

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Coordenação Nacional de DST e Aids

**Diretrizes dos  
Centros de Testagem  
e Aconselhamento (CTA)  
Manual**

Brasília  
1999

©1999 – Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2.000 exemplares

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sobreloja

CEP: 70058-900 Brasília-DF Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

<http://www.aids.gov.br>

**Assessora de Comunicação Social/CN-DST/AIDS:**

Eliane Izolan

**Editor:**

Ermenegildo Munhoz Junior

**Revisor:**

Dario Almeida Noletto

**Projeto gráfico:**

João Mário P. d'Almeida Dias

Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA99/EO2 MS/SPS/CN-DST/AIDS e *UNDCP*

**Ficha catalográfica**

Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA:  
manual./Coordenação Nacional de DST e Aids. \_ Brasília:  
Ministério da Saúde, 1999.

32 p.

ISBN 85-334-0211-2

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida \_ diagnóstico  
sorológico. I. Coordenação Nacional de DST e Aids. II. Brasil.  
Ministério da Saúde.

# SUMÁRIO

Prefácio	
Um breve histórico -----	07
A testagem sorológica anti-HIV no Brasil -----	07
Aconselhamento em HIV/aids: participação popular e Saúde Pública -----	08
I. Marco conceitual -----	10
II. Objetivos -----	10
III. População beneficiária -----	11
IV. Normas de organização e funcionamento -----	11
V. Aconselhamento pré-teste coletivo/individual -----	12
VI. Aconselhamento pós-teste individual -----	13
VII. Para além dos muros: os CTA e a comunidade -----	14
VIII. Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV -----	16
IX. Normas técnicas para coleta, preparação e remessa de amostras para testes sorológicos de detecção de anticorpos anti-HIV e para limpeza, desinfecção e esterilização -----	18
Anexo 1 – Descrição do fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos -----	22
Anexo 2 – Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos -----	23
Anexo 3 – Legislação referente à testagem anti-HIV no Brasil -----	24



## Prefácio

*No final dos anos 80, quando o medo, os riscos e a vulnerabilidade da população diante da aids cresciam proporcionalmente ao seu desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, o Ministério da Saúde, através da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, reiterando a sua convicção no poder da informação como primeira estratégia efetiva com vistas à prevenção da infecção, dava início à implantação, em nível Nacional, dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, que ficaram conhecidos pelo nome de COAS. Logo, o seu sucesso indiscutível no oferecimento de um serviço de procura voluntária, orientação preventiva e testagem sorológica, em parceria com instituições de Saúde Pública estaduais e municipais de todo o País, levou a CN DST/AIDS a se preocupar com o aprimoramento dos profissionais locais envolvidos diretamente no seu trabalho. E viu por bem publicar, em 1993, as Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico.*

*Hoje rebatizados, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) constituem uma experiência ímpar na implantação de ações de prevenção entre a população geral e segmentos populacionais específicos. Desde a sua criação em 1988, eles servem como “porta de entrada” das questões psicossociais da epidemia do HIV/aids para grande parte dos cidadãos brasileiros, que buscam estes serviços para dirimir suas dúvidas com relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV. É a partir dessa demanda que os profissionais de saúde que atuam nesses centros podem realizar um trabalho de sensibilização e esclarecimento, por meio das ações de aconselhamento.*

*Com os avanços observados na área de tratamento das DST/HIV/aids, mais marcadamente a introdução dos medicamentos anti-retrovirais, os CTA passam a ter uma posição estratégica de fundamental importância no que diz respeito ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, referenciando, de maneira ágil, os indivíduos portadores de HIV aos serviços assistenciais.*

*Por outro lado, grande parte de suas ações estão voltadas para a prevenção das DST/aids, mediante a promoção da adoção de práticas sexuais mais seguras e da redução dos danos à saúde pelo uso indevido de drogas. Assim, essas unidades não têm medido esforços para, além do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, oferecer à população ações de comprovada eficácia no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia, por meio do aconselhamento e das atividades extra-muros.*

*Os profissionais que atuam nesses Centros lidam, cotidianamente, com as interfaces estabelecidas entre dois campos do conhecimento: a clínica e a prevenção. Terreno fértil de contradições e consonâncias, nos CTA vemos emergir a responsabilidade individual com a prevenção, ao mesmo tempo em que suas ações reforçam o compromisso coletivo e o ideal de solidariedade, ferramentas inestimáveis na luta contra a aids. O **Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** vem ao encontro dessas expectativas do profissional. A intenção primordial do documento que ora apresentamos reside em introduzir uma nova política para esses serviços, consolidando os Centros de Testagem e Aconselhamento como um serviço de caráter essencialmente preventivo, onde os mais novos conhecimentos sobre a doença e a epidemia desdobram-se em ações melhor adequadas ao momento presente, e à sua necessidade de adoção de novas estratégias de aconselhamento em HIV/aids.*

**Pedro Chequer**

Coordenador

Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde



## UM BREVE HISTÓRICO

### *A testagem sorológica anti-HIV no Brasil*

A expansão da epidemia de aids trouxe consigo a possibilidade de realização de exames sorológicos para diagnóstico da infecção pelo HIV a um número crescente de pessoas. Isso levou um grande número de profissionais de saúde a enfrentar as questões relacionadas à realização do teste HIV e seus desdobramentos, de acordo com o seu resultado. Os temas relacionados aos usos e abusos do teste HIV tornaram-se foco de grande discussão, debates e controvérsias para todos os atores sociais que atuam no controle da aids e, de forma mais específica, para os profissionais de saúde que trabalham em serviços que oferecem o teste HIV em sua rotina.

No Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram recomendados, inicialmente, em triagem de sangue para transfusões ou para fracionamento e produção de hemoderivados, para triagem dos doadores de órgãos e sêmen, para determinar a prevalência da infecção na comunidade e para confirmar o diagnóstico das diferentes formas clínicas de aids. Esses exames foram, então, disponibilizados para uso na rotina dos bancos de sangue (1987) e nos serviços de referência para tratamento dos doentes de aids.

Logo em seguida (1987/88), começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, os quais se constituiriam em modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de sorologia HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes sorológicos teria a finalidade de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção. Um dos objetivos desses serviços era desviar a demanda por testes dos bancos de sangue. Também entre os anos de 1985 a 1988, encontramos na literatura que a principal

função do teste foi corroborar com as estratégias de redução de riscos para a prevenção, principalmente, no que diz respeito à transmissão ulterior do HIV.

Em seguida, houve a ampliação do uso da testagem para alcançar o maior número possível de pessoas consideradas sob maior risco de infecção pelo HIV. Ao lado do teste, a informação e o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros para redução desses riscos para a infecção, por meio das ações de aconselhamento, focaliza o envolvimento individual com a prevenção da aids. E considera que essas pessoas têm papel importante no controle da expansão da epidemia, adotando comportamentos mais seguros, a fim de evitar que se infectem ou que transmitam o vírus para seus parceiros e parceiras.

Os avanços dos programas de testagem e aconselhamento foram suscitando questões de diversas ordens, isto é, desde problemas que demandavam soluções técnicas (como a ocorrência de resultados falso-positivos ou negativos e indeterminados; ou a determinação do período de janela imunológica), medidas que apontassem para a não-discriminação das pessoas que se submetessem ao teste, até a proteção dos direitos individuais e sociais dos indivíduos testados. A confidencialidade no processo de testagem tornou-se um requisito imprescindível.

A partir de 1989, a estratégia de testagem e aconselhamento passa a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. A disponibilização do teste para um maior número de pessoas tem sido uma tendência constante, cada vez mais enfatizada.

O uso do teste para corroborar as estratégias de prevenção, com enfoque na redução de risco individual para prevenção da expansão da epidemia, vem atravessando a década de noventa com grande força. No entanto, apesar da disponibilização progressiva da testagem por meio de diferentes serviços, as pessoas em risco ou, mais

importante ainda, as pessoas já infectadas não estão realizando o teste; ou quando o realizam, o fazem tardiamente. A realização do teste - quanto mais cedo melhor - é considerada desejável tanto para a prevenção como para a instituição precoce do tratamento, a prevenção da transmissão vertical do HIV e a prevenção da reinfecção dos já portadores.

Nos últimos anos, à medida que a testagem se amplia, tanto em direção aos grupos de alta prevalência quanto às populações de baixa prevalência para a infecção pelo HIV, a discussão das questões éticas, científicas, legais e políticas envolvidas no processo de testagem vem se tornando cada vez mais presente na literatura acadêmica, no âmbito das gerências dos programas de DST e aids, e no contexto da sociedade civil organizada. Os aconselhamentos pré e pós-teste passaram a ser vistos como fundamentais para o sucesso dos programas de testagem. Entretanto, hoje em dia, escutamos vozes trazendo alternativas para os programas de testagem de maneira a expandi-los tanto quanto possíveis; algumas vezes, até, negligenciando o aconselhamento ou substituindo-o pela disseminação de folhetos informativos. Observa-se, assim, propostas de substituição dos profissionais de saúde, que participam do processo de testagem, por “entregadores dos resultados”, por oficiais de justiça ou por folhetos explicativos no caso dos testes de uso pessoal. Esses procedimentos podem levar à banalização do teste ou, o que é mais preocupante, à transferência de toda a responsabilidade da prevenção e da redução dos riscos da infecção pelo HIV para o indivíduo que se submete ao teste.

#### *Aconselhamento em HIV/aids: participação popular e Saúde Pública*

A noção de aconselhamento, como uma relação de ajuda, é filha da consolidação de valores humanistas pautados no individualismo e no liberalismo econômico. Sua origem data do início deste século, quando Frank Parsons, nos Estados Unidos, desenvolve uma modalidade de atendimento psicológico individual destinado a auxiliar os

jovens na escolha de uma carreira profissional. A partir de então, diversos autores norte-americanos irão utilizar o aconselhamento em diferentes áreas de atuação: no auxílio a portadores de doenças mentais, nas questões relativas à aprendizagem e ao desenvolvimento infantil, na psicometria, e entre outros campos de aplicação da psicologia.

É com Carl Rogers que o aconselhamento tomará dimensões clínicas mais acentuadas, ao postulá-lo como uma modalidade de atendimento psicológico que se contrapõe às abordagens interpretativas (como a psicanálise) e comportamentais (como o behaviorismo). Ao propor uma intervenção centrada na pessoa, Rogers, a partir de 1942, lançará as bases para a consolidação e profissionalização das ações de aconselhamento no âmbito da atenção psicológica à saúde mental.

Os anos 60, com a emergência dos movimentos sociais de lutas identitárias e culturais, irão imprimir uma nova face ao aconselhamento, rompendo com as características neo-liberais da atenção individualizada. Assim, durante os anos 70, iremos assistir, nos EUA, a uma efervescência de centros de aconselhamento dentro dos movimentos sociais minoritários. Partindo do pressuposto que o aconselhamento é uma modalidade de ajuda que busca subsidiar as pessoas no enfrentamento de problemas específicos, imediatos e contextualizados no presente, os movimentos sociais irão constituir grupos que funcionarão como espaços de escuta para o compartilhamento destas questões.

No Brasil, o aconselhamento ganhou força dentro da prática da psicologia clínica, sendo que as proposições de Rogers para o trabalho em grupos e para a psicossociologia foram suplantadas pelas contribuições dos psicanalistas argentinos (Pichon Riviére e Bléger). Assim, as propostas de Rogers, pautadas na não-diretividade e na mudança dos indivíduos e das organizações, não irão encontrar eco nos princípios defendidos pela “contracultura”, isto é, a ruptura e a contestação da ordem estabelecida, ordem esta que



privilegia o indivíduo em detrimento dos anseios coletivos.

A irrupção da epidemia do HIV/aids irá constituir um terreno fértil para a aplicação do aconselhamento e, segundo as características regionais que ele assume, a sua prática irá determinar modos de intervenção também específicos, ora pautados na responsabilidade individual, ora na responsabilidade coletiva e social.

Nos primeiros anos da epidemia, alguns países, como a Inglaterra e os Estados Unidos, já dispunham de serviços de aconselhamento destinados a grupos sociais minoritários, entre estes, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. Dessa forma, essas ações passaram, rapidamente, a incorporar o apoio psicológico às pessoas afetadas pela doença, servindo como suporte emocional para questões como morte, luto, manifestações de doenças oportunistas e suas conseqüências para a adaptação das pessoas a uma nova condição corporal, adesão às terapias medicamentosas, entre outras.

No Brasil, a associação entre a prática do aconselhamento e aids surgiu, inicialmente, no âmbito das organizações não-governamentais-ONG, a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares. Ao mesmo tempo, essas ações foram sendo desenvolvidas e expandidas para diversos segmentos populacionais, com vistas a implantar intervenções de prevenção. Ou seja, assim como na Europa e nos Estados Unidos, o aconselhamento em DST/HIV/aids, em nosso País, iniciou-se com grupos de pessoas infectadas e doentes, conduzidos por estas mesmas pessoas. Isso devido às carências das instituições de saúde, que não estavam prontas a tornar as unidades de apoio acessíveis aos grupos inicialmente atingidos pela epidemia, e tampouco capacitadas a lidar, de forma solidária, com as idiossincrasias desses grupos populacionais.

Durante a década de 80, e até os dias atuais, o aconselhamento irá sofrer a mesma crise pela qual passam as sociedades industrializadas: o

conflito acentuado entre os ideais democráticos e a liberdade individual; e a superficialidade e a frivolidade das relações profissionais e comerciais, em contraposição ao anseio de relações interpessoais mais gratificantes e estáveis. Esses, entre outros fatores, irão marcar fortemente o confronto da sociedade com a emergência de fenômenos sociais de exclusão. Nesse aspecto, a própria noção de aconselhamento aparece como a confirmação de um modelo hegemônico e a histórico, ou seja, a reprodução dos valores da sociedade dominante: branca, ocidental, heterossexual e masculina.

O que se pretende discutir aqui, portanto, é a multiplicidade de sentidos que são atribuídos ao aconselhamento, demonstrando, desta forma, que esta não é uma prática com marcos conceituais e mesmo aplicações homogêneas. No entanto, todas as suas definições insistem em que o aconselhamento é um processo que necessita uma duração certa, e que se desenvolve sobre várias sessões, não se reduzindo a uma única intervenção; e ainda, que ele não é, necessariamente, uma relação dual, mas pode ser estendido aos grupos.

As ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTA constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença. Permite que ele passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia. Transcendendo o âmbito da testagem, o aconselhamento tem se mostrado como ferramenta útil nos vários locais onde atuam, ou podem atuar os profissionais de saúde. É pela via do aconselhamento que se garante, no trabalho dos profissionais que se deparam com as questões trazidas pela aids, a manutenção de ações educativas em saúde, pautadas em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST e da aids; e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e da plena utilização dos seus direitos

No ano de 1997, a Coordenação Nacional rebatizou a experiência, até então denominada por “Centros de Orientação e Apoio Sorológico” (COAS). Essa alteração deu-se em função da dificuldade de compreensão implícita nesta expressão, além do fato de ela conter um erro semântico (apoio sorológico). Modificação menos terminológica, trata-se de uma reflexão sobre os princípios que nortearam a implantação e a consolidação dos centros de testagem anti-HIV, o que resultou, principalmente, em novas propostas para o trabalho dos agora denominados “Centros de Testagem e Aconselhamento” (CTA), como veremos neste Manual. Da mesma forma, a reformulação de princípios e diretrizes buscou solucionar os impasses criados pela associação entre as práticas da testagem e do aconselhamento, relatados anteriormente.

## I. MARCO CONCEITUAL

A história do aconselhamento e os desdobramentos do uso do teste para o HIV, ao longo dos anos, nos apontam para diversas e, muitas vezes, controversas posições concorrenciais no campo científico e da prática profissional. Dessa forma, “a realização do teste anti-HIV e do aconselhamento” convida-nos a todos a uma reflexão sobre as relações de poder no exercício das nossas atividades, bem como sobre os sujeitos das nossas intervenções e as políticas públicas de saúde. Resgatar a dimensão psicossocial da epidemia, isto é, o local onde os sentidos relativos e polissêmicos podem ser compartilhados, é o desafio que as práticas profissionais relativas à testagem e ao aconselhamento auxiliam-nos a enfrentar, a partir de um enfoque que considere a ética como tema central de nossas proposições.

Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro de normas e princípios que não firam os direitos humanos e garantam a voluntariedade na realização da sorologia anti-HIV, a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde vem incentivando a implantação dos Centros de

Testagem e Aconselhamento–CTA. Trata-se de unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a sua demanda social, tanto espontânea quanto provocada. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas desses serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos para o HIV devem ser encaminhados às unidades de saúde de referência, para assistência e acompanhamento permanentes, e para grupos comunitários de apoio.

Ou seja, os Centros de Testagem e Aconselhamento devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, os CTA realizam, em parceria com outras instituições (ONG e organizações governamentais–OG) locais, atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso.

## II. OBJETIVOS

- Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV.
- Estimular a adoção de práticas seguras.
- Encaminhar as pessoas HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos antiretrovirais.
- Absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue.
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais.
- Auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem sorológica de mulheres gestantes.

- Levar informações sobre prevenção das DST/HIV/aids e do uso indevido de drogas para grupos específicos.

### III. POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA

Os Centros de Testagem e Aconselhamento devem atender todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação ao seu *status* sorológico. Recomenda-se, no entanto, que os serviços dessa natureza tenham previstas atividades dirigidas a grupos populacionais específicos com comportamento ou prática de risco, e à população que procura os bancos de sangue para a obtenção do diagnóstico da infecção pelo HIV.

### IV. NORMAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

As normas que apresentamos a seguir devem ser entendidas como princípios gerais que regem o funcionamento e a organização dos Centros de Testagem e Aconselhamento. São, portanto, diretrizes que configuram os serviços que oferecem a testagem sorológica anti-HIV, a partir de uma perspectiva preventiva.

#### *Acessibilidade e Gratuidade*

Os CTA devem estar situados em local de fácil acesso, tanto para a população geral quanto para as populações-alvo. Os CTA podem desenvolver suas atividades nas dependências de unidades sanitárias que já sejam referência de saúde para a população local, inclusive ambulatorios destinados ao atendimento das DST e aids; como também podem contar com instalações físicas próprias, ficando tal decisão ao cargo de avaliação das coordenações locais. De qualquer forma, recomenda-se que a equipe técnica do CTA tenha dependências exclusivamente destinadas à realização das suas atividades, como salas para recepção, atendimento coletivo, atendimento individual, coleta de sangue e arquivo. Os serviços são oferecidos gratuitamente, e atendem a demanda tanto espontânea quanto provocada por outros serviços ou profissionais de saúde. Os horários de atendimento devem ser organizados a fim

de oferecer alternativas acessíveis aos diferentes segmentos populacionais.

Observadas as normas de biossegurança, higiene e coleta de sangue, unidades volantes podem ser disponibilizadas para as populações de difícil acesso e/ou que habitam áreas distantes do local de instalação do CTA.

#### *Anonimato flexível e confidencialidade*

Os testes sorológicos, no âmbito dos CTA, podem ser realizados de forma anônima ou nominal. Anonimato quer dizer que o usuário não precisa se identificar. Nesse caso, os questionários, os prontuários e as amostras recebem uma identificação numérica ou um nome fantasia escolhido pelo próprio usuário. Flexibilização do anonimato quer dizer que, para o usuário que assim o desejar, deve-se proceder à identificação do mesmo, no momento do pré-teste ou da coleta.

Os usuários devem ser informados sobre as duas possibilidades e, em ambos os casos, deve-se ressaltar, no momento do aconselhamento pós-teste, o significado do resultado e as implicações éticas, legais e psicológicas da sua revelação para terceiros.

Identificado pelo nome ou por uma senha, o resultado do exame pode ser entregue ao usuário, mediante uma solicitação verbal do interessado.

A confidencialidade é um princípio que deve prevalecer sobre o anonimato. Ela está garantida pelos códigos de ética que preconizam o sigilo sobre as atividades dos profissionais que atuam em serviços de saúde, e trata-se de um requisito essencial para que se estabeleça a necessária confiança entre usuário e aconselhador, sem a qual as ações de aconselhamento tornam-se impossíveis.

#### *Agilidade e resolutividade*

Todo CTA deve dispor de recepção acolhedora, encaminhamento interno rápido,

tempo mínimo de espera e disponibilidade de resultados confirmados em tempo hábil.

Os exames anti-HIV realizados no âmbito dos Centros de Testagem e Aconselhamento devem, necessariamente, ser confiáveis. Todos os CTA devem possuir referências laboratoriais que conduzam às provas diagnósticas dentro das normas nacionais preconizadas para esses procedimentos.

#### *Aconselhamento adequado e não pontual*

O aconselhamento é definido como um processo de escuta ativa, centrado no contato direto com o cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação. Trata-se de uma prática que visa mudança de comportamentos de risco e, ao mesmo tempo, apoio emocional para o manejo eficaz da situação de comunicação do diagnóstico, através da consistência, uniformidade e precisão das informações prestadas. Para tanto, o aconselhamento, no âmbito dos CTA, não precisa se restringir a atendimentos pontuais pré e pós-teste. O número de sessões de aconselhamento deve ser definido de acordo com as necessidades da clientela.

#### *Referência e contra-referência*

A testagem sorológica e o aconselhamento oferecidos no âmbito dos CTA devem garantir o encaminhamento dos usuários aos serviços de assistência, a fim de oferecer o acesso imediato ao tratamento e/ou monitoramento da infecção pelo HIV, no caso de resultados positivos; ou mesmo de outras ocorrências, diagnosticadas no âmbito do aconselhamento ou de outras sorologias realizadas.

Nenhum CTA poderá funcionar sem uma rede de referência assistencial que acolha a demanda por ele gerada.

#### *Equipe interdisciplinar*

As equipes que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento devem possuir profissionais de saúde com diferentes perfis de formação. O número de profissionais deve ser definido em função da demanda. A equipe mínima deve ser composta por:

- *aconselhadores*: profissionais de nível superior capacitados para realizar ações de aconselhamento, individual e coletivamente;
- *coletadores de sangue*: agentes de saúde, auxiliares ou técnicos de laboratório ou enfermagem;
- *pessoal de apoio administrativo*: para as atividades de recepção, auxílio na coleta de dados sobre a clientela e produção de serviços, e arquivo; e
- *pessoal de limpeza, vigilantes, serventes*<sup>1</sup>, conforme as necessidades do serviço.

Dado o seu caráter interdisciplinar, todos os profissionais das equipes que atuam em CTA devem participar e compartilhar todos os momentos do fluxo de atendimento, observadas as competências específicas de cada categoria profissional.

*A seguir, apresentaremos os procedimentos gerais<sup>1</sup> sobre o processo de aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Tais procedimentos devem ser entendidos como diretrizes gerais que norteiam as ações de aconselhamento, não se constituindo, portanto, em um roteiro de entrevista ou anamnese.*

## **V. ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE COLETIVO/INDIVIDUAL**

- Reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- identificar o motivo da testagem;
- verificar histórico anterior de testagem e riscos;

<sup>1</sup> Extraído do Manual *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

- trocar informações sobre os sistemas de testagem e janela imunológica;
- trocar informações sobre o significado e impacto dos possíveis resultados do teste;
- enfatizar a diferença entre infecção pelo HIV e aids;
- pesquisar a existência de redes sociais de apoio disponíveis para os usuários (família, amigos, parceiros, trabalho e outros);
- avaliar a realização ou não do teste, segundo as necessidades do usuário;
- considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do exame e disponibilizar o serviço para intercorrências desta natureza;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV, lançando mão da demonstração do uso de insumos de prevenção;

*Os procedimentos acima descritos podem ser trabalhados em situações coletivas ou individualizadas. No caso do pré-teste coletivo, caberá, ainda, aos profissionais de saúde:*

- resguardar a privacidade de cada membro do grupo;
- identificar e acolher a demanda do grupo;
- utilizar linguagem compatível com a cultura dos participantes;

## **VI. ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE INDIVIDUAL**

Diante de um resultado negativo:

- lembrar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada, ou está infectada tão recentemente que o organismo não produziu anticorpos em
- orientar sobre a necessidade de comunicar o resultado à(s) parceria(s) atual(ais), disponibilizando o serviço para este fim, quando necessário;

quantidade suficiente para a detecção pelo teste (avaliar *janela imunológica*<sup>2</sup> e necessidade de retestagem);

- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente ao HIV;
- reforçar o benefício do uso correto dos insumos de prevenção, demonstrando-os se necessário;
- discutir sobre a revelação do resultado a terceiros, principalmente a parcerias sexuais.

*Diante de um resultado positivo:*

- oferecer o apoio emocional necessário à situação, permitindo ao cliente tempo suficiente para assimilar o impacto do diagnóstico;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/ aids a culpa, rejeição, punição, degenerescência, morte e outros;
- lembrar que um resultado positivo significa apenas que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida, o que demanda novos exames a serem realizados nos serviços de assistência;
- reforçar a importância do encaminhamento médico, ressaltando que existem tratamentos para a aids;
- enfatizar a necessidade de adotar medidas preventivas, a fim de evitar a reinfeção pelo HIV ou outras DST e a transmissão para outras pessoas, demonstrando o uso dos insumos de prevenção, se necessário;

<sup>2</sup> Infecção recente, quando os anticorpos ainda não são detectáveis pelos exames disponíveis.

- definir com o cliente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio;
- orientar sobre a importância da busca de tratamento e/ou monitoramento do estado clínico, enfatizando a qualidade da relação médico/paciente e a importância da adesão ao tratamento.

#### *Diante de um resultado indeterminado ou inconclusivo*

- oferecer o apoio emocional necessário à situação, permitindo ao cliente tempo suficiente para assimilar a situação de indefinição de diagnóstico;
- lembrar que um resultado pode ser indeterminado ou inconclusivo, devido aos seguintes motivos: (1) pessoa infectada recentemente – em período de *janela imunológica* –, cujos anticorpos não foram ainda detectados pelos exames disponíveis; ou (2) limitações técnicas inerentes à pesquisa de anticorpos.
- reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e outras DST, demonstrando o uso dos insumos de prevenção, se necessário;
- orientar a realização de nova coleta para retestagem, definindo com o usuário o melhor período para tal;
- considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do exame, e disponibilizar o serviço para intercorrências desta natureza;

### **VII. PARA ALÉM DOS MUROS: OS CTA E A COMUNIDADE**

As ações de aconselhamento desenvolvidas nos CTA são uma oportunidade de, tanto no nível coletivo quanto no individual, realizar uma reflexão sobre riscos, práticas seguras, mudança de comportamento, enfim, estas e outras

questões tão importantes para a prevenção das DST e do HIV/aids.

No entanto, já assistimos, implementadas na rede de CTA, algumas experiências que acabam por inovar o modo como se dá o relacionamento entre os serviços e seus usuários. Isso implica a radicalização do caráter preventivo que se pretende imprimir aos CTA, colocando-os em processo ativo de relação com a comunidade.

O primeiro passo dessas experiências é, com certeza, o diagnóstico das capacidades de atuação da equipe, em particular; e do serviço, como um todo. Quais os insumos e modalidade de atendimento que o CTA em que atuamos pode oferecer à comunidade onde ele presta serviços? Qual a capacidade técnica (qualidade e quantidade) dos recursos humanos nele inseridos? Quais as reformulações (fluxo, organograma, funções) pelas quais o serviço precisa passar, para ir mais além da oferta da testagem e do aconselhamento pré e pós-teste?

A avaliação seguinte é em relação à própria clientela. Quais as necessidades das pessoas que procuram o serviço? Quem são essas pessoas? O que elas guardam em comum, e quais são as suas diferenças? Assim, começa-se a identificar qual a população-alvo de cada serviço, e quais são as características que as tornam um grupo diferenciado em relação ao restante da população e, portanto, necessitando de intervenções específicas e direcionadas.

A partir de então, reconhecidas as limitações e potencialidades do CTA e o perfil da clientela usuária, abre-se um leque enorme de atividades, que se convencionou denominar “extra-muros”, que irão variar segundo as respostas que damos para as perguntas acima.

- *CTA volantes ou itinerantes*: são unidades móveis que, independentemente de realizar, ou não, a coleta de material para a realização de sorologia, levam informações e a prática do aconselhamento para populações que habitam em áreas remotas ou de difícil acesso à rede de serviços;

- *Grupos de Pares (peer education)*: inicialmente formados e estimulados por um profissional de saúde do CTA, estes grupos são formados por pessoas da comunidade, e pretendem assumir a responsabilidade pelas atividades desencadeadas para a reflexão e solução de problemas específicos a determinado segmento da população;
  - *Projetos de Intervenção em Prevenção (outreach work)*: são ações de prevenção às DST/aids e ao uso indevido de drogas, com duração, público-alvo, objetivo geral e específico e plano de implementação de atividades previamente definidos, e que procuram encontrar soluções para os problemas da comunidade relativos às condições (biológicas, psicológicas e sociais) que determinam a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e outras DST. Tais projetos podem visar à capacitação de agentes de saúde e/ou lideranças comunitárias, à distribuição continuada de insumos de prevenção e material informativo (envolvendo estratégias de *marketing* social do preservativo, por exemplo), ou qualquer outro objetivo definido conforme a realidade local.
  - *Redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas (harm reduction)*: trata-se de uma estratégia de promoção da Saúde Pública que visa, como o próprio nome diz, à diminuição dos riscos e danos causados à saúde (física e emocional) devido ao uso de drogas, lícitas ou ilícitas. Ou seja, no bojo do conceito de “redução de danos”, encontra-se a promoção de ações de “auto-cuidado”, tanto no âmbito individual, quanto coletivo. Os CTA podem desempenhar um papel de significativa importância na redução da transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis, seja por meio da articulação com os diversos projetos de redução de danos implantados no país, seja pela distribuição de insumos para o uso menos arriscado de drogas (seringas descartáveis); ou ainda, por meio da combinação destas duas ações. No entanto, não devemos desconsiderar o devido encaminhamento aos serviços especializados de tratamento da dependência química das pessoas interessadas em abster-se do uso de drogas lícitas ou ilícitas.
  - *Criação de ambientes favoráveis à prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas*: esta é uma estratégia relativamente simples e de grande eficácia, do ponto de vista da Saúde Pública, a fim de dar visibilidade social às questões relativas à epidemia de aids. Utilizando-se o espaço físico e humano do CTA, procura-se introduzir, a partir de reuniões de articulação, fóruns de discussão, oficinas e/ou seminários, os temas considerados transversais à prevenção das DST/aids e promoção da saúde (direitos humanos; drogas; sexualidade e saúde sexual; gênero; violência; vulnerabilidade, risco e danos; raça e etnia; entre outros) nos diversos setores e organizações que podem ser ou já estão envolvidos na luta contra a aids (organizações não-governamentais; empresas do setor público e privado; sindicatos e entidades de classe; escolas de 1º, 2º e 3º graus; outros serviços de saúde da rede pública e privada; associações de bairro e moradores; movimentos sociais).
- Estas são apenas algumas formas, entre outras, de expandir as ações dos CTA para além da testagem e do aconselhamento, o que não é pouco. De qualquer forma, o que se pretende, além de incentivar a adoção de práticas e comportamentos mais seguros para o enfrentamento da epidemia, é articular a rede de CTA a outras instâncias locais, impedindo ações isoladas de pouco alcance e cobertura. Para tanto, é necessário ter um panorama do que já está em curso na região de abrangência, a fim de não duplicar ou sobrepor ações.
- Além disso, diversos CTA já desenvolvem muitas dessas estratégias, porém de forma descontínua ou sem promover o devido registro dessas atividades, o que acaba por não lhes conferir a devida visibilidade. O trabalho de prevenção deve ser sistematizado, planejado e contínuo, renovando a comunidade onde se insere e sendo renovado por ela.

## VIII. PRERROGATIVAS ÉTICAS DA OFERTA DO TESTE ANTI-HIV

Uma das premissas básicas para que um cidadão possa realizar o seu exame anti-HIV é a voluntariedade desta decisão. Supõe-se que o teste, tendo em vista as repercussões que o seu resultado traz para a vida do indivíduo, deva ser um ato voluntário, uma decisão pessoal tomada com base em informações consistentes. Para tanto, algumas prerrogativas éticas devem ser levadas em consideração, para que esse processo aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana.

A correta informação, transmitida por meio de ações de aconselhamento, além de permitir uma decisão consciente e auxiliar no apoio emocional, pode fazer com que o indivíduo avalie a necessidade ou não da realização do teste.

Além disto, como explicitamos neste Manual, os princípios de confiabilidade dos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de referência, gratuidade e confidencialidade, aliados à correta informação e apoio emocional, ofertados por meio das ações de aconselhamento, devem constituir os pilares éticos dos CTA. No momento, vamos nos ater ao princípio de confidencialidade e suas implicações na flexibilização do anonimato.

Todo e qualquer profissional de saúde deve manter sigilo sobre as informações prestadas pelos usuários dos serviços, e este só pode ser rompido com o consentimento expresso do cliente. No caso da realização de exames anti-HIV, esta prerrogativa é essencial. E isso não somente por causa do preconceito que ainda grassa em nossa sociedade em relação ao portador de HIV/aids. Mas também para reforçar, perante os usuários, a confiabilidade do serviço prestado pelos Centros de Testagem e Aconselhamento, e para que o trabalho de aconselhamento seja garantido na sua forma mais abrangente.

Temos conhecimento de que não é somente uma dúvida gerada pela exposição ao risco da infecção ou uma angústia pessoal, que leva uma pessoa a procurar os serviços que realizam o exame anti-HIV. Admissão em empregos, procedimentos cirúrgicos, visitas íntimas em presídios, internação em clínicas para recuperação de usuários de drogas, são algumas das situações em que, implícita ou explicitamente, o resultado do teste anti-HIV é solicitado de forma compulsória. Portanto, ao cidadão só resta apresentar seu exame, sob pena de se ver privado de um benefício.

Nesse sentido, cabe-nos formular algumas questões, cujas respostas irão nortear o trabalho de todos os profissionais que se deparam em seu cotidiano com as demandas éticas geradas pela epidemia do HIV/aids, seja qual for o nosso ambiente de atuação; e, em especial, nos serviços públicos de testagem e aconselhamento:

⇒ *quem é o beneficiário do resultado do teste?*

A flexibilização do anonimato nos CTA pretende garantir um direito constitucional (Constituição Federal, artigo 5º, incisos XXXIII e XXXIV), além de visar à ampliação do acesso da população à realização do teste anti-HIV, tendo em vista os benefícios oriundos do conhecimento do *status* sorológico. Os avanços científicos verificados nos campos do tratamento e diagnóstico demonstram a necessidade da identificação precoce da infecção pelo HIV, com vistas a propiciar o acesso imediato dos indivíduos infectados ao monitoramento e/ou tratamento, para que a intervenção médica produza resultados mais eficazes.

Reconhecemos que a realização do teste sob anonimato do usuário é um sistema ainda muito importante para grupos específicos da população e, ao mantê-lo, pretende-se manter o acesso destes à realização do teste. No entanto, a entrega por escrito de um resultado identificado parece contemplar as necessidades de outras parcelas da população, além de, como referido anteriormente, garantir um direito constitucional.



Em qualquer um dos casos, isto é, anônimo ou identificado, a garantia do encaminhamento aos serviços assistenciais de referência está assegurada, evidenciando, desta forma, que o resultado do teste é de utilidade para quem o realiza. Somente ao indivíduo que é testado interessa o resultado de seu exame e, no caso de resultados positivos, ao profissional que irá conduzir o tratamento dos portadores de HIV.

Fica clara, com essas pontuações, a nulidade de pedidos de exames anti-HIV para situações de admissão no emprego, por exemplo. O que se garante, nesses casos, é apenas a manutenção do preconceito e a exclusão das hostes trabalhistas dos indivíduos portadores de HIV, com o explícito propósito de, por parte dos empregadores, verem-se desobrigados dos compromissos sociais e previdenciários em relação a estas pessoas.

Um outro exemplo que toca mais de perto a realidade dos programas de saúde da mulher, talvez seja o caso das mulheres gestantes. E também um ponto mais complexo. A oferta do exame anti-HIV para gestantes tem se mostrado como uma necessidade de Saúde Pública, para reduzir os riscos da transmissão vertical. O uso de anti-retroviral durante a gestação tem se mostrado um meio extremamente eficaz para evitar que a futura criança nasça com a infecção pelo HIV. No entanto, de forma geral, os programas de pré-natal não se mostram habilitados a oferecer o teste dentro das prerrogativas éticas preconizadas pela Coordenação Nacional de DST e Aids. Assim, a integração entre os programas de saúde da mulher e os programas de DST e aids torna-se uma estratégia importante para responder a estas questões. Seja, por exemplo, mediante a disponibilização dos CTA para a realização dos exames anti-HIV em gestantes, ou do treinamento em aconselhamento para os profissionais da rede de pré-natal feito por aqueles que atuam no âmbito dos centros de testagem, com larga experiência em aconselhamento.

⇒ qual a “utilidade” de um exame anti-HIV?

Esta é uma pergunta que pode ser generalizada no âmbito de todo trabalho de prevenção.

⇒ o resultado negativo do teste anti-HIV substitui medidas de prevenção?

No trabalho de aconselhamento realizado no âmbito dos CTA, os usuários são estimulados, pela via do trabalho de educação em saúde, a adotar comportamentos e práticas mais seguras no que diz respeito à infecção pelo HIV e outras DST, independentemente do resultado do exame. Um resultado negativo não implica em segurança, dado que ele é circunstancial, isto é, tem a ver com um momento específico da vida do indivíduo. “janela imunológica”, vida afetiva instável, novas oportunidades e imprevistos do cotidiano são só alguns dos fatores que apontam para a efemeridade do dado laboratorial. Repetimos: o que se deve estimular é a adoção de práticas e comportamentos mais seguros, seja qual for o “status sorológico” do indivíduo. A articulação entre resultado do teste e prevenção pode tender para uma situação de dúvida e angústia, e estrangular ações educativas que se mostram eficazes quanto à modificação de comportamentos.

Assim, só vemos sentido em demandar aos cidadãos que apresentem seus resultados de exame anti-HIV em casos onde o indivíduo necessita de tratamento para a infecção pelo vírus, ou em casos onde é possível prevenir a infecção de terceiros, como é a situação de gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana.

O que diferencia o trabalho realizado no âmbito dos CTA de outros serviços de testagem (estamos aí pensando nos laboratórios particulares, ou mesmo em serviços de assistência) é a prática do aconselhamento pré e pós-teste e suas ações de caráter eminentemente preventivo.

A relação que se estabelece, no âmbito do CTA, entre os profissionais e os usuários,

permitem a identificação da natureza da demanda pelo teste anti-HIV, possibilitando, desta forma, evidenciar se o pedido de teste é uma decisão voluntária ou não. Recusar o teste para o usuário (e conseqüentemente, os seus benefícios), não se constitui, como muitas vezes se alega, em proteção do indivíduo contra os riscos de uma demanda compulsória. Ao contrário, se ele não puder realizar o exame no CTA, irá fazê-lo em outro lugar, sem o apoio do aconselhamento e sem que uma ação efetiva por parte dos profissionais do CTA tenha ocorrido, no sentido de evidenciar a arbitrariedade de tal situação.

Assim, o trabalho de aconselhamento, tanto no pré-teste como no pós-teste, deve assegurar, coletiva ou individualmente, os significados da realização do teste para o indivíduo que toma esta decisão por conta própria. O resultado do seu teste é algo que lhe pertence, e a comunicação deste resultado para terceiros tem implicações éticas, legais e psicológicas que o cidadão deve estar preparado para enfrentar. Cabe ao aconselhador, no momento da entrega do resultado, explicitá-las de forma a se evitar que a procura pelo teste tenha um caráter compulsório, e denunciar aos órgãos competentes, quando for o caso, a natureza ilegítima deste tipo de demanda.

### **IX. NORMAS TÉCNICAS PARA COLETA, PREPARAÇÃO E REMESSA DE AMOSTRAS PARA TESTES SOROLÓGICOS DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV; E PARA LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERELIZAÇÃO<sup>3</sup>**

#### ***Condições para a coleta***

- Sala bem iluminada e ventilada
- Pia
- Cadeira reta com braçadeira regulável ou maca
- Garrote
- Algodão hidrófilo
- Álcool iodado a 1% ou álcool etílico a 70%
- Agulha descartável

- Seringa descartável
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável.
- Tubos de ensaio com tampa
- Pinça
- Pipetas Pasteur
- Etiquetas para identificação de amostras
- Caneta
- Recipiente de boca larga, com parede rígida e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%
- Avental e máscara
- Luvas descartáveis
- Estantes para tubos

⇒ *O que deve ser feito antes da coleta da amostra de sangue?*

Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome ou senha; número de registro; data de nascimento; sexo; data da coleta; número ou código de registro da amostra; e o nome do CTA.

#### ***A coleta com seringa e agulha descartável***

- 1) coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha;
- 2) movimente o êmbulo e pressione-o para retirar o ar;
- 3) ajuste o garrote e escolha a veia;
- 4) faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool; não toque mais no local desinfetado;
- 5) retire a capa da agulha e faça a punção;
- 6) solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
- 7) colete aproximadamente 10 ml de sangue. Em crianças, colete de 2 a 5 ml;
- 8) separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça; descarte a agulha em

<sup>3</sup> Extraído do Manual do TELELAB *Técnicas para Coleta de Sangue*, Coordenação Nacional de DST e Aids - 2ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;

- 9) oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- 10) transfira o sangue para um tubo de ensaio sem anticoagulante; escorra delicadamente o sangue pela parede do tubo (este procedimento evita a hemólise da amostra); descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.

#### **Coleta com sistema a vácuo e coleta múltipla**

- 1) rosqueie a agulha no adaptador (canhão). não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- 2) ajuste o garrote e escolha a veia;
- 3) faça a antisepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool; não toque mais no local desinfetado.
- 4) remova o protetor de plástico da agulha; faça a punção;
- 5) introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- 6) solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- 7) separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça; descarte a agulha em recipiente de boca larga, parede rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%; e
- 8) oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

#### **Como fazer uma coleta múltipla**

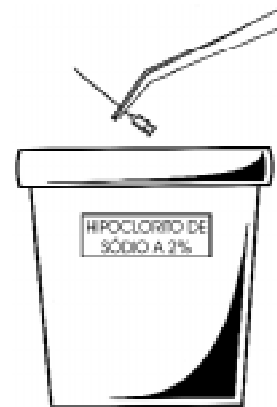
Utilize o sistema a vácuo. Troque os tubos à medida em que for colhendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais aos do sistema a vácuo, já descritos.

#### **Descarte de rejeitos produzidos na coleta**

O descarte do lixo produzido deve ser feito de acordo com as normas estabelecidas para o trato do lixo hospitalar. Todos os objetos perfurocortantes devem ser descartados em um recipiente de boca larba, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%, que deve ser preparado diariamente. Após imersão total por vinte e quatro horas, no mínimo, deve ser realizada a autoclavagem desse material. O algodão e os coágulos devem ser colocados em sacos plásticos e identificados como material potencialmente infectante. Todo esse material deve ser encaminhado ao lixo hospitalar.

#### **Descontaminação de materiais reutilizáveis**

Os materiais reutilizáveis devem ser colocados em desinfetante próprio, pelo tempo de contato recomendado, e depois autoclavados. A seguir, devem ser lavados normalmente, como material médico-hospitalar.



#### **ATENÇÃO:**

**Jamais reencepe agulhas.  
Nunca descarte material contaminado  
sem a prévia descontaminação.**

**Material para preparar e armazenar o soro**

- Tubos de ensaio
- Pipeta Pasteur ou pipeta automática de 0,5 a 1,0 ml
- Etiquetas
- Caneta
- Estante para tubos
- Centrífuga
- Geladeira
- Congelador
- Avental e máscara
- Luvas descartáveis
- Recipiente de boca larga, com parede rígida e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%.

**Separação e armazenamento do soro**

Deixe a amostra de sangue coletada em temperatura ambiente, até a retração do coágulo. A amostra pode ficar em temperatura ambiente por 3 horas, no máximo. Após esse período, o sangue começa a hemolisar.

Após a retração do coágulo, o material pode permanecer em geladeira a 4°-8° C, por 12 horas, no máximo, a fim de evitar hemólise.

A responsabilidade da separação do soro depende da organização do serviço. Caso o serviço não disponha de laboratório, a separação deverá ser feita pela equipe de coleta.

**A temperatura ambiente em laboratório clínico deve estar entre 20° e 26° C, para manter a estabilidade das reações sorológicas e a confiabilidade dos resultados.**

Após a retração do coágulo, você pode separar o soro de duas maneiras: espontânea ou mecânica.

**Separação Espontânea**

1) aspire e transfira cuidadosamente o soro para um tubo limpo, previamente identificado; use uma pipeta Pasteur ou automática.

**Cuidado:** não toque o coágulo, para que as células não se misturem com o soro; e

2) guarde em geladeira por 72 horas, no máximo; ou em congelador a -20° C, até o envio ao laboratório.

**Separação Mecânica**

1) centrifugue o sangue por 10 minutos, a 1.500 rpm;

2) retire o tubo, após a completa parada da centrífuga; e

3) aspire, transfira cuidadosamente e guarde o soro até o envio ao laboratório, conforme descrito na separação espontânea.

A separação espontânea possibilita a obtenção de maior volume de soro.

Toda amostra armazenada em geladeira ou congelador deve estar tampada e devidamente identificada.

**Acondicionamento das amostras para transporte**

⇒ *Qual o material necessário para o transporte das amostras?*

- Sacos plásticos
- Caixa térmica
- Gelo reciclável ou comum
- Fita adesiva
- Etiqueta, envelope e caneta.

⇒ *Quais os cuidados com o transporte de material biológico?*

1) comunique o envio das amostras ao destinatário, com a data e o horário de chegada previstos;

- 2) acondicione as amostras em saco plástico transparente, bem vedado;
- 3) coloque o saco com amostras em caixa térmica para transporte, contendo gelo reciclável; caso você não disponha de gelo reciclável, coloque cubos de gelo dentro de um saco plástico bem vedado, evitando o vazamento da água, quando o gelo descongelar; a quantidade de gelo utilizada deve corresponder a, no mínimo, 1/3 do volume (cubagem) da embalagem;
- 4) coloque em um envelope protegido com um saco plástico, as informações devidamente conferidas, relativas à amostra;
- 5) prenda, com fita adesiva, esse envelope na parte interna da tampa da caixa térmica; e
- 6) cole, na parte externa da tampa, uma etiqueta com o nome da instituição destinatária, endereço, nome do responsável pelo recebimento, nome da instituição remetente, endereço, telefone, fax, horário de envio e validade da embalagem.

***O prazo de validade da embalagem depende do tipo de gelo utilizado:***

- gelo reciclável: até 30 horas de validade; ou
- gelo comum: até 15 horas de validade.

Esses prazos de conservação valem somente para embalagens transportadas em temperaturas de, no máximo, 28° C.

**Não envie amostras às sextas feiras, sábados, domingos ou vésperas de feriados, a menos que a instituição destinatária autorize.**



# ANEXO 1

## Descrição do fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos

1 - Com vistas a maximizar o grau de confiabilidade na emissão de laudos dos testes para detecção de anticorpos anti-HIV, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos abaixo seqüenciados, agrupados em três etapas:

- Etapa I** – Triagem Sorológica  
**Etapa II** – Confirmação Sorológica pelo teste de Imunofluorescência Indireta para HIV-1 (IFI/HIV-1)  
**Etapa III** – Confirmação Sorológica pelo teste de *Western Blot* para HIV-1 (WB/HIV-1)

### Triagem Sorológica

Os laboratórios e unidades hemoterápicas públicos e privados deverão adotar, obrigatoriamente, a realização combinada de dois testes distintos, nesta primeira etapa da testagem de qualquer amostra de soro ou plasma. Esses dois testes devem ter princípios metodológicos e/ou antígenos distintos (lisado viral, antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos). Pelo menos um dos testes deve ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti HIV-2. Independentemente da técnica, dos métodos e dos custos, todos os conjuntos diagnósticos (*kits*) devem estar registrados no Ministério da Saúde.

- A)** Os dois testes, 1 e 2, conforme fluxograma constante do anexo II, são realizados em paralelo.  
**B)** As amostras reagentes nos testes 1 e 2 devem ser submetidas, em seguida, a teste confirmatório (IFI ou WB), de acordo com as etapas II ou III.  
**C)** As amostras com resultados discordantes ou indeterminados nos testes 1 e 2, devem ser retestadas em duplicata, com os mesmos conjuntos diagnósticos.  
**D)** Após a retestagem em duplicata:
  - ♦ as amostras reagentes e as amostras com resultados discordantes ou indeterminados devem ser submetidas a teste confirmatório (IFI ou WB), de acordo com as etapas II ou III.
  - ♦ as amostras não-reagentes, quando não-reagentes nos dois testes após a repetição, terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV”.**E)** As amostras com resultados não reagentes nos testes 1 e 2 terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV”.

ETAPA I

As etapas subsequentes, II e III, destinam-se à confirmação do diagnóstico sorológico.

### Confirmação Sorológica pelo Teste de Imunofluorescência Indireta- IFI para HIV- 1

Os laboratórios e unidades hemoterápicas públicos deverão adotar, prioritariamente, como teste confirmatório, o de Imunofluorescência Indireta, que lhes é fornecido pelo Governo. Os laboratórios que não dispuserem desse teste deverão realizar a etapa III do fluxograma.

- A)** As amostras reagentes no teste de IFI terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1”. É obrigatória a coleta de uma nova amostra e a repetição da etapa I do fluxograma, para confirmação da positividade da primeira amostra.  
**B)** As amostras com resultado indeterminado ou negativo no teste de IFI deverão ser submetidas ao teste de *Western Blot* (etapa III).

ETAPA II

### Confirmação Sorológica pelo Teste de *Western Blot* (WB)

Para interpretação do teste de *Western Blot*, deverão ser observados os seguintes critérios:

- ♦ Amostra não- reagente = ausência de bandas.
  - ♦ Amostra reagente = presença de, no mínimo, 2 (duas) bandas dentre as: gp 160/120; gp 41; p24.
  - ♦ Amostra indeterminada = qualquer outro padrão de bandas diferentes dos descritos anteriormente.
- A)** As amostras reagentes no teste de WB terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1”. É obrigatória a coleta de uma nova amostra e a repetição da etapa I do fluxograma, para confirmação da positividade da primeira amostra.  
**B)** As amostras indeterminadas terão seu resultado definido como “Amostra Indeterminada para HIV-1”, e deverão ser submetidas à investigação de anticorpos anti-HIV-2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra após 30 dias, e a repetição do fluxograma. Essa repetição tem o propósito de verificar a possível ocorrência de soroconversão recente.  
**C)** As amostras negativas no teste de WB terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1”, e deverão ser submetidas à investigação de anticorpos anti-HIV-2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra após 30 dias, e a repetição do fluxograma. Essa repetição tem o propósito de verificar a possível ocorrência de soroconversão recente.

ETAPA III

### OBSERVAÇÕES:

- ♦ É obrigatória a coleta de uma segunda amostra e a repetição da etapa I, para confirmação da positividade da primeira amostra. Caso os resultados da testagem dessa segunda amostra sejam não-reagentes ou indeterminados, deverão ser cumpridas todas as etapas do fluxograma.
- ♦ Sempre que a primeira amostra for positiva no teste de IFI ou no teste de *WB*, e a segunda amostra for negativa nos testes de triagem, é preciso considerar a possibilidade de ter havido troca ou contaminação de amostras.
- ♦ Devido à transferência passiva dos anticorpos anti-HIV através da placenta, a detecção de anticorpos em crianças menores de dois anos não caracteriza infecção pelo HIV, sendo necessária a realização de outros testes complementares, para a confirmação do diagnóstico.

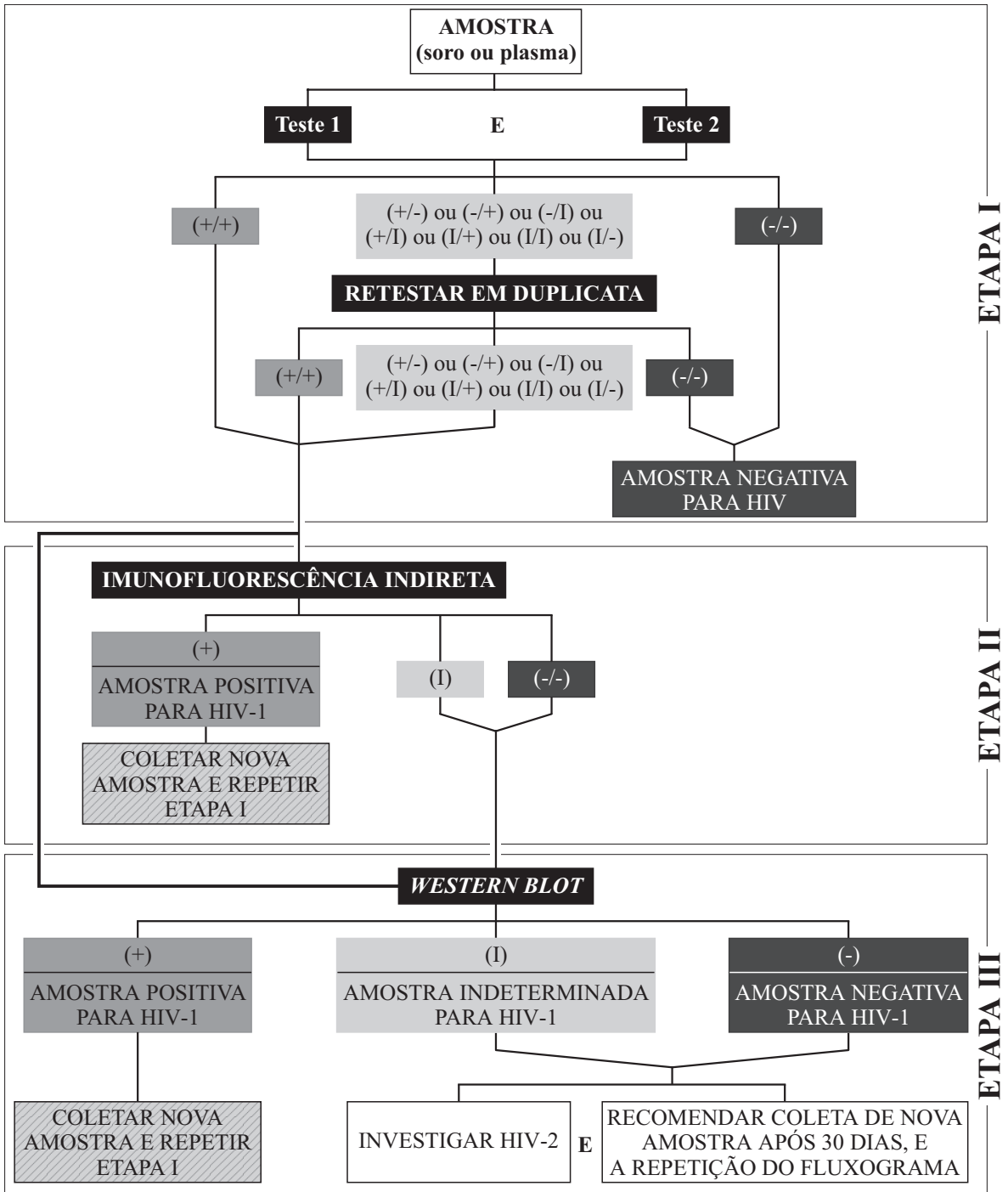
## ANEXO 2

### Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos

(+) = resultado reagente

(-) = resultado não-reagente

(I) = resultado indeterminado



## ANEXO 3

### LEGISLAÇÃO REFERENTE À TESTAGEM ANTI-HIV NO BRASIL

**Lei nº 7.670, de 08 de setembro de 1988**  
*(Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) os benefícios que especifica e dá outras providências)*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) fica considerada, para os efeitos legais, causa que justifica:

I - a concessão de:

- a) licença para tratamento de saúde prevista nos artigos 104 e 105 da Lei no 1.711, de 28 de outubro de 1952;
- b) aposentadoria, aos termos do art. 179, inciso I, alínea “b”, da Lei no 1.711, de 28 de outubro de 1952;
- c) reforma militar, na forma do disposto no art. 108, inciso V, da Lei no 6.880, de 9 de dezembro de 1980;
- d) pensão especial nos termos do art. 1º da Lei nº 3.738, de 04 de abril de 1960;
- e) auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após a filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes.

II - levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, independentemente de rescisão de contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito.

Parágrafo único - O exame pericial para os fins deste artigo será realizado no local em que se encontre a pessoa, desde que impossibilitada de se locomover.

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 08 de setembro de 1988; 167º da Independência e 100º da República

JOSÉ SARNEY

Luiz Carlos Borges da Silveira  
Jáder Fontenelle Barbalho  
Prisco Viana  
Aluizio Alves  
Valbert Lisieux Medeiros de Figueiredo

(Publicado no D.O.U. de 09/09/88)

### **Portaria Interministerial nº 869, de 11 de agosto de 1992**

Os Ministros de Estado da Saúde e do Trabalho e da Administração, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, e,

Considerando que os artigos 13 e 14 da Lei no 8.112/90\* exigem tão-somente a apresentação de um atestado de aptidão física e mental, para posse em cargo público;

Considerando que a sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em si não acarreta prejuízo da capacidade laborativa de seu portador;

Considerando que os convívios social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco;

Considerando que as medidas para o controle da infecção são a correta informação e os procedimentos preventivos pertinentes;



Considerando que a solidariedade e o combate à discriminação são a fórmula de que a sociedade dispõe para minimizar o sofrimento dos portadores do HIV e das pessoas com AIDS;

Considerando que o manejo dos casos de AIDS deve ser conduzido segundo os preceitos da ética e do sigilo;

Considerando que 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, resolvem:

Proibir, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus de imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde.

ADIB D. JATENE  
Ministro da Saúde

JOÃO MELLÃO NETO  
Ministro do Trabalho e da Administração

(Publicado no D.O.U. de 12/08/92)

### **Portaria Interministerial nº 796, de 29 de maio de 1992**

Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV da Constituição Federal, e considerando o dever de proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV);

Considerando que têm ocorrido injustificadas restrições a esses direitos no País;

Considerando que não foi documentado nenhum caso de transmissão mediante contatos casuais entre pessoas em ambiente familiar, social, de trabalho, escolar ou qualquer outro;

Considerando que a educação é direito constitucionalmente definido e que o ensino fundamental é obrigatório na forma do Título VIII, Capítulo III, Seção I da Constituição Federal;

Considerando que a ampla informação sobre a infecção pelo HIV é estratégia para eliminar o preconceito contra portadores e doentes e essa medida é essencial para controle da infecção;

Considerando que a limitação ou violação de direitos constitucionais à saúde, à educação e ao trabalho de pessoas infectadas pelo HIV não se justificam, resolvem:

Art. 1.º Recomendar a observância das seguintes normas e procedimentos:

I - A realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno, e a exigência de testes para manutenção da matrícula e de sua frequência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, são injustificadas e não devem ser exigidas.

II - Da mesma forma não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino.

III - Os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar.

IV - A divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de AIDS de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores ou funcionários, não deve ser feita.

V - Não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

Art. 2º Recomendar a implantação, onde não exista, e a manutenção e ampliação, onde

já se executa, de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e AIDS, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis, na forma do anexo.

§ 1º - O projeto educativo de que trata o caput deste artigo deverá ser desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino do País, em todos os níveis, com participação e apoio dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde.

§ 2º - Os conteúdos programáticos do projeto educativo deverão estar em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde.

§ 3º - Os resultados do projeto educativo serão avaliados pela Coordenação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e seus relatórios encaminhados periodicamente aos Ministros da Educação e da Saúde.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOLDEMBERG  
Ministro da Educação

ADIB JATENE  
Ministro da Saúde

(Publicado no D.O.U. de 03/06/92)

---

## PARECER TÉCNICO

**Nome do Consultor: Cláudia de Paula**

**Título do Projeto: Testagem de menores**

**Instituição: Consultas diversas**

**Data da avaliação: 07.05.97**

## JUSTIFICATIVA

1. Em 15.04.97, o PNDST/AIDS recebeu o Ofício n.º 138/97 da instituição em referência, solicitando orientação quanto à idade mínima para testagem e entrega de exames anti-HIV a menores, sem a presença de pais ou responsáveis.

2. Inicialmente, devemos analisar o conceito de menor que se distingui em “criança” e “adolescente”, sendo esta distinção adotada pela Convenção sobre os Direitos da Criança, reiterada pelos Congressos Pan-americanos de Crianças e por diversas legislações (Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela), inclusive a brasileira.

3. Criança e Adolescente são etapas distintas da vida humana, tanto no aspecto psicológico quanto no social, jurídico e biológico, reconhecendo-se a condição especial de pessoas em desenvolvimento. O adolescente, em determinadas circunstâncias, possui maturidade

suficiente para formar opinião e decidir sobre assuntos que afetam sua vida e destino.

4. Na legislação brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa de 0 a 12 anos incompletos, e adolescente, de 12 à 18 anos, tendo, ambos, os mesmos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.
5. O art. 103 do Código de Ética Médica, versa sobre os impedimentos médicos, entre eles “revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.”
6. O Conselho Federal de Medicina, no parecer n.º 0098/92, normatiza que a realização de exames diagnósticos em crianças só deve ocorrer com indicação clínica ou suspeita epidemiológica, após o médico prestar as informações adequadas aos pais ou responsáveis, obtendo a necessária autorização dos mesmos.

Pelo exposto, orienta-se que sejam adotados os parâmetros de idade reconhecidos pelas áreas médica e jurídica, ou seja, quando se tratar de criança (0 a 12 anos incompletos), a testagem e entrega dos exames anti-HIV só com a presença dos pais ou responsáveis; quando for adolescente (12 à 18 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas.

As Regras de Beijing e da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, ratificadas pelo Governo Brasileiro em 21.09.90, são a base de sustentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Convenção dos Direitos da Criança considera criança todo ser humano menor de 18 anos, assegurando “...à criança que estiver

capacitada a formular seus próprios juízos o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados com a criança, levando-se devidamente em consideração essas opiniões, em função da idade e maturidade da criança.” (art. 12, 1) E mais, “... proporcionará à criança, em particular, a oportunidade de ser ouvida em todo processo judicial ou administrativo que afete a mesma...”(art.12, 2).

Esta mesma Convenção, em seu Art. 32, 2, normatiza que os Estados Partes, como o Brasil, “...adotarão medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais com vistas a assegurar...” a não exploração econômica da criança, assim como a repressão a esta conduta. Para tanto, entre outras ações dos Estados Partes, deverá ser estabelecida “...uma idade ou idades mínimas para a admissão em empregos...”

Seguindo essas orientações, o ECA, em seu art.2º, conforme disposto no texto inicial do parecer, item 4, determina as idades que irão pautar todos os demais dispositivos legais dessa legislação:

- o art. 45,§ 2º ordena que, para adoção do maior de 12 (doze) anos, será necessário seu consentimento;
- o art. 64 faculta ao adolescente de 12 (doze) a 14 (quatorze) anos o direito de exercer atividade remunerada, na condição de aprendiz, enquanto que à criança (pessoas de 0 a 12 anos incompletos), é vetado, em qualquer circunstância;
- o art. 65 dispõe que o adolescente de 14 (quatorze) a 18 (dezoito) anos pode trabalhar, sendo assegurados seus direitos trabalhistas e previdenciários;
- o art. 101 elenca as medidas de proteção a serem impostas para a criança infratora, sem haver, em nenhum tipo de infração, a privação de liberdade; e
- o art. 112 elenca as medidas sócio-educativas a serem impostas para o

adolescente, implicando, para determinadas infrações, a pena de privação de liberdade.

Lastreada em todos esses dispositivos jurídicos, que nasceram, entre outras bases, de uma avaliação sócio-psicológica da realidade brasileira, onde dados atualizados dão conta dos altos índices de gravidez na faixa etária de 10 (dez) a 14 (quatorze) anos, foi elaborado o presente parecer de que a testagem e entrega dos exames anti-HIV podem acontecer pelo livre arbítrio do adolescente, segundo a delimitação de idade do ECA. Não há de se esquecer o ordenamento do art 103, do Código de Ética Médica, onde esse profissional de saúde encontra-se vetado de quebrar o sigilo do paciente menor, “... desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo...”

Esse posicionamento não pode ser confundido com a questão da testagem compulsória em menores, pois o que está em voga é a deliberação espontânea do menor em realizar a testagem. Quanto à questão da testagem compulsória em menores, sendo eles crianças ou adolescentes, foi tema do Boletim “Implicações Éticas da Triagem Sorológica do HIV”, do Ministério da Saúde, nos itens VI, VII e VIII, que expôs a posição contrária a esta conduta, embasada em princípios éticos e legais. Reiterando o Boletim, ainda existe o parecer do Conselho Federal de Medicina, referido no texto inicial do parecer. **É o parecer s.m.j.**

Raldo Bonifácio Costa Filho  
Assessor Técnico Responsável

Pedro Chequer  
Coordenador-Geral

**LEI N.º 9.758, DE 17 DE  
SETEMBRO DE 1997**

(Projeto de lei n.º 353/96, do  
Deputado Paulo Teixeira - PT)

Autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e dá outras providências.

**O GOVERNADOR DO ESTADO  
DE SÃO PAULO:**

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - Fica a Secretaria de Estado da Saúde autorizada a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus da AIDS por via sangüínea em São Paulo.

Parágrafo único: A Secretaria de Estado da Saúde garantirá anonimato aos usuários que procurarem o serviço.

Artigo 2º - É facultado à Secretaria da Saúde celebrar convênios com municípios, universidades e organizações não-governamentais, visado o acompanhamento, execução e avaliação desta lei.,

Artigo 3º - O Poder Executivo desenvolverá campanhas públicas maciças de prevenção à Aids no Estado;

Artigo 4º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 30 (trinta) dias a contar da sua publicação.

Artigo 5º - As despesas com a execução da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 17 de setembro de  
1997.

**MÁRIO COVAS**

José da Silva Guedes

Secretário da Saúde

Walter Feldman

Secretário - Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão  
Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa,  
aos 17 de setembro de 1997.

## CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**PROCESSO CONSULTA CFM Nº 3016/89**

**INTERESSADO:** PETROBRÁS–PETRÓ-LEO BRASILEIRO S/A

**ASSUNTO:** ENVIO DE PRONTUÁRIO MÉDICO À JUSTIÇA TRABALHISTA

**RELATOR:** HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

### CONSULTA

A Assessoria de Saúde Ocupacional, da Superintendência do Serviço de Relações Industriais da PETROBRÁS - Petróleo Brasileiro S/A, por ofício SERIND - 2381/89, de 24/10/89, visando instruir os Órgãos de Saúde Ocupacional daquela companhia, solicita deste CFM orientação de como proceder quando o Juiz Presidente da Junta de Conciliação e Julgamento pede que lhe seja enviado o Prontuário Médico de empregado para esclarecimento de questões de saúde de interesse de ação trabalhista (documento protocolado neste CFM, sob o nº 3016/89).

### LEGISLAÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art. 5.º, inciso II, estabelece que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. E o inciso X, estatui: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Os princípios constitucionais aludidos contemplam os dispositivos da legislação vigente que trata do segredo profissional.

Formalmente o CFM aborda o assunto pela Resolução nº 999 de 1980, e inúmeros pareceres firmados, todos embasados nos seguintes dispositivos legais:

- Código Penal,
- Código de Processo Penal,
- Lei das Contravenções Penais,
- Código Cível,
- Código de Processo Cível,
- Código de Ética Médica.

Para sintetizar os princípios legais citados, o mestre Hermes Rodrigues de Alcântara

(“Deontologia e Diceologia” - Ed. ANDREI, 1979) afirma que o médico:

1 - comete crime se revelar o segredo, sem “justa causa”; (C. P.); 2 - não é obrigado (C. C.) e é até proibido (C. P. P.) de depor sobre fatos secretos relacionados com a profissão; 3 - só não é obrigado a comunicar a autoridade competente, crime pelo qual o seu paciente possa ser processado. (L. C. P.)

O Código de Ética Médica incorpora os preceitos legais citados, aduzindo à exceção da “justa causa”, o dever legal e a autorização expressa do paciente, obrigando a manutenção do segredo: a) mesmo que o fato seja do conhecimento público ou que o paciente tenha falecido; b) quando do exame médico dos trabalhadores; c) quando do depoimento como testemunha; d) quando o paciente for menor de idade.

Estabelece, entretanto, para os casos citados, algumas exceções que visam a proteção do paciente menor e dos empregados ou da comunidade, nos casos de exame médico dos trabalhadores.

Conclui, responsabilizando o médico pelo dever de fazer respeitar e proteger as informações do prontuário médico.

### DISCUSSÃO

As normas legais são bastante claras: o segredo médico é inviolável.

O dever de guardar o segredo médico, no entanto, não é absoluto. A ilicitude penal, como a civil e ética, é excluída pelos próprios diplomas que regem a matéria. Assim, a “justa causa”, o dever legal e a autorização expressa do paciente são razões relevantes e de exceção que podem desobrigar o médico ao dever do segredo.

Convém atentarmos, entretanto, para o fato de que a exceção deverá ser tratada como tal, com as indicações precisas e sem ampliações ou excessos que permitam o enfraquecimento da norma estabelecida.

O jurista Antonio Carlos Mendes afirma (Parecer ao CREMESP, em 1980) que:

“A justa causa tem, assim, os seus limites fixados pelo Direito, não admitindo

circunstâncias estranhas que conduziriam fatalmente a imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal”. E que:

“Destarte, o segredo médico, como espécie do segredo profissional, cede a razões relevantes que o Direito reconhece e regula, evitando que o médico seja punido. Estas razões são identificadas pela expressão JUSTA CAUSA ...”

Quais as situações em face das quais o médico tem o dever de abrir exceção à regra do segredo?

Segundo A. Almeida Júnior (CREMESP, 1960, Parecer nº 30/60), não basta que a ordem de quebrar o segredo provenha de uma autoridade, para que lhe devamos atribuir o valor de “justa causa”, sendo que a competência para indicar imperativamente as situações de “justa causa” pertence ao poder legislativo. Compete somente à lei, tendo em vista um interesse público superior, trazer exceções ao segredo médico. Segundo aquele mestre, a legislação brasileira menciona as seguintes situações, em face das quais o médico tem o dever de abrir exceção à regra do segredo:

- 1 - declaração de nascimento, na ausência dos responsáveis legais;
- 2 - declaração de óbito, na ausência da família e do diretor do estabelecimento;
- 3 - denúncia de doença cuja notificação é compulsória;
- 4 - no exercício de função pericial;
- 5 - em atestados médicos, por solicitação do paciente; e
- 6 - comunicação de certos crimes, nos termos da L. C. P.

Esclarecemos, ainda, que em decorrência das prerrogativas legais dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, as Instituições de prestação de serviços médicos estão obrigadas a enviar as informações constantes dos prontuários médicos, quando solicitados por estes órgãos.

## CONCLUSÃO

Os princípios e os fundamentos doutrinários do segredo médico, capitulados na

legislação vigente e consagrados em farta jurisprudência, permitem-nos concluir:

1º - O segredo médico é espécie de segredo profissional, indispensável à vida em sociedade - e por isso protegido por lei - e cuja revelação, seja pelas informações orais ou através de papeletas, boletins, folhas de observação, fichas, relatórios e demais anotações clínicas, está vedada não somente aos médicos, como também a todos os funcionários e dirigentes institucionais.

2º - O médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de “justa causa”, determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade, ou se houver autorização expressa do paciente.

3º - Ressalvadas as solicitações feitas pelos órgãos fiscalizadores da Ética, inexistente dispositivo legal que respalde a ordem da autoridade judiciária ou policial, ou que obrigue o médico, o funcionário ou o dirigente hospitalar a lhes entregar prontuário médico.

4º - As informações requisitadas pelos magistrados somente serão atendidas quando não violarem o segredo médico. Caso contrário, o médico, o funcionário ou o dirigente hospitalar acusará o recebimento, mas declinará de fornecer, alegando impedimento legal e ético.

5º - À Justiça ou aos seus agentes, o estatuto da Perícia Médica permite um melhor esclarecimento do que o acesso ao Prontuário Médico.

Este é o meu parecer s. m. j.

---

APROVADO EM SESSÃO PLENÁRIA EM 11 / 05 / 1990  
Conselho Federal de Medicina

---

Brasília - DF, 20 de Março de 1990.

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL

**Elaboração de texto:**

Carlos André Facciolla Passarelli

Assessor Técnico da Unidade de Prevenção/CN-DST/AIDS/Ministério da Saúde / Brasília-DF

Lia Yara Lima Mirim

Médica dermatologista, Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo / São Paulo-SP

**Colaboradores** *(em ordem alfabética):*

- Arlete Sperandio - COAS Henfil / São Paulo-SP
- Cristina Alvim Castello Branco - Unidade de Treinamento/CN-DST/AIDS/Ministério da Saúde / Brasília-DF
- Denise Doneda - Unidade de Drogas e Aids - CN-DST/AIDS/Ministério da Saúde / Brasília-DF
- Denise Serafim - Unidade de Drogas e Aids - CN-DST/AIDS / Brasília-DF
- Flora Maria Antunes Teixeira - COAS Campinas / Campinas-SP
- Jurema de Líbero Lyra de Freitas - CTA Rocha Maia / Rio de Janeiro-RJ
- Lúdia Goulart Mondini - COAS-ADS / Porto Alegre-RS
- Maria do Carmo Pinheiro - Unidade de Laboratório/CN-DST/AIDS/Ministério da Saúde / Brasília-DF
- Maria Rita C. B. Almeida - COAS Curitiba / Curitiba-PR
- Mariselma Santos Guimarães Teixeira - COAS Aracaju / Aracaju-SE
- Sandra Filgueiras - Unidade de Prevenção/CN/DST-AIDS/Ministério da Saúde / Brasília-DF
- Sônia Batista - CTA São Francisco / Rio de Janeiro-RJ