

Formação Científica de Voluntários/as

PROJETO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PELOS PARES

Auditório Nobre do Instituto Politécnico de Setúbal

PROGRAMA | 24 out. 2018



Co-organização:

Centro de Aconselhamento e Orientação de Jovens de Setúbal & Instituto Politécnico de Setúbal

Questões bioéticas associadas ao VIH/SIDA

Lucília Nunes¹

¹ Professora Coordenadora da ESS-IPS, Departamento de Enfermagem. Coordenadora Científica CAOJ Setúbal. Coordenadora da NURSE'IN, Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas.

A estrutura desta conferência foi elaborada com duas partes:

- 1) **enquadramento** e realidade atual, a parte inicial e mais curta; porque a reflexão ética não dispensa o enquadramento do assunto, seja de epidemiológico, científico, económico, jurídico, social, cultural.
- 2) os tópicos ou **questões éticas** que emergem da reflexão sobre VIH e que vos dirijo mais em concreto, enquanto membros das brigadas, comprometidos no projeto de educação pelos pares. Portanto, fora do horizonte profissional de lidar com pessoas infectadas com VIH, numa lógica de cidadania.

1. Enquadramento e realidade atual

O 1º caso de SIDA divulgado data de 1981².

O primeiro vírus, VIH-1, foi identificado 2 anos mais tarde (em 1983) eo VIH-2 em 1986.

O teste rápido³ foi desenvolvido em 1985.

A história da infeção por VIH é englobada nas doenças infecciosas a partir de 1996, com a introdução da *Terapia AntiRetroviral de Alta Potência* (HAART)⁴ assumindo o perfil de doença crónica.

Em 1990, apontavam-se 10 milhões de infetados, que subiram a 40 milhões no mundo em 2000.

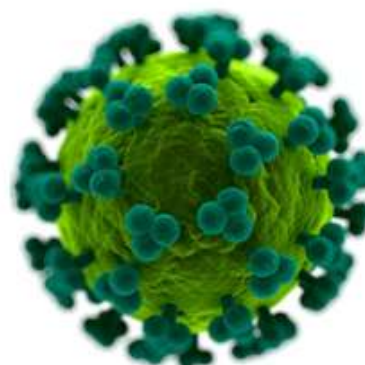


Imagem do vírus - SKU/Science Photo Library

² "Em 1981, a comunidade médica foi surpreendida com relatos, oriundos de Los Angeles, de uma pneumonia à data chamada de pneumonia por *Pneumocystis carinii* que atingia jovens, previamente saudáveis, reportados como sendo homossexuais. Eram as primeiras descrições do que viria a ser denominado, em 1982, de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Hoje sabemos que, embora se tenham documentado casos esporádicos de SIDA anteriores a 1970, a atual epidemia começou em meados da década de 1970 e dispersou-se pelos cinco continentes durante a década de 1980. Em Portugal, os primeiros casos de infeção por VIH datam de 1983" (DGS, 2018). Segundo Justo, a primeira manifestação da doença ocorreu em 1981, quando surgiu o chamado Sarcoma de Kaposi em 5 homossexuais masculinos na Califórnia e 26 casos em Nova Iorque, sendo que estes doentes tinham em comum o facto de todos apresentarem imunodeficiência e redução significativa dos linfócitos CD4, bem como o aparecimento de doenças oportunistas que conduziam à sua morte. Em 1982 o número já tinha ascendido aos 248 doentes infetados nos EUA - Justo, A. (2012). *VIH / SIDA e Comunicação Social: A Imprensa Escrita*. Tese para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Especialidade em Psicologia Clínica. ISPA. Lisboa.

³ Normalmente o teste mais utilizado é o teste rápido, mas o ELISA é o exame mais completo porque identifica a presença de anticorpos contra o HIV (anti-HIV) na saliva ou no sangue da pessoa.

⁴ A combinação de no mínimo três fármacos denominou-se TARGA (terapia antirretroviral de grande atividade) e foi implantada em 1996, levando a uma melhoria no prognóstico das pessoas infetadas por VIH, tendo aumentado a esperança média de vida e a sua qualidade.



O relatório da DGS de 2018 ⁵ faz um ponto de situação sobre a infeção VIH e SIDA, em Portugal, em 2017. Tínhamos 57.574 casos notificados, dos quais 14.500 falecidos.

Estimam-se **45 mil infetados** em Portugal
 - em cada **10 pessoas, 3 mulheres e 7 homens**.



6



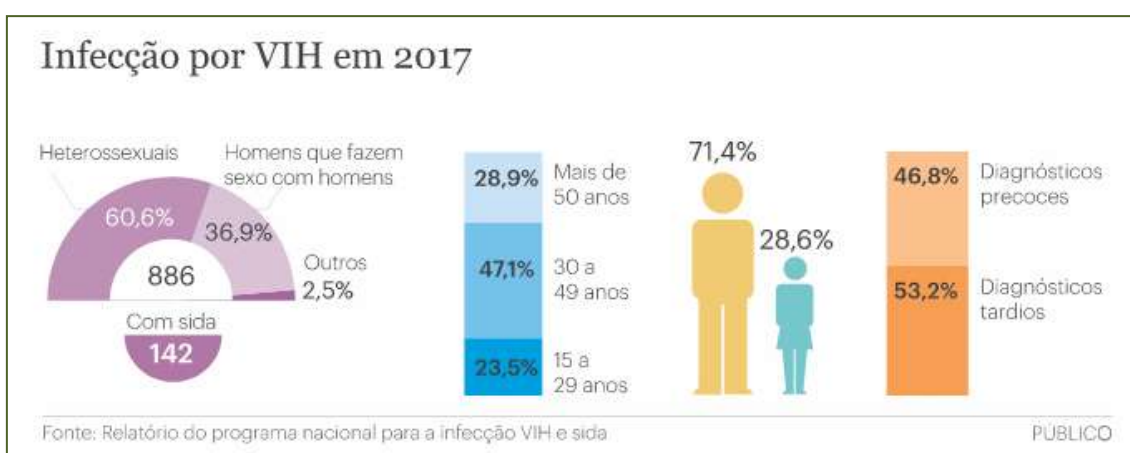
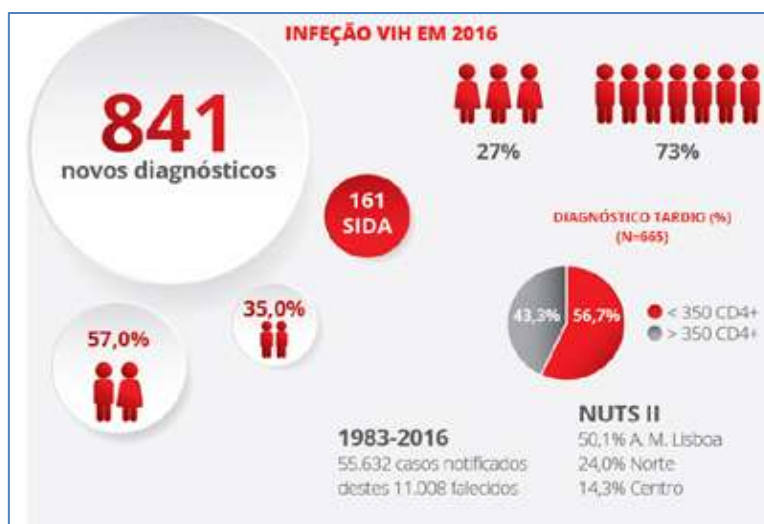
5

E não obstante o número de **novos casos** ter vindo a descer, em anos anteriores, ainda temos uma elevada taxa de incidência - em 2017, tivemos 886 novos casos, ou seja, cinco casos a cada dois dias (2,5 por dia).

Comparando com os dados de 2016, houve **mais 45 novos casos**.

⁵ DGS (2018) Infecção VIH e SIDA. Desafios e estratégias. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/07/RelatorioVIH_SIDA2018.pdf

⁶ DGS (2018) Infecção VIH e SIDA. Desafios e estratégias. Figura 1 e Gráfico 2.



De acordo com os dados mais recentes (de 2016),
91,7% das pessoas que vivem com a infeção VIH estão diagnosticadas;
86,8% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento e
90,3% das que estão em tratamento têm carga viral indetetável (ou seja, inferior ou igual a 200cópias/mL).

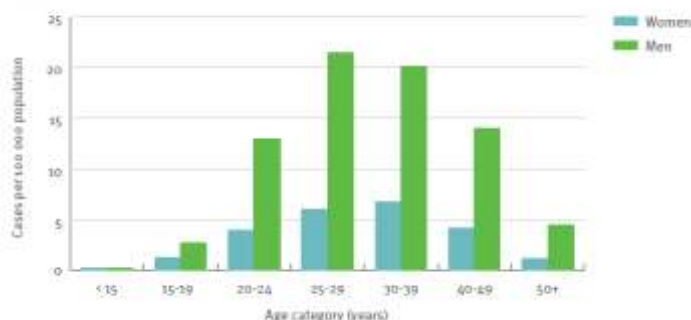
Como sabemos, as metas são **90-90-90** em 2020 [90% das pessoas diagnosticadas; destas, 90% em tratamento e destas, 90% com carga viral indetectável] e **95-95-95** em 2030.

Quanto às idades, há **23,5%** dos diagnósticos feitos entre os 15 e os 29 anos. Em 47,1% dos novos diagnósticos os doentes têm entre 30 e 49 anos. Os restantes 28,9% dos casos foram detectados entre quem tem mais de 50 anos.

Finalmente, para concluir os dados, anotemos que são os meios urbanos que agregam maior número de infetados e a área metropolitana de Lisboa continua a liderar a tabela no que diz respeito à localização geográfica dos doentes (50,3%), seguindo-se Porto e Setúbal (em terceiro lugar).

Poderíamos comparar com os dados europeus, do Relatório de 2017.

Figure 1.2: Age- and gender-specific rates of new HIV diagnoses per 100 000 population, EU/EEA, 2016 (n=29 332)



Sintetizemos em dez pontos o que sabemos hoje:

- 1. Sabemos hoje** [a etiologia] que os vírus que produzem a infecção por VIH são retrovírus, vírus ARN que se replicam através de um intermediário ADN ⁷.
- 2. Sabemos que** a infecção pelo VIH [consequências] causa desregulação e destruição do sistema imunitário, assim como manifestações neurológicas e tumorais ⁸; que a infecção evolui por fases ⁹, sendo frequentes as complicações por infecções oportunistas ¹⁰.

⁷ Os vírus que produzem a infecção por VIH são retrovírus, ou seja, vírus ARN que se replicam através de um intermediário ADN; os retrovírus, têm uma enzima - transcriptase reversa - que faz (como o nome indica) uma transcrição inversa, produzindo uma molécula de ADN a partir do seu ARN. Dentro deste subgrupo, os que provocam a doença nos seres humanos VIH- 1 e 2, descobertos em 1983 e 1986, respetivamente. Castillo, J. (2014). *Infección por VIH/sida en el mundo actual*. MEDISAN;18(7),117.

⁸ Segundo Rodriguez (2014) a infecção pelo VIH causa uma síndrome de desregulação do sistema imunitário de forma progressiva que termina com imunodeficiência adquirida. Esta síndrome é caracterizada por apresentar uma profunda depleção de células T-CD-4 e a incapacidade para controlar infecções oportunistas que não causam doença em indivíduos com um sistema imunitário completo. Assim, a característica mais importante é a destruição do sistema imunitário, mas também a existência do número de manifestações neurológicas e tumorais. Isto deve-se ao duplo tropismo do VIH: por um lado, como todos os lentivírus infeta células de linhagem de macrófagos e, por outro, apresenta um tropismo específico para os linfócitos T CD4.

⁹ A infecção por VIH tem três fases: a) Infecção Primária ou aguda (período de janela de 4- 12 semanas) não é possível detetar anticorpos específicos para VIH. A pessoa infetada pode estar assintomática ou apresentar um quadro clínico caracterizado por uma síndrome gripal (30-70% dos doentes, com os sintomas: febre, astenia, faringite, adenopatia, artralgia, mialgia, cefaleia, exantema maculopapular em troncos e membros); b) Fase crónica assintomática - a fase mais longa da doença que pode durar 8 a 10 anos, onde a presença do vírus no sangue diminui relativamente à infecção primária, mas o vírus continua-se a replicar ativamente numa pequena proporção de células infetadas (<1%) c) Fase avançada ou SIDA - falha progressiva do sistema imunitário para conter a replicação viral, que aumentam a destruição imunológica; aparecimento de infecções oportunistas, reduzindo os níveis de células T CD4 (a menos de 200 células/ mm³) e aumento da carga viral.

¹⁰ Segundo Costa (2014), as complicações das infecções oportunistas podem acabar em morte. Ocorrem devido a um sistema imunitário muito desgastado, tais como a tuberculose pulmonar ou extra pulmonar, a pneumonia por pneumocystis jirovecii, candidíase, meningite criptocócica, toxoplasmose, sarcoma de kaposi e linfomas – sobretudo do sistema nervoso central . Cf. Costa, R. (2014).

3. Sabemos que a base do tratamento da doença são os **antiretrovirais**, que impedem a replicação do vírus e a evolução da doença ¹¹.

4. Sabemos que o diagnóstico e o tratamento da Infecção VIH/SIDA estão acompanhados de profundas e complexas implicações psicológicas e sociais. Crenças negativas e sentimentos de medo, vergonha e culpabilidade - que se constroem no imaginário social de uma doença que sustenta o estigma da identidade de uma pessoa.

5. Sabemos que o VIH afetou uma esfera íntima - a da sexualidade -, com periculosidade para a sociedade, ainda que tenha passado de "morte anunciada" a doença crónica. A somar a esta delicada questão (ainda considerada tabu), parece presente a ideia (estranha e peregrina) que "tem a ver com os outros", acontece aos outros. Alguns estudos evidenciam que a maior parte das pessoas não se considera vulnerável para adquirir HIV. E, por isso, passa a pertencer "ao maior grupo de risco de todos"¹². O Relatório Europeu de 2017 sinalizava que 1 em 7 pessoas que vive no espaço europeu não tem ideia da sua situação de VIH.

6. Sabemos que algumas ideias iniciais se tornaram estereótipos e continuam a existir mitos e falsas crenças acerca da SIDA e da transmissão do VIH ¹³.

7. Sabemos que o estigma pode ter impacto sobre a saúde mental, incluindo ansiedade, depressão, ideação suicida, bem-estar psicológico e qualidade de vida, mas que também se relaciona com a procura de cuidados de saúde e a adesão a terapêutica antiretroviral.

Enfermagem e utentes com VIH: da vivência da transição à promoção de processos adaptativos. Tese para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

¹¹ Atualmente existem 6 classes de agentes antirretrovirais disponíveis, cujo uso depende do estágio da doença - inibidores das transcriptases inversas (inibem a enzima impedindo o desenvolvimento de ARN em ADN viral); inibidores da protease (anulam a atividade da enzima protease, assim se interrompe a replicação viral do VIH); inibidores de entrada (bloqueiam a entrada do VIH na célula hospedeira sã); inibidores da fusão (impedem a fusão do VIH com a célula hospedeira sã, evitando-se a infeção) e inibidores da integridade (impedem a integração do ADN viral no genoma do hospedeiro).

¹² Cf. Falé, R. M. Infecção VIH e sigilo médico. Informação SIDA e outras doenças infecciosas. Portugal, ano IX, n 49: 4-6, 2007.

¹³ Podemos constatar o estereotipar quem sofre de VIH/SIDA quando se verifica que qualquer pessoa que seja seropositiva ou que tenha SIDA é tendencialmente apontada como homossexual, prostituta ou toxicod dependente. Esta ideia vem desde os primórdios do aparecimento da doença e foi sendo transmitida. Veja-se o estudo da DGS comparando as opiniões dos portugueses com as do conjunto dos cidadãos da UE. Há quem ainda pense que se pode contrair SIDA num aperto de mão a um doente ou seropositivo, tomando uma refeição preparada por um doente ou seropositivo, sentando-se numa sanita previamente usada por um doente ou seropositivo. Cf. DGS. (2015) *Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números*. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Portugal.

8. Sabemos que a OMS considerou a possibilidade de integrar os infetados no grupo das deficiências (disability) ¹⁴ e existe especial proteção às pessoas neste grupo, entendendo-se hoje a infeção a VIH como uma doença pandémica (e não "apenas" epidémica).

9. Sabemos que a infeção com VIH não pressupõe a adoção de uma legislação própria - ou seja, os direitos e deveres das pessoas infetadas com o VIH enquadram-se nas Declarações sobre os direitos humanos e na Constituição e leis portuguesas ¹⁵, inclusivamente, no que diz respeito à confidencialidade e privacidade, sigilo e reserva da intimidade da vida privada ¹⁶ e à identidade pessoal.

10. Sabemos que as opções políticas têm sido "priorizar as intervenções de elevado impacto"¹⁷, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH [nomeadamente a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino e ao gel lubrificante, à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ¹⁸, à Profilaxia Pós-Exposição (PPE), e a material assético para consumo de drogas injetáveis¹⁹], proceder ao Rastreo, Diagnóstico e Referenciação, com uma aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH tem sido uma prioridade do Programa Nacional, com vista ao cumprimento da meta da ONUSIDA de diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção. Daí, o alargamento da realização dos testes, sem prescrição médica²⁰.



¹⁴ "People living with HIV may develop impairments as the disease progresses, and may be considered to have a disability when social, economic, political or other barriers hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others" (WHO, 2009).

¹⁵ O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Todos os cidadãos portugueses são abrangidos pelo princípio da igualdade de tratamento (n.ºs 1 e 2 do artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa), dando corpo ao artigo 26.º, n.º1, proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.

¹⁶ O Código Penal sanciona a devassa da vida privada (artigo 192).

¹⁷ DGS (2018) Infeção VIH e SIDA.

¹⁸ Despacho n.º 4835/2017 de 2 de junho de 2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107 de 2 de junho de 2017, o Governo considerou como relevante a Profilaxia Pré-Exposição da Infeção por VIH (PrEP), constituindo-se em associação com práticas de sexo e de consumos intravenosos seguros, como uma abordagem extremamente eficaz a disponibilizar aos cidadãos, de forma a contribuir para a eliminação do VIH em Portugal.

¹⁹ Assinalaram-se, em 2018, os 25 anos desde a implementação, em Portugal, do Programa Troca de seringas.

²⁰ Despacho n.º 2522/2018, dos Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Secretária de Estado da Saúde, publicado na 2.ª série do Diário da República, n.º 50 de 12 de março de 2018 veio permitir a realização de testes rápidos para VIH, VHB e VHC em farmácias

Sendo um problema de saúde pública, a prioridade é a prevenção pela informação e educação para a saúde.

2. Questões éticas

Citarei alguns princípios que me parecem especialmente adequados nesta fase de reflexão, em que estamos focados nas questões relacionadas com o VIH - especialmente, a prevenção.

A DIGNIDADE HUMANA - o verdadeiro pilar do qual decorrem todos os outros princípios. Segundo Savater, tem quatro grandes implicações - em primeiro lugar, implica a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros; segundo, deve ser reconhecida a autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida e as próprias normas de excelência (sem outros limites a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia ou o confronto da esfera de liberdade de cada um com a dos outros); em terceiro lugar, a dignidade humana implica o reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e não segundo os fatores aleatórios que não são essenciais à sua humanidade (como a raça, a etnia, o sexo e a classe social, entre outros); em quarto e último lugar, implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

O respeito pela dignidade da pessoa humana deve ser garantido a todas as pessoas, incluindo os portadores de VIH, o que abarca a proteção à liberdade, à cidadania, ao bem-estar social, à saúde, à propriedade, à segurança, a uma pluralidade de interesses cuja garantia está ligada à preservação da dignidade da pessoa humana.

Parece desde logo evidente o ESTIGMA (retratado no filme *Philadelphia*) de onde derivou uma corrente de proteção legal contra qualquer forma de discriminação. "Nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização."²¹



comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, sem necessidade de prescrição médica prévia.

²¹ UNESCO, Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, 2005. Artigos 11º.

RESPEITO PELA AUTONOMIA - ou seja, à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. A autonomia tem a ver com a nossa capacidade de refletir sobre as limitações que temos, a orientação da nossa ação, tendo em conta as circunstâncias de cada um.

O direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. "A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada" ²².

Mas tem uma exigência de fundo, que é relativa à **informação**. Só com informação fiável se podem tomar decisões verdadeiramente livres e conscientes, especialmente no que se refere a consequências.

Por isso é tão importante disseminar informação, promover literacia para a saúde e para a saúde sexual em particular, assim como sobre estilos de vida e comportamentos de risco.

E apela a uma equacionar da **prudência**, a virtude que permite calcular os riscos, deliberar em função do que nos convém, do que é do nosso maior interesse. A **prudência** ocupa-se da escolha dos meios; é uma forma de conhecimento, como as ciências e as artes, por isso situada nas virtudes intelectuais. Corresponde à capacidade de estar sempre atento aos comportamentos sendo que estes determinam responsabilidades a ser assumidas.

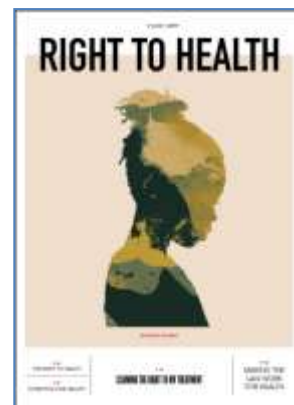
A **prevenção** refere-se a uma decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável – portanto, um conjunto de ações destinadas a evitar um evento danoso ou a advertir (informar, formar) eventuais vítimas. Estamos perante uma periculosidade estabelecida.

No caso do VIH **podemos prevenir**. Temos a informação necessária para tal. E quando não soubermos, usemos de precaução para evitar os perigos - ademais, como diz o provérbio, «cautela e caldos de galinha, nunca fizeram mal a ninguém». Ou, num provérbio malaio, «só porque a água está calma, não pense que não há crocodilos». Por isso, há que estar preparado para as possíveis escolhas que se pretendam fazer. E proteger-se, ser cauteloso.

JUSTICA, especificamente a equidade, tanto dizendo respeito à distribuição dos recursos de saúde, quer o direito a aceder a cuidados de saúde.

²² UNESCO, Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, 2005. Artigo 5º.

O Relatório "**Right to health**"²³ reforçou a ideia que o direito a cuidados de saúde é um direito económico, social e cultural; um direito inclusivo, que engloba as determinantes de saúde, a proteção da saúde, o poder atingir os mais elevados *standards* de saúde física e mental. Os serviços de saúde devem ser assegurados sem discriminação, estarem disponíveis e serem de boa qualidade. Aplica-se a grupos específicos, como as mulheres, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, migrantes e pessoas com VIH/SIDA.



Aliás, já a *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos* tinha consagrado (em 2005) que "A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa."²⁴.



E que " Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar: (a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano; (b) o acesso a

alimentação e água adequadas; (c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam; (e) a redução da pobreza e do analfabetismo"²⁵.

VULNERABILIDADE, que podemos encontrar numa exposição muito sintética da UNESCO, "*The principle of respect for human vulnerability and personal integrity*"²⁶, definindo as determinantes de "especial vulnerabilidade" ("special vulnerability") de pessoas e grupos, considerando duas categorias: as vulnerabilidades especiais, temporárias ou permanentes, com deficiências, doenças e limitações impostas pelos estadios da vida humana e as

²³ Office of the United Nations. High Commissioner for Human Rights. novembro de 2017.

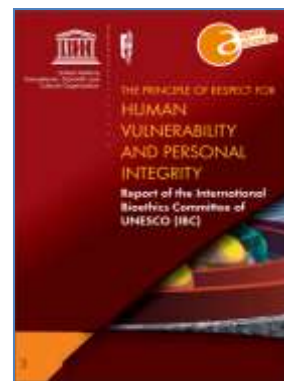
²⁴ UNESCO, Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, 2005. Artigo 10º.

²⁵ UNESCO, Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, 2005. Artigo 14º.

²⁶ UNESCO (2005) The principle of respect for human vulnerability and personal integrity. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf>

determinantes sociais, políticas e ambientais (por exemplo, a cultura, economia, relações de poder, desastres naturais).

A participação é, atualmente, encarada como muito relevante, nas tomadas de decisão aos diversos níveis de uma comunidade/ país. Assim como a relação entre direitos humanos e desenvolvimento de capacidades, entre as quais **a resiliência** tem assumido particular acuidade.



Daniel Serrão afirmava que “A ética da vulnerabilidade deve fazer-nos olhar para o mundo como algo muito frágil, como uma realidade viva que necessita de cuidados especiais e de protecção permanente.”²⁷

E também evoca uma ética da responsabilidade, de co-implicação e ação, tanto em sentido individual, que é o que cada um tenta assegurar, quem em sentido coletivo, de influência e participação na sociedade.

RESPONSABILIDADE - enquanto capacidade e obrigação de assumir as decisões, os atos e as consequências. Tem uma dimensão retrospectiva (face ao que já aconteceu) e projetiva, focada na nossa capacidade de antever as consequências amanhã.

No plano moral, “é pelo outro, que se é considerado responsável”²⁸. A nossa responsabilidade ética de uns para com os outros aparece, por exemplo, na base da figura jurídica do dever de auxílio (e do crime de omissão de auxílio²⁹) em que “o princípio legitimador que consagra um dever de auxílio é o da solidariedade humana, face à vivência em comunidade ética”³⁰.

Não é, por isso, lícito deixar de prestar o auxílio necessário para afastar do perigo. Diz o Direito que temos um *dever de garante*, um dever que impende sobre determinada pessoa de evitar

²⁷ Cf. Serrão, Daniel. Vulnerabilidade: uma proposta ética in <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>

²⁸ Ricœur, Paul (1997) O Justo ou a Essência da Justiça. Lisboa: Instituto Piaget, p.54.

²⁹ Código Penal. Artigo 200º (no Título I - dos crimes contra as pessoas; capítulo VIII - dos crimes contra outros bens jurídicos pessoais). 1 - Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias. 2 - Se a situação referida no número anterior tiver sido criada por aquele que omite o auxílio devido, o omitente é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias. 3 - A omissão de auxílio não é punível quando se verificar grave risco para a vida ou integridade física do omitente ou quando, por outro motivo relevante, o auxílio lhe não for exigível.

³⁰ Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, 4310/2003.

um resultado - mas isto não quer dizer que vou parar o carro, numa estrada deserta, de madrugada, porque alguém está deitado no chão; é melhor contactar o 112 e não me colocar a mim em risco.

O VIH já demonstrou, nestas décadas, a capacidade de atravessar todas as barreiras - sociais, económicas, culturais, políticas e geográficas. E se temos problemas na prevenção, querendo com isto dizer que temos de a melhorar (e reduzir os novos casos), também temos problemas entre diagnóstico e tratamento, na ligação das pessoas aos cuidados de saúde e capacidade de as reter em tratamento.

Em síntese, precisamos de literacia científica e para a saúde, de mecanismos eficazes de prevenção e também não-discriminação e respeito pelo Outro, de responsabilidade e prudência. Se queremos debelar a pandemia.

