

O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV—Direitos e Deveres

* Dirceu B. Greco
** Mosar de Castra Neues

* Professor Titular, Departamento de Clínica Médica. I) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG.
Médico

** Internista. Chfê da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital Mater Dei, Belo Horizonte MG.

Este artigo tece considerações sobre a postura ética frente às pessoas infectadas pelo HIV, as estratégias para a prevenção da infecção e discute condutas práticas em situações específicas no ambiente de trabalho. As evidências –atuais não justificam a realização compulsória de sorologia para HIV de profissionais de saúde envolvido sem procedimentos invasivos. Do mesmo modo, não se justifica que profissionais sejam afastados do trabalho apenas pelo fato de serem soropositivos para o HIV, embora exista um relato nos Estados Unidos de contaminação de pacientes durante procedimento dentário. A restrição ao trabalho está indicada nesta, e em qualquer outra doença, quando a patologia básica prejudica a capacidade profissional do indivíduo. O estabelecimento de precauções universais ao se lidar com sangue e outros líquidos corpóreos deverá ser suficiente para manter o risco de contaminação sob controle, não só em relação ao HIV como também para outros patógenos carregados pelo sangue. A manutenção dessas precauções universais, o treinamento e atualização constantes da equipe médica (deveres absolutos do profissional de saúde), juntamente com o estabelecimento e equipes de aconselhamento e apoio, manterão a qualidade, segurança e ética dos procedimentos inuasivos.

Introdução

1—Transmissão

A transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ocorrer primariamente em três situações: contato sexual com pessoa infectada, exposição a sangue ou derivados contaminados, como ocorre em transfusões sanguíneas ou uso de drogas endovenosas com agulhas comunitárias, e transmissão vertical ou perinatal, a partir da mãe infectada para o filho. Essas situações englobam a quase totalidade dos casos de infecção pelo HIV/AIDS, figurando apenas como variações os raros casos de transmissão por transplante de órgãos, inseminação artificial com sêmen de pessoa infectada, acidentes de trânsito com lacerações múltiplas em contato com sangue de outras pessoas feridas, nutriz com fissuras mamilares infectadas ao amamentar criança soropositiva com estomatite e sangramento oral e o relato de infecção de cinco pessoas expostas a procedimentos invasivos realizados por um dentista infectado.

Apesar de todos esses dados, corroborados por estudos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, razoável parcela da população (e de pessoal de saúde) continua sem se convencer. Ainda se julga que o contato social com paciente portador do HIV possa transmitir o vírus. O internamento desses pacientes pode levar o hospital a pânico injustificado; o mesmo acontece com a volta de um paciente com a síndrome ao seu trabalho. Em resumo, ansiedade e medo em relação à AIDS tornaram-se epidêmicos. Como em outras doenças epidêmicas, o desconhecimento e o preconceito explicam em parte essa postura. Por esta razão, a avaliação judiciosa do que se conhece sobre a doença e, mais importante ainda, a divulgação séria e constante, em todos os meios de comunicação, poderão reverter o espírito atual.

Cumpramos enfatizar o paradoxo da situação do indivíduo infectado: antes do diagnóstico ele pode ser risco, mas não é problema; ou seja, pouco cuidado se toma com seu sangue e pouco cuidado ele tem em relação às atividades sexuais. Por outro lado, no momento em que a infecção é diagnosticada, o indivíduo deixa de ser risco (sabemos as maneiras de contaminação e com o diagnóstico estabelecido estas são facilmente evitáveis), mas transforma-se em problema (quer dizer, a partir desse momento os preconceitos aparecem, e essa pessoa tem todos os seus caminhos tolhidos).

2—Profissional de saúde. infectado e transmissão do HIV

Desde seu reconhecimento em 1981, a AIDS já foi diagnosticada. até julho de 1992, em cerca de 2 milhões de pessoas (1). Mais de 10 milhões de pessoas estariam hoje (1993) infectadas pelo HIV. Com o aumento descontrolado de novas infecções, aliado ao mau prognóstico, aumenta a preocupação com a possibilidade de profissionais de saúde infectarem seus pacientes.

Entretanto, mesmo sabendo-se da maior incidência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) entre profissionais de saúde, existem na literatura somente 20 relatos de surtos de transmissão destes para seus pacientes(2).

Como o HIV é mais difícil de ser transmitido que o VHB em acidentes com instrumental cirúrgico contaminado, aliado à baixa prevalência do HIV entre profissionais de saúde (0,12 % em estudos norte-americanos) (3), depreende-se ser muito baixo o risco de se adquirir o HIV em procedimentos invasivos.

Em 1985, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) chamou a atenção para a possibilidade teórica da transmissão do HIV a partir de um profissional infectado. Em 1986, surgiram as primeiras normas que definiam como desnecessária a realização rotineira de sorologia anti-HIV em profissionais e pacientes envolvidos em procedimentos invasivos, uma vez que o risco de transmissão nessas circunstâncias seria extremamente baixo. Recomendava, também, a discussão caso a caso dos profissionais com doenças que pudessem comprometer a capacidade de fazer procedimentos invasivos com segurança.

Essa preocupação com a possibilidade de infecção a partir de procedimentos invasivos foi reforçada pelo relato, em agosto de 1990, na Flórida, de provável transmissão do HIV por um cirurgião dentista para cinco de seus pacientes (4). Apesar de inúmeros outros estudos não terem detectado transmissão do vírus a partir de profissionais infectados envolvidos em procedimentos invasivos, esse relato teve enorme repercussão na imprensa leiga e no meio científico. Iniciou-se intenso debate quanto aos riscos de contaminação ocupacional e formas de controle, chegando-se a se cogitar da realização periódica de sorologia anti-HIV em todo profissional de saúde envolvido em procedimentos invasivos, com afastamento dos soropositivos.

Em julho de 1991, o CDC já havia revisto as recomendações para prevenção da transmissão do VHB e do HIV em procedimentos invasivos sujeitos a contaminação (5). Preconizou que o profissional de saúde envolvido em tais procedimentos saiba o seu estado sorológico quanto ao HIV e VHB (imune, suscetível ou infectado), e que se abstenha de realizá-los caso se mostre infectado pelo HIV ou VHB (e, neste caso, positivo também para o antígeno e da hepatite B—Age HB), a menos que seja permitido por uma comissão de peritos. Essa comissão definirá as condições, se existirem, para que o profissional continue exercendo esses procedimentos, incluindo a comunicação aos pacientes do estado sorológico do profissional. Definiu como procedimentos invasivos sujeitos a contaminação aqueles que envolvem riscos de perfuração percutânea do profissional com contato de seu sangue com cavidades corpóreas, tecido subcutâneo, ou mucosas do paciente.

Em fevereiro de 1991 o CDC estimou em 2,4 a 24 por milhão o risco do paciente se infectar pelo HIV por meio de procedimento invasivo realizado por cirurgião infectado, e 100 vezes maior o risco de transmissão do VHB, a partir de profissional AgeHB+. Essas estimativas, baseadas em pequenos estudos, têm muitas limitações, não sendo possível estabelecer com segurança a magnitude do risco de transmissão nosocomial do HIV. Apesar da importância da definição precisa desse risco, tarefa extremamente difícil, os dados disponíveis até o momento sugerem que seja extremamente baixo, muitíssimo menor do que o risco do profissional infectar-se a partir do paciente.

Faz-se necessária discussão ampla e profunda sobre os riscos de transmissão do HIV a partir de profissional infectado. Se esse risco for realmente significativo, definir quais as medidas a serem tomadas para eliminá-lo. A sociedade precisa saber que risco zero de transmissão é impossível de se atingir e que a implantação de política de restrição ao trabalho dos profissionais infectados poderá ser um verdadeiro tiro pela culatra, como será discutido adiante.

Nenhuma outra doença havia suscitado tanto debate quanto à segurança do trabalho entre os profissionais de saúde, compreendendo os trabalhadores em casas de saúde (ambulatórios, hospitais, unidades odontológicas, laboratórios de análises clínicas e patologia) como a epidemia da infecção pelo HIV/AIDS. Isto, apesar de há muito se conhecer os riscos de transmissão de inúmeros outros patógenos carreados pelo sangue, causadores de patologias graves, eventualmente fatais, como os vírus das hepatites B e não A-não B (hepatite C). Os primeiros dois anos dessa epidemia extremamente letal, da qual ainda não se conhecia o agente etiológica, causaram enorme discussão entre os profissionais de saúde quanto à possibilidade de transmissão ocupacional, teoricamente possível pelo delineamento das formas de transmissão, o que foi confirmado em 1983 quando do reconhecimento de casos de AIDS associados com a administração de hemoderivados. No mesmo ano foram recomendadas precauções com sangue e fluidos com sangue visível e, no ano seguinte, após a descoberta do HIV, há o relato do primeiro caso de transmissão em ambiente de trabalho: uma enfermeira britânica infecta-se ao cuidar de paciente com AIDS. Em maio de 1987, o CDC toma conhecimento de três casos de transmissão por contato cutâneo-mucoso com sangue contaminado, e, em seguida, recomenda a adoção de "precauções universais" com sangue e outros líquidos corpóreos para evitar a transmissão para profissionais de saúde (6).

As precauções universais consistem em considerar como potencialmente infestantes as secreções sangüíneas ou que contenham sangue visível, adotando proteções de barreira, como luvas, máscaras, capotes, gorros e proteção ocular, visando impedir o contato destes fluidos com pele e mucosas; o termo universal refere-se a todos os pacientes, independente do conhecimento ou suspeita de infecção pelo HIV e/ou outros patógenos carreados pelo sangue, e não a todas as secreções orgânicas ou a todos os patógenos. Têm como objetivo prevenir a transmissão de agentes infecciosos carreados pelo sangue de paciente para paciente, do paciente para o profissional de saúde e vice-versa, no contexto da atenção à saúde. Essas recomendações vieram somar-se às já existentes para o controle de patógenos não transmitidos pelo sangue, e não substituí-las.

Na Tabela 1 estão listadas as secreções para as quais as precauções universais se aplicam, mostrando claramente o seu direcionamento apenas para os patógenos carreados pelo sangue, sendo indicados cuidados extras caso haja suspeita de infecções adicionais, como, por exemplo, isolamento entérico em caso de infecções gastro-intestinais contagiosas ou isolamento respiratório para doenças transmitidas por via aérea.

Tabela 1—Precauções Universais para os Diversos Líquidos Orgânicos

APLICAM-SE	NÃO SE APLICAM (a menos que contenham sangue visível)
Sangue	Saliva
Outros líquidos sanguinolentos	Fezes
Secreção vaginal	Secreção nasal
Tecidos	Escarro
Outros líquidos:	Suor
- Sinovial	Lágrima
- Pleural	Urina
- Peritoneal	Vômito
- Pericardial	Leite materno

- Amniótico

Adaptado de MMWR 1988, 37:377-82

A necessidade de vestimentas especiais depende do tipo de procedimento a ser realizado e, logicamente, da intensidade e tipo de contato com secreções sanguíneas que se antecipa possam ocorrer. É dispensável qualquer aparato ao se examinar um paciente sem sangramento e sem lesões cutâneo-mucosas secretantes, mas indispensável em procedimento de alto risco, como, por exemplo, tratamento cirúrgico de fratura óssea, onde há maior possibilidade de acidentes perfuro-cortantes por instrumental cirúrgico e de aspersão de sangue a partir de lesões vasculares por fragmentos ósseos. Em situações como essa, o máximo rigor deve ser seguido, indicando-se o uso de capotes e botas impermeáveis, proteção ocular, proteção do pescoço, uso de luvas de algodão entre duas luvas de látex, além de perfeita coordenação de toda a equipe cirúrgica.

As recomendações das precauções universais reforçam também a importância da lavagem das mãos antes e após contato com cada paciente e após contato acidental com secreções sanguíneas. Estabelecem também política rigorosa em relação ao manejo e expurgo de agulhas e outros objetos perfuro-cortantes, envolvidos na grande maioria dos acidentes que resultaram em infecções profissionais. Rezam que as agulhas não devem ser, jamais, reencapada. sendo acondicionadas após o uso em recipientes fechados, de paredes rígidas e abertura estreita.

Assim, os riscos de infecção em procedimento invasivos são extremamente baixos, mesmo do paciente infectado para o profissional de saúde, principalmente se essas condições básicas de controle de infecção estiverem estabelecidas. Esse controle mais rigoroso pode ser considerado subproduto positivo da AIDS: esses profissionais e a população em geral estão agora tomando mais cuidado quanto ao contato com sangue e produtos de sangue e utilizando sempre material descartável (ou esterilizado).

A Tabela 2 enumera as recomendações em reação ao contato ocupacional com portadores da infecção por HIV.

Tabela 2—Recomendações para Evitar Risco Ocupacional em Relação à Infecção pelo HIV

DADOS GERAIS	O VIRUS É DESTRUÍDO POR	O VÍRUS É INATIVADO POR
lavar as mãos antes e depois do contato com paciente (água e sabão, álcool) Uso de luvas: essas devem ser utilizadas quando houver exposição direta de sangue ou a secreções do paciente (fezes, urina e outras secreções corpóreas). Cuidado com agulhas: sempre colocá-las em recipiente rígido, de	<ul style="list-style-type: none">• Sabão ou detergentes por 15 minutos• Hipoclorito de sódio (1%) por 30 minutos• Álcool etílico (70%) por 5 minutos• Glutaraldeído (2%) por 30 minutos• Soluções iodadas• Calor (120.°C) por 20 minutos• Água oxigenada (6%) por 30 minutos• Extremos de pH	<ul style="list-style-type: none">• Raios gama• Raios ultravioleta

referência com
contaminação
évia em água
nitária e NUNCA
encapar estas agulhas
esse é o momento
de mais acidentes
ocorrem).

Atenções:

Óculos e protetor:
deverão ser utilizados em
locais onde haja
aerolização de
saliva/ou secreções.

Ética

1—Considerações gerais

A AIDS acentuou os problemas éticos relativos à saúde de toda população. Esses problemas trazidos à tona espelham nossa dificuldade de lidar com morte e sexo, binômio intimamente relacionado com essa síndrome.

O desconhecimento da população frente à situação nova, a incapacidade da ciência ortodoxa, tradicional, de dar resposta à chamada "peste do século XX", tudo colabora para dificultar o enfoque isento a mais uma doença infecto-contagiosa (por sinal, bem menos contagiosa que a hepatite B, por exemplo). O que se vê hoje é o alastramento do fogo do pânico, alimentado por informações (ou desinformações) sensacionalistas e pouco sérias, discussões tangenciais que, muitas vezes, esquecem o doente, associado à incapacidade (e até descaso) de se enfrentar profissionalmente qualquer problema de saúde pública no Brasil.

Além disso, a doença escancara a ineficiência dos serviços de saúde para lidar com a maioria das doenças infecto-contagiosas que afetam a população. Como em qualquer situação, a AIDS tem seu lado melancolicamente positivo. Nunca tanto se pesquisou e se estudou sobre uma única doença, nunca antes pacientes/indivíduos infectados tiveram voz para discutir sua situação. Hoje, em qualquer reunião séria envolvendo a AIDS, seja em relação à educação, informação, recursos e até a liberação de novos medicamentos, estarão presentes indivíduos infectados pelo HIV ou com AIDS, lutando por seus direitos. Isso pode ser um ótimo exemplo a ser seguido pelos milhões de esquistossomóticos, chagásicos, hansenianos. A AIDS obrigou e facilitou a formação de verdadeiros grupos interdisciplinares, menina dos olhos dos teóricos da administração de saúde. Atualmente, é comum encontrar equipes compostas por médicos de diversas especialidades, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais, odontólogos, enfermeiros, educadores e pacientes discutindo as rotas a serem seguidas para o enfrentamento da síndrome (7).

Obviamente, a realidade do sistema de saúde brasileiro dificulta as mudanças necessárias. A organização deficiente do serviço público, manipulável ao bel-prazer dos efêmeros governantes, associada à estagnação e baixo estímulo aos serviços universitários, além dos irrisórios e ridículos recursos alocados para a saúde (4% do PNB), tudo deixa entrever um futuro sombrio (8).

2—Postura frente aos profissionais de saúde infectados pelo HIV ou com AIDS

Após a informação sobre os cuidados para não se contaminar ter sido transmitida e entendida, e as condições necessárias de trabalho terem sido estabelecidas, algumas recomendações podem ser feitas do ponto de vista ético frente ao indivíduo infectado pelo HIV:

- a) Preconceito social é um problema público que deve ser resolvido pelos setores da sociedade envolvidos. Quando o preconceito passa a prejudicar a saúde da pessoa, nesse momento a profissão médica deve se envolver na sua solução.
- b) Informação e ensino em relação à infecção pelo HIV devem ser passados continuamente para os profissionais de saúde e para a população em geral, visando principalmente o entendimento dos mecanismos de contágio. A disseminação desse conhecimento ajudará não só a limitar a possibilidade de novas infecções, como poderá diminuir a discriminação contra aqueles portadores do vírus.
- c) O teste para determinar a presença de anticorpo anti-HIV deve ser efetuado apenas em condições que tragam benefícios ao paciente e nunca de maneira discriminatória (por exemplo, para admissão a emprego, Pré-operatório). Lembrar que a indicação absoluta do teste ocorre apenas em relação à avaliação de todo doador de sangue ou de órgãos para transplante.
- d) Os profissionais de saúde com AIDS ou com infecção pelo HIV têm o direito:
à privacidade, à confidência e ao respeito à pessoa humana de toda a equipe de saúde;
de decidir como serão divulgados os dados relativos à sua patologia;
de ser encorajadas a melhorar sua qualidade de vida e manter atividades sociais e de trabalho compatíveis com os limites impostos pela doença.

Todos os princípios do Código Brasileiro de Ética Médica devem obviamente ser aplicados aos indivíduos infectados pelo HIV e os Conselhos de Medicina devem zelar por sua observância e pelo cumprimento da Resolução 1359/92 do Conselho Federal de Medicina(9), que estabelece normas éticas para o relacionamento de médicos e entidades hospitalares com indivíduos infectados pelo HIV e pacientes com AIDS.

Estratégias

Inúmeras críticas podem ser feitas às últimas recomendações do CDC (5): a realização de sorologia anti-HIV rotineira dos profissionais de saúde fere o direito de privacidade dos mesmos; a necessidade de comunicar ao paciente o estado sorológico do profissional abre o precedente para a solicitação prévia de sorologia anti-HIV das pessoas candidatas a procedimentos cirúrgicos (10); o impedimento de profissionais infectados pelo HIV de trabalharem poderá dificultar ainda mais o acesso dos pacientes ao sistema de saúde, além de afetar a carreira de número considerável de trabalhadores.

Lembrar ainda que a AIDS é uma doença espectral, ou seja, existem vários níveis na infecção pelo HIV: desde o indivíduo assintomático até a doença AIDS, sendo, portanto, impossível generalizar situações de possível risco.

1—AIDS e o trabalho

Existem consideráveis evidências clínicas e epidemiológicas mostrando que o HIV não se transmite pelo trato respiratório ou por contato casual qualquer que seja a situação (em escolas, no ambiente familiar ou no trabalho). Como em outras tantas doenças, o profissional de saúde infectado deverá continuar trabalhando enquanto sua condição física o permitir (11).

O empregador deverá dar condições de trabalho, suporte social e psicológico, além de assegurar o direito à assistência médica ao seu empregado.

O empregador, segundo nossas leis, é livre para decidir a quem deve empregar, mas não lhe é permitido

exigir o teste sorológico para HIV, como condição de admissão ou manutenção do emprego ou cargo público, por caracterizar interferência indevida na intimidade dos trabalhadores e restrição prevista na CLT e no Código Penal Brasileiro (12).

2—O teste anti-HIV

Teste anti-HIV dos pacientes: Em vários hospitais de todo o mundo, cirurgiões têm solicitado seja obrigatória a sorologia anti-HIV antes de procedimentos invasivos. Argumentam que a identificação de indivíduos infectados permitiria à equipe cirúrgica utilizar precauções especiais em relação à indumentária, bem como maior cuidado para evitar acidentes pérfuro-cortantes.

Os contra-argumentos são:

- a. existência de outros vírus diagnosticáveis (hepatite B e C) e não diagnosticáveis (por exemplo, outras hepatites); a possibilidade de teste negativo em pessoas infectadas mas ainda na chamada janela imunológica.
- b. além disso, o rastreamento sorológico pré-operatório pressupõe que o conhecimento do resultado diminuiria o risco de acidentes. Não há, entretanto, evidências de que isso realmente aconteça (13). Na verdade, a mudança de procedimentos de rotina em caso de positividade sorológica pode prolongar o tempo cirúrgico, com conseqüente aumento do risco de exposição.

Cumpramos enfatizar que muitos dos procedimentos de contato com sangue e outras secreções corpóreas acontecem em várias outras situações não cirúrgicas, no sentido estrito do termo. Entre elas: colheita de sangue. atendimentos em Centro de Terapia Intensiva (CTI), atendimentos em pronto-socorro, e em necropsias.

Teste anti-HIV do profissional médico: O argumento para o teste anti-HIV dos médicos, especialmente cirurgiões, é semelhante ao utilizado pelos mesmos para testar seus pacientes.

Os contra-argumentos são também parecidos. As precauções universais para se lidar com sangue e líquidos corpóreas são o denominador comum nos dois casos e, provavelmente, o mais sábio dos comportamentos. Isto é, se essas medidas são tomadas em todo e qualquer procedimento onde possa ocorrer contato com sangue e líquidos corpóreas, o risco de infecção tornar-se-á o mais baixo alcançável.

Some-se a isso (e também se aplica aos pacientes) que o teste anti-HIV não terá a confiança garantida, pois a mudança de procedimentos claramente evidenciará o status sorológico, com todas as implicações pessoais e sociais inerentes.

A restrição ao trabalho dos cirurgiões infectados não é o único, e sequer o mais eficaz método de reduzir o risco de transmissão do HIV do profissional para o paciente. Muito há de ser feito ainda, como melhor definição dos procedimentos invasivos com risco de transmissão, identificação dos fatores associados com risco de exposição sangue-sangue, com modificação dos mesmos, e maior exigência às indústrias de equipamentos médicos quanto ao item biossegurança. Certamente, essa abordagem terá impacto muito maior na redução da transmissão ocupacional do HIV e outros patógenos transmitidos pelo sangue do que a investigação e exclusão dos profissionais infectados.

Em resumo, o rastreamento para HIV nas duas situações acima não está indicado (14). O conhecimento do estado do portador do HIV:

- a. do paciente: trará falsa sensação de segurança por parte da equipe cirúrgica nos casos de sorologia positiva, e risco de diminuir os cuidados naqueles soro-negativos; levará à quebra do sigilo em relação ao paciente;
- b. do médico: levará à segregação, e até pressão para o afastamento do trabalho, tanto pelos pacientes como pelos próprios colegas, apesar dos baixíssimos riscos de contaminação. Criará a falsa sensação de segurança nos pacientes em relação aos verdadeiramente soro-negativos ou com teste falso-negativo.

Além disso, se a política de precauções universais não for adotada de fato, o risco de contaminação em procedimentos externos (flebotomias, procedimentos de pronto-socorro, CTI), ainda que pequeno, permanecerá.

Conduta prática

1—Considerações gerais

Provavelmente será impossível atingir decisão única (de consenso) quanto às atividades do profissional de saúde infectado pelo HIV ou com AIDS. Senão vejamos: se concordamos que todo profissional de saúde HIV-positivo seja afastado de procedimentos invasivos estaremos, com certeza, incorrendo em erros irreparáveis. O risco de infecção é mínimo em geral e, provavelmente, será quase nulo na maior parte dos procedimentos, desde que as medidas cautelares sejam implementadas. Entre essas: a) treinamento de toda a equipe nas precauções universais; b) existência de condições de trabalho suficientes para a salvaguarda de todas as medidas já definidas; c) discussão constante entre os profissionais de saúde e com a sociedade, deixando transparente o que se conhece sobre as maneiras de transmissão do HIV.

Por outro lado, se apoiarmos pura e simplesmente a manutenção das atividades desse profissional infectado ou com AIOS, quaisquer que sejam as circunstâncias, provavelmente também poderemos incorrer em erro. Em síntese, sabe-se hoje que o risco de contaminação pelo HIV por meio de procedimento invasivo é extremamente baixo, desde que as precauções universais estejam implementadas e que a equipe médica esteja bem treinada em sua aplicação. Os casos de exceção deverão sempre ser avaliados pelo médico ou pela equipe multidisciplinar que acompanha o profissional infectado, à luz dos conhecimentos atuais, e sempre respeitando os preceitos éticos de sigilo e confidência.

Não há evidência de necessidade, como já discutido anteriormente, de sorologia compulsório de profissionais envolvidos em procedimentos invasivos (15). De toda maneira, essa epidemia está em evolução, e as medidas aqui preconizadas deverão ser revistas regularmente, de acordo com as necessidades.

2—Situações especiais

Em relação a qual profissional de saúde existe o risco remoto de transmissão do HIV? Apenas aqueles que lidam com instrumental (seja perfurante ou cortante) e, portanto, com a possibilidade de transferir acidentalmente sangue para seu paciente.

Se utilizarmos o exemplo da transmissão do VHB, as contaminações ocorreram principalmente em histerectomias, cirurgias na cavidade oral, cirurgias pélvicas maiores e cirurgias cardíacas.

Deve o profissional infectado se afastar definitivamente de procedimentos invasivos ou modificar seu trabalho? O afastamento do trabalho pela sorologia positiva não tem qualquer sentido. Aqui, como em qualquer outra doença, o afastamento deverá ocorrer apenas se a patologia base estiver prejudicando o desempenho do profissional.

Modificação do tipo de trabalho: pelos estudos disponíveis, principalmente com VHB, a maior parte dos acidentes com transmissão do vírus do profissional para o paciente ocorreu durante manipulação de instrumentos cortantes ou agulhas, sem visualização direta do campo cirúrgico. Aqui se aplica novamente a necessidade de treinamento constante, esclarecimentos quanto aos riscos, e estabelecimentos de estudos patrocinados pelas sociedades médicas, Conselhos de Medicina e pela indústria de equipamentos, visando-se a diminuição desses riscos.

No caso do profissional infectado pelo HIV, quem deverá saber de seu estado sorológico e como manter a confidência? Como em qualquer outra situação de positividade para o HIV, o sigilo deverá ser estritamente mantido. Não há necessidade do profissional informar sobre seu estado sorológico, mas deverá ser oferecido a todos os profissionais, independente de realização de sorologia, acesso à equipe multidisciplinar para suporte e orientação.

Qual a conduta no caso de acidentes com agulhas instrumentos cortantes durante o procedimento invasivo? Como tanto o profissional de saúde quanto o paciente podem estar infectados pelo HIV (ou VHB) muita dúvida poderá ser levantada em relação à sorologia de ambos. A posição da APIC/SHEA dos Estados Unidos (16) parece a mais consistente: o profissional que sabidamente foi o foco da exposição ao sangue tem a obrigação ética de se testar para patógenos transmissíveis pelo sangue. O paciente exposto deve ser informado do possível risco e, também, solicitar os mesmos exames. Aconselhamento competente deve ser sempre oferecido a ambas as partes, com manutenção do sigilo e da confidência das informações.

Síntese

Em síntese, as evidências atuais, expostas acima, não justificam a sorologia anti-HIV compulsório de profissionais de saúde envolvidos em procedimentos invasivos, e pode-se afirmar que os riscos de contágio de pacientes a partir desses procedimentos são extremamente baixos. O estabelecimento de precauções universais em todo e qualquer procedimento envolvendo riscos de acidentes pérfuro-cortantes, aliado à discussão constante dos métodos e procedimentos invasivos, deve manter essa situação sob controle, não só em relação ao HIV, mas também a outros patógenos carreados pelo sangue. Além disso, não há razão para afastar o profissional, baseado em seu estado sorológico. Aqui, como em outras patologias, o afastamento ou mudança de função se justifica no caso de alterações na capacidade laboral, secundário à doença de base. É necessário o estabelecimento de equipes de suporte para essa eventualidade e, vale enfatizar, essa necessidade antecede a epidemia de AIDS.

Do ponto de vista do profissional, é seu dever absoluto zelar pela aplicação de todas as normas relacionadas com as precauções universais, além de se manter atualizado nas técnicas invasivas praticadas por ele e sua equipe.

Finalizando, os Conselhos Federais e os Conselhos Regionais da área de saúde deverão manter os profissionais informados, com amplas discussões dos conhecimentos acumulados e encorajando posturas éticas e preventivas cabíveis.

Abstract—*The Health Professional Infected with HIV—rights and Duties*

This article comments the ethical position in view of people infected with HIV, the strategies for preventing the infection and discusses practical procedures involving specific situations in the workplace. The current evidences do not justify HIV compulsory serology for health professionals involved in invasive procedures. In the same way, it is not justified to remove professionals from their job only because their HIV serological test is positive, although there is in the United States a report on contamination of patients during a dental treatment. The restriction for working should exist in any disease, as far as the basic pathology prejudices the individual's professional capacity. The establishment of universal precautions in dealing with blood and other body fluids should be enough to keep risk of contamination under control, not only in relation to HIV but also to other pathogens carried by blood. The maintenance of those universal precautions, the constant training and up-to-dating of teams of physicians (absolute duties of the health professional) as well as the formation of counseling and supporting staffs, will keep the quality, safety and ethics of invasive procedures.

Bibliografia

1. HIV/AIDSupdate. MedProMonthl992;11:116-119.
2. Weber DJ, Hoffmann KK, Rutala WA. Management of the health care worker infected with HIV: lessons from nosocomial transmission of hepatitis B vírus. Infect Control Hosp Epidem 1991;12:625-30.
3. Henderson DK. AIDS and the health care worker: management of HIV infection in the health care setting. AIDS updates 1990;3:1-12.
4. CDC update: transmission of HIV infection during invasive dental procedures. MMWR 1991;40:377-81.
5. CDC: recommendations for preventing transmission of HIV and hepatitis B vírus to patient during

- exposure-prone invasive procedures. MMWR 1991; 14. 40: 1-9.
6. CDC update: universal precautions for prevention of transmission of HIV, hepatitis B vírus and other biooldborne pathogens in health care settings. MMWR 1988,37:377-82.
 7. Greco DB. Ethique, pauvreté et SIDA. Cahiers Santé 1992;2: 122-9.
 8. Jaquaribe H. Para um novo pacto social: Brasil 2000. São Paulo: Salamandra, 1986.
 9. Normas éticas para o trato de pacientes aidéticos. Jornal do CFM 1992 dez:8.
 10. Vicira NFR. Opinião: efeito bumerangue. Jornal do CFM 1992 set/o,ut: 12.
 11. Greco DB, Castro Neto M, Tupinambás U. O caso da AIDS: epidemia da doença,epidemia do medo e seus subprodutos. In: Rigotto R. Isto é trabalho de gente. São Paulo, 1993. No prelo.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. AIDS e o trabalho. Bras~lia: MS/DST/AIDS, 1987.
 13. Gerberding JL, Littell BA, Tarkington A, Brown A, Schecter WP. Risk of exposure of surgical personnel to patient's biood during surgery at San Francisco General Hospital. N Engl J Med 1990;322:1788-93.
 14. Fry DE. Patients and physicians should not be tested for HIV or hepatitis. In: Howard RJ, editor. Infectious risks in surgery. East Norwalk: Appleton and Lange, 1991: 111 - 16.
 15. Gerberding JL, Sande MA. Care providers infected with HIV. In: CoLen PT, Sande MA, Volberding, PA, editors. The AIDS knowledge base. Waltham, Massachusetts: The Medical Publishing Group, 1990: 10.2.10.
 16. Association for Practitioners in Infection Control, Society of Hospital Epidemiologists of America (APIC/SHEA) position paper: the HIV infected health care worker. Am J Infect Control 1990;18: 371-82.

Endereço para correspondência:

Dirceu B. Greco
Departamento de Clínica Médica Faculdade de Medicina - UFMG
R. Goitacases. 14/408 30190-050
Belo Horizonte - MG

[Índice Revista](#)

[Índice Revista](#)