoras *não* podem excluir da cobertura de um seguro de saúde os serviços médicos de que necessite pelo facto de ser seropositivo ou ter SIDA.

128^a Mais de metade das pessoas inquiridas acha que os bancos não podem recusar a concessão de crédito pelo facto de se ser seropositivo ou ter SIDA. Semelhante é o número de pessoas que afirma que os bancos de facto recusam a concessão desse crédito. Quase três quartos consideram ainda que as instituições de crédito não devem ter acesso aos dados de saúde

129^a Das conclusões do inquérito deduzimos pela confirmação da primeira hipótese (*percepção da discriminação*) e pela não confirmação das restantes três (a segunda, sobre o *conhecimento da legislação nacional e dos mecanismos existentes*, a terceira, relacionada com a *percepção da eficácia da legislação e o recurso aos mecanismos de resposta disponíveis*, e a quarta, relativa ao *conhecimento dos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde e respeito pelos mesmos*).

130^a A confirmação da primeira hipótese (*percepção da discriminação*) deve-se à constatação de uma percepção generalizada quanto à existência e frequência da discriminação das pessoas com VIH/SIDA. Esta perspectiva existe não apenas em termos gerais, mas também em contextos específicos, como o meio laboral, o sector dos seguros e das instituições de crédito. Verifica-se uma excepção quanto ao âmbito dos serviços de saúde, na medida em que mais de três quartos das pessoas afirmaram não ter sentido discriminação neste âmbito.

131^a Não se confirma a segunda hipótese (*conhecimento da legislação nacional e dos mecanismos existentes*), pois que a partir dos dados recolhidos deduzimos que a amostra se encontra dividida no que se refere ao conhecimento sobre a legislação nacional destinada a proibir a discriminação contra as pessoas com risco agravado de saúde e sobre os mecanismos de resposta. Registamos níveis de desconhecimento preocupante, tanto em termos gerais como relativamente a cada um dos domínios autonomizados.

132^a Concluimos pela rejeição da terceira hipótese (*percepção da eficácia da legislação e recurso aos mecanismos de resposta disponíveis*), na medida em que verificamos que, de um modo geral, as pessoas não percebem de forma positiva o grau de eficácia da legislação nacional em matéria de discriminação, não tendo recorrido aos mecanismos existentes. Mesmo quando questionadas em termos hipotéticos, demonstram preferência no recurso a entidades de natureza não judicial, sobretudo associações de defesa e promoção dos direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA.

133^a Finalmente, rejeitamos a quarta hipótese porque pudemos identificar uma falta de conhecimento igualmente preocupante no que concerne aos direitos em matéria de confidencialidade dos dados de saúde nos domínios do trabalho e dos seguros.

Exceptua-se o âmbito dos serviços de saúde, relativamente ao qual a percepção das pessoas inquiridas é a de que existe, de um modo geral, respeito pela confidencialidade dos dados de saúde.

134^a Numa conclusão final, é possível sintetizar a situação relativamente às pessoas seropositivas do seguinte modo: a) a nível comunitário e internacional, são múltiplos os instrumentos normativos, as recomendações e proclamações no sentido do combate à discriminação e da realização dos direitos das pessoas infectadas; b) a nível nacional, o ordenamento jurídico tutela suficientemente esses interesses, mas há lacunas significativas em matéria de eficácia dos mecanismos legais, em boa medida suscitada por omissão ou por errada interpretação das normas vigentes; c) haveria ganhos na densificação normativa relativamente às pessoas com risco agravado de saúde, à semelhança da que existe para as pessoas com deficiência; d) contrastando com a jurisprudência a nível europeu (TEDH), em Portugal é parca e em parte questionável quanto à justeza dos seus fundamentos; e) a discriminação e a estigmatização ainda são realidades evidentes na nossa sociedade, que têm como uma das consequências o medo da revelação do estatuto serológico; f) contribuem também para esta realidade as dificuldades no acesso aos mecanismos de protecção e defesa e o próprio desconhecimento, que é acentuado, dos destinatários das normas (o que se revelou no inquérito promovido, se bem que de natureza meramente exploratória, não permitindo a amostragem ilacções quanto ao universo dos afectados).

Bibliografia

- ABREU, Luís Vasconcelos, “O Segredo Médico no Direito Português Vigente”, in Ascensão, 2005
- ALVAREZ, Maria João, *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*, Tese de Doutoramento em Psicologia (defendida em 2002), publicada ao abrigo do protocolo entre a Fundação para a Ciência e a Tecnologia e a Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2005.
- ANDRADE, Manuel da Costa, *Direito Penal Médico – SIDA: Testes Arbitrários, confidencialidade e Segredo*, Coimbra, Coimbra Editora, 2004.
- BARROS, Henrique de, LUCAS, Raquel, SANTOS Maria José, *SIDA em Meio Prisional*, Colecção Gulbenkian Saúde, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2009.
- BAYÉS, Ramón, COMELLAS, Begoña, LORENTE, Susanna, VILADRICH, M^a del Carme, “Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA”, in *Psicothema*, 1998, vol. 10, nº 1, págs. 127 a 134.
- BENNET, Rebecca, ERIN, Charles A., *HIV and AIDS: Testing, Screening and Confidentiality*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- BERNEX, René, *Sida – Aids, O que cada um deve saber para a combater* (trad. do original francês de 1986 por Wanda F. Freitas Canas Ferreira), Mem Martins, Publicações Europa-América, 1987.
- [Ed.] BERRIDGE, Virginia, STRONG, Philip (1993), *AIDS and Contemporary History*, Cambridge History of Medicine, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
- [Ed.] BYRNE, Peter, *Ethics and Law in Health Care and Research*, Chichester: John, Wiley & Sons, 1990.
- CARDOSO, Augusto Lopes, “O Problema da Discriminação nas Medidas Legislativas sobre a SIDA”, in *O Direito*, ano 124º, nº 3, Julho – Setembro (direcção de Inocêncio Galvão Telles), Ed. SIPEC, S.A., 1992, págs. 427 a 438.

- CARO, Javier Sánchez, “Relaciones laborales y SIDA: algunas cuestiones (A propósito de la ley de Prevención de Riesgos laborales)”, in *Revista de Administración Sanitaria*, volume IV, nº 13, Janeiro-Março, Madrid, 2000, págs. 85 a 107.
- CAUPERS, João, ALMEIDA, Marta Tavares de, GUIBENTIF, Pierre, “Efeitos de algumas normas do Código de Procedimento Administrativo – estudo de caso em avaliação legislativa”, in *Cadernos de Ciência e Legislação*, nº 12, Janeiro-Março de 1995, Oeiras, Instituto Nacional de Administração.
- COLAÇO, António Bernardo, “O infectado de VIH: a aguardar cidadania em plena sede laboral”, *Revista do Ministério Público*, nº 23, Ano 24º, Janeiro/Março, Editorial Minerva, 2003, págs. 101 a 112.
- COLONNA, Joël, *Le Droit des Relations de Travail Confronté au VIH/SIDA*, Presses Universitaires d’Aix-Marseille - Puam, Aix-en Provence, 2002.
- DIAS, Augusto Silva, “A Responsabilidade Criminal por transmissão Irresponsável do Vírus da SIDA: um Olhar sobre o Código Penal Português e o novo Código Penal de Cabo Verde”, in *Direito e Cidadania*, Ano 6º, nº 20-21, 2004, págs. 9 a 38.
- DIAS, Jorge de Figueiredo, *Direito Penal*, Tomo I (Questões Fundamentais – A Doutrina Geral do Crime), Coimbra Editora, 2004.
- ENEL, P., MANUEL, C., CHARREL, J, LARHER, M.P., REVIRON, D, SAN MARCO, J.L., “AIDS, a social dilemma: detection of seropositives”, in *European Journal of Epidemiology Eur.J. Epidemiol*, vol. 7, nº 2, págs. 139 a 146.
- GAT, *Acção e Tratamentos*, publicação do Grupo de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA, Nº 13, Novembro – Dezembro 2008.
- GOMES, Carla Amado, *Defesa da saúde pública vs. liberdade individual –casos da vida de um médico de saúde pública*, Lisboa, A.A.F.D.L., 1999.
- GOMES, Carla Amado, “(Ir)responsabilidade do Estado por transfusão de sangue com HIV: a tradição ainda é o que era (?)”, in *Cadernos de Justiça Administrativa*, nº 57, Maio-Junho 2006, págs. 24-46.
- GONÇALVES, Manuel Lopes Maia, *Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar*, 16ª ed., Coimbra, Almedina, 2009.
- GOSTIN, O. Lawrence, LAZZARINI, Zita, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, Oxford, Oxford University Press, 1997.
- GRMEK, Mirko, *História da SIDA* (trad. do original francês de 1989 por Paulo Faria), Lisboa, Relógio D'Água, 1994.

- HOUAISS, António [et al.], *Dicionário Houaiss da Língua portuguesa*, Lisboa, Círculo dos Leitores, 2003.
- LOUREIRO, João Carlos Simões Gonçalves, “SIDA e Discriminação Social – Escola, Habitação, Imigração, Rastreio Obrigatório, Isolamento Clínico, Tratamento Forçado: Uma Perspectiva Jurídico-Constitucional”, in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 2, nº 3, 2005, págs. 9 a 54.
- MARINER, Wendy, “O papel do direito no controlo de epidemias: o exemplo da TB, VIH e da SARS”, in *Sub Judice*, nº 38, Janeiro-Março, Lisboa, Almedina, 2007, págs. 33 a 61.
- MOURA, José Souto de, “S.I.D.A e Responsabilidade Penal”, in *Revista do Ministério Público*, nº 37, Ano 10º, Janeiro-Março, Editorial Minerva, 1989, págs. 33 a 57.
- MOXLEY, David P., FINCH, John R. (Eds.), “Helping People Coping with HIV and AIDS Manage Employment”, in *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice*, Springer Series in Rehabilitation and Health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
- NETO, Luís, “A Infecção por VIH resultante de transfusão de Sangue Contaminado no Contexto da Responsabilidade Civil do Estado”, Separata de Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Sérvulo Correia, Edição da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Coimbra Editora, 2010, 657-694.
- OGDEN, Jane, *Psicologia da Saúde*, 2ª ed., Manuais universitários, Lisboa, Climepsi Editores.
- OLIVEIRA, Alice Gomes Martins, *O Risco do VIH/SIDA na População Prisional Portuguesa – O caso particular do Estabelecimento Prisional de Sintra*, Lisboa, Edições Colibri, 2007.
- PALMA, Maria Fernanda, “Transmissão da SIDA e responsabilidade penal”, in *Estudos de Direito da Bioética*, vol. I., Coimbra, 2005, págs. 113-128.
- PEREIRA, André Dias, “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/SIDA: estudo de um caso”, *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, ano 3, nº 6, 2006, págs. 121 a 135.
- PEREIRA, André Dias, “Responsabilidade Civil dos Médicos: Danos Hospitalares – Alguns casos da Jurisprudência”, in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, nº 7, 2007, págs. 53 a 67.

- POÇAS, José, “Carta Aberta aos Colegas Directores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais”, 2011, texto cedido pelo autor.
- POÇAS, José, A equação dos impossíveis, e a eterna atracção pelo abismo”, 2012, texto cedido pelo autor.
- QUILES DEL CASTILLO, María Nieves, MORERA BELO, María Dolore, “El estigma social: la diferencia que nos hace inferiores”, in *Método, teoría e investigación en Psicología Social* [coord. Morales, J.F., Huici, C., Gaviria, E., Gómez, A.], 1ª ed., 2008, Madrid, Pearson-PrenticeHall, págs. 377 a 397.
- RAÚL PUCCINELLI, Oscar, *Derechos Humanos y SIDA*, Tomo I, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1995.
- RUEFF, Maria do Céu, *O Segredo Médico como Garantia de Não Discriminação – Estudo de Caso: HIV/SIDA*, Coimbra, Coimbra Editora, 2009.
- RUEFF, Maria do Céu, “Aconselhamento, Não Discriminação e o Paradoxo do Segredo”, Separata de *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 6, nº 1 2, Julho/Dezembro, Coimbra, Coimbra Editora, 2009.
- RUEFF, Maria do Céu, “Dever de Informar, Conflitos de Interesse e Deontologia na Relação Tripartida Cidadão-Médico-Seguradora”, Separata de *Lex Medicinæ*, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Ano 7 - nº 13 - Janeiro/Junho, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.
- SILVA, João Calvão da, «Apólice “Vida Risco – Crédito Habitação”: As pessoas com Deficiência ou Risco Agravado de Saúde e o Princípio da Igualdade na Lei nº 46/2006», in *Revista de Legislação e de Jurisprudência*, Ano 136, nº 3942, 2007, págs. 158 a 170.
- SILVA, Nara Cavalcanti Guimarães Mendes, *O confronto entre a liberdade de circulação dos trabalhadores na União Europeia e a exceção de saúde pública no tocante à HIV-SIDA*, Lisboa, 2009, Relatório apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, disciplina de Direito da Integração, Professora Doutora Ana Fernanda Neves, como exigência parcial para aprovação e obtenção de grau de Mestre em Ciências Jurídico-Internacionais.
- SILVA, Sabrina Batista Barroso da Silva, *A OMS e seu Papel no Combate à AIDS/Sida*, Relatório de Relações Internacionais relativo ao Mestrado na área de Ciências Jurídico-Internacionais da Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, no ano lectivo de 2008/2009, sob a regência do Professor Marcelo Rebelo de Sousa, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

- SILVA, Sabrina Batista Barroso da, *Avaliação do Impacto dos Atos Legislativos*, Relatório de Introdução à Legislação ao Mestrado na área de Ciências Jurídico-Internacionais da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, no ano lectivo de 2008/2009, sob a regência do Professor Carlos Blanco de Moraes.
- TORGAL, Jorge, “O Direito ao Trabalho e a Não Discriminação dos Infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, VIH/SIDA – O Atestado de Robustez”, in *Acta Médica Portuguesa*, nº 8, págs. 401 a 404.
- VICENTE, Joana, ROUXINOL, Milena Silva, “VIH/SIDA e contrato de Trabalho”, in *Nos 20 Anos do Código das Sociedades Comerciais, Homenagem aos Profs. Doutores A. Ferrer Correia, Orlando de Carvalho e Vasco Lobo Xavier*, volume II, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, págs. 789 a 847.
- VICENTE, Joana, ROUXINOL, Milena Silva, “Entre o direito à saúde e o direito a estar doente - comentário ao Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 29 de Maio de 2007”, in *Questões Laborais*, ano 9, nº 31, Janeiro-Julho, 2008, págs. 89 a 114.
- TORGAL, Jorge, “O Direito ao Trabalho e a Não Discriminação dos Infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, VIH/SIDA – O Atestado de Robustez”, in *Acta Médica Portuguesa*, nº 8, 1995, págs. 401 a 404.

Internet

- THE AMERICAM COLLEGE OF SURGEON, “*Statement on the Surgeon and HIV infection*” (Revised May 2004), Reprinted from Bulletin of the American College of Surgeons, volume 89, nº 5, disponível em:
http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-13.html (consulta em 11.02.12)
- CNECV, Parecer nº 32, de 23 de Outubro de 2000, sobre Sigilo Médico (32/CNECV/2000), disponível em:
http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf (consulta em 16.05.12).
- CPLP, declaração sobre o VIH/SIDA, dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, de 18 de Julho de 2000 (III Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, realizada em Maputo, nos dias 16 e 17 de Julho de 2000), disponível em:
<http://www.cplp.org/Default.aspx?ID=159> (consulta em 19.03.12).

- CPLP, Resolução sobre o Combate ao VIH/SIDA, de 30 de Julho de 2002 (IV Conferência da CPLP), disponível em:

<http://www.cplp.org/Default.aspx?ID=160> (consulta em 19.03.12).

- CPLP, Resolução de Lisboa, sobre “Género, Saúde e Violência”, de 4 de Maio de 2010, aprovada na II Reunião de Ministros/as Responsáveis pela Igualdade de Género da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, realizada em Lisboa, nos dias 3 e 4 de Maio de 2010, disponível em:

<http://195.23.38.178/cig/portalcig/bo/documentos/cplp1.pdf> (consulta em 12 de Junho de 2012).

- DGS, Relatório para o dia Mundial da Tuberculose, Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Março de 2010, disponível em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8B5396AB-E7B3-4B81-A368-F2B5F7E28F95/0/RelatorioTuberculoseDGS.pdf> (consulta em 01.11.11).

- DISTABILE, P., DUBLER, NN., SOLOMON, L., KLEIN, RS, “Self-reported legal needs of women with or at risk for HIV infection”, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, December 1999, págs. 435 a 447, texto que se encontra disponível em:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02351501#page-2>

(consulta em 05.10.2012)

- EATG/GAT, “Migração e VIH/SIDA: Recomendações da comunidade” (Documento elaborado com base na conferência europeia “O direito à prevenção, tratamento, prestação de cuidados e assistência aos migrantes e minorias étnicas com VIH/SIDA na Europa: a perspectiva da comunidade”, realizada em Lisboa, de 7 a 8 de Junho de 2007), disponível em:

<http://sm.vectweb.pt/media/64/File/migracaovihsida.pdf> (consulta em 10.04.12).

- ECDC, “*HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic*”, *Technical Report*, Background paper prepared for the conference “Responsibility and Partnership: Together Against HIV/AIDS” Bremen, 12–13 March 2007, disponível em:

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0703_TER_HIV_in_Europe_25_Years_Pandemic.pdf (consulta em 10.02.12).

- ECDC, “*Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*”: *2010 Progress Report*, disponível em:

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1009_SPR_Dublin_declaration_progress_report.pdf (consulta em 19.10.11).

- Francisco Luís Alves, “O regime jurídico da discriminação aplicável aos seguros – presente e futuro”, in Fórum - Lisboa - A. XIV, nº 31, Fevereiro de 2012, págs. 28-59, disponível em:

<http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=21274&img=5152>

(consulta em 08.01.13)

- Fundación para la investigación y la prevención del SIDA en España, “*Discriminación y VIH 2005. Estudio FIPSE sobre la discriminación arbitraria de las personas que viven con el VIH o SIDA*”, (coord. Diego Blázquez Martín, et al.), 2005, disponível em:

<http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090328230812.pdf>

(consulta em 15.01.11).

- GLOBAL COMMISSION ON HIV AND THE LAW, “Risks, Rights and Health”, June 2012, New York, UNDP, pág. 29, disponível em:

<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>

(consulta em 15.11.12).

- INR, Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde, Março de 2011, disponível em <http://www.inr.pt/content/1/1185/lei-da-nao-discriminacao> (consulta em 08.01.13).

- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, “Guidelines for labour judges and magistrates”, Geneve, 2005, disponível em:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_107661.pdf (consulta em 23.02.12).

- MARQUES, Pedro Silvério, “O acesso a empréstimos bancários e a seguros de vida por parte de pessoas com um risco de saúde agravado”, II Congresso Virtual HIV/AIDS (*Ontem, Hoje e Amanhã*), disponível em:

http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=31&CommID=58 (consulta em 10.02.12).

- [Ed.] MATIC, Srdan, LAZARUS, Jefferey, NIELSEN, Stine, LAUKAMM-JOSTEN, Ulrich, *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, disponível em:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf (consulta em 19.10.11).

- MSMGF (*Global Forum on Men who have sex with Men and HIV*), “*Social Discrimination Against Men who have sex with Men (MSM) – Implications for HIV Policy and Programmes*”, Maio de 2010, disponível em:

http://sm.vectweb.pt/media/10/File/ACTUALIDADE/Noticias/MSMGF_Social_Discrimination_Policy_Brief.pdf (consulta em 20.10.11).

- OA, Condições Gerais da Apólice de Seguro de Saúde Médica, disponível em:

<http://www.oa.pt/upl/%7Bbbf87089-21ad-46b7-abfc-ceb396c02a2b%7D.pdf>

(consulta em 29.05.12).

- OMS (Europa)/ONUSIDA, “Progressos na Implementação da Declaração de Dublin sobre Parcerias para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central”, disponível em:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/53858/E92606.pdf

(consulta em 25.10.12).

- OMS, Estratégia Global e Plano de Acção sobre saúde pública da OMS, “Inovação e Propriedade Intelectual”, disponível em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf

(consulta em 25.10.12).

- ONU (Assembleia Geral), Resolução A/RES/S-20/31, “*Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction*”, 10 de Junho de 1998, disponível em:

<http://www.un.org/ga/20special/demand.htm>

(consulta em 20.12.12).

- PARK, Christopher, “Empowering people living with HIV in Europe: manifesto, mantra or mirage?” in *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 15 a 26, disponível em:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 21.02.12).

– PEREIRA, André Dias, Parecer do Centro de Direito Biomédico sobre um caso de discriminação em contexto laboral, de 23 de Maio de 2006, Coimbra, disponível em:

<http://sida.dgs.pt/> (consulta em 11.06.12).

– PEREIRA, André Dias, Parecer do Centro de Direito Biomédico sobre o exercício de funções de um médico cirurgião portador de VIH, de 13 de Julho de 2007, Coimbra, disponível em:

<http://sida.dgs.pt/> (consulta a 11.06.12).

- PEREIRA, André, “Cirurgião Seropositivo. Do Pânico ao Direito” (texto que corresponde, com ligeiras alterações, ao publicado em *Lex Medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 4, nº 8, 2007, págs. 97 a 114), disponível em: <http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/2797> (consulta em 29.05.12).
- PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Sigilo Médico e SIDA: breves apontamentos”, s.d., disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=164 (consulta em 11.05.12).
- PROVIDORIA DE JUSTIÇA, “Relatório sobre o Sistema Prisional”, 1996, disponível em: http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoos1996.pdf (consulta em 14.05.12)
- QUEIRÓS, António, “VIH, risco e aptidão para o trabalho”, IX Congresso Virtual sobre a infecção do VIH/SIDA nos países de língua portuguesa, 2008, disponível em: http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=281 (consulta em 11.02.12).
- RUEFF, Maria do Céu, Parecer sobre o exercício de funções de um médico cirurgião portador de VIH, de 15 de Julho de 2007, Cascais, disponível em: <http://sida.dgs.pt/> (consulta em 11.06.12).
- RUEFF, Maria do Céu, “Direitos Humanos, Acesso à Saúde e VIH/SIDA”, *Arquivos de Medicina*, vol. 21, nº 2, Março 2007, pág. 59-65, disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-34132007000200004&script=sci_arttext (consulta em 10.02.12).
- STÖVER, Heino, LINES, Rick, “Silence Still = Death: 25 years of HIV/AIDS in prisons” in *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 67 a 85, disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 24.02.12).
- SUTER, Caroline, “Switzerland: exclusion of a healthcare professional because he was HIV-positive”, in *HIV/AIDS Policy & Law Review*, vol. 15, Nº 1, Canadian Legal Network, 2010, disponível em: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1775> (consulta em 07.10.11).

- UNAIDS, “HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: case studies of successful programmes”, in *UNAIDS Best Practice Collection*, 2005, disponível em:

http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf

(consulta em 24.05.12).

- UVA, António de Sousa, “SIDA e Trabalho: (in)compatibilidade?”, VI Congresso Virtual HIV/AIDS (*Prevenção da SIDA. Um desafio que não pode ser perdido*), 2006, disponível em:

http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=35&CommID=173 (consulta em 24.05.12)

- *Verbond van Verzekeraars* [Dutch Association of Insurers], “Insurability of HIV a step closer”, Report of the Working Group on AIDS, 8 March 2005, disponível em:

<http://www.verzekeraars.nl/UserFiles/File/download/Hiv-engels.pdf> (consulta em 15.02.12).

- *Verbond van Verzekeraars* [Dutch Association of Insurers], “HIV Insurability Expanded”, Report of the HIV Working Group, June 2009, disponível em:

http://www.hivnet.org/downloads/pdf/verzekeerbaarheid_hiv_uitgebreid_eng_juni2009.pdf

(consulta em 15.02.12).

- VICENTE, Joana, ROUXINOL, Milena Silva, “Em torno do VIH/SIDA: Subsídios para uma cultura laboral de saúde e justiça”, IX Congresso Virtual HIV/AIDS (*A Infecção VIH e o Direito*), 2008, disponível em:

http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=277

(consulta em 23.02.12).

- WATTS, Charlotte, ZIMMERMAN Cathy, ROCHE, Brenda, “Violence against women and trafficking: a priority for HIV programmes?”, in *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*, [ed.] Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe, WHO Regional Office for Europe, 2006, págs. 67 a 85, disponível em:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78562/E87777.pdf (consulta em 24.02.12).

- WHO (Commission on Social Determinants of Health), “Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health”, Final Report, 2008, disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

(consulta em 27.06.11).

- THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION GENERAL ASSEMBLY, “*The World Medical Association Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession*”, Pilanesberg, South Africa, October 2006, disponível em:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a25/index.html> (consulta em 11.02.12).

Alguns sites a consultar

- Acesso ao direito da União Europeia: <http://eur-lex.europa.eu/pt/index.htm>
- Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt>
- *Canadian HIV/AIDS Legal Network*: <http://www.aidslaw.ca/EN/index.htm>
- Diário da República Electrónico: <http://www.dre.pt>
- *European Court of Human Rights*: http://www.echr.coe.int/ECHR/homepage_en
- GAT: <http://www.gatportugal.org/>
- *HIV/AIDS & Tuberculosis Virtual Congress*: <http://www.aidscongress.net/Home@1.aspx>
- *Hudoc database*: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en>
- ILO: <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>
- Tribunal de Justiça da União Europeia: http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_6999/
- UNAIDS: <http://www.unaids.org>
- WHO: <http://www.who.int/en>
- INR: www.inr.pt

Índice de Jurisprudência

1) Tribunais nacionais

Tribunal Constitucional

- Acórdão nº 368/02, de 25 de Setembro de 2002, Processo 577/98, Relator: Conselheiro Artur Maurício, publicado no DR 247, Série II, de 25 de Outubro de 2002

Supremo Tribunal de Justiça

- Acórdão do STJ, de 24 de Setembro de 2008, Processo 07S3793, Relator: Mário Pereira, disponível em:
<http://www.dgsi.pt/> (consulta em 20.02.12).

Supremo Tribunal Administrativo

– Acórdão do STA, de 1 de Março de 2005, Processo 01610/03, Relator: Alberto Augusto Oliveira, disponível em:

<http://www.dgsi.pt/> (consulta em 02.10.12).

– Acórdão do STA, de 14 de Dezembro de 2005, Processo 0351/05, Relator: Costa Reis, disponível em:

<http://www.dgsi.pt/> (consulta em 02.10.12).

Tribunal da Relação de Lisboa

– Acórdão do TRL, de 26 de Junho de 2012, Processo 1269/09, Relator: Pimentel Marcos, disponível em:

<http://www.dgsi.pt/> (consulta em 19.11.12).

Tribunal da Relação do Porto

– Acórdão do TRP, de 31 de Maio de 2011, Processo 6101/09, Relator: Maria Graça Mira: <http://www.dgsi.pt/> (consulta em 20.02.12).

2) Tribunal de Justiça da União Europeia

– **Acórdão de 5 de Outubro de 1994**. X contra Comissão das Comunidades Europeias. Recurso – Agente temporário – Inspecção médica de contratação – Alcance da recusa do interessado de se sujeitar a um teste da sida – Ofensa do direito de manter secreto o estado de saúde, Processo C-404/92, disponível em:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61992CJ0404:PT:HTML>

(consulta em 21.02.12).

3) Tribunal Europeu dos Direitos do Homem

– Acórdão do TEDH, de 25 de Janeiro de 2005 – Caso de ENROHN v. SUÉCIA (*Application no. 56529/00*, disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 25 de Fevereiro de 2009 – Caso de Biriuk v. Lituânia (*Application no. 23373/03*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 25 de Fevereiro de 2009 – Caso de Armoniene v. Lituânia (*Application no. 36919/02*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 5 de Junho de 2009 – Caso de Aleksanyan v. Rússia (*Application no. 46468/06*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 14 de Janeiro de 2011 – Caso de Logvinenko v. Ucrânia (*Application no. 13448/07*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 14 de Janeiro de 2011 – Caso de A.B. v. Rússia (*Application no. 1436/06*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)

– Acórdão do TEDH, de 10 de Março de 2011 – Caso Kityutin v. Rússia (*Application no. 2700/10*), disponível em:

http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_EN (consulta em 09.03.12)