



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

49/CNECV/06

RELATÓRIO N.º 49
CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

**RELATÓRIO
SOBRE A EXECUÇÃO DO TESTE DE
DETECÇÃO DO VIH APÓS EXPOSIÇÃO
OCUPACIONAL**

Rui Nunes e Oliveira Ascensão

(Julho de 2006)

1. O presente Relatório pretende contribuir para o esclarecimento de uma questão concreta colocada ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida pelo Conselho de Administração do Hospital do Montijo. A pergunta formulada refere-se à determinação da licitude de efectuar o rastreio da infecção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) – agente responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – em utentes do sistema de saúde após conspurcação accidental de um profissional de saúde com os seus produtos biológicos ¹.

Como é do conhecimento geral, a infecção pelo VIH nem sempre se associa ao aparecimento da SIDA. Aliás, caso se trate de um doente com SIDA o problema ético em apreço não se coloca da mesma forma, dado que o diagnóstico serológico do doente foi previamente efectuado. Por outro lado, a infecção por este vírus associa-se, frequentemente, a outros estados clínicos, nomeadamente o Portador Assintomático (PA) e o Complexo Relacionado com a SIDA (CRS). Mais ainda, deve ter-se em atenção a existência de um “período de janela” (*window period*) entre a infecção vírica e o desenvolvimento da seropositividade, dada a falsa sensação de segurança que um resultado negativo pode evocar.

Para o profissional de saúde exposto – médico, médico dentista, enfermeiro, farmacêutico, técnico de diagnóstico e terapêutica, ou auxiliar de acção médica (entre outros) – está em causa a confrontação entre deveres e direitos de natureza ética, jurídica e laboral, ao tratar-se de uma exposição no âmbito do exercício da sua profissão. De facto, a transmissão ocupacional do VIH (assim como de outros agentes patogénicos, tal como a hepatite B e C) deve merecer uma atenção particular por parte das autoridades de saúde, independentemente da natureza jurídica da instituição em que se manifeste esta ocorrência (estabelecimentos de saúde públicos, cooperativos, privados ou sociais).

Não se pretende com este Relatório fazer uma análise exaustiva das questões éticas e jurídicas relacionadas com a execução de testes de detecção do VIH mas, tão somente, abordar um tema específico que pela sua complexidade merece uma resposta tão objectiva quanto possível por parte deste Conselho, embora algumas recomendações possam ser generalizadas a outras doenças infecciosas.

¹ A questão colocada a este Conselho reporta-se à execução de “um teste de rastreio” que tecnicamente se refere “à identificação presumível de uma doença desconhecida pela aplicação de testes, exames e outros procedimentos, que podem ser aplicados rapidamente. Os testes de rastreio diferenciam aparentemente bem as pessoas que provavelmente têm a doença daquelas que não a têm. O teste de rastreio não pretende ser um teste de diagnóstico. As pessoas com resultados positivos devem ser enviadas ao seu médico assistente para diagnóstico e tratamento” Ver Last J: A Dictionary of Epidemiology (editado para a Associação Internacional de Epidemiologia), Oxford University Press, Nova Iorque, 2001, quinta edição.

De facto, carece de uma abordagem ética diferenciada a realização do rastreio serológico em grávidas, em recém-nascidos, em reclusos, em deficientes mentais, em membros das forças armadas ou mesmo o rastreio universal de todos os utentes que ingressam numa determinada unidade de saúde. Porém, dado ultrapassar o alcance deste Relatório, tal abordagem será referida apenas por analogia de modo a consubstanciar as posições ora expendidas.

2. A questão ética nuclear que se defronta neste caso está no conflito potencial entre a autodeterminação do utente, quanto a ser alvo de um rastreio da infecção pelo VIH, e a situação do profissional de saúde eventualmente conspurcado. Entram ainda em consideração os interesses dos outros utentes, quer perante uma improvável contaminação directa, quer perante a eventual contaminação indirecta que se viesse a verificar através do profissional de saúde contaminado ².

Esta problemática deve ser abordada com inteiro desprendimento de quaisquer pré-compreensões emotivas que infelizmente acompanharam nos primeiros tempos o debate sobre a infecção com o VIH/SIDA. A pessoa infectada pelo VIH deve ser considerada como um doente, simplesmente, sem que essa circunstância seja motivo de repulsa nem de glorificação. Não há nem que a condenar nem que a privilegiar, mas que atender simplesmente ao que o seu estado reclama.

A necessidade do consentimento informado de qualquer pessoa para a submissão a um rastreio é, como princípio, universalmente aceite ³. O que há de específico na situação em análise é a circunstância de haver outras pessoas implicadas, cujos interesses também devem ser ponderados. É necessário então apurar se se pode realizar uma conciliação entre as várias posições, ou quais os sacrifícios que possam eticamente ser impostos.

Neste caso, há por parte do profissional de saúde uma necessidade de saber, a curto prazo, se foi ou não infectado. A resposta é indispensável para que esse profissional possa determinar a conduta a adoptar posteriormente; tal como é necessária para controlar riscos a que estejam submetidos os outros utentes.

Em qualquer caso, o resultado do rastreio, a fazer-se este, deve manter-se no conhecimento sigiloso do pessoal de saúde implicado.

² Sobre a problemática do consentimento, versando já em especial os “testes da SIDA” arbitrários, particularmente no ponto de vista do Direito Penal, cfr. M. Costa Andrade, *Direito Penal Médico*, Coimbra Editora, 2004.

³ Por exemplo na Nova Zelândia está em análise a hipótese de se efectuar o rastreio pré-natal do VIH, tendo sido sugeridas diversas estratégias: rastreio selectivo de grávidas, rastreio universal com *opting in* e rastreio universal com *opting out*. Qualquer que seja a solução preconizada é consensual que deve ser obtido o consentimento informado formal (em papel ou em versão electrónica). Ver National Health Committee: HIV Screening in Pregnancy. A Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, 2004.

3. A dificuldade maior está porém nos casos em que o utente recusa submeter-se ao rastreio.

A questão nem sequer se suscitaria se a conspurcação do profissional de saúde se verificasse em estabelecimento em que as rotinas adoptadas incluíssem o rastreio prévio. Então o estabelecimento disporia sempre da informação necessária. Mas esse procedimento não abrange todos os casos em que a contaminação se pode verificar, pois mesmo em abstracto só seria plausível em situações de risco acrescido para o profissional de saúde (a título de exemplo, no caso de pacientes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica). Mesmo então, haveria que realizar uma análise custo-benefício, em função dos meios disponíveis. Tudo isto implica que restariam sempre situações perante as quais se levantaria a interrogação em caso de recusa do paciente que não foi sujeito antecipadamente a rastreio. Acresce que a realização de rastreio prévio não corresponde à prática actual, nem é a que subjaz à presente Consulta.

4. Poderia presumir-se o consentimento do paciente para a realização do rastreio.

O fundamento seria a prevalência do interesse social e do das pessoas directamente implicadas, sobre as motivações que possam estar na base duma hipotética recusa.

Não é uma situação ímpar. No extremo está a presunção que todos nós somos dadores do nosso próprio corpo após a morte, que vai muito mais longe que esta hipótese. Com a diferença, favorável à admissão da presunção neste caso, que o rastreio aqui também funciona no interesse do paciente, pois é objectivamente do interesse dele conhecer o seu estado e poder assim orientar a sua conduta em conformidade.

Mas também esta hipótese não leva a uma solução, para efeitos do presente Parecer. De todo o modo, esta não é a prática admitida. Para ser estabelecida, careceria de disposição legal que a previsse⁴. E restaria sempre a necessidade de analisar as consequências de o paciente recusar o teste de rastreio, elidindo assim a presunção de consentimento.

Há assim que examinar as situações individualizadas de recusa, pois não há nenhum meio universal que as previna.

Ponhamos pois directamente a hipótese de ter havido a conspurcação accidental do profissional de saúde e o utente se negar a autorizar o rastreio. Temos portanto uma situação de emergência

⁴ Outra hipótese seria a assinatura do paciente à entrada de um termo em que autorizasse o teste de rastreio, se tecnicamente fosse necessário.

médica mas em que se levanta um impedimento por parte do utente à actuação que seria justificada, à luz das *leges artis*.

Está longe de ser a hipótese normal. A experiência vai, pelo contrário, no sentido de o utente admitir a realização do rastreio. Mas a recusa não é também uma eventualidade meramente teórica pelo que, qualquer que seja a sua frequência, deve ser eticamente avaliada.

5. Podemos desenhar duas posições básicas em presença.

I – A que considera a autodeterminação do utente o aspecto, único ou principal, a ponderar. A recusa seria decisiva, apenas lhe podendo ser oposto o aconselhamento adequado.

Observar-se-á nomeadamente que o rastreio não se faz no interesse do utente, mas sim no do profissional de saúde, ou do serviço de saúde em geral. Qualquer actuação sem consentimento implicaria assim a actuação arbitrária desses serviços.

A consequência dessa actuação arbitrária poderia ser desenhada como a lesão da integridade física: uma simples picada o representaria. Noutro entendimento, seria antes ofensa da autodeterminação apenas, até porque a qualificação não deveria depender do modo técnico de realização: não se compreenderia que, se houvesse um modo técnico de o fazer que dispensasse a picada, passasse a ter qualificação (e submissão a tipo penal) diferente.

Seria este o entendimento de uma visão individualista da ética.

II – Mas a esta visão pode contrapor-se outra.

Poderia observar-se que não se poderia dizer que o rastreio se faz apenas no interesse de terceiros. Há um interesse para o utente em que o seu estado seja conhecido, ao menos para o efeito do tratamento a que deva eventualmente ser submetido. Por isso deve ser-lhe dado conhecimento do resultado do rastreio. Ainda que se recuse a tomar conhecimento, isso não implica que apenas esteja em causa o interesse de terceiros, pois objectivamente há também um interesse do próprio em conhecer o seu estado.

Sobretudo, observar-se-ia que a recusa do rastreio, dado o dano que poderia provocar a terceiros, seria uma manifestação de egoísmo. A autodeterminação voltar-se-ia contra os outros. De facto, a partir do séc. XVIII a autodeterminação individual passou, em certas orientações e consoante os países, a ser encarada como o único ou o principal valor em jogo, ganhando frequentemente um

carácter formalista, vazio e mesmo anti-social⁵. Mas não há absolutos na vida humana. Também a autodeterminação não é um absoluto.

A autodeterminação tem um sentido positivo: a realização da personalidade. Realização essa que só cada homem pode decidir mas que é incompatível com um encerramento em si mesmo. Neste caso, a autodeterminação não seria auto-realização mas egoísmo, e portanto a negação do seu sentido.

A autodeterminação, sendo condição do valor ético e base da responsabilidade humana, é todavia instrumental: existe para que o homem, como ser com fins próprios, possa atingir (livremente) os seus fins.

Mas a pessoa é necessariamente convivência: a sua realização faz-se com os outros. Como tal, há outra dimensão fundamental, que é a da solidariedade. A autodeterminação não merece acatamento quando se afasta gravemente da solidariedade social.

Isto significa que para este entendimento a recusa do utente ao rastreio surge como mero facto, com valor ético menor. Condiciona a actuação mas não se impõe por si. Pelo contrário, pode haver princípios que eticamente a sobrelevem, em nome da solidariedade.

Não é nada de singular. O tratamento compulsivo de doentes mentais ou de pessoas com doenças contagiosas disto são manifestação.

6. Que fazer então, no caso em exame?

O C.N.E.C.V. já se pronunciou sobre a obrigatoriedade dos testes de VIH (Parecer 16/CNECV/96), por sua própria iniciativa. Mas estava então em causa a não discriminação das pessoas infectadas, questão que se não coloca neste momento. Mesmo então, não deixou de se recordar o princípio de que “é legítimo restringir a liberdade individual, se tal for necessário, para proteger o bem estar e a saúde pública”⁶.

Em abstracto, haveria a possibilidade de prescindir de obter o consentimento do utente. Mas há também que perguntar o que fazer se o utente, tendo sido ou não questionado, se recusar: pode ser forçado a submeter-se?

⁵ No plano jurídico, representa o reflexo da visão dos direitos fundamentais como direitos contra o Estado, em que o cidadão se arrogava sobretudo o afastamento da intromissão do Estado na vida privada, entendida esta por contraposição à vida pública. Acabou por levar a entendimentos extremados de *privacy*.

⁶ Extraído de um texto do Conselho Económico e Social da ONU.

Não se afigura que haja razões éticas que imponham que a questão seja colocada ao utente, se se admitir a maior valia das razões de solidariedade. Porém, concepções vigentes neste domínio conduzem a uma certa formalização desse consentimento.

Como a ética não pode deixar de ser situada, atendendo às condições da sociedade em causa, parece que essas concepções representam actualmente um obstáculo à concretização efectiva deste segundo entendimento.

O mesmo se diria, agora por maioria de razão, no que respeita à imposição do rastreio. Acresce ainda a prática impossibilidade de mobilizar os meios que a efectivem, perante a estrutura geral existente.

No que tange ao exercício do consentimento, aplicam-se os princípios gerais, nomeadamente no que respeita à capacidade para consentir, à renúncia do exercício e à delegação noutra pessoa. Embora não seja em geral exigida forma especial, já em circunstâncias específicas a forma escrita é exigida ⁷ ou aconselhável, para assegurar a prova do consentimento.

7. A questão desloca-se então para as vias alternativas.

Perguntar-se-ia se um hospital, por exemplo, se poderia recusar a manter em tratamento um utente nessas condições. Ou ainda se um médico se pode individualmente recusar a fazê-lo.

Qualquer que seja a resposta, cremos que não será condicionada pela ética, porque a atitude do utente não teria, salvo ocorrência de circunstâncias extraordinárias, cobertura ética.

8. A problemática prolonga-se seguidamente noutro plano.

Qual a situação do profissional de saúde, se o rastreio não se realizar? Isto porque se cria a possibilidade de ele se tornar um agente de disseminação, particularmente em certos sectores de actividade. Aqui, a hipótese de proceder ao rastreio prescindindo do consentimento do próprio profissional de saúde nem em abstracto se coloca.

⁷ Há circunstâncias específicas em que a lei exige que o consentimento seja prestado também na forma escrita, designadamente: a) os ensaios clínicos de medicamentos, b) a investigação no genoma humano; c) os testes de biologia molecular, d) a colheita de produtos biológicos para a constituição de bancos de DNA e de outros produtos biológicos; e) a transplantação de órgãos; f) a interrupção voluntária de gravidez; g) o diagnóstico pré-natal; h) a esterilização; e i) a electroconvulsivoterapia e as intervenções psicocirúrgicas.

Porém, nos termos gerais, sempre que da conspurcação resulte uma situação que ponha em perigo, além do próprio, os utentes com quem contacta, justifica-se a suspensão da actividade.

Após exposição ocupacional a produtos biológicos de utentes em risco de transmissão do VIH, os profissionais de saúde devem abster-se de práticas susceptíveis de transmitir a infecção a outros utentes até que o seu próprio estado de seronegatividade seja confirmado.

9. É neste contexto plural e abrangente que o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida pretende ir de encontro a uma expectativa legítima dos profissionais de saúde, expectativa esta que se encontra reflectida no pedido de parecer supracitado, na motivada esperança de assim poder contribuir para a afirmação dos valores éticos mais significativos.

Ao elaborar este Relatório o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida teve em atenção não apenas os diferentes instrumentos ético/jurídicos internacionais mais relevantes sobre a temática dos direitos dos doentes (nomeadamente, e entre outros documentos, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina aprovada por Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001), mas, também, a Lei de Bases da Saúde⁸, o Estatuto Hospitalar⁹, o Regulamento Geral dos Hospitais¹⁰, a Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, que aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes elaborada pela Direcção-Geral da Saúde¹¹, a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde elaborada pela Entidade Reguladora da Saúde¹², instrumentos nos quais se reafirmam os direitos fundamentais a respeitar na prestação dos cuidados de saúde. De salientar, também, a Carta da Criança Hospitalizada, que pretende assegurar critérios de humanização na prestação de cuidados de saúde à criança¹³.

Este Conselho teve ainda em atenção os códigos de ética profissional, de que se devem salientar o Código Deontológico da Ordem dos Médicos¹⁴ e o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros¹⁵.

⁸ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Esta lei foi alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que também aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar.

⁹ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968.

¹⁰ Aprovado pelo Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968.

¹¹ Direcção-Geral da Saúde: Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, Lisboa; 1998.

¹² Departamento de Protecção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos da Entidade Reguladora da Saúde; Porto, 2005.

¹³ A divulgação desta carta em Portugal é feita pelo Instituto de Apoio à Criança, www.iacrianca.pt

¹⁴ Ordem dos Médicos: Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Revista da Ordem dos Médicos n.º 3; 1985: 1-28.

¹⁵ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.

CONCLUSÕES

- a. Numa sociedade plural e democrática a eminente dignidade da pessoa humana é fundamento do Estado de Direito, pelo que qualquer pessoa é, e deve ser, perspectivada na sua irredutível dignidade;
- b. Dela decorre a liberdade de autodeterminação desde que se verifiquem as condições básicas para que o agente possa actuar com sentido ético da responsabilidade;
- c. No âmbito da relação clínica, além da aplicação de critérios de beneficência, um dos valores nucleares a preservar é o princípio ético do respeito pela autodeterminação da pessoa, como ser responsável pela sua autorealização;
- d. Mesmo que seja juridicamente defensável o princípio da liberdade da forma na obtenção de consentimento esclarecido – ou seja, que este tanto pode ser obtido na forma oral como na forma escrita – o consentimento deve ser prestado preferencialmente na forma oral, ainda que a sua redução à forma escrita seja aconselhável ou até legalmente exigida em circunstâncias específicas de modo a materializar a prova da sua ocorrência;
- e. A ponderação destes valores no universo da saúde deve também ter em consideração a especial vulnerabilidade de alguns doentes, o que implica a adopção de precauções adequadas à sua condição;
- f. Sendo a medicina, a medicina dentária e a enfermagem, entre outras, consideradas profissões de risco, também os direitos dos profissionais de saúde devem ser salvaguardados;
- g. Os profissionais de saúde estão, por dever de ofício, sujeitos a um risco considerável de exposição ocupacional ao VIH, devido ao contacto com sangue (flebotomia, por exemplo) e outros produtos biológicos do utente (saliva, urina, etc.);
- h. Em todo este processo deve-se ter em atenção o desenvolvimento frequente de sintomas persistentes de ansiedade, depressão, insónias e ataques de pânico por parte do profissional de saúde¹⁶, pelo que deve ser imediatamente instituído aconselhamento psicológico e ético adequado incluindo um esclarecimento cabal da estratégia ideal a

¹⁶ Estão descritos casos de Perturbação Pós-Stress Traumático em profissionais de saúde expostos ao VIH, mesmo com diagnóstico negativo após um ano de avaliação sistemática. Ver Worthington G *et al*: Occupational Exposure to HIV, New England Journal of Medicine 349; 2003: 1091-1092.

seguir neste contexto (aconselhamento pré e pós teste de detecção precoce de VIH no profissional de saúde);

- i. A incidência da infecção pelo VIH em Portugal é superior à de qualquer outro país da Europa Ocidental, tendo sido notificados 27 013 casos de infecção por este vírus até 30 de Junho de 2005;
- j. Nos termos da Portaria n.º 103/2005 de 25 de Janeiro a infecção pelo VIH passou a integrar a lista das doenças de declaração obrigatória de modo a otimizar a monitorização epidemiológica da infecção e a melhorar a sua projecção a curto e médio prazo e os casos positivos devem ser reportados ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde;
- k. De acordo com o estado actual da ciência ¹⁷, existe um risco de cerca de 0,3% de transmissão do vírus após exposição percutânea do profissional de saúde a sangue VIH positivo (por exemplo, através de uma picada com agulha ou com um bisturi) e um risco de cerca de 0,09% após exposição das membranas mucosas (olhos, boca, etc.);
- l. A exposição percutânea é o meio mais frequente de transmissão do vírus e o risco parece aumentar ¹⁸ quando o instrumento (agulha, bisturi) causou uma ferida profunda, estava visivelmente contaminado com sangue, estava inserido numa artéria ou numa veia, ou quando o doente veio a falecer (pelo VIH) dentro de dois meses após a exposição;
- m. Ainda que seja possível efectuar o teste do VIH/SIDA recorrendo a diversas técnicas serológicas (nomeadamente, Anti-VIH 1, Anti-VIH 2, Anti-VIH 1 + Anti-VIH 2, *Western Blot* 1, *Western Blot* 2, Antígeno, etc.), para evitar uma taxa elevada de falsos positivos e de falsos negativos tem-se sugerido a utilização de um teste de detecção precoce recorrendo ao imunoensaio para os anticorpos VIH;
- n. A melhor maneira de evitar a exposição ocupacional ao VIH é a adopção de práticas mais seguras no relacionamento com os utentes (sobretudo ao efectuar uma flebotomia ou

¹⁷ Gerberding J: Occupational Exposure to HIV in Health Care Settings, *New England Journal of Medicine* 348; 2003: 826-833; e Cardo D, Culver D, *et al*: A Case-Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure, *New England Journal of Medicine* 337; 1997: 1485-1490.

¹⁸ Está provavelmente em causa, ainda que esta hipótese não tenha sido cientificamente demonstrada, a importância do inoculo viral, ou seja a relação existente entre o volume de exposição e o título viral. A carga viral assume, então, particular relevância na probabilidade de seroconversão após exposição ocupacional. Este factor poderá ser determinante na selecção do tratamento anti-retrovírico profilático do profissional de saúde exposto.

durante uma intervenção cirúrgica), nomeadamente no que respeita à existência de mecanismos de protecção adequados (máscaras, luvas, agulhas, seringas, etc.), e à adopção de precauções universais no contacto com o sangue ou outros produtos biológicos do utente ¹⁹;

- o. Cabe às entidades competentes (Ordem dos Médicos, Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA) determinar qual o esquema de tratamento profilático mais adequado à exposição ocupacional e definir as respectivas recomendações terapêuticas ²⁰;
- p. Estas recomendações devem ser posteriormente adaptadas às necessidades do profissional de saúde envolvido, tendo em atenção, entre outras variáveis, o tipo de exposição, a carga viral presumível e os efeitos laterais dos medicamentos a administrar;
- q. Compete à Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA ²¹ promover um esclarecimento cabal sobre a problemática relacionada com a exposição ocupacional ao VIH e, também, implementar medidas concretas que permitam minorar o seu impacto na vida pessoal e profissional de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- r. Compete ao Alto Comissariado da Saúde, em articulação com a Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA, integrar esta problemática numa das metas a alcançar através da implementação do Plano Nacional de Saúde e, em particular, do Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA ²²;
- s. Devem ser implementadas com a maior brevidade possível medidas concretas de vigilância epidemiológica neste domínio, justificando-se a criação junto do Instituto Nacional de Saúde e da Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA de um Registo Nacional dos Profissionais de Saúde Expostos ao VIH.

¹⁹ Trata-se da posição classicamente referida na doutrina anglo-saxónica como “*universal blood and body fluids precautions*” ou “*universal infection-control precautions*”. Ver Nunes R, Nunes JP: Problemas de Ética Médica na Infecção pelo HIV, Arquivos de Medicina 4 n.º 4; 1991: 357-365.

²⁰ De acordo com o Despacho n.º 5772/2005 do Ministro da Saúde os medicamentos antiretrovíricos só podem ser prescritos por médicos especialistas e só devem ser dispensados nos serviços farmacêuticos hospitalares. O que implica a existência de uma rede de referência dos profissionais de saúde suspeitos de exposição ocupacional para serviços de doenças infecciosas.

²¹ O despacho do Ministro da Saúde n.º 19871 de 15 de Setembro de 2005 extingue a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e cria a Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA.

²² Sobre as metas a alcançar em termos de ganhos de saúde ver Plano Nacional de Saúde, Prioridades 2004-2010, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2004; e Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA: Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, Metas para 2006, Lisboa, 2004.