

**Implicações Éticas do  
Diagnóstico e da Triagem  
Sorológica do HIV**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Programa Nacional de DST e Aids

## **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**

Série Legislação nº 2

**Organizadoras**  
Cristina Câmara  
Rosa Oliveira

Brasília, DF  
2004

© 2004. Ministério da Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,  
desde que citada a fonte.  
Tiragem: 2.000 exemplares

**PRESIDENTE DA REPÚBLICA**  
Luiz Inácio Lula da Silva

**MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**  
Humberto Costa

**SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
Jarbas Barbosa

**PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C  
CEP 70750-543 – Brasília, DF  
Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997  
Home page: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)  
Série Legislação n° 2 – PN-DST/AIDS

Publicação financiada com recursos do Projeto UNESCO 914/BRA/1101

**Diretor do Programa Nacional de DST e Aids**  
Pedro Chequer

**Diretores-adjuntos do Programa Nacional de DST e Aids**  
Raldo Bonifácio  
Ricardo Pio Marins

**Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS**  
Alexandre Magno de A. Amorim

**Assessor Responsável pela Unidade de Articulação com a Sociedade Civil  
e de Direitos Humanos**  
Roberto Brant

**Organizadoras**  
Cristina Câmara e Rosa Oliveira

**Editor**  
Dario Noletto

**Projeto Gráfico, capa e diagramação**  
Alexsandro de Brito Almeida

---

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.  
Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV / Secretaria Vigilância  
em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

64 p.: il. – (Série Legislação n.º 2)

ISBN

1. Direitos Humanos. 2. HIV – Preconceito. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil.  
Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

NLM JC 571

## Apresentação

A epidemia de aids tem gerado questionamentos éticos de diferentes ordens em todas as sociedades e culturas. Essa doença, causada por um vírus cuja infecção ocorre primordialmente pela via sexual e sangüínea, colocou em questão valores e costumes diretamente relacionados às práticas sexuais, modos de vida e mitos relacionados ao sangue. Foram necessárias duas décadas de respostas à epidemia para que se generalizasse a idéia de que um ambiente social discriminatório e preconceituoso, assim como modelos de intervenção que invadem a privacidade e os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, são contraproducentes para os programas de prevenção e assistência.

Especialmente no setor saúde, a aids trouxe à tona fissuras importantes entre ciências e ideologias, entre questões éticas, morais e de intervenções técnicas, entre solidariedade e exclusão. O medo gerado por uma doença inicialmente pouco conhecida, que remetia à sexualidade e à morte, acrescido dos preconceitos sociais previamente existentes levou a práticas públicas equivocadas, caracterizadas pela recusa e por outras formas de preconceito em relação ao atendimento nos serviços de saúde, sem mencionar a realização de testes compulsórios para admissão ao emprego, e a exclusão de crianças e adultos com HIV/aids do convívio social. Outrossim, temas até então considerados indubitáveis, como o sigilo médico, foram confrontados com a responsabilidade perante a saúde de terceiros e da coletividade.

Em nenhuma outra epidemia, o poder instituidor da sociedade – especialmente por meio das ações das ONG/Aids – expressou de forma tão clara a possibilidade de controle social sobre campos tradicionalmente dominados pelo conhecimento científico, conduzindo à compreensão de que as pessoas vivendo com HIV/aids, que compõem parte da sociedade civil organizada, exercem papel fundamental na formulação de políticas públicas em parceria com o Estado.

A presente publicação atualiza as orientações do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde perante a normatização ética sobre a triagem sorológica e o diagnóstico do HIV. Partindo da integração entre os aspectos de prevenção e assistência e da consideração dos direitos humanos como fundamento, esperamos contribuir para a construção de uma dinâmica social mais justa e inclusiva no tratamento das questões relativas às pessoas vivendo com HIV/aids e aos segmentos da população mais vulneráveis à epidemia.

**Pedro Chequer**  
Diretor do Programa Nacional de DST e Aids



## SUMÁRIO

<b>Enunciados preliminares .....</b>	<b>9</b>
<b>1 – Cenário ético-legal da triagem sorológica e do diagnóstico do HIV</b>	
1.1 - Orientações gerais para a oferta de triagem e diagnóstico .....	11
<b>2 – Triagem sorológica do HIV para seleção de doadores de sangue, órgãos e outros fluidos</b>	
2.1 - Considerações gerais .....	15
2.2 - Normatização .....	16
2.3 - Comentários finais .....	17
<b>3 – Diagnóstico e triagem sorológica do HIV e o profissional de saúde</b>	
3.1 - Considerações gerais .....	18
3.2 - Normatização .....	19
3.3 - Comentários finais.....	20
<b>4 – Diagnóstico e triagem do HIV em pacientes sob tratamento em hospitais e ambulatorios</b>	
4.1 - Considerações gerais .....	23
4.2 - Normatização .....	24
4.3 - Comentários finais .....	25
<b>5 – Diagnóstico e triagem do HIV no pré-natal</b>	
5.1 - Considerações gerais .....	26
5.2 - Normatização .....	28
5.3 - Comentários finais .....	29
<b>6 – Diagnóstico e triagem do HIV no pré-nupcial .....</b>	<b>31</b>
<b>7 – Exames anti-HIV e trabalho</b>	
7.1 - Considerações Gerais .....	32
7.2 - Normatização .....	33
7.3 - Comentários finais .....	35

<b>8 – Exames anti-HIV e presídios</b>	
8.1 - Considerações gerais .....	36
8.2 - Normatização .....	37
<b>9 – Exames anti-HIV na infância e juventude</b>	
9.1 - Considerações gerais .....	38
9.2 - Normatização .....	40
9.3 - Exames anti-HIV e adoção .....	40
9.4 - Exames anti-HIV e crianças e adolescentes sob medida protetiva de abrigo ou adolescentes em medida socioeducativa .....	41
<b>10 – Exames anti-HIV e militares</b> .....	<b>43</b>
<b>11 – Exames anti-HIV e estrangeiros</b>	
11.1 - Considerações gerais .....	45
11.2 - Normatização .....	45
<b>12 – Exames anti-HIV e esportes</b> .....	<b>47</b>
<b>13 – Exames anti-HIV e aeronautas</b> .....	<b>49</b>
<b>14 – Triagem sorológica do HIV e pesquisas</b>	
14.1 - Considerações gerais .....	50
14.2 - Normatização .....	52
<b>Bibliografia</b> .....	<b>55</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>57</b>



## Enunciados preliminares

O primeiro caso de aids foi identificado no Brasil em 1980, tornando-a doença de notificação compulsória a partir de 1986. De 1980 até dez/2003, 310.310 casos foram notificados ao Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS). Destes, 71,14% são homens: 220.783 casos acumulados (MS, 2003).

Estudos epidemiológicos apontam para indicadores que delimitam o atual perfil da epidemia, tais como o crescimento proporcional de casos atribuídos às relações heterossexuais e a faixas etárias cada vez menores; a feminização e a interiorização – aumento do número de casos de aids nos municípios de pequeno e médio porte. Acrescente-se a isso o impacto cada vez maior da infecção pelo HIV entre as populações mais pobres, onde ao baixo nível de escolaridade e às dificuldades de acesso a informação e meios de prevenção somam-se precárias condições de vida e de saúde, exigindo que a vulnerabilidade social passe a ser permanentemente considerada no planejamento de ações e políticas.

Os vinte anos de resposta nacional à epidemia de aids estão marcados não só pelo diálogo, mas, também, pelo conflito entre as abordagens ditas tradicionais em saúde pública e a pressão social pelo respeito aos direitos humanos. Fato comum no campo dos direitos humanos, as legislações para proteger os direitos e liberdades individuais foram, na maioria das vezes, reações a suas violações (Mann, 1993).

A necessidade de prevenção à infecção pelo HIV, bem como de investimentos crescentes na assistência às infecções oportunistas impõem o controle do diagnóstico sorológico para o HIV e dos marcadores necessários para sua eficácia, que contribuem tanto para evitar novas infecções ou reinfecções, quanto para assegurar o direito ao acompanhamento especializado precoce e à manutenção de uma boa qualidade de vida. A prevenção da transmissão vertical (da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação), demandou a proposição de normas que garantam às gestantes o acesso ao diagnóstico do HIV e a outros recursos já disponíveis.

Abordar a testagem anti-HIV de um ponto de vista ético remete à associação da epidemia à sexualidade, impulsionando a revisão de valores relacionados ao controle das práticas sexuais e a fatores morais aí implicados. Ao estudar os

enunciados éticos, Jurandir Freire Costa parte do princípio de que “só podemos julgar moralmente uma conduta quando podemos reconhecê-la como portadora de um sentido ético”. (Costa, 2000:19). Observa, com isso, que os mesmos são constituídos a partir de crenças morais, mutáveis e variáveis de acordo com as várias culturas existentes, concordando com Wittgenstein, quando este afirma que “crenças morais não representam realidades materiais” (op. cit.:31-32), não sendo possível compreendê-las e explicá-las recorrendo-se à natureza.

De fato, algumas crenças morais já desembocaram em grandes tragédias ao longo do tempo – como aquelas que acreditavam na existência de raças humanas superiores e que contribuíram para dizimar milhares de pessoas nos campos de concentração e nas guerras. Também a história da aids nos deu inúmeros exemplos de crenças que levaram à exclusão de grupos de indivíduos, como quando a doença foi identificada como câncer gay.

Importante destacar a esta altura o paradigma da igualdade perante a lei como um princípio. Nesse sentido, as disposições programáticas previstas na Constituição da República Federativa do Brasil têm por objetivo reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III), repelindo qualquer forma de discriminação (art. 3º, IV).

Feitas estas considerações iniciais, podemos nos deter de forma mais específica nas temáticas relativas ao diagnóstico e triagem sorológica do HIV.

## 1 – Cenário ético-legal da triagem sorológica e do diagnóstico do HIV

### 1.1 - Orientações gerais para a oferta de triagem e diagnóstico

São justificativas atualmente aceitas para a oferta de testes anti-HIV:

- a) O interesse pessoal em conhecer a condição sorológica, na necessidade de assistência clínica especializada;
- b) A seleção de doadores de sangue, órgãos para transplante, espermatozoides para inseminação artificial, tecidos;
- c) A realização de estudos epidemiológicos (resguardados os preceitos éticos previstos para pesquisas);
- d) A necessidade de elucidação da condição sorológica dos comunicantes sexuais de parceiros de pessoas HIV positivas ou com aids.

A tais situações acrescenta-se a recomendação da oferta desses exames para as pessoas que apresentem doenças sexualmente transmissíveis (DST), tuberculose ou suspeita de tuberculose, gestantes, usuários de drogas injetáveis (que refiram histórico de compartilhamento de equipamentos nesse uso), pessoas com práticas sexuais de risco, vítimas de violência sexual, profissionais de saúde ou de apoio dos serviços de saúde que estejam expostos a riscos de acidentes com materiais biológicos humanos, bem como ao paciente-fonte quando localizável e não possua anti-HIV conhecido. Segundo a Portaria 2.042, de 11.10.1996, possuem ainda indicação de exames anuais anti-HIV as pessoas que se submetem aos serviços de Terapia Renal Substitutiva (MS, 2000b).

O aconselhamento realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados para tanto é fundamental e implica informar o indivíduo sobre a natureza dos exames, a necessidade de realizá-los e o significado de seus resultados. Deverão ainda ser fornecidas informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV, identificar o motivo da testagem, avaliar se o indivíduo encontra-se em janela imunológica e dar outras referências de serviços de saúde (como no caso de queixa de DST) ou de apoios sociais que sejam pertinentes. Após esse procedimento, o sangue será coletado e remetido a um laboratório capaz de proceder às etapas previstas na definição diagnóstica. Os resultados deverão ser entregues somente à própria pessoa que realizou os exames, mediante aconselhamento. Todo resultado

positivo deverá ser confirmado numa segunda coleta de sangue, ressaltando-se que um primeiro resultado dessa natureza deverá ser confrontado com a história de riscos da [pessoa](#).<sup>1</sup>

Os serviços de saúde devem realizar o diagnóstico sorológico completo, acompanhado de aconselhamento, evitando resultados parciais que possam deixar dúvidas e/ou promover sofrimentos desnecessários. Contudo, em face da possibilidade do uso de anti-retrovirais para evitar a infecção pelo HIV (quimioprofilaxia) em situações determinadas, justifica-se em alguns casos a utilização dos testes rápidos. Esta publicação aborda as situações em que esse uso está previsto, como no caso dos acidentes com materiais biológicos humanos ou com mulheres em final de gestação ou na hora do parto. Saliente-se, porém, que o consentimento para a realização dos exames terá de estar assegurado em qualquer situação.

Nos casos envolvendo triagem sorológica para fins de doação de sangue, toda pessoa deve ser esclarecida sobre os exames que serão realizados com o seu sangue e seus objetivos. Dessa forma, não cabe ao banco de sangue definir o diagnóstico e sim excluir as bolsas de sangue que possam colocar em risco a saúde de outras pessoas, encaminhando o indivíduo a serviços de referência e triagem sorológica para confirmação de eventual resultado positivo.

Os protocolos de pesquisa poderão propor triagem sorológica para finalidades de validar novos exames (por exemplo, comparando-se exames de triagem que utilizavam sangue ou saliva), mas as pessoas só poderão colaborar depois de informadas de todos os procedimentos que serão adotados e de assinar o consentimento livre e esclarecido. As pesquisas deverão ainda prever exames confirmatórios para os exames de triagem detectados como positivos, ou divergentes, ou indeterminados, assegurando-se às pessoas o conhecimento sobre os seus resultados, bem como o encaminhamento a serviços de referência e triagem sorológica (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

A regulamentação técnica da atividade hemoterápica no Brasil foi atualizada por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 343, de 13 de dezembro de 2002. Essa RDC determina que todo doador de sangue deve ser submetido a uma triagem clínica e laboratorial para a infecção pelo HIV. No entanto, o diagnóstico final da infecção não precisa ser realizado necessariamente pelos serviços de hemoterapia. A RDC 343 ratifica a Portaria nº 488/SVS/MS, de 17 de junho de 1998, no que diz respeito aos testes utilizados na etapa de triagem sorológica da infecção pelo HIV.

<sup>1</sup> Informações detalhadas sobre os temas previstos nos aconselhamentos encontram-se bem explicitadas no manual "Aconselhamento em DST, HIV e AIDS – Diretrizes e Procedimentos Básicos, 1997, PN-DST/AIDS, MS".

Ressalte-se que a Portaria nº 59, de 28 de janeiro de 2003 – publicada no Diário Oficial da União de 30.1.2003 –, altera o conjunto de procedimentos necessários para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, em laboratórios de análises clínicas públicos, conveniados e privados. No que diz respeito à triagem sorológica de doadores de sangue deve ser observado o disposto na RDC 343.

No Brasil, desde 1987/88, o Ministério da Saúde estimulou a implantação de serviços de saúde especializados em aconselhamento e testagem anti-HIV. Esses serviços, denominados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), têm como princípios a gratuidade, o sigilo e a confidencialidade, a voluntariedade e a possibilidade do anonimato. Por sua vez, nas localidades onde não foram implantados CTA, a meta é que as demais unidades da rede pública de referência em DST/HIV/aids absorvam a demanda pelo diagnóstico sorológico para o HIV, oferecendo aconselhamento pré e pós-exames. As recomendações abaixo estão preconizadas para os CTA e para outras unidades públicas de saúde que realizem diagnóstico sorológico para o HIV, ou mesmo triagem sorológica após acidentes com materiais biológicos ou com gestantes:

- **Acessibilidade**: Devem estar situados em bairros ou locais de fácil acesso para a população a ser atingida e serem divulgados permanentemente, inclusive dias e horários de funcionamento.
- **Gratuidade**: Tanto na divulgação desses serviços, quanto para os usuários que chegam a eles, deve estar claro que eles não pagarão pelos exames que são ofertados. Esses exames são assegurados pelos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em face do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tais exames deverão ser ofertados a todas as gestantes, sendo um dos requisitos para que o município receba o montante previsto para cada gestante.
- **Confidencialidade e sigilo**: A pessoa que procura os exames anti-HIV deverá ser informada de que o relato sobre a vida pessoal, bem como os resultados de seus exames, estarão sob sigilo e que ninguém além do(s) profissional(ais) de saúde que a assistir(em), tomará conhecimento da sua realização e/ou resultados. Nesse aspecto, também os regulamentos dos Conselhos Profissionais garantem às pessoas assistidas o direito ao sigilo, podendo os profissionais de saúde serem punidos quando não o observarem. Nesse aspecto, cada uma das unidades de saúde deve prever em suas rotinas os seguintes aspectos:
  - a) O local onde ocorre o aconselhamento individual deve permitir a privacidade do que é dito;
  - b) Só pessoas autorizadas e diretamente implicadas na assistência deverão manusear e guardar os prontuários e estar cientes das

penalidades que poderão sofrer caso divulguem informações neles constantes. Destaque-se ainda o direito constitucional de o cliente ter acesso ao seu [prontuário](#)<sup>2</sup>;

- c) Os resultados dos exames do laboratório para a unidade de assistência deverão ser encaminhados em envelopes lacrados, e sua entrega deve ser feita diretamente ao interessado ou a seu médico;
  - d) o profissional de saúde deve estar ciente de que, mesmo quando discorde pessoalmente dos padrões de comportamento ou estilo de vida de um paciente, a conduta ética exige o sigilo sobre o que lhe é revelado.
- **Boa acolhida**: A pessoa deverá receber uma acolhida que lhe permita perguntar, tirar dúvidas e abordar aspectos de sua vida sexual ou de uso de drogas sem sentir-se discriminada ou desprovida de direitos. A pessoa deve poder sentir-se aceita, independentemente do estilo pessoal que apresente.
  - **Resolubilidade**: Envolve todos os procedimentos pelos quais o cliente passará na unidade e também a interface com o laboratório onde os exames serão realizados. Nesse ínterim, importa destacar o tempo que a pessoa terá que permanecer no serviço, assim como o tempo para a entrega dos resultados dos exames, o que, preferencialmente, deverá levar no máximo 30 dias. Também a garantia do cumprimento da RDC 343 da [ANVISA](#)<sup>3</sup> deverá estar assegurada.
  - **Rede de referência e contra-referência**: Toda oferta de testes anti-HIV exige o planejamento de unidades de saúde que possam atender às pessoas soropositivas ou com aids. Também serão necessárias referências de unidades de saúde que tratem DST ou outros agravos de saúde.
  - **Entrega de resultados**: Somente a própria pessoa poderá receber os resultados de seus exames e isso deverá ocorrer, primeiramente, em entrevista individual, mesmo tratando-se de um adolescente. Somente após a conversa com o próprio, e mediante o consentimento deste, o profissional de saúde poderá revelar o resultado dos exames a outras pessoas (familiares, parceiros, pais, amigos etc.).

<sup>2</sup> Art. 5º, inciso LXXII, alínea "a", Constituição da República Federativa do Brasil.

<sup>3</sup> A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 343, de 13 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde/ANVISA aprova o regulamento técnico para obtenção, testagem, processamento e controle de qualidade de sangue e hemocomponentes para uso humano. Publicada no DOU, em 19 de dezembro de 2002.

## 2 – Triagem sorológica do HIV para seleção de doadores de sangue, órgãos e outros fluidos

### 2.1 - Considerações gerais

A responsabilidade pela segurança do sangue a ser transfundido e de órgãos e outros fluidos a serem doados extrapola a pessoa física (a que faz a doação), a pessoa jurídica (os bancos de sangue, por exemplo) e atinge o Estado, que deve regular e fiscalizar, propondo medidas capazes de evitar a propagação de doenças por essas vias. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão regulador dos procedimentos técnicos necessários para a proteção da saúde individual e coletiva nas unidades que possuem banco de sangue ou banco de órgãos. Dentre as suas atribuições, a ANVISA deve zelar para que não sejam imputadas ao Estado responsabilidades que não lhe são pertinentes.

No caso da aids, uma vez que a síndrome foi descrita em 1981 e que em 1983 já se reconheciam as formas de transmissão da infecção (entre elas, a transfusão de sangue), embora não fosse tecnicamente possível a testagem do sangue, já havia a obrigação ética da triagem (através de entrevistas) dos doadores por parte do Estado. Somente a partir de 1985, com a generalização do uso dos testes ELISA e Western Blot abriu-se caminho para a tomada de outras medidas normativas concretas.

No Brasil, o caso do cartunista Henfil (falecido em 1988), infectado pelo HIV através de transfusão de sangue, gerou o processo 88.0004578-2, no qual foram réus a União Federal e o Estado do Rio de Janeiro. Esse pode ser considerado um caso pioneiro, pois colocou sob foco a responsabilidade do Estado ante as transfusões de sangue e questionou sua própria inércia. A decisão do juiz federal de indenizar a viúva e os filhos de Henfil foi um marco inovador, pois realçou o princípio da proteção aos direitos fundamentais da pessoa humana, deixando claro que o Estado pode ser questionado (MS, 1993).

Em 25.1.1988 foi editada a Lei Federal nº 7.649, estabelecendo a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças. Apesar dessa lei, ainda existem questões que precisam ser monitoradas: o

momento da triagem e o aconselhamento dos doadores, o que envolve outros exames além do anti-HIV; a entrega de resultados dos exames de triagem positivos (do HIV ou outros) sem uma entrevista de triagem adequada, ou mesmo diante da possibilidade da omissão de informações por parte do doador – caso ele esteja em janela imunológica, um resultado negativo poderá trazer graves conseqüências, uma vez que, nesse caso, seu sangue não será descartado.

Destaque-se que todo doador deverá ser esclarecido que um banco de sangue ou um banco de órgãos não são serviços especializados em diagnóstico nem do HIV, nem de outras patologias. Todos os exames realizados no sangue doado prestam-se somente à triagem, visando evitar que patologias sejam repassadas aos possíveis receptores desse sangue. Para a definição de diagnósticos, as pessoas deverão procurar as demais unidades da rede pública de referência em DST/HIV/aids. A doação de sangue ou de órgãos visa beneficiar a um outro que necessite desses componentes, sendo assim um ato altruísta que tem seu fim na própria doação. Outras demandas que cheguem aos bancos de sangue ou de órgãos deverão ser encaminhadas para rede especializada do SUS.

## 2.2 - Normatização

Segundo Myriam Bruno Debert Ribeiro, no “âmbito da Epidemiologia e Saúde Pública discute-se a aparente contradição entre o direito individual e o direito à preservação da Saúde Coletiva.” Essa questão torna-se relevante na medida em que certas ações (como as denominadas buscas ativas por pacientes-fonte potencialmente infectados em casos de transmissão de doenças transmissíveis por transfusão sangüínea), ao mesmo tempo em que são auxiliares importantes de um ponto de vista epidemiológico, dependendo de seu manejo, podem colidir com direitos e garantias **fundamentais**.<sup>4</sup> No campo da pesquisa epidemiológica, a informatização crescente torna necessária a possibilidade de acesso dos pesquisadores aos bancos de dados, com estrita obediência à confidencialidade das informações. Fica indicada a necessidade de elaboração de diretrizes éticas gerais que norteiem a investigação em grupos **humanos**.<sup>5</sup>

### 2.2.1 - Lei 7.649 de 1988, regulamentada pelo Decreto 95.721 de 11.2.1988

Definiu em seu artigo 3º, em relação à doação de sangue que:

“As provas de laboratório (...) incluirão, obrigatoriamente aquelas destinadas a detectar as seguintes infecções: Hepatite B, Sífilis, Doença de Chagas, Malária e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (OAB/MS, 1997:19).”

<sup>4</sup> Cf. CR/88, art.5º, incs. X, XI e XII.

<sup>5</sup> RIBEIRO, M.B.D. Ética e Epidemiologia. Available from World Wide Web: < URL: <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v2/eticaepide.html> >



A partir do cumprimento dessa lei, a curva de novos casos de aids relacionados com a transfusão de sangue caiu vertiginosamente.

### **2.2.2 - Resolução RDC 343, de 13.12.2002**

Dispõe que o sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado. Todo candidato à doação de sangue deve assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual declara expressamente consentir em doar o seu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite e consentir, também, na realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes. Além disso, o doador deverá consentir que o seu nome seja incorporado a um arquivo de doadores potenciais, se for o caso. Quanto ao sistema de registro, o mesmo deve ser apropriado a fim de permitir a rastreabilidade da unidade de sangue ou do hemocomponente, desde sua obtenção até seu destino final, incluindo-se aí os resultados dos exames de laboratório referentes a esse produto, resguardada a sua confidencialidade.

### **2.3 - Comentários finais**

As entrevistas de triagem com os doadores devem ser adequadamente realizadas, para que se identifiquem doadores com práticas eventualmente em risco às DST/HIV, destacando-se que o que importa nesse caso não é o estilo de vida, no sentido de sua prática sexual ou de uso de drogas, mas se essas práticas são seguras ou não. O doador deverá também ser orientado sobre o significado dos exames e que, no caso do HIV, poderão ocorrer resultados não-definitivos.

- a) Ao comunicar os resultados dos testes de triagem apenas da Etapa I, no caso de resultados positivos, divergentes ou indeterminados, o profissional de saúde deverá esclarecer sobre a necessidade de o doador procurar um serviço de saúde especializado em diagnóstico sorológico;
- b) Todos os municípios deverão capacitar serviços de saúde para realizar aconselhamento para o diagnóstico sorológico do HIV e possuir referências próprias, ou de outras municipalidades, para a assistência às pessoas soropositivas;
- c) Os dois exames obrigatórios utilizados na Etapa I, além de estarem registrados no Ministério da Saúde, necessariamente possuirão princípios metodológicos e/ou antígenos distintos, e pelo menos um deles deve ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

## **3 – Diagnóstico e triagem sorológica do HIV e o profissional de saúde**

### **3.1 - Considerações gerais**

Os profissionais de saúde e os trabalhadores de apoio dos serviços de saúde devem sempre observar as normas de biossegurança, mas, mesmo assim, podem ser expostos a acidentes vindo a infectar-se com vírus, bactérias, fungos ou protozoários.

Por esse motivo, todos os acidentes com materiais biológicos humanos deverão ser avaliados e notificados às autoridades competentes, devendo ocorrer medidas profiláticas quando estas forem indicadas.

O risco médio de se adquirir o HIV em situações de exposição a sangue é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea e de 0,09% após exposição mucosa. O risco de infecção associado a outros materiais biológicos é inferior, ainda que não seja definido.

“A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea é significativamente maior.” (MS, 2004).

Em face do exposto, os profissionais de saúde devem ser vacinados para a hepatite B, independentemente de ocorrerem acidentes.

Diante de um acidente com riscos para a infecção pelo HIV, o teste anti-HIV é indicado tanto para o profissional acidentado quanto para o paciente-fonte, quando não conhecida a sua condição sorológica. Informações detalhadas sobre os diferentes tipos de acidentes com material biológico humano, estão explicitadas em “Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C” do PN-DST/AIDS do Ministério da Saúde, 2004. O aconselhamento deve ser realizado tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente-fonte. Nessa ocasião, em função da avaliação do tipo de acidente ocorrido e da possibilidade de se obter os resultados dos exames anti-HIV do paciente-fonte, será avaliada a indicação de PEP (profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV) para o profissional de saúde.

Sabe-se que a PEP pode reduzir a 81% o risco de soroconversão após a exposição ocupacional (MS, 2004). Caso haja a indicação de PEP, o profissional de saúde será orientado a utilizar preservativos nas relações sexuais, especialmente durante o período da janela imunológica. O profissional de saúde também deverá ser orientado a não compartilhar agulhas, seringas ou outros utensílios, no caso de uso de drogas injetáveis.

Os ambulatórios especializados em HIV/aids, assim como os hospitais com equipes especializadas para esse tipo de assistência, são os locais de excelência para a avaliação desses acidentes, possuindo em geral as medicações previstas para a quimioprofilaxia. De toda forma, em razão das dificuldades que possam existir para o transporte do paciente-fonte até essas localidades, idealmente todas as unidades de saúde deveriam capacitar profissionais de saúde para o aconselhamento do paciente-fonte, que poderá então ter o seu sangue coletado e remetido a outra unidade de saúde.

Uma vez que o paciente-fonte seja bem orientado sobre a importância desses exames para o profissional acidentado e garantido o sigilo sobre o seu resultado, dificilmente haverá a recusa para a realização desses exames. Entretanto, diante de uma recusa ou da impossibilidade de se determinar o paciente-fonte, a indicação da PEP levará em conta somente o tipo de acidente ocorrido e as condições clínicas do paciente-fonte. Atualmente, com a possibilidade de serem utilizados testes rápidos anti-HIV (cujos resultados podem ser obtidos em 15-30 minutos) haverá a indicação destes testes de triagem serem utilizados com o paciente-fonte, mediante o seu consentimento verbal, o que ajudará a determinar a indicação ou não da PEP para o profissional acidentado.

### **3.2 – Normatização**

#### **3.2.1 - Vigência da Consolidação das Leis Trabalho (CLT)**

“Cap.V – Da Segurança e da Medicina do Trabalho

Seção V – Das Medidas Preventivas de Medicina do Trabalho

Art. 168, § 5º – O resultado dos exames médicos, inclusive o exame complementar, será comunicado ao trabalhador, observados os preceitos da ética médica.

Art. 169 – Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho (CLT)”.

### 3.2.2 - Orientações gerais da legislação trabalhista

“Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambas as codificações, há necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho, sendo que para a legislação privada essa comunicação deverá ser feita em 24 horas, por meio do formulário denominado CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho. O Regime Jurídico Único – ‘RJU’ dos funcionários da União, Lei nº 8.112 /90, regula o acidente de trabalho nos arts. 211 a 214, sendo que o fato classificado como acidente de trabalho deverá ser comunicado até 10 (dez) dias após ter ocorrido. Os funcionários dos Estados e dos Municípios devem observar Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos.” (MS,1999c).

### 3.2.3 – Registro do acidente de trabalho

“Protocolos de registro, avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento de exposições ocupacionais que envolvam patógenos de transmissão sangüínea devem ser implementados nas diferentes unidades de saúde.” (op. cit.).

### 3.2.4 – Res. 1665/2003, do CFM

“Parágrafo 3º - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde as condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Art. 9º - O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

Parágrafo único – O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família. ”

## 3.3 – Comentários finais

É fundamental assegurar-se a todos os profissionais de saúde os meios e informações necessárias ao adequado exercício da profissão, o que inclui seguir as normas de biossegurança. Desta forma, tanto profissionais quanto pacientes ficam mais resguardados de riscos possíveis. Quando tais condições não estiverem garantidas,

é dever do profissional exigi-las e comunicar aos Conselhos Profissionais para as providências legais cabíveis.

### **3.3.1 - Para o profissional de saúde**

Os exames anti-HIV deverão ser realizados pela primeira vez no dia do acidente, preferencialmente, até algumas horas após a exposição, objetivando determinar a condição sorológica do profissional de saúde antes do acidente. Isso lhe assegurará os direitos trabalhistas devidos, caso venha a ocorrer soroconversão em função do acidente. Quando os resultados dos exames do dia do acidente forem negativos, o profissional de saúde será orientado a repetir os exames com 6 semanas, 3 meses e 6 meses, para o acompanhamento da janela imunológica. O profissional de saúde, como qualquer pessoa, tem direito ao sigilo sobre os resultados de seus exames e sobre os assuntos explicitados no aconselhamento. Quando no dia do acidente for utilizado somente o teste rápido, a coleta de sangue para o diagnóstico convencional deverá ocorrer paralelamente e a amostra deverá ser enviada a um laboratório. Quando indicada, a PEP deve ser iniciada o mais brevemente possível, idealmente dentro de 1 a 2 horas após o acidente. Em profissionais de saúde do sexo feminino em idade fértil, o risco de gravidez deve ser indagado, sendo recomendável a realização de testes de gravidez sempre que houver dúvida. A gravidez, entretanto, não deve ser motivo isolado para deixar de se oferecer a melhor profilaxia relacionada à sua exposição. Profissionais que estiverem amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante o uso de PEP, pela possibilidade de exposição da criança aos anti-retrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão secundária do HIV.

### **3.3.2 - Para o paciente-fonte**

#### **3.3.2.1. Se a condição sorológica for desconhecida**

Realizar aconselhamento, destacando a importância da testagem para o profissional de saúde acidentado e avaliar a janela imunológica, como em qualquer testagem de rotina. O exame clínico também poderá avaliar possíveis sinais de soroconversão recente/infecção aguda pelo HIV (febre, adenopatias, faringite, erupções cutâneas – síndrome de mononucleose-símile). A partir do consentimento do paciente, será realizada a coleta de sangue e deverá ser utilizado o teste rápido anti-HIV, sempre que esteja disponível. Quando não for possível utilizá-lo, a amostra será enviada para um laboratório para a realização do diagnóstico sorológico. Deverá ser assegurado ao paciente-fonte aconselhamento pré-teste e pós-teste para a entrega dos resultados.

Quando for possível a utilização de um teste rápido anti-HIV, o mesmo deverá ser utilizado no paciente-fonte com fins de avaliar o início da PEP no acidentado (profissional de saúde). Caso o teste rápido apresente resultado positivo, há a indicação de PEP e o sangue/soro do paciente-fonte será encaminhado para um laboratório que possa executar todas as etapas da definição diagnóstica. Como o resultado do teste rápido não configura um diagnóstico, somente após o cumprimento do fluxograma completo (Portaria nº 59/GM/MS), o paciente-fonte deverá obter os resultados finais. Quando o teste rápido for negativo, após a avaliação clínica do paciente e afastada a possibilidade de estar em janela imunológica, não haverá indicação de PEP para o profissional acidentado. No entanto, para que o paciente-fonte tenha acesso ao diagnóstico conclusivo, necessário se faz o encaminhamento da amostra para um laboratório a fim de que se faça a definição diagnóstica.

Cabe enfatizar que na prática cotidiana dos serviços de saúde, os pacientes-fonte devidamente esclarecidos da importância desses exames para o profissional acidentado têm colaborado para a sua realização, entendendo que eles próprios também podem ser beneficiados pelo conhecimento de sua condição sorológica.

### **3.3.2.2. Paciente-fonte sabidamente HIV positivo ou que tenha aids**

Um paciente-fonte é considerado infectado pelo HIV quando há resultados dos exames anti-HIV reativos (positivos) ou com o diagnóstico clínico de aids. Esse fato deverá ser considerado junto com a avaliação do tipo de acidente, reforçando a indicação de PEP para o profissional acidentado.

## 4 – Diagnóstico e triagem do HIV em pacientes sob tratamento em hospitais e ambulatórios

### 4.1 - Considerações gerais

Apesar de não existirem justificativas técnico-científicas para a generalização da testagem anti-HIV para pessoas hospitalizadas ou que estão com cirurgias programadas, inúmeras situações são relatadas sobre pessoas hospitalizadas que são testadas sem o seu consentimento prévio ou que são obrigadas a realizar esses exames, como condição para agendar cirurgias.

Também há descrições de situações de pessoas com sintomatologias compatíveis com a infecção pelo HIV ou mesmo aids e que não recebem nem aconselhamento e nem a oferta desses exames. Quando as pessoas implicadas não se enquadram nos estereótipos sociais previstos para ter o HIV ou a aids, tal hipótese não é considerada, ficando essas pessoas sem o tratamento adequado por um tempo maior, podendo ocorrer hospitalizações, possivelmente evitáveis (Ferreira, 1999).

As dificuldades dos profissionais de saúde em abordar temas relativos à sexualidade e à aids, e o medo causado pela desinformação relativa a acidentes laborais, ou o preconceito, ainda fazem com que alguns profissionais optem por uma indicação do teste sem comunicar esse fato ao cliente, o que configura infração a princípios constitucionais ligados a garantias fundamentais (art. 5º, CF, inc. X e ss.), além de contrapor-se a determinações de ordem ética:

O Parecer nº 14/88, aprovado pelo CFM em 20.5.1988, já então explicitava, repetindo o Código de Ética Médica em seu artigo 56, que:

“Deve o médico, antes da realização de qualquer ato, informar ao paciente acerca de seu significado, finalidade e repercussões, para que o paciente possa livremente decidir sobre ele, autorizando ou não sua concretização. A não ser em casos de iminente perigo de vida, ao médico é vedado desrespeitar o direito de decisão do paciente quanto à execução de práticas diagnósticas e terapêuticas.”

Um outro aspecto, diretamente relacionado à testagem em hospitalizações (ou mesmo ambulatórios) diz respeito ao sigilo sobre a condição sorológica. Inúmeros relatos têm sido noticiados sobre pessoas que, uma vez reconhecidas como sorologicamente positivas para o HIV ou mesmo com aids, têm essa condição

revelada para várias pessoas, passando a sofrer discriminação por parte da equipe de saúde, ou mesmo por parte de outros pacientes, que indevidamente são comunicados sobre o fato. O horror inicial à aids, aliado à desinformação sobre as vias possíveis de ocorrerem as infecções, disseminou-se também entre os profissionais de saúde, fazendo com que as pessoas que viviam/vivem com HIV/aids fossem identificadas como promíscuas, desviantes ou marginais (Daniel, 1989; Daniel e Parker, 1991). Daí, passam a ser vistas como menos cidadãos e, como tal, sem direitos. Embora nos últimos anos haja um certo abrandamento dos medos e preconceitos e, conseqüentemente, uma diminuição dessas posturas, elas ainda ocorrem e são eticamente condenáveis.

Quando a testagem anti-HIV for utilizada como critério para qualquer tipo de exclusão, ou mesmo quando favoreça condutas discriminatórias ou preconceituosas com o cliente, o profissional de saúde deve estar ciente de que poderá ser punido pela lei ou sofrer restrições por seu Conselho Profissional. Nesses casos, uma vez comprovadas tais condutas, o paciente poderá processar legalmente o profissional (ou a equipe de saúde) ou recorrer aos conselhos profissionais.

Outra questão diz respeito ao paciente que vai submeter-se a procedimentos invasivos e deseja conhecer a condição sorológica do(s) profissional(ais) de saúde implicado(s) no procedimento. Essa proposição não encontra justificativa ética e nem científica, uma vez que o cumprimento das normas de biossegurança assegurará e diminuirá os riscos de infecções. Ademais, assim como as outras pessoas, os profissionais de saúde têm o direito ao sigilo sobre seu status sorológico, não se justificando nem a testagem compulsória, nem a revelação da condição sorológica. Ainda quando o profissional de saúde é soropositivo para o HIV, não é indicado o afastamento de suas funções. Seu afastamento só ocorrerá quando o estado de saúde, física ou mental, o justificar, impedindo ou limitando o adequado exercício profissional.

## 4.2 – Normatização

### 4.2.1 - A Constituição da República Federativa do Brasil deu ênfase especial ao capítulo dos direitos e garantias fundamentais, explicitando ainda em seu artigo 3º que estão entre os objetivos fundamentais da República:

“(…) IV - Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”

Dessa forma, práticas discriminatórias e preconceituosas de qualquer natureza ferem a Constituição, prejudicando as relações sociais e a segurança do Estado democrático de Direito, pautado ainda pela solidariedade e pela igualdade de direitos e deveres.



#### 4.2.2 – Visando regular e normatizar a assistência às pessoas vivendo com HIV ou aids, incluindo as gestantes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução nº 1.665/2003<sup>6</sup>. Nela, destaque-se:

a) Art. 4º: “É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV”.

Esse dispositivo, fundamentado no princípio constitucional, veda, por exemplo, tanto a solicitação como a exposição pública de exames relativos à admissão, manutenção e rescisão da relação de trabalho, deixando claro que o médico está proibido de revelar o diagnóstico de funcionário ou de candidato a emprego, devendo apenas informar sobre sua capacidade ou não para exercer determinada função, encaminhando o paciente a tratamento, se for o caso.

b) Art. 10: “O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.” Assim, o médico e os serviços de saúde não podem recusar atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, e, sob nenhuma hipótese, estão autorizados a atendê-los de forma discriminatória.

#### 4.3 – Comentários finais

Há muitas preocupações dos profissionais de saúde sobre a comunicação às parcerias sexuais ou de uso compartilhado de drogas injetáveis de pessoas soropositivas. Por vezes, há a expectativa de que o paciente forneça essa informação imediatamente após tomar conhecimento de sua condição de soropositivo. A experiência tem demonstrado que será necessário, primeiro, ajudar a pessoa que se descobre soropositiva para o HIV a se adaptar a essa nova condição, para que posteriormente ela possa comunicá-la à(s) outra(s) pessoa(s). Por isso, a postura do profissional de saúde deverá ser a de valorizar integralmente o paciente. Essa medida poderá ser um espelho a estimular a sua própria auto-estima, sendo uma estratégia importante para favorecer um maior cuidado consigo e com o outro.

---

<sup>6</sup> Essa resolução é uma das referências de base de todas as temáticas abordadas nesta publicação.

## 5 – Diagnóstico e triagem do HIV no pré-natal

### 5.1 - Considerações gerais

Na população feminina, o aumento do número de casos de aids e de infecções pelo HIV exigem medidas concretas, a curto prazo, que garantam cuidados especiais para essas mulheres durante a gestação e o parto; os medicamentos e procedimentos capazes de evitar a transmissão vertical do HIV; a assistência especializada para elas e seus bebês; assim como, a extensão de ações preventivas direcionadas a todas as mulheres.

A realização do aconselhamento e da oferta do teste anti-HIV no pré-natal se revestem de fundamental importância: asseguram à mulher o direito à informação e a receber tratamento e medicamentos anti-retrovirais, evitando a transmissão do vírus para o bebê na maioria dos casos. Como algumas gestantes, por razões variadas, não têm acesso a consultas de pré-natal desde o início da gravidez, e considerando que em cerca de 65% dos casos de gestantes HIV positivas a transmissão do vírus ocorre no período próximo ao parto ou durante o mesmo, enfatiza-se a importância do aconselhamento e a oferta do teste anti-HIV nesse período.

A oferta do teste anti-HIV, deverá, preferencialmente, ocorrer na primeira consulta do pré-natal, precedida do aconselhamento. É importante frisar que pouquíssimas gestantes aconselhadas e cientes das vantagens da realização do teste recusam-se a realizá-lo. Também fazem parte do aconselhamento pré e pós-teste orientações sobre a importância dos métodos de barreira nas relações sexuais durante o período gestacional, evitando dessa forma a infecção pelo HIV e outras DST.

Além do aconselhamento de gestantes/parturientes e puérperas, o aconselhamento do parceiro se apresenta como medida fundamental para a quebra da cadeia de transmissão do HIV e outras DST. Entretanto, por ser assunto revestido de estigmas e preconceitos, caberá ao profissional de saúde, durante o aconselhamento, identificar a melhor forma de subsidiar a mulher para o diálogo com seu parceiro, garantindo meios de promover sua proteção e evitar possíveis agressões físicas ou simbólicas.

A Portaria 2.104, de 21.11.2002, instituiu o “Projeto Nascer”, afirmando que:

“Os resultados do Protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (ACTG 076) evidenciam uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a alimentação exclusiva com fórmula infantil; outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV; 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e no parto propriamente dito; e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%; dados preliminares relativos ao SISPRENATAL (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) e as estimativas do uso do AZT injetável (PN-DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia; a prevalência de sífilis em parturientes é estimada em 2%; a taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70%; a cobertura de realização de VDRL para sífilis no pré-natal é inferior a 10%; a taxa de mortalidade por sífilis congênita é elevada, podendo atingir 40% dos casos; o que tornou necessário adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV e sífilis à maioria das mulheres.”

O PN-DST/AIDS, entre suas diretrizes de assistência, recomenda a instituição da quimioprofilaxia a partir da 14ª semana gestacional, continuando-se a mesma durante o trabalho de parto e também para o recém-nascido, assim como orienta a substituição do aleitamento materno pela fórmula infantil e a inibição clínica ou farmacológica da lactação. Além das medidas profiláticas acima referidas, a gestante HIV soropositiva terá sua terapia anti-retroviral adequada à avaliação clínica e laboratorial em serviço especializado. Para melhores esclarecimentos consultar as “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes – 2004, do PN-DST/AIDS”<sup>7</sup>, onde se lê que:

“É recomendada a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na 1ª consulta pré-natal. Enfatiza-se a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional. A repetição da sorologia para HIV, ao longo da gestação ou na admissão para parto, deverá ser considerada em situações de exposição constante ao risco de aquisição do vírus ou quando a mulher se encontra no período de janela imunológica.”

<sup>7</sup> Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante\\_2004/consenso.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/consenso.doc)

## 5.2 – Normatização

### 5.2.1 - A Portaria 2.104/GM, de 21.11.2002 – Projeto Nascer, citada acima.

### 5.2.2 - Res. CFM 1665/2003

Art. 5º – “É dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando o sigilo profissional”.

Art. 6º – “É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame”.

### 5.2.3 - Notificação de gestantes

Em setembro/outubro de 2000, o Ministério da Saúde, buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, tornou obrigatória a notificação das gestantes em que fosse detectada a infecção pelo HIV (diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV em conformidade com as normas e procedimentos estabelecidos pelo MS). Da mesma forma, será obrigatória a notificação de crianças nascidas de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres soropositivas. Destaque-se que todo processo de notificação – como os de casos de aids – é sigiloso, devendo-se, de acordo com os fluxos necessários, assegurar que o manuseio dessas informações seja realizado somente por profissionais gabaritados para tal.

### 5.2.4 - Parecer do CFM nº 11/92, de 14.02.1992 – em relação ao abortamento legal

“Pela nossa legislação, o risco de doença para o feto não permite abortamento legal. Embora este assunto esteja hoje em grande evidência, merecendo debates intensos pelos setores interessados da sociedade, a lei em vigor só permite esta interrupção caso a gravidez tenha sido causada por estupro ou caso seja comprovado risco para a vida da mãe (MS, 2000:849).”

Embora, durante muitos anos, discussões polêmicas sobre o aborto em mulheres infectadas pelo HIV tenham ocorrido, atualmente os avanços científicos permitem valorizar menos a necessidade desse procedimento. A aplicação das atuais recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes têm conseguido não só diminuir os índices de transmissão da mulher para o bebê para cifras menores que 2%, assim como têm possibilitado boas condições clínicas às mulheres soropositivas grávidas. Diversos trabalhos científicos têm relatado não haver maior incidência de complicações puerperais e anestésicas após partos cesáreos em mulheres HIV soropositivas comparadas às soronegativas.

### 5.2.5 - Portaria Federal nº 2.415, de 12.12.1996 – leite humano

O aleitamento materno por uma nutriz HIV soropositiva promove um risco de transmissão adicional de 7 a 22% (média 15%), sendo o risco maior se a mulher tiver sido infectada no final da gestação ou após o parto, em virtude da elevada carga viral do HIV circulante. Segundo as portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde nº 97, de 28.8.1995 e nº 2.415, de 12.12.1996, o Ministério da Saúde recomenda que as mães soropositivas para o HIV não devem amamentar seus filhos nem doar leite, e da mesma forma em relação ao aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher). Antes de amamentarem seus filhos, as mães em situação de risco para o HIV deverão ser orientadas a se submeter a testes anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. A criança verticalmente exposta ao HIV deverá ser alimentada com fórmula infantil adequada para sua idade, a fim de que sejam garantidas as condições de perfeito crescimento e desenvolvimento. O governo brasileiro instituiu a distribuição gratuita da fórmula infantil, durante os seis primeiros meses de vida, para todas as crianças verticalmente expostas ao HIV, nos serviços de pediatria vinculadas ao SUS que acompanham essa população.

### 5.2.6 - Portaria nº 993/GM, de 4.9.2000

Dispõe sobre a alteração da Lista de Doenças de Notificação Compulsória, incluindo a notificação compulsória das gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical pelo HIV.

### 5.2.7 - Portaria nº 1.071, de 9.7.2003 – dispõe sobre leite artificial.

“Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios qualificados para o recebimento do incentivo, no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, poderão pleitear recursos adicionais para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida, como importante ação para redução da transmissão vertical do HIV.”

## 5.3 - Comentários finais

Cabe notar que mesmo no caso da sífilis congênita, na maioria das situações, quando se solicita a sorologia para sífilis à gestante, não se esclarece a importância do exame. Mesmo nos casos em que o diagnóstico da sífilis é estabelecido e o tratamento instituído, se o parceiro não for investigado, poderá ocorrer a reinfecção da gestante. A interrupção desse processo envolve abordar a sexualidade dos implicados e os riscos existentes, temas da esfera da intimidade com os quais muitos profissionais de saúde não se sentem à vontade, o que deve ser manejado com cautela e respeito ao que determina o art. 5º da CF<sup>8</sup>. A estratégia

<sup>8</sup> Art. 5º (...) X – São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

do aconselhamento não deve ser exclusiva ao HIV, ao contrário, representa a possibilidade de uma nova escuta e de novas práticas profissionais em que as diferenças de valores não devem ser impeditivas de uma relação terapêutica capaz de permitir a confiança, o respeito e a reflexão compartilhada. Conhecer a condição sorológica é sempre e acima de tudo importante para a própria gestante, pois é ela quem terá de tomar decisões, se adaptar ao tratamento e adaptar sua vida em geral, inclusive a sexual. Em outras palavras, também na gestação, os exames anti-HIV precisam e devem ser consentidos.

No caso do aconselhamento realizado mais freqüentemente em maternidades, imediatamente antes do parto, alguns cuidados adicionais são necessários. Na maioria das vezes, não é possível realizar um aconselhamento completo e muitas vezes não se terá como proceder a um diagnóstico totalmente conclusivo da infecção pelo HIV nesse momento. Mesmo assim, a parturiente deverá ser aconselhada sobre os benefícios de realizar o teste. Nesse caso, é recomendada a realização do teste rápido anti-HIV, sendo a parturiente informada que diante de um resultado positivo poderão ser adotadas medidas que diminuirão a chance do bebê nascer infectado pelo HIV. O teste deverá ser realizado mediante o consentimento verbal da parturiente. Considerando-se as peculiaridades do momento do parto, por si só muito delicadas, esse não é o melhor momento para se oferecer os testes anti-HIV e menos ainda para se receber um resultado positivo, razão pela qual é preferível que a testagem ocorra no pré-natal.

As considerações sobre o uso dos testes rápidos anti-HIV nessas situações, em que intervenções profiláticas de emergência específicas são requeridas, estão descritas nas “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes” – Ministério da Saúde, 2004.

No caso de mulheres que já se sabem soropositivas para o HIV e que engravidam, muitas vezes os serviços de saúde as vêem como irresponsáveis, tratando-as com desprezo e desvalorização. Entretanto, cabe aos próprios profissionais de saúde, especialmente àqueles que realizam aconselhamento, esclarecerem as mulheres soropositivas sobre os riscos existentes numa possível gravidez, para elas e para seus bebês. Considerando-se o crescente número de casos de infecções pelo HIV entre mulheres jovens, faz-se necessária a capacitação dos profissionais para lidarem com a opção dessas mulheres pela gravidez, garantindo que possam receber toda assistência e apoio necessários, aumentando as possibilidades de uma gravidez mais saudável e para que seus filhos tenham mais chance de nascer soronegativos.

## 6 – Diagnóstico e triagem do HIV no pré-nupcial

Como visto acima, a Constituição da República considera inviolável a intimidade e a vida privada, não cabendo ao Estado interferir nas escolhas sexuais e maritais dos cidadãos e cidadãs ou sobre suas decisões em formar família. Dessa forma, homens e mulheres de maior idade, sem restrições legais, têm o direito de contrair matrimônio sem a necessidade de se submeterem a exames anti-HIV ou a quaisquer outros.

O Código Penal brasileiro prevê que quando um dos cônjuges é sabidamente portador de doença infectocontagiosa que possa implicar danos parciais ou permanentes ao outro (a), esse tem a obrigação legal de informar a **parceria**<sup>9</sup>. Além disso, é tipificado como crime o perigo de contágio venéreo, o contágio de moléstia grave, a exposição a risco para a vida ou saúde de outrem, o abandono de incapaz (p. ex., pessoa soropositiva que não tem condições de, sozinha, cumprir com suas necessidades básicas), a omissão de socorro e os **maus-tratos**.<sup>10</sup> Nesse caso, os serviços de saúde deverão estar capacitados para se colocar disponíveis para os esclarecimentos necessários, devendo inclusive, e apenas com o seu consentimento, colaborar na revelação de diagnóstico quando o próprio paciente não se sentir capaz de realizá-la sozinho. É importante, no entanto, destacar que a prevenção é responsabilidade de todos os parceiros envolvidos na relação, e que o caminho do enquadramento por via de ação penal deve ser evitado ao máximo, tratando-se as situações de forma individualizada, respeitando o processo de adoecimento psíquico que eventualmente pode estar aí implicado.

De qualquer modo, quando um casal procura um serviço de saúde com fins de conhecer a sua condição sorológica, evidentemente deverão ser resguardados o sigilo e a confidencialidade do que é relatado por cada um, sendo que os procedimentos serão os mesmos previstos para quaisquer outros serviços de saúde que oferecem exames anti-HIV.

<sup>9</sup> Art. 236 CP: “Contrair casamento, induzindo em erro essencial o outro contraente, ou ocultando-lhe impedimento que não seja casamento anterior (...)”

<sup>10</sup> Código Penal, Cap. III, arts. 130 a 136.

## 7 – Exames anti-HIV e trabalho

### 7.1 - Considerações gerais

Sendo o direito ao trabalho um dos direitos fundamentais da pessoa humana, evidencia-se que na história da epidemia de aids este tem sido freqüentemente violado: muitas pessoas que vivem com o HIV ou com aids têm sido impedidas de assumir empregos, enquanto outras são demitidas de seus trabalhos ou mesmo sofrem discriminações variadas por parte de colegas ou patrões.

Com base no conceito vigente de capacidade laborativa adotado pela medicina ocupacional, que destaca a importância de se avaliar as qualidades positivas do trabalhador, depreende-se que o que deve estar sob foco é a capacidade para exercer determinada função. Dessa forma, abre-se um leque de possibilidades que favorecem o acesso ao trabalho às pessoas portadoras de deficiência(s), permitindo estender direitos a um número maior de pessoas. No caso da infecção pelo HIV, em que a maioria das pessoas vive muitos anos sem apresentar sintomas clínicos, não existem justificativas científicas que corroborem esse tipo de exclusão social e nem tampouco argumentos que impeçam as habilidades necessárias para determinada função. O mesmo se aplica também para as pessoas que já vivem com aids, quando recuperadas das infecções oportunistas. Aqui cabe destacar que a utilização da terapia anti-retroviral tem assegurado boas condições de saúde para um grande número de pessoas. Já no caso de seqüelas físicas limitantes, a possibilidade de remanejamento de funções poderá ser considerada, assim como já ocorre com várias outras patologias.

A existência de medos infundados, relativos às formas de se contrair o HIV, ainda respondem por um certo pânico em estar próximo às pessoas soropositivas ou com aids, o que às vezes serve de argumento para as triagens sorológicas. Esses fatos foram reforçados pelas inadequadas divulgações iniciais sobre a aids que, principalmente na década de 80, caracterizaram as pessoas nessa condição como “promíscuas/desviantes”, favorecendo visões de que essa patologia seria um castigo para determinados estilos de vida (Birman, 1994). Na atualidade, além de se criticar essas posturas que disseminam condutas discriminatórias e preconceituosas, há a necessidade de se divulgar de forma precisa as formas de transmissão do HIV, afirmando-se que o contato social, incluindo as relações de trabalho, não envolve nenhum risco para a infecção pelo HIV, salvo em acidentes com materiais biológicos humanos.



A justificativa de que empregar pessoas soropositivas – muitas vezes vistas como doentes em potencial – acarretaria despesas e pouca recompensa de produção, não possui base legal. Os custos advindos com os trabalhadores que adoecem, recaem sobre a Seguridade Social, cujos recursos de manutenção dizem respeito ao conjunto dos trabalhadores e patrões. Dessa forma, o ônus do atendimento ao empregado doente não recai fundamentalmente sobre a instituição empregadora. Quanto à possibilidade de adoecimento, esta não é exclusiva de quem vive com o HIV.

Como a CLT omitiu em sua redação inicial as normas para disciplinar os exames médicos relacionados com o trabalho, posteriormente o Decreto-Lei nº 229, de 28.2.1967, explicitou que “Os exames médicos deverão ser orientados no sentido de investigar a capacidade física do empregado para a função que exerça ou venha a exercer.” (MS, 1993:15).

Cresce o número de ações trabalhistas relacionadas ao HIV/aids que chegam ao Poder Público.

Existem várias regulamentações direcionadas à prevenção nos locais de trabalho, baseadas no fato de que o enfrentamento da epidemia de aids implica a necessidade de envolvimento de toda a sociedade e de que a informação, a mudança de comportamentos e a solidariedade são pilares fundamentais para que se evitem novos casos de infecção pelo HIV ou de aids.

## 7.2 – Normatização

### **7.2.1 - Conselho Federal de Medicina (CFM) – Parecer nº 14/88, aprovado em 20.5.1988 Analisa aspectos éticos da aids quanto à discriminação na relação médico-paciente, instituições, medicina do trabalho e pesquisa.**

O tópico “AIDS e Medicina do Trabalho” explicita que “Não há justificativa técnica ou científica para a realização indiscriminada de exames sorológicos”, ressaltando-se que a integração ao trabalho reduz a marginalização e as dificuldades que a pessoa vivendo com HIV enfrenta na sociedade.

Sobre a possibilidade de informar resultados de exames aos patrões, afirma-se que:

“Tal fato configura ilicitude por se constituir em invasão da esfera da privacidade de outrem; o médico que (...) concede estas informações, viola o sigilo profissional, posto que este procedimento não configura nenhuma das hipóteses de exclusão de ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito).”

Alem disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde e Organização Internacional do Trabalho, os trabalhadores infectados pelo HIV assintomáticos ou doentes devem ser tratados de maneira semelhante a qualquer outro **trabalhador**.<sup>11</sup>

### **7.2.2 - Portaria Interministerial nº 3.195, de 10.8.1988 – firmada pelos ministros do Trabalho e da Saúde.**

Institui em âmbito nacional a Campanha Interna de Prevenção da Aids (CIPAS), que passa a integrar a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CANPAT), devendo ser realizada permanentemente pelos órgãos regionais da Administração Direta e Indireta, empresas públicas e privadas, sob a supervisão da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e do PN-DST/AIDS (op. cit.:711).

### **7.2.3 - CFM – Parecer 05/89, de 18.2.1989**

Explicita que a realização de teste sorológico para aids como exame admissional é violação ao direito do trabalhador e fere a CLT, não encontrando respaldo técnico, científico ou ético. Qualquer informação sobre o empregado ao empregador deve cingir-se à aptidão para o trabalho (op. cit.:848).

### **7.2.4 – CFM – Resolução 1.665/2003**

Art. 4º : “É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV”.

### **7.2.5 - Lei Federal nº 7.670, de 8.12.1988**

Estende aos portadores do HIV os benefícios de: licença para tratamento de saúde; aposentadoria; pensão especial; auxílio-doença; levantamento de valores correspondentes ao FGTS e/ou outros tipos de pecúlio, independentemente de rescisão contratual.

### **7.2.6 – Portaria Interministerial nº 869, de 11.8.1992**

Firmada entre os ministros da Saúde e do Trabalho. Regulamenta os exames médicos admissionais, periódicos e demissionários no âmbito do Serviço Público Federal (op. cit.:741). Proíbe o teste anti-HIV nestas três situações, argumentando que:

- a) os artigos 13 e 14 da Lei nº 8.112/90 exigem somente a apresentação de um atestado de aptidão física e mental para posse em cargo público;
- b) a sorologia positiva para o HIV em si não acarreta prejuízo da capacidade laborativa de seu portador;

<sup>11</sup> Fonte: Organización Mundial de la salud y Organización Internacional del trabajo. Informe de la reunión consultiva sobre el SIDA en lugar del trabajo. 3 al 5 de julio de 1988, Ginebra, 1988.

- c) os convívios social e profissional com portadores do HIV não configuram situações de risco;
- d) as medidas para o controle da infecção são a correta informação e os procedimentos preventivos pertinentes;
- e) a solidariedade e o combate à discriminação são os meios pelos quais a sociedade pode minimizar o sofrimento dos portadores do HIV e das pessoas com aids;
- f) o manejo dos casos de aids deve ser conduzido segundo os preceitos da ética e do sigilo;
- g) as pesquisas relativas ao HIV vêm apresentando surpreendentes resultados, em curto espaço de tempo, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados e doentes.

#### **7.2.7 - Lei nº 9.029, de 13.4.1995**

Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência de relação jurídica de trabalho, e dá outras providências (MS, 2000b:713-715).

#### **7.2.8 - Portaria nº 3.717, de 8.10.1998**

Cria o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/aids, presidido pelo Ministro da Saúde. Entre as suas competências e atribuições estão as ações de prevenção direcionadas aos trabalhadores das empresas e a colaboração com o Ministério da Saúde na proposição de políticas públicas relacionadas à epidemia (op. cit.:328-329).

### **7.3 - Comentários finais**

Além de se assegurar direitos trabalhistas já conquistados, há de se destacar que à medida que aumentam os casos de infecção pelo HIV ou de aids entre a população mais empobrecida, em face das profundas desigualdades sociais brasileiras e de um mercado recessivo de trabalho, novas estratégias para a extensão dos direitos humanos estão sendo planejadas pelo governo federal: estratégias de geração de renda, implementação de política de seguridade social, incentivo a cooperativas de trabalho alternativo, aquisição de imóveis a custos populares (individuais ou coletivos), assim como aprimoramento do auxílio-doença para um patamar condizente com a dignidade de condições de vida. (Ferreira, 1999:79-83, 127).

## 8 – Exames anti-HIV e presídios

### 8.1 - Considerações gerais

O sistema carcerário brasileiro tem sido sistematicamente criticado por várias instâncias sociais nacionais e internacionais de defesa dos direitos humanos, que dão conta da sua freqüente superlotação; condições inadequadas de vida, quando não insalubres; ociosidade; incluindo também questões relativas à testagem compulsória para o HIV, quebra de sigilo sobre a condição sorológica, falta de cuidados assistenciais adequados para as pessoas soropositivas ou com aids etc.

As instituições totais produzem regras próprias, muitas vezes discriminatórias e favorecedoras de riscos à saúde e de constrangimentos para as práticas de relações sexuais. Esses fatores, por si só preocupantes, implicam a necessidade de ações educativas permanentes, que estimulem tanto os valores solidários, quanto a possibilidade de práticas sem risco para as DST/HIV/aids. Toda ação de prevenção desenvolvida nesses estabelecimentos deverá considerar três contingentes de pessoas a serem atingidas: a pessoa presa, seus familiares (especialmente nos locais onde acontecem visitas íntimas) e os funcionários.

Vários municípios e estados brasileiros já realizam em suas delegacias e/ou unidades prisionais, programas de aconselhamento e de educação continuada para a saúde e, muitas vezes, tais programas são desenvolvidos em parceria com as unidades de saúde locais.

Como em qualquer outra situação, a oferta de exames anti-HIV em delegacias ou prisões exige o aconselhamento pré e pós-teste, resguardando-se o sigilo e atentando-se para situações de violência, práticas sexuais, uso de drogas injetáveis ou outros usos de drogas que possam favorecer exposição de risco a DST/HIV/aids. A partir de cada situação, deverão ser estimuladas condutas que diminuam ou impeçam a exposição a esses riscos. Quando do aconselhamento de resultados, os mesmos cuidados previstos para as pessoas atendidas diretamente no serviço de saúde devem ser observados, lembrando-se que toda pessoa detectada como soropositiva para o HIV tem o direito à assistência ambulatorial especializada, dentro ou fora do sistema prisional.

## 8.2 – Normatização

### 8.2.1 - Sobre a testagem compulsória em delegacias ou em presídios

Considerando-se a Resolução do CFM 1665/2003, que explicita em seu art. 4º: “É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV” e a Lei Penal referida no parágrafo acima, conclui-se que a testagem compulsória em presídios ou delegacias não encontra justificativas éticas, nem científicas e menos ainda legais.

Destaque-se ainda que, na medida em que a Constituição Federal prevê no art. 5º que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas em quaisquer situações (op. cit.:956), a testagem anti-HIV não poderá ser colocada como critério para a autorização de visitas íntimas. Isso não impede, sendo mesmo desejável, que os implicados sejam orientados sobre a importância da realização desses exames e que possam livremente optar por realizá-los.

Em relação ao tratamento, a Lei de Execução Penal, em seu art. 14, quando se refere ao direito de assistência à saúde, estabelece a obrigatória “assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico.” (op. cit.:957).

### 8.2.2 - Portaria Interministerial (MJ/MS) nº 1.777/GM

Aprova “o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.” A portaria define que “as ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem”, e estabelece entre suas prioridades no alcance dessa finalidade a “implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas.”

### 8.2.3 - Resolução nº 01/99 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)

Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres que seja assegurado o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos, recolhidos aos estabelecimentos prisionais. Para esses presos e suas visitas, deve haver informações sobre assuntos pertinentes à prevenção do uso de drogas, às DST e, particularmente, à aids.

## 9 – Exames anti-HIV na infância e juventude

### 9.1 – Considerações gerais

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8069, de 13.7.1990, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade incompletos. O ECA explicita em seu artigo 3º que:

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (ECA).”

Dessa forma, além de a criança e o adolescente gozarem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, na medida em que são pessoas em desenvolvimento, possuem algumas outras proteções especiais que lhes asseguram garantias de prioridade, tais como: preferência na formulação e na execução de políticas sociais, primazia de receber proteção e socorro em qualquer circunstância etc. (CEDCA:16).

Entretanto, em que pese o artigo 53 do ECA explicitar de forma clara o direito à educação, nas questões relativas à aids e/ou triagem sorológica para o HIV, o ambiente escolar tem se mostrado problemático, discriminando, procedendo revelação da condição sorológica ou mesmo recusando matrícula para crianças e adolescentes que vivem com HIV ou aids. No Brasil, em 1992, o “caso Sheila”, ocorrido em São Paulo, quando a escola Ursa Maior recusou matrícula à menina Sheila, foi manchete na imprensa causando uma comoção nacional em defesa da criança. A Justiça, após ouvir representantes de vários segmentos sociais e especialistas, reconheceu o direito de matrícula no estabelecimento referido (MS, 1993:22).

Esse e outros episódios alertaram para a importância de se implantarem ações educativas relacionadas ao HIV/aids no ambiente escolar, evitando-se tanto os medos infundados daquilo que se desconhece (que podem gerar condutas discriminatórias), quanto aumentar as chances de prevenção para alunos e

funcionários. Dessa forma, estes poderão identificar em quais situações estão expostos a riscos e como se protegerem dos mesmos, assim como corroborar na construção de valores sociais mais solidários.

No âmbito dos serviços de saúde, outras situações envolvendo testagem de menores de idade têm por vezes inquietado os profissionais de saúde: situações que envolvem violência sexual; demanda pelo exame anti-HIV por adolescentes desacompanhados de um responsável – especialmente por adolescentes que residem nas ruas; solicitação de exames por parte de autoridade judicial sem prever a entrega prévia do resultado ao menor quando adolescente; testagem compulsória em menores sob custódia do Estado ou daqueles que estão cumprindo pena de privação de liberdade; etc. Esses fatos têm gerado polêmicas e consultas aos Conselhos Profissionais e aos Juizados da Infância e da Juventude.

### **9.1.1 - Situações em que os exames anti-HIV estão indicados para crianças e adolescentes**

- Para o bebê nascido de mãe sabidamente soropositiva ou com suspeita desse diagnóstico – com o consentimento dos responsáveis legais;
- Para crianças e adolescentes (assim considerados aqueles entre 12 e 18 anos, pela legislação) com clínica compatível com a infecção pelo HIV ou aids, em ambulatorios ou internações – com a autorização dos responsáveis legais para a realização dos exames no caso de crianças. No caso de adolescente, este pode decidir sozinho pela realização do exame, desde que o profissional de saúde avalie que ele é capaz de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios (art. 103 do Código de Ética Médica). Ainda assim, nesse caso, o adolescente deverá ser estimulado a compartilhar o que lhe acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa servir-lhe de suporte. Na prática diária dos serviços ambulatoriais, os profissionais de saúde costumam orientar os adolescentes para virem acompanhados de um adulto de sua confiança no dia do resultado do exame. Caso ele deseje, após receber o seu resultado, o profissional de saúde também poderá conversar com esse adulto. Contudo, em face das diversidades de condições de vida às quais estão submetidos muitos jovens, importa destacar que nem sempre os apoios partem de seus responsáveis legais.
- Para crianças e adolescentes portadores de DST e/ou usuários de drogas injetáveis, ou que tenham práticas de risco para o HIV – com

as mesmas recomendações do item anterior. No caso de DST devidas à violência sexual, o registro da violência é obrigatório em alguns estados brasileiros, exigindo uma ação conjunta com o Conselho Tutelar.

## **9.2 – Normatização**

### **9.2.1 - Portaria Interministerial nº 796, de 29.5.1992**

Versa sobre a testagem compulsória como injustificável tanto para os alunos quanto para a admissão de professores e funcionários. Enfatiza que as pessoas soropositivas não estão obrigadas a revelar sua condição sorológica, assim como não devem existir classes ou escolas especiais para alunos soropositivos.

### **9.2.2 - Ofício do CFM nº 1.865/96**

Resposta à consulta solicitada pelo PN-DST/AIDS do MS.

Aborda a testagem anti-HIV para menores de 18 anos. Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito.

### **9.2.3 – Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997**

Divulgado no manual “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” (MS, B, 1999:26-28).

Remete à distinção do ECA sobre crianças e adolescentes, argumentando que a testagem e entrega de exames anti-HIV podem acontecer pelo livre-arbítrio do adolescente, segundo a delimitação de idade prevista no ECA.

## **9.3 – Exames anti-HIV e adoção**

A adoção da criança ou do adolescente rege-se segundo o disposto nos artigos 39 e seguintes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), onde não há referência à triagem sorológica para o HIV e nem a outros exames clínicos para investigação de outras patologias prévias ao processo de adoção.

No Brasil, estima-se em 30 mil o número de crianças órfãs em decorrência de transmissão vertical, cumulativamente no período de 1987 a 1999 (Szwarcwald, 2000).

Considerando-se a adoção como um ato de solidariedade, sendo uma construção cultural a respeito do destino dos que nela nascem, eticamente questiona-se a realização de exames prévios à mesma (Bonifácio, 2000).



OPN-DST/AIDS do Ministério da Saúde contra-indica a realização aleatória de exames anti-HIV nesses casos, entendendo que esse tipo de testagem serve de argumento discriminatório. A adoção não pode ser vista apenas como forma de preencher as necessidades dos adotantes, uma vez que visa primordialmente à garantia de uma existência mais digna para crianças e adolescentes. Além disso, a possibilidade de exames falso-positivos em bebês, em função da presença de anticorpos maternos, poderia excluir muitas crianças saudáveis dessa possibilidade.

Considerando-se que a testagem em crianças só deve ser realizada em seu benefício, ou seja, com indicação clínica, é o interesse da criança que deve prevalecer sobre qualquer outro, especialmente quando seu destino está em discussão.

Art. 43: “ ... a adoção deve ser deferida quando apresentar reais vantagens ao adotando (ECA)”.

Entre os profissionais especializados que trabalham no encaminhamento dos processos de adoção, cresce a perspectiva de entendê-la como uma “filiação aditiva”, em que há, por um lado, o desejo dos pais de serem pais e, por outro, as necessidades da criança de afeto, proteção e cuidados. De toda forma, assumir a verdade sobre a adoção permite relações de afeto mais sólidas, implicando que nenhum dos dois lados precisa ocultar ou negar suas histórias anteriores. Nesse sentido, a adoção adiciona uma nova história aos implicados.

Postos esses argumentos, cabe engrandecer o trabalho que vem sendo desenvolvido por casas de apoio para crianças órfãs em razão da aids. E enaltecer a atitude de pessoas que vão como voluntárias e/ou para posse e guarda, ou para adotar uma criança. Muitos desses puderam ver os exames de seus filhos tornarem-se negativos. Outros, como tantos pais legítimos, diante de várias patologias de seus filhos, aceitaram o desafio de valorizar a vida humana a cada dia e ante cada conquista. Sabem que nem a sua criança e nem eles próprios são eternos, mas que a vida, especialmente com qualidade, sempre vale a pena.

#### **9.4 - Exames anti-HIV e crianças e adolescentes sob medida protetiva de abrigo ou adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa**

Com referência a crianças e adolescentes sob medida protetiva de abrigo, deve-se adotar as mesmas recomendações gerais direcionadas para as escolas. Vale ainda lembrar a Resolução do CFM 1665/2003, no art. 4º : “É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV”.

No caso de avaliação clínica resultante de sintomatologia relacionada à aids, os cuidados relativos ao sigilo deverão ser resguardados, devendo-se considerar que apenas os responsáveis legais, ou seus representantes, e os profissionais diretamente

implicados na assistência a essa criança devem ter conhecimento de sua condição sorológica. No caso de adolescentes, os mesmos deverão ser estimulados por profissionais competentes a compartilhar essa informação com seus responsáveis ou com pessoas que possam servir-lhe de apoio. Os cuidados relativos à prevenção da reinfecção e da transmissão a outras pessoas também deverão ser trabalhados, assim como a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida.

Nas situações de cumprimento de medida socioeducativa, previstas somente para adolescentes, as ações educativas continuadas, voltadas para a prevenção das DST/HIV/aids, tornam-se fundamentais devendo-se integrá-las às proposições que visam à reinserção social, atentando-se para os valores existentes, inclusive aqueles referentes à sexualidade. Estes não estão dissociados da possibilidade de formular um projeto de vida, em que se ver como um cidadão de direitos e deveres implica refletir sobre a sua realidade e as possibilidades de mudança. A inclusão da distribuição de preservativos também deverá ser **considerada**.<sup>12</sup> No caso de adolescentes sorologicamente positivos para o HIV ou com aids, valem as mesmas recomendações relativas ao sigilo explicitadas no parágrafo anterior.

---

<sup>12</sup> O PN-DST/AIDS possui várias publicações direcionadas a ações educativas com crianças e adolescentes. Entre elas podemos citar a "Sexualidade, Prevenção das DST/Aids e Uso Indevido de Drogas – Diretrizes para o Trabalho com Crianças e Adolescentes. Brasília, 1999" e "Manual do Multiplicador: Adolescente. Brasília, 1997".

## 10 – Exames anti-HIV e militares

O PN-DST/AIDS mantém políticas de parceria em projetos com as Forças Armadas. Nesses projetos são desenvolvidas ações de prevenção às DST/HIV/aids direcionadas a seus contingentes conscritos e efetivos, assim como assegurando o tratamento especializado em seus ambulatórios e hospitais.

### 10.1 - Normatização

**10.1.1 - Lei nº 7.670, de 8.9.1988, acrescentou a SIDA/AIDS como doença que justifica a incapacidade definitiva para efeitos de reforma militar. O critério para tanto é definido pela perícia médica do Exército descrita na Portaria nº 12 de 25.1.1989, do Ministério do Exército.**

**10.1.2 - Portaria nº 12 DGS, de 25.1.1989, oferece instruções reguladoras das atividades de perícias médicas relacionadas com a aids, no âmbito do Ministério do Exército.<sup>13</sup>**

**10.1.3 - Portaria nº 01 DGS/RES, de 24.4.1989, define normas técnicas sobre prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida no âmbito do Exército.**

**10.1.4 - Portaria Interministerial nº 1.250/97, que institui Projeto de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e do Exército, objetivando apoiar as ações de promoção e assistência à saúde desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS junto à população em geral (conscritos), seu efetivo temporário (recrutas), profissionais militares e seus familiares, além de realizar em parceria prestação de serviço de saúde às populações em regiões de difícil acesso e de alta vulnerabilidade às DST e aids.**

<sup>13</sup> Todavia, as Forças Armadas têm sido alvo de inúmeros questionamentos éticos relativos à triagem sorológica para o HIV. Isso porque a testagem compulsória tem sido colocada como critério para admissão em várias carreiras militares, utilizada nos exames periódicos, e os militares da ativa detectados como HIV positivos têm sido afastados de suas funções e posteriormente reformados, no teor da Portaria nº 2.142/FA-43, do Estado Maior das Forças Armadas, que disciplina a avaliação de incapacidade pelas Juntas de Inspeção de Saúde nas três forças, e determina, no seu item 35.2, in verbis: “Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde (LTS) por até três anos, com um controle trimestral por Junta de Inspeção de Saúde. Após três anos mantidas em LTS, caso permaneçam com sorologia positiva, serão reformados.” Diante desses fatos, em julho de 2000, o Ministério Público Federal propôs uma Ação Civil Pública contra a União Federal, arguindo a constitucionalidade dessa prática. A conclusão dessa Ação Civil ocorreu em fevereiro de 2001, obrigando à revisão de algumas das condutas anteriores: o militar soropositivo assintomático não poderá mais ser reformado e os que já o foram poderão ser reintegrados. Assim, em tese, as Forças Armadas também não poderão mais exigir, nos exames periódicos, exames anti-HIV para os seus integrantes da ativa.

**10.1.5 - Portaria 25/GM3, de 14.1.1998 – aprova a Instrução sobre Programa de Prevenção e Combate à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – do ministro de Estado da Aeronáutica.**

## 11 – Exames anti-HIV e estrangeiros

### 11.1 – Considerações Gerais

Embora alguns países preconizem exames anti-HIV para estrangeiros que pretendam visitar ou fixar residência nos mesmos, com fins de bloquear a entrada do HIV em seu território ou limitar a sua disseminação, essa proposição tem alcance questionável e constitui-se numa medida discriminatória e de exclusão. Ademais, a existência da janela imunológica torna o seu objetivo principal inatingível. Sendo o HIV transmitido somente por vias determinadas, tendo os fatores culturais e sociais grande importância na forma como ele é disseminado, tal tipo de restrição não equaciona as necessárias mudanças de valores e de comportamentos implicadas na prevenção. Há ainda que se considerar os custos dos exames e os preceitos éticos para a sua realização, o que torna esse tipo de medida inadequado e de difícil execução.

### 11.2 - Normatização

#### 11.2.1 - Portaria nº 28, de 27.4.1993, da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

Definiu normas técnicas a serem adotadas pela vigilância sanitária no país. Segundo essa lei, apenas os viajantes procedentes de áreas de ocorrência de febre amarela, que não estejam portando o certificado internacional válido de vacinação, não terão permissão para ingressar no país (MS, 2000b).

#### 11.2.2 – Portaria nº 28, de 27.4.1993

“O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, no uso da competência que lhe foi delegada pela Portaria nº 390 de 3 de maio de 1991, do ministro da Saúde, publicada no DOU de 13 de maio de 1991, considerando as recomendações contidas no Capítulo III do Regulamento Sanitário Internacional e o disposto no art. 3º, inciso I, alínea “a”, “b” e “c”, e §§ 1º e 2º, do Decreto nº 87, de 15 de abril de 1991, resolve:

- I - Baixar as seguintes Normas Técnicas a serem adotadas no exercício da Vigilância Sanitária no País:

1 - Não será permitido o ingresso no Território Nacional de viajantes procedentes de área de ocorrência de Febre Amarela, que não estejam portando o Certificado Internacional válido de Vacinação, excetuados os casos de crianças com menos de 9 meses, gestantes, indivíduos com alteração do quadro imunológico, pacientes com imunodepressão associada a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, pacientes portadores de leucemias, linfomas, tumores malignos e pacientes com uso freqüente de corticóide, drogas alquilantes, antimetabólicos e radiação. (...)"

## 12 – Exames anti-HIV e esportes

Apesar das evidências de que o convívio social, familiar e/ou profissional não se caracterizam como fatores de risco para a infecção pelo HIV, salvo em situações que envolvam ferimentos com sangue e contato direto com mucosas e pele não-integra, alguns questionamentos relativos à prática de esportes por parte de indivíduos soropositivos para o HIV têm ocorrido.

A FIFA, órgão internacional de futebol, emitiu parecer indicando ser vedado a um atleta de futebol permanecer em campo de jogo quando vítima de ferimento.

Como forma de nortear as ações dos dirigentes de esportes, uma comissão reuniu-se em Genebra (1989) produzindo a “Declaração Consensual sobre Aids e Esportes”, da qual merecem destaque os seguintes pontos:

- “Não existe evidência de risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) quando pessoas infectadas, engajadas em prática desportiva, não apresentem feridas com sangramento ou outras lesões cutâneas. Não há casos documentados de infecção pelo HIV adquirida como resultado da prática desportiva. Entretanto, há uma possibilidade muito pequena de risco de transmissão do HIV quando um atleta infectado apresenta ferida com sangramento ou uma lesão cutânea com exsudação e outro atleta tem lesão cutânea ou mucosa exposta, que possa servir como porta de entrada para o vírus.
- A pequena possibilidade de risco de transmissão do HIV, como resultado da participação em atividades esportivas, envolveria, principalmente, os esportes mais combativos, que se caracterizam por um contato corporal direto, e outros esportes nos quais poderia haver sangramento.
- As organizações, os clubes e outros desportistas dispõem de oportunidades especiais para oferecer uma educação significativa sobre AIDS aos atletas, às autoridades desportivas e ao pessoal auxiliar.
- Não existe justificativa médica ou de saúde pública para se exigir teste ou triagem de infecção pelo HIV antes do início de atividade desportiva.
- As pessoas que sabem estar infectadas pelo HIV, deverão procurar aconselhamento médico quanto a sua participação continuada em

atividades desportivas, a fim de avaliarem os riscos à própria saúde, assim como possível risco teórico de transmissão do HIV a outros.” (MS, 1993:25).

Diante do exposto, cabe enfatizar que todas as instituições públicas ou privadas, implicadas em agremiações e competições, que promovem hábitos saudáveis a seus desportistas, devem implementar ações educativas de prevenção às DST/HIV/aids, assim como estimular relações sociais mais solidárias.



### **13 – Exames anti-HIV e aeronautas**

A Aerospace Medical Associations dos Estados Unidos defendia a triagem sorológica para pilotos, argumentando que seria possível o desenvolvimento de quadro neurológico em vôo, caso o piloto fosse HIV positivo. Entretanto, essa linha de argumentação não se justifica, uma vez que um piloto não deve executar suas funções sozinho. Ademais, outros males súbitos – como enfarte agudo no miocárdio e acidente vascular cerebral – podem acometer o piloto, levando a riscos de acidentes aéreos. Por essas razões é que sempre há a necessidade de dois pilotos. Por sua vez, os aeronautas são submetidos a rigorosos exames médicos que possibilitariam a detecção precoce de alterações neurológicas. Dessa forma, o PN-DST/AIDS argumenta que, também nesse caso, não se justifica a testagem compulsória (MS, 1993).

## 14 – Triagem sorológica do HIV e pesquisas

### 14.1 - Considerações gerais

As pesquisas que envolvem seres humanos internacionalmente são objeto de regulamentações éticas, legais e técnicas, de forma a que sejam guiadas pelos princípios da beneficência e da justiça. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1982 e 1983, definiu as “Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos” e, em 1991, definiu as “Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos”<sup>14</sup>.

Apesar dessas regulamentações internacionais, nas questões relativas ao HIV/aids várias pesquisas sofreram questionamentos éticos, podendo-se citar como exemplo algumas que realizaram testes anti-HIV de forma compulsória.

Destaque-se ainda que muitas dessas pesquisas acabaram reforçando a discriminação e o preconceito contra grupos já previamente marginalizados, não contribuindo para implementar nem ações de assistência, nem de prevenção. Se é possível defender a importância de se estimar o número de pessoas infectadas pelo HIV nas diferentes partes do mundo, isso não implica a necessidade de se conhecer a identidade das mesmas.

Em apenas duas décadas, o conhecimento científico acumulado sobre a HIV/aids alcançou patamares muito significativos, propiciando que os atuais tratamentos permitam às pessoas viverem com HIV no Brasil mantendo boa qualidade de vida. Doravante, o desafio é tornar acessível ao conjunto das pessoas que mundialmente vivem com HIV/aids, particularmente em países do Eixo Sul em desenvolvimento, a possibilidade de usufruir desses benefícios. Também no campo das pesquisas epidemiológicas e da prevenção, os estudos já comprovaram a importância de

---

<sup>14</sup> O CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) e a OMS trabalharam juntos para fornecer orientações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. Um marco histórico dessa cooperação foi o documento “Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos”, publicado pelo CIOMS em 1991, com o objetivo de auxiliar investigadores e instituições, bem como autoridades regionais e nacionais, a estabelecerem e manterem padrões para a revisão ética de estudos epidemiológicos. Nas “Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, de 1993, CIOMS/OMS dispõem sobre a necessidade do consentimento informado individual em todas as pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos, e refere que tipo de informações são essenciais para os possíveis sujeitos da pesquisa, que devem ser repassadas ao indivíduo “em linguagem que ele ou ela sejam capazes de compreender”.

valorarmos as análises globais e as locais (op. cit.:340), assim como as ações de prevenção com maiores chances de sucesso. Certamente, o conjunto desses avanços são justificados pela grande mobilização social em torno da aids.

“... a pesquisa no campo do HIV/AIDS combina, de forma pouco habitual na ciência de um modo geral, a militância e a intervenção à investigação pura. Dois fatos presentes neste campo específico são praticamente inéditos na pesquisa biomédica contemporânea: a) o fato de as pessoas afetadas pela epidemia serem, com frequência, elas mesmas produtoras de conhecimento e b) o efeito extremamente relevante dos movimentos sociais específicos sobre a agenda de pesquisa.” (Parker, Galvão, Bessa, 1999:351).

No Brasil, o PN-DST/AIDS tem optado por estimar o número de pessoas que vivem com o HIV a partir de estatísticas, do número de casos de aids e, também, dos estudos sentinela. Em relação a estes últimos, as duas populações principais que vêm sendo investigadas são: uma considerada de baixo risco, a de gestantes e parturientes; e a outra de maior risco, as pessoas que procuram tratamento para as DST. Os estudos sentinela não envolvem nenhum tipo de identificação das pessoas estudadas, uma vez que apenas uma pequena alíquota do sangue utilizado para outros exames é retirada e desvinculada de forma anônima da amostra inicial, sendo posteriormente utilizada para a pesquisa de anticorpos anti-HIV. Por ser um tipo especial de pesquisa, em que a consulta sobre a participação criaria um viés impossível de ser equacionado, não se enquadra nos critérios normais de pesquisas com seres humanos, possuindo por esse motivo pareceres éticos específicos. De toda forma, a orientação preconizada para todos os serviços participantes dos estudos sentinela é a de que, no período em que a pesquisa estiver sendo desenvolvida, a oferta do teste anti-HIV deve existir para toda a clientela, assim como ser divulgada a relação dos locais onde esse exame é ofertado de forma contínua (CTA, ambulatórios especializados etc.).

Quando se investiga a distribuição da infecção pelo HIV em grupos maiores, os testes de triagem costumam ser suficientes para esse propósito. Serão as demais condições do estudo (consentimento das pessoas, direito ao sigilo, garantia de assistência adequada para as pessoas que sejam detectadas como soropositivas etc.) que configurarão as principais bases éticas do estudo. Destaque-se ainda que, nas pesquisas que não são estudos sentinela, em que os participantes assinam um termo de consentimento para participação, quando os testes de triagem apresentarem resultados positivos, divergentes ou indeterminados, o protocolo de pesquisa deverá prever a utilização de testes confirmatórios de imunofluorescência indireta ou Western Blot antes de se entregar os resultados. No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Profissionais possuem normatizações que devem

ser obedecidas em todas as pesquisas com seres humanos, devendo essas instâncias serem consultadas sempre que existirem dúvidas.

## 14.2 - Normatização

### 14.2.1 - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10.10.1996

Considera os documentos internacionais sobre o tema e as legislações nacionais existentes para aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (MS, 2000b:628-45).

Dela destacamos os seguintes tópicos:

- Justiça e Equidade – deverá ser assegurada a relevância social e o sentido sociohumanitário das pesquisas propostas, garantindo igual consideração aos interesses dos envolvidos;
- Beneficência – comprometimento com o máximo de benefícios individuais e/ou coletivos;
- Não-maleficência – possíveis danos deverão ser evitados;
- Consentimento Livre e Esclarecido – o caráter voluntário da pesquisa deve ser formalizado e autorizado pelos participantes pesquisados, que deverão ser informados sobre os objetivos e desenvolvimento da pesquisa, processos de sua participação e possíveis riscos que possam ocorrer;
- Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização, garantindo a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio econômico e/ou financeiro;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – toda pesquisa deverá ser submetida a apreciação de um CEP. Na impossibilidade de existir um CEP na instituição onde se realiza a pesquisa, o projeto deverá ser submetido à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente entre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP/MS);
- O termo de consentimento livre e esclarecido deverá ser aprovado pelo CEP que referenda a investigação;
- No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante do grupo ou comunidade, como membro ad hoc do CEP, para participar da análise do projeto específico;
- Sujeito da pesquisa – é o(a) participante pesquisado(a), individual

ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração;

- Ressarcimento – cobertura, em compensação exclusiva, de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

#### **14.2.2 – Resolução 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, de 7.8.1997**

Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. Define as fases I, II, III e IV, relativas às pesquisas que envolvem esses produtos, assim como, os itens a serem obedecidos nos protocolos apresentados ao CEP (MS, 2000b:646-54).



## BIBLIOGRAFIA

BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: Loyola, M.A. (Org.). AIDS e Sexualidade – O Ponto de Vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BONIFÁCIO, R. A Ética da Adoção. In: Boletim Direitos Humanos em HIV/AIDS. Ano 4, n. 1, Brasília, CN-DST/AIDS, Ministério da Saúde, 2000.

CHEQUER, P. Prefácio. In: Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens. Brasília, CN-DST/AIDS, 1999.

CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Estatuto da Criança e do Adolescente. Governo do Estado do Rio de Janeiro/ Programa Nacional de Direitos Humanos/ Ministério da Justiça. Rio de Janeiro, 1998.

COSTA, J. F. A Ética e o Espelho da Cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DANIEL, H. Vida antes da Morte. Rio de Janeiro: Jaboti Ltda., 1989.

DANIEL, H., PARKER, R.. AIDS, a Terceira Epidemia (ensaios e tentativas). São Paulo: Iglu, 1991.

FERREIRA, M. AIDS: Da Violência aos Direitos Humanos à Construção da Solidariedade. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENPS/ FIOCRUZ, 1999.

MANN, J. , TARANTOLA, D., NETTER, T. A AIDS no Mundo. Edição brasileira coordenada por Parker, R., Galvão, J., Pedrosa, J. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS-UERJ, 1993.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Physis, Revista de Saúde Coletiva, v. 6, n. 1/2, pp.135-145, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), PN-DST/AIDS, 2004. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes – 2004, do PN-DST/AIDS. Available from World Wide Web: < URL: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante\\_2004/consenso.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/consenso.doc) >

\_\_\_. Aids: Números apontam estabilização no registro de novos casos. Nota divulgada registrando o anúncio do ministro da Saúde. Brasília: PN-DST/AIDS, 2003.

\_\_\_. Boletim da Rede de Direitos Humanos em HIV/AIDS, n. 1, 2000a.

\_\_\_. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil. Quatro volumes. Brasília: PN-DST/AIDS, 2000b.

## Bibliografia

- \_\_\_ . AIDS: Boletim Epidemiológico, n. 3, Ano XII. Brasília: PN-DST/AIDS, 1999a.
- \_\_\_ . Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – Manual. Brasília: PN-DST/AIDS, 1999b.
- \_\_\_ . Manual de Condutas: Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV. Brasília: PN-DST/AIDS, 1999c.
- \_\_\_ . Legislação sobre DST & AIDS no Brasil. Brasília: PN-DST/AIDS, 1995.
- \_\_\_ . Implicações Éticas da Triagem Sorológica do HIV. Brasília: PN-DST/AIDS, 1993.
- ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (OAB/MS). HIV nos Tribunais. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 1997.
- PARKER, R. A Construção da Solidariedade - AIDS, Sexualidade e Política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- PARKER, R., GALVÃO, J., BESSA, M. Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Editora 34, 1999.
- PLANALTO. Available from World Wide Web: < URL: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) >
- RIBEIRO, M.B.D. Ética e Epidemiologia. Available from World Wide Web: < URL: <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v2/eticaepide.html> >
- RORTY, R. Solidariedade ou Objetividade? In: Contingência Ironia e Solidariedade, Lisboa: Ed. Presença, 1994.
- SZWARCWALD CL; ANDRADE CLT; CASTILHO E A. Estimativa do número de órfãos decorrente da Aids materna. Cad. Saúde Pública 2000; 16 (supl. 1):129-134.
- VELOSO, V., VASCONCELOS, A., GRINSZTEJN, B. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. In: AIDS: Boletim Epidemiológico, Ano XII, n. 3. Brasília, 1999.



## Anexos

---

### Resoluções e pareceres

#### **Parecer nº 14/88, aprovado pelo CFM em 20.5.1988**

Analisa aspectos éticos da aids quanto à discriminação na relação médico-paciente, instituições, medicina do trabalho e pesquisa.

#### **Parecer CFM 05/89, de 18.2.1989**

Explicita que a realização de teste sorológico para aids como exame admissional é violação ao direito do trabalhador e fere a CLT, não encontrando respaldo técnico, científico ou ético.

#### **Parecer do CFM nº 11/92, de 14.2.1992**

Abortamento legal.

#### **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10.10.1996**

Considera os documentos internacionais sobre o tema e as legislações nacionais existentes para aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos;

#### **Resolução 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, de 7.8.1997**

Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos.

#### **Resolução 01/99 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)**

Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres que seja assegurado o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos, recolhidos aos estabelecimentos prisionais. Para esses presos e suas visitas, deve haver informações sobre assuntos pertinentes à prevenção do uso de drogas, a DST e, particularmente, à aids.

#### **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC) 343, de 13.12.2002**

Aprova o regulamento técnico para obtenção, testagem, processamento e controle de qualidade de sangue e hemocomponentes para uso humano. Publicada no DOU, em 19 de dezembro de 2002.

#### **Resolução 1.665/2003, do Conselho Federal de Medicina**

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.

## Anexos

---

## Portarias

### **Portaria Interministerial nº 3.195, de 10.8.1988**

Firmada pelos ministros do Trabalho e da Saúde – Institui em âmbito nacional a Campanha Interna de Prevenção da Aids (CIPAS), que passa a integrar a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CANPAT).

### **Portaria nº 12 DGS, de 25.1.1989**

Oferece instruções reguladoras das atividades de perícias médicas relacionadas com a aids, no âmbito do Ministério do Exército.

### **Portaria Interministerial nº 796, de 29.5.1992**

Versa sobre a testagem compulsória como injustificável tanto para os alunos, quanto para a admissão de professores e funcionários. Enfatiza que as pessoas soropositivas não estão obrigadas a revelar sua condição sorológica, assim como não devem existir classes ou escolas especiais para alunos soropositivos.

### **Portaria Interministerial nº 869, de 11.8.1992**

Firmada entre os ministros da Saúde e do Trabalho. Regulamenta os exames médicos admissionais, periódicos e demissionários no âmbito do Serviço Público Federal.

### **Portaria nº 28, de 27.4.1993, da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde**

Definiu normas técnicas a serem adotadas pela vigilância sanitária no país. Segundo essa lei, apenas os viajantes, procedentes de áreas de ocorrência de febre amarela, que não estejam portando o certificado internacional válido de vacinação, não terão permissão para ingressar no país.

### **Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde nº 97, de 28.8.1995**

Recomenda que as mães soropositivas para o HIV não devem amamentar seus filhos nem doar leite, contra-indicando-se igualmente o aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher).

### **Portaria nº 121, de 24.11.1995**

Implementação e fiscalização e inspeção em Unidades Hemoterápicas, com vistas a garantir ao cuidado serviços de transfusão de sangue seguros e de qualidade comprovada.

**Portaria nº 127, de 8.12.1995**

Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas – PNIUH com o objetivo de executar inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no país.

**Portaria nº 2.042, de 11.10.1996**

Indicação de exames anuais anti-HIV para as pessoas que se submetem aos serviços de Terapia Renal Substitutiva.

**Portaria Federal nº 2.415, de 12.12.1996**

Leite humano.

**Portaria Interministerial nº 1.250/97**

Institui Projeto de Cooperação Técnica entre os Ministérios da Saúde e do Exército, objetivando apoiar as ações de promoção e assistência à saúde desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS junto à população em geral (conscritos), seu efetivo temporário (recrutas), profissionais militares e seus familiares, além de realizar em parceria prestação de serviço de saúde às populações em regiões de difícil acesso e de alta vulnerabilidade às DST e aids.

**Portaria nº 1.544, de 15.10.1997**

O Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES), instituído pela Portaria Ministerial nº 1.840, de 13 de setembro de 1996, passa denominar-se Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia e Imunoematologia, com as modificações introduzidas por esse ato.

**Portaria nº 488/SVS/MS, de 17.6.1998**

Estabelece procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV, que deverão ser seguidos pelas unidades hemoterápicas, públicas ou privadas, visando à redução de resultados falso-positivos ou falso-negativos.

**Portaria nº 3.717, de 8.10.1998**

Cria o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/aids, presidido pelo ministro da Saúde. Entre as suas competências e atribuições estão as ações de prevenção direcionadas aos trabalhadores das empresas e a colaboração com o Ministério da Saúde na proposição de políticas públicas relacionadas à epidemia.

**Portaria nº 1.334, de 17.11.1999**

Dispõe sobre a transferência do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas a sangue e hemoderivados, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

### **Portaria nº 35, de 4.2.2000**

Credencia os técnicos abaixo relacionados, de nível superior, especializados, que exercem atividades de Vigilância Sanitária, nos órgãos competentes do SUS das Unidades Federadas, para representar a ANVS/MS no desenvolvimento do Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas – PNIUH, em conjunto com os técnicos dos serviços estaduais e/ou municipais de Vigilância Sanitária.

### **Portaria nº 993/GM, de 4.9. 2000**

Dispõe sobre a alteração da Lista de Doenças de Notificação Compulsória, incluindo a notificação compulsória das gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical pelo HIV.

### **Portaria nº 2.104/GM, de 21.11.2002**

Institui o “Projeto Nascer”.

### **Portaria nº 59, de 28.1.2003**

Determina que a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, será composta por todos os laboratórios, públicos e conveniados ao SUS que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV e de antígenos do HIV, organizados hierarquicamente, de acordo com a esfera de gestão do SUS à qual pertencem, e revoga o art. 3º da Portaria 488/SVS/MS/1998.

### **Portaria nº 79, de 31.1.2003**

Determina a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos, privados contratados pelo SUS, e exclusivamente privados, da realização dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucleicos (NAT), para HIV e para HCV, nas amostras de sangue de doadores.

### **Portaria nº 1.071, de 9.7.2003**

Dispõe sobre leite artificial.

### **Portaria Interministerial (MJ/MS) nº 1777/2003 GM**

Aprova “o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.”

## Anexos

---

### Leis e decretos

#### **Lei nº 1.075, de 27.3.1950 – D.O.U. de 27.3.1950**

Dispõe sobre doação voluntária de sangue. Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a banco mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.

#### **Decreto-Lei nº 229, de 28.2.1967**

Explicita que os exames médicos deverão ser orientados no sentido de investigar a capacidade física do empregado para a função que exerça ou venha a exercer.

#### **Decreto nº 95.721 de 11.2.1988**

Regulamenta a Lei Federal 7.649/88.

#### **Lei nº 7.649 de 25.1.1988**

Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências.

#### **Decreto nº 95.721, de 11.2.1988**

Regulamenta a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças.

#### **Lei Federal nº 7.670, de 8.12.1988**

Estende aos portadores do HIV os benefícios de: licença para tratamento de saúde; aposentadoria; pensão especial; auxílio-doença; levantamento de valores correspondentes ao FGTS e/ou outros tipos de pecúlio, independentemente de rescisão contratual.

#### **Lei Federal nº 9.029, de 13.4.1995**

Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência de relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.

**Lei Federal nº 10.205, de 21.3.2001**

Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.

**Decreto nº 3.990, de 30.10.2001**

Regula o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, a que se refere o art. 8º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.

Esta Publicação é uma revisão ampliada do Manual “Implicações Éticas da Triagem Sorológica”, editado em 1993 pelo MS/PN DST/AIDS, elaborado por:

Vicente Amato Neto  
Jacyr Pasternak  
Maria Matilde Marchil  
Valdir Sabbaga Amato

### **CONSULTORIA PARA ESTA EDIÇÃO**

Margarete de Paiva Simões Ferreira  
Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela ENSP/  
FIOCRUZ-RJ.  
Área de Prevenção da Assessoria de DST/AIDS da  
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Sonia Maria Batista da Silva  
Psicóloga, coordenadora do Centro de Testagem  
e Aconselhamento São Francisco de Assis,  
do Hospital Escola São Francisco de Assis, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/  
UFRJ).

### **COLABORAÇÃO**

- Ana Lúcia Vasconcelos
- Carlos Passarelli
- Cláudia Maria de Paula Carneiro
- Josué de Lima

### **REVISÃO FINAL**

- Carmen Dhalia
- Cristina Câmara
- Cristine Ferreira
- Helena Brígido
- Júlio Pacca
- Mie Okamura
- Rosa Oliveira

