



INVESTIGACIÓN

Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH/SIDA

Morgana Salvadori¹, Giselda Veronice Hahn²

1. Universidade do Vale do Taquari (Univates), Lajeado/RS. 2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumen

La vida de la persona que descubre que está infectada por el virus de la inmunodeficiencia se transforma luego del diagnóstico. Y, dado el estigma de la enfermedad, el secreto es una forma de garantizar la privacidad en esta condición. Por medio de una revisión integrativa de la literatura, este estudio procuró identificar cómo ha sido abordada la confidencialidad en la atención de la persona con VIH/SIDA. Se seleccionaron 19 publicaciones científicas nacionales e internacionales, publicadas entre 2010 y 2015, extraídas de bases de datos de libre acceso. Los estudios señalaron que estigma, prejuicio y discriminación marcan la vida de los seropositivos, quienes viven constantemente con miedo a ser descubiertos. Además, se constató que la discriminación está presente incluso entre los profesionales de la salud y que romper el secreto normalmente conduce a que el paciente abandone el tratamiento. Por lo tanto, preservar la privacidad y la confidencialidad de la persona con VIH/SIDA es un deber de los profesionales y representa un desafío en la era de la información.

Palabras clave: VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Confidencialidad. Bioética. Ética profesional.

Resumo

Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids

A vida da pessoa que se descobre infectada pelo vírus da imunodeficiência se transforma após o diagnóstico. E, dado o estigma da doença, o sigilo é forma de garantir a privacidade nesta condição. Por meio de revisão integrativa da literatura, este estudo visou identificar como tem sido abordada a confidencialidade no cuidado à pessoa com HIV/aids. Foram selecionadas 19 publicações científicas nacionais e internacionais, publicadas entre 2010 e 2015, em bases de dados de livre acesso. Os estudos apontaram que estigma, preconceito e discriminação permeiam a vida dos soropositivos, que vivem constantemente com medo de serem descobertos. Além disso, constatou-se que a discriminação está presente inclusive entre profissionais da saúde e que romper o sigilo normalmente leva o paciente a abandonar o tratamento. Portanto, preservar a privacidade e a confidencialidade da pessoa com HIV/aids é dever dos profissionais e representa desafio na era da informação.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Confidencialidade. Bioética. Ética profissional.

Abstract

Medical confidentiality in the care of patients with HIV/AIDS

The life of the person who finds they are infected with the immunodeficiency virus is transformed after the diagnosis. And, given the stigma of the disease, confidentiality is the way to ensure privacy when facing this condition. Through an integrative review of the literature, this study aimed to identify how confidentiality has been addressed in the care of people with HIV/AIDS. Nineteen national and international scientific publications, published between 2010 and 2015, were selected in open access databases. Studies have pointed out that stigma, prejudice and discrimination permeate the lives of HIV-positive people, who are constantly living in fear of being discovered. In addition, it has been found that discrimination is present even among health professionals and that breaking confidentiality usually leads the patient to abandon treatment. Therefore, preserving the privacy and confidentiality of the person with HIV/AIDS is the duty of professionals and represents a challenge in the information age.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Confidentiality. Bioethics. Ethics, professional.

Declararam não haver conflito de interesse.

En pleno siglo XXI, frente a tantos avances tecnológicos que permiten interferir en las diversas particularidades del ser humano, en un mundo donde lo imposible está en extinción y la interpretación de las normas sociales se vuelve más flexible, distinguir lo que es bueno de lo que es malo y definir límites éticos en las acciones de las personas es cada vez más complejo¹.

En el área de la salud, el desarrollo científico amplía el conjunto de informaciones que viabilizan la atención al usuario de los servicios. Entre estas informaciones, se encuentran las de carácter confidencial que, aunque sean de propiedad exclusiva del paciente, deben ser suministradas a los profesionales con el fin de que la atención sea efectiva. En este contexto, las nuevas tecnologías aumentan aún más el riesgo del uso indebido de esta información^{2,3}.

La ética es fundamental no sólo para la buena convivencia social, sino también para la actuación de los profesionales, en especial de aquellos que se ocupan directamente del ser humano⁴. Entre todas las condiciones con las que los profesionales del área de la salud tienen que lidiar en su práctica cotidiana, la confidencialidad es una de las más relevantes desde el punto de vista ético, pues garantiza el secreto de las informaciones técnicas y de carácter personal. Mantener el secreto profesional es uno de los preceptos morales en el ámbito de la salud⁵. La confidencialidad debe motivar a los profesionales a desarrollar una postura adecuada, evitando las imposiciones a los usuarios⁶. El secreto, por lo tanto, sería una forma de "protección individual"⁷.

El surgimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y su rápida diseminación sacudió al mundo, poniendo a prueba nuestra capacidad de lidiar con una enfermedad hasta entonces desconocida⁸. Frente a lo incógnito y a las tasas de mortalidad causadas por la enfermedad, el diagnóstico de la contaminación por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se tornó una cuestión en la vida de los infectados⁹, dado que implicaba también la discriminación social. En consecuencia, para protegerse de la intolerancia y de las agresiones, la persona que vive con el VIH/SIDA (PVVS) muchas veces opta por no exponer su condición de salud¹⁰.

Por tratarse de una enfermedad transmisible, el SIDA conduce a la persona a sufrir algunas implicaciones de interés público, con la posibilidad de que se viole el secreto de su serología¹¹. Ante estas situaciones conflictivas que involucran a la PVVS, ¿cómo puede el médico mantener conductas éticas? ¿Bajo qué circunstancias se debe preservar el secreto profesional, y qué puede o no ser dicho sin caracterizar una violación del secreto? ¿En qué circunstancias la confidencialidad debe ser violada? ¿Cuáles son los límites del deber de preservar la confidencialidad? ¿Será que

Rosenthal y Scheffer están en lo cierto al afirmar que *no habrá ética mientras persista el prejuicio?*¹²

Teniendo en cuenta todas estas cuestiones, este estudio tiene como objetivo identificar cómo se ha abordado la confidencialidad de las informaciones de la PVVS en las publicaciones científicas, analizando, específicamente, el modo en que los autores enfocan las cuestiones relacionadas con el secreto, las dificultades para mantenerlo y los conflictos que involucran estas informaciones. Por lo tanto, partimos de la siguiente pregunta orientadora: "¿de qué forma los autores han abordado la confidencialidad de la PVVS en las publicaciones científicas nacionales e internacionales?"

Método

Caracterizado como una revisión integrativa¹³, este estudio consultó las publicaciones disponibles en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y el Banco de Datos de Enfermería (BDENF). En base a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), se definieron como términos fijos "VIH" y "síndrome de inmunodeficiencia adquirida", cruzándolos con "confidencialidad", "bioética" y "ética profesional", en los idiomas portugués, inglés y español. Se utilizaron los siguientes operadores booleanos con el fin de ampliar la calidad de los resultados: "VIH and confidencialidad", "VIH and bioética", "VIH and ética profesional", "síndrome de inmunodeficiencia adquirida and confidencialidad", "síndrome de inmunodeficiencia adquirida and bioética", "síndrome de inmunodeficiencia adquirida and ética profesional", generando un total de 40 asociaciones.

La muestra incluyó estudios disponibles de forma completa, *online* y gratuitos, publicados entre enero de 2010 y diciembre de 2015. La búsqueda se realizó en enero de 2016, e inicialmente se leyeron los títulos y resúmenes de las publicaciones, y luego los textos en su totalidad. Se excluyeron los artículos duplicados, publicados fuera del período estipulado y los que no atendieran a los objetivos de la investigación.

Resultados

Se obtuvieron 336 publicaciones: 5 en el BDENF, 211 en LILACS y 120 en SciELO. De ese total se excluyeron 276 publicaciones (4 del BDENF, 194 de Lilacs y 78 de SciELO), quedando en la muestra 60 artículos. Después de una nueva lectura, se seleccionaron 19 estudios, 9 de Lilacs y 10 de SciELO, que dieron origen a dos categorías: 1) confidencialidad en torno a la PVVS, y 2) ruptura del secreto del diagnóstico: un dilema ético. Las especificaciones de las publicaciones que compusieron la muestra final se describen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Publicaciones analizadas en la revisión integrativa, ordenadas de acuerdo se las cita en las categorías

Autor(es)	Título	Tema	Revista (base de datos)	Vol. (n)	Origen del estudio
Junges, Recktenwald, Herbert, Moretti, Tomasini, Pereira; 2016 ¹⁴	Sigilo y privacidad de las informaciones sobre el usuario en los equipos de atención primaria a la salud: revisión	Sigilo y privacidad de las informaciones sobre el usuario en la atención básica	<i>Revista Bioética (Lilacs)</i>	23 (1)	Brasil
Arrivillaga-Quintero; 2010 ¹⁵	Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: cuestión de derechos de salud	Obstáculos en la adhesión terapéutica	<i>Salud Pública de México (SciELO)</i>	52 (4)	Colombia
García, Viñas, Rodríguez; 2013 ¹⁶	Condición de vida de niños infectados por VIH/SIDA en San Luis Potosí, México	Condiciones de vida de niños con VIH/SIDA	<i>Revista Costarricense de Salud Pública (SciELO)</i>	22 (2)	México
Herrera, Molina, Vásquez; 2011 ¹⁷	Niñez afectada con VIH/SIDA: uso y acceso a servicios de salud en cinco ciudades colombianas	Acceso a servicios de salud por parte de niños con VIH/SIDA	<i>Salud Uninorte (SciELO)</i>	27 (2)	Colombia
Kerr, Kendall, Pontes, Werneck, McFarland, Mello, Martins, Macena; 2011 ¹⁸	Participación selectiva en una encuesta RDS entre HSH en Ceará, Brasil: una evaluación cualitativa y cuantitativa	Baja participación en investigaciones de hombres, de clase alta, que tienen sexo con hombres	<i>Revista Brasileira de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (Lilacs)</i>	23 (3)	Brasil
Paula, Silva, Zanon, Brum, Padoin; 2015 ¹⁹	Ética en la investigación con adolescentes que viven con VIH/SIDA	Aspectos éticos de la etapa de recolección de datos realizada con adolescentes con VIH/SIDA	<i>Revista Bioética (Lilacs)</i>	23 (1)	Brasil
Soares, Brandão; 2013 ²⁰	No retorno de usuarios a un Centro de Test y Asesoramiento del Estado de Rio de Janeiro: factores estructurales y subjetivos	Razones para el no retorno de usuarios a CTA; dificultades en el acceso al servicio	<i>Physis Revista de Salud Colectiva (SciELO)</i>	23 (3)	Brasil
Ferreira, Passos; 2012 ²¹	Factores asociados con el fracaso de la exploración clínica entre los donadores de sangre que han alterado los resultados serológicos en el Centro Regional de Hemorragia de Ribeirão Preto	Factores de riesgo asociados a donadores de sangre con VIH; razones para no haber sido detectados en la clasificación	<i>Revista Brasileira de Hematología e Hemoterapia (Lilacs)</i>	34 (6)	Brasil
Mataboge, Peu, Chinuoya, Rikhotso, Ngunyulu, Mulaudzi; 2014 ²²	Experiencias de los trabajadores de la salud en las pruebas de VIH en Tshwane, Sudáfrica	Experiencias de profesionales de la salud cuando necesitan pruebas de VIH	<i>Curationis (SciELO)</i>	37 (1)	Sudáfrica
Cárdenas, Monteiro, Moreira; 2014 ²³	Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas	Implementación de modelos de Asesoramiento y Test Voluntario y Prueba de VIH y Asesoramiento	<i>Salud Colectiva (SciELO)</i>	10 (2)	Brasil

continua...

Cuadro 1. Continuación

Autor(es)	Título	Tema	Revista (base de datos)	Vol. (n)	Origen del estudio
Araya, Bravo, Carrasco, Urrutia, Veja, Rubio, Lira; 2013 ²⁴	Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura	Test ELISA como diagnóstico para VIH en la atención primaria en salud	<i>Revista Chilena de Infectología</i> (SciELO)	30 (6)	Chile
Sosa, Barrios; 2011 ²⁵	Enfoque bioético de los pacientes portadores del VIH, y de médicos y enfermeros de la atención secundaria sobre el VIH/SIDA	Abordaje bioético de pacientes con VIH y de profesionales de la salud	<i>Revista Cubana de Medicina General Integral</i> (Lilacs)	27 (2)	Cuba
Domínguez, Lozano, Almagro, González; 2014 ²⁶	Enfoque bioético y social de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana	El impacto de las implicaciones éticas en los pacientes con VIH	<i>Humanidades Médicas</i> (Lilacs)	14 (2)	Cuba
Rovaletti; 2010 ²⁷	Derechos humanos, sociedad de la información y sociedad de riesgo	La protección del individuo con VIH y el progreso de la "sociedad de la información"	<i>Acta Bioethica</i> (Lilacs)	16 (2)	Argentina
Berenguera, Pujol-Ribera, Violan, Ro-maguera, Mansilla, Giménez, Almeda; 2011 ²⁸	Experiencias sobre las actividades de control preventivo del VIH/SIDA: discursos de profesionales y usuarios de organizaciones no gubernamentales	Experiencias de profesionales y usuarios en organizaciones no gubernamentales de prevención y control de VIH/SIDA	<i>Gaceta Sanitaria</i> (SciELO)	25 (3)	España
Feldmann, Moreira, Lucena, Melo; 2012 ²⁹	¿Cómo proceder cuando una gestante VIH positivo omite su condición al compañero sexual?	Dilemas éticos y legales vividos por profesionales de la salud que tratan con gestantes infectadas que omiten su seropositividad al compañero sexual	<i>Femina</i> (Lilacs)	40 (6)	Brasil
Luz, Miranda; 2010 ³⁰	Las bases filosóficas e históricas del cuidado y la convocatoria de parejas sexuales en VIH/SIDA como forma de cuidar	El concepto de cuidado en la perspectiva de la filosofía articulada con la práctica del enfermero	<i>Ciencia & Salud Colectiva</i> (SciELO)	15 (1)	Brasil
Bernal, Álvarez, Santos; 2010 ³¹	Problemas bioéticos que se desprenden en la atención a las personas viviendo con VIH/SIDA: 2010	La bioética en el proceso de cuidado de la persona con VIH/SIDA	<i>Revista Médica Electrónica de Matanzas</i> (Lilacs)	32 (2)	Cuba
Burger, Groenewald, Rossouw, Bradshaw; 2015 ³²	Certificación médica de muerte en Sudáfrica: ir más allá	Calificación de la certificación médica y los datos sobre la causa de muerte en Sudáfrica	<i>The South African Medical Journal</i> (SciELO)	105 (1)	Sudáfrica

La confidencialidad del paciente

Se analizaron 15 estudios¹⁴⁻²⁸ en los que los autores presentan diferentes posicionamientos sobre el mantenimiento de la confidencialidad del resultado serológico. En todos ellos, la preocupación mayor

estaba ligada a los límites entre mantener el secreto del diagnóstico y revelarlo de modo tal de no causar constreñimientos al usuario. Los temas de los estudios fueron mujeres con VIH acogidas en la atención básica (AB), mujeres con VIH y hombres que tienen sexo

con hombres (HSH) – ambos de clase social alta – con miedo a la discriminación social y bajo porcentaje de realización de prueba anti-VIH; niños con VIH discriminados por los profesionales de salud; confidencialidad en torno a adolescentes; personas atendidas en un Centro de Test y Asesoramiento (CTA) y en un Centro Regional de Hemoterapia; estigma entre compañeros de trabajo en los servicios de salud; ampliación de la cobertura del test anti-VIH; discriminación social como barrera para la realización del test ELISA; avance de las tecnologías de la información en los servicios de salud y ruptura de la confidencialidad; y profesionales, servicios de salud y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que defienden la confidencialidad del diagnóstico frente a la comunidad.

Junges y colaboradores¹⁴ destacaron el dilema del sigilo y de la privacidad de informaciones de mujeres atendidas en los equipos de atención básica (AB). Para que haya responsabilización multiprofesional por el cuidado, es necesario revelar el diagnóstico de VIH a los demás profesionales; sin embargo, la desconfianza en cuanto a la ruptura del secreto lleva a las usuarias con VIH a no revelar su diagnóstico a los profesionales de la AB.

Se observaron fallas en el servicio especializado en VIH/SIDA, como la falta de privacidad para realizar exámenes y retirar el resultado y el uso de vehículos identificados con el programa ITS/SIDA, limitándose muchas veces la noción de sigilo en los procesos de trabajo sólo a la no revelación del nombre de la PVVS. Arrivillaga-Quintero¹⁶ señala en su investigación el hecho de que las mujeres de clase social alta, motivadas por el temor del estigma y de la violación de la confidencialidad, llevan adelante su seguimiento en servicios privados para que su nombre no quede registrado en el Sistema de Salud.

En cuanto a niños con VIH, García, Viñas y Rodríguez¹⁶ resaltan que revelar el diagnóstico causa restricciones a los propios padres o responsables, debido a la discriminación de los profesionales de salud. En los casos en que la situación fue expuesta, frecuentar la escuela y vivir en la comunidad no causó reacción discriminatoria, lo que demuestra que el prejuicio estuvo presente sólo en el servicio de salud.

El temor al estigma es lo que conduce a cuidadores y profesionales de la salud a no revelar a los niños con VIH su condición serológica. En el estudio de Herrera, Molina y Vásquez¹⁷, el 96,2% de los niños con VIH no tuvieron acceso al diagnóstico debido al miedo de los profesionales con relación a los posibles daños psicológicos que estos niños enfrentarían si se expusiera su serología de forma accidental. No obstante, tuvieron lugar fallas en el mantenimiento de la confidencialidad, provocando que el diagnóstico sobrepase

los límites del equipo cuidador y llegase hasta el vigilante del servicio. Los autores concluyeron que el servicio contribuyó a la estigmatización de la PVVS por parte de la familia y la comunidad.

La preocupación por la confidencialidad del diagnóstico y por el prejuicio también está presente en el estudio de Kerr y colaboradores¹⁸ sobre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y pertenecen a una clase social alta. El hecho de que sean homosexuales generó temor al prejuicio, lo que llevó a un bajo porcentaje de realización de la prueba en comparación con los HSH de clase social media y baja. Los entrevistados temían ser discriminados si el resultado positivo de la prueba saliera a la luz, especialmente si el examen se realizaba en un servicio de salud.

La cuestión de la confidencialidad y del secreto en investigaciones con adolescentes fue abordada en el estudio de Paula y colaboradores¹⁹. Como el diagnóstico de VIH en adolescentes es muchas veces circunscripto a la familia, es necesario que el investigador resguarde la confidencialidad y la relación de respeto con el adolescente, de modo tal de permitir la emergencia de temas fundamentales para el estudio. Es esencial comprender que el adolescente tiene derecho a decidir revelar o no su diagnóstico, y que las informaciones sólo pueden ser compartidas en caso de consentimiento o riesgo. La confidencialidad, reconocida como uno de los elementos esenciales de la relación terapéutica paciente-profesional, también es fundamental en la relación investigador-PVVS.

Al investigar el motivo del no retorno de los usuarios a un Centro de Test y Asesoramiento (CTA) entre 2008 y 2009, Soares y Brandão²⁰ encontraron que sólo el 1% de los usuarios hicieron el test de forma confidencial. El estudio señala de qué forma la necesidad de identificación de aquellos que desean realizarse o retirar exámenes representa una falla del servicio con relación al anonimato. Tal factor puede ser citado como una causa del bajo retorno de los usuarios al servicio de test.

Ferreira y Passos²¹ demostraron cómo la desconfianza en el mantenimiento de la confidencialidad conduce a los donadores de sangre de un centro regional de hemoterapia a omitir hechos relevantes en la entrevista de clasificación, lo que acaba alterando los resultados serológicos. Para los autores, tal hecho resalta la importancia de que la institución transmita a los donadores su compromiso con la confidencialidad.

Mataboge y colaboradores²² abordan el problema de la violación del secreto y de la estigmatización de colegas de trabajo en los servicios de salud en cuanto al test anti-VIH. El estudio demuestra que los profesionales de salud temen realizarse el examen en su lugar de trabajo, buscando tratamiento, en el caso de resultado positivo, en otros servicios. De la misma forma, por el temor de que la falta de

confidencialidad impida el apoyo adecuado, los profesionales derivan a los estudiantes de enfermería a otros servicios de referencia al diagnosticarlos con serología positiva para VIH.

El estudio de Cárdenas, Monteiro y Moreira²³ abordó la ampliación de la cobertura del test voluntario para el diagnóstico de VIH, discutiendo el cuidado necesario de los profesionales para no producir vulnerabilidad programática (que reproduce o aumenta la fragilidad de los usuarios)³³. Los autores mencionan la preocupación internacional por el consentimiento informado para realizar el test en la etapa de asesoramiento, garantizando al usuario la confidencialidad, la explicación de los riesgos (físicos, emocionales y sociales) y los beneficios del test y del derecho a desistir del consentimiento. En el caso de la población joven, la adhesión al test está condicionada a la garantía de la no comunicación del resultado a los familiares. La adhesión de las mujeres a las acciones de reducción de la transmisión vertical del virus depende del reconocimiento de los derechos femeninos referidos a la autonomía, la integridad física, la no discriminación y la privacidad. Un último punto destacado por los autores²⁴ es la necesidad del consentimiento de la PVVS para comunicar el diagnóstico a sus compañeros sexuales.

De acuerdo con Araya y colaboradores²⁴, al ofrecer y facilitar el acceso de las personas al test ELISA, los centros de salud deben difundir que la prueba es privada y confidencial, pues el secreto es fundamental para la toma de decisión de los pacientes. Cuando creen que las organizaciones y los profesionales de la salud (que tienen acceso a sus nombres) no son confiables, los usuarios tienden a negarse a realizar el test.

Sosa y Barrios²⁵ estudiaron los conocimientos de médicos, enfermeros y de pacientes con serología positiva de VIH sobre la confidencialidad del diagnóstico. La encuesta constató que el 67% de los médicos, el 44% de los enfermeros y el 100% de los pacientes pensaban que no se debe informar a la comunidad quiénes son las personas afectadas por el virus VIH, dado que el anonimato no representa un peligro. En lo que se refiere al ámbito institucional, para Domínguez y colaboradores²⁶, la privacidad remite a la responsabilidad del profesional de mantener el carácter confidencial de las informaciones personales sobre la salud de los usuarios en clínicas, hospitales y unidades del sistema de salud formal, garantizando también la seguridad de los registros en los historiales (electrónicos o no).

Rovaletti²⁷ promueve la reflexión acerca de cómo proteger los datos, las informaciones y la propia vida humana en un mundo sin fronteras, especialmente en las cuestiones que implican la

pandemia de VIH/SIDA. La autora sugiere el uso de redes cerradas de comunicación, con transmisión de datos encriptados y acceso restringido por medio de códigos, de modo tal de mantener el anonimato de la persona – siendo éste el imperativo para el desarrollo de un sistema de comunicación ético y legal.

También según esta autora²⁷, en el contexto de la ética de las informaciones, la transmisión en formato electrónico facilita la manipulación de múltiples datos a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), lo que favorece el control y la visión amplia de los sujetos, al mismo tiempo que crea la ilusión de que esa información permanece en constante anonimato. Eventualmente, estos datos se difunden entre familiares y amigos, generando un estigma y haciendo evidente el escaso cuidado de algunos profesionales y funcionarios de la salud en cuanto al secreto del paciente.

Finalmente, Berenguera y colaboradores²⁸ llaman la atención sobre el buen resultado del mantenimiento de la confidencialidad presente en las acciones de ONGs que atienden a personas con SIDA, HSH, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo, personas privadas de libertad e inmigrantes ilegales que no tienen acceso a los servicios de salud. Los profesionales de la salud que trabajan en estas organizaciones instituyen relaciones horizontales y vínculos con las personas como estrategia para facilitar el acceso a la ONG y disminuir el prejuicio.

Ruptura del secreto del diagnóstico: dilema ético

Los estudios de esta categoría abordan la ruptura del secreto profesional cuando la condición serológica pone en riesgo la salud de terceros o cuando existe una exigencia de notificar el diagnóstico a las autoridades sanitarias o a las aseguradoras, o para su registro en la declaración de defunción.

Feldmann y colaboradores²⁹ discuten si los médicos y otros profesionales de la salud deben romper el secreto en los casos de usuarios que omiten su condición serológica a su compañero sexual, poniéndolo en riesgo. Los autores destacan que la PVVS tiene la garantía del secreto y el poder sobre su privacidad e intimidad, cabiéndole sólo a ella la decisión de informar (o no) a las personas su estado de salud. No obstante, todo profesional de la salud tiene la obligación de romper el secreto siempre que la salud de otro sea puesta en riesgo, bajo la posibilidad de percibir una sanción penal por transmisión *irracional* de VIH. Se justifica así la ruptura del secreto, pues el mantenimiento del secreto está justificado para proteger a la PVVS de la discriminación social, pero no para contribuir a la diseminación del virus.

Sin embargo, permanece el dilema para los profesionales de la salud que trabajan en un CTA, debiendo al mismo tiempo garantizar la confidencialidad de la persona que busca la prueba anti-VIH y dirigir el cuidado a la salud de sus comunicantes. Al final, no se puede beneficiar a una persona en detrimento de otra³⁰.

Según Luz y Miranda³⁰, la PVVS tiene el deber de proteger a sus parejas sexuales, comunicando su condición. No existiendo colaboración, el profesional puede intervenir convocando a estos compañeros, en un tipo de trabajo que exige extrema delicadeza y desventura. Para ello, el profesional puede elaborar un protocolo que permita el seguimiento de los casos.

Bajo otra perspectiva, Domínguez y colaboradores²⁶ señalan al consentimiento informado como una herramienta para garantizar la confidencialidad. Para los autores, el test anti-VIH debe ser realizado solamente con el consentimiento del paciente, salvo en situaciones de limitación de consciencia. El estudio refuerza que la violación a la confidencialidad puede desalentar a muchas personas a cooperar en los programas de testeo debido al miedo a la discriminación.

También según Domínguez y colaboradores²⁶, el surgimiento del SIDA vino a resaltar el dilema de la confidencialidad, dado que el riesgo para la vida de otras personas establece la obligación moral y legal de informar la situación al cónyuge o compañero, así como es obligatoria la notificación a las autoridades de salud. Por lo tanto, aunque la confidencialidad sea un derecho del usuario, existen limitaciones a la autonomía cuando ésta entra en conflicto con la integridad de otras personas, como en el ejemplo en que la PVVS se niega a revelar su condición serológica a la pareja.

Bernal, Álvarez y Santos³¹ parten del principio de que el secreto profesional no es un valor absoluto para la Asociación Médica Americana (AMA). Siendo el médico responsable de prevenir la diseminación de enfermedades contagiosas, la asociación postula la relativa confidencialidad siempre que se mantenga la obligación ética de reconocer el derecho a la discreción y a la privacidad de las PVVS.

Para la AMA, el médico es responsable de persuadir a la persona infectada para interrumpir la exposición de terceros a la enfermedad. Si el profesional no obtuviera resultados, debe informar la situación a las autoridades, y si éstas no tomaran las medidas apropiadas, el propio médico debe informar y aconsejar al tercero involucrado. Esta tesis, que viene tornándose popular, deriva del principio de justicia, pues lo que se pretende es evitar daños injustos a terceros inconscientes del riesgo. Los médicos parten de la perspectiva de que las PVVS tienen la misma responsabilidad que la sociedad y el Estado³¹.

Otro aspecto destacado por los autores³¹ remite a la discusión que tiene lugar en Estados Unidos sobre la necesidad de leyes estatales para proteger a la PVVS. El gobierno parece inclinado a notificar el nombre de las personas a las autoridades nacionales de salud pública, con el fin de protegerlas. Sin embargo, no es adecuado proponer esta medida simplemente por tratarse de una tradición de la salud pública en el país, ya que las personas podrían evitar hacerse el test por miedo a ser identificadas por la notificación.

Existe además el riesgo de que se rompa la privacidad y la confidencialidad del diagnóstico positivo de VIH cuando el usuario contrata un seguro de vida y autoriza a la aseguradora, por escrito, el acceso a toda la información necesaria para el establecimiento del contrato, especialmente al momento de la muerte. Burguer y colaboradores³² relatan también la dificultad de muchos médicos para registrar en la declaración de muerte la infección de VIH como causa básica, dada la necesidad de notificar a las autoridades sanitarias la condición serológica. De acuerdo con los autores, este flujo de información puede comprometer la confidencialidad del usuario. Por otro lado, la subnotificación de estos datos compromete las decisiones políticas necesarias para el adecuado manejo de la enfermedad, lo que afecta no sólo a los directamente involucrados, sino a toda la sociedad.

Discusión

En base al análisis de los estudios aquí presentados, se pueden enumerar las siguientes cuestiones clave: PVVS que temen al estigma y a la discriminación debido al miedo a que se rompa el secreto; profesionales de la salud que divulgan información confidencial de forma indebida; ruptura de la confidencialidad frente al riesgo para la salud de terceros; garantía de privacidad de las informaciones de la PVVS en historias (electrónicas o no); profesionales de la salud que defienden el anonimato de la PVVS ante la comunidad; y mantenimiento de la confidencialidad como forma de construir vínculos entre profesional y paciente.

Al discutir cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA, es necesario distinguir los términos “estigma”, “prejuicio” y “discriminación”. El estigma se define como *aquellos que se considera vergonzoso o deshonesto; una marca infamante*³⁴ que puede estimular formas de segregación. El prejuicio es entendido como un *concepto u opinión formados antes de tener los conocimientos necesarios sobre determinado asunto*³⁵ o persona. La discriminación, por su parte, es el *acto contrario al principio de igualdad*³⁶, que segrega, excluye, restringe el acceso o maltrata a la persona víctima del prejuicio.

De este modo, todo aquello que es desconocido o “extraño” para los estándares de la sociedad incita el pre-judicio y puede conducir al acto discriminatorio. Este proceso, que muchas veces ocurre de forma inconsciente, genera fragilidad emocional, perjuicios a la salud y exclusión social. En el caso aquí estudiado, el temor al estigma, al prejuicio y a la discriminación hace que muchas PVVS no acudan a los servicios de salud.

Conforme al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)³⁷, el estigma, el prejuicio y la discriminación están entre los principales obstáculos para la prevención y el tratamiento del VIH y para el cuidado de la PVVS. Estas condiciones adversas confrontan directamente la lucha contra la epidemia al generar en las personas el temor a despertar sospechas acerca de su condición serológica, impidiendo el acceso a informaciones que permitirían, incluso, prácticas sexuales más seguras.

De la misma forma, el temor al estigma y a la discriminación hace que las personas dejen de buscar los servicios de salud y de realizarse la prueba anti-VIH, temiendo la ruptura del secreto por parte de los profesionales, según lo planteado en los estudios de Arrivillaga-Quintero¹⁵, Herrera, Molina y Vásquez¹⁷ y Kerr y colaboradores¹⁸. También el miedo a la violencia a menudo desalienta la revelación del diagnóstico a familiares y compañeros sexuales, y perjudica la adhesión al tratamiento.

El prejuicio y la discriminación contra la PVVS también ocurren por parte de los profesionales de la salud, según los relatos presentados por Mataboge y colaboradores²². En el mismo sentido, Sadala y Marques³⁸ constataron que aún persisten el prejuicio y la intolerancia al “grupo de riesgo”. Aunque son conscientes de que esta definición ya no se utiliza, los autores la recuperan para enfatizar que, a pesar de los esfuerzos en sentido contrario, permanecen los estigmas sobre las PVVS, dificultando la relación profesional-usuario.

Según estos autores, en las atenciones especializadas estos impasses fueron superados, pero en los servicios y hospitales generales la PVVS aún es estigmatizada. El prejuicio existe también en las facultades médicas, manifestándose en la no realización de algunos procedimientos por parte de diferentes profesionales del equipo. Por último, Sadala y Marques³⁸ reflexionan sobre los límites médicos con relación a la igualdad en el trato de la PVVS, pues concederle privilegios la haría diferente a las demás. Permanece también esta cuestión: ¿brindar asistencia en un lugar separado para evitar la discriminación, como en los servicios de referencia, sería una forma de discriminarla?

El prejuicio y la discriminación de los profesionales de la salud pueden también tener lugar en el test de VIH. El Ministerio de Salud (MS) brasileño señala que es un derecho del profesional mantener

el secreto absoluto de los resultados de los exámenes, así como de cualquier asunto discutido durante el asesoramiento³⁹. Cuando viola este aspecto, el profesional puede ser estigmatizado tanto por los colegas de trabajo como por los propios usuarios del servicio.

En cuanto al mantenimiento de la confidencialidad, al crear los CTA, el MS proclamaba el anonimato del diagnóstico serológico⁴⁰. Actualmente, la confidencialidad es mantenida, pero el anonimato es facultativo⁴¹. En los servicios de hemoterapia, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) dispone en la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) 343/2012 que *el secreto de las informaciones prestadas por el donador antes, durante y después del proceso de donación de sangre debe ser absolutamente preservado*, incluso en la clasificación serológica⁴². Cuando el resultado para el VIH fuera positivo, el servicio de hemoterapia debe derivar a la persona al servicio de referencia, sin corresponderle definir el diagnóstico, sino sólo descartar la bolsa de sangre⁴³.

En cuanto a la autonomía sanitaria de los adolescentes, cabe destacar específicamente que, debido al estigma que pueden sufrir, incluso en el ámbito familiar, está previsto por el MS que las personas entre 12 y 18 años mentalmente capaces tengan derecho al test anti-VIH sin consentimiento de los representantes legales⁴¹. Es decir, los adolescentes poseen derecho a la privacidad y a la confidencialidad de su diagnóstico. Sin embargo, debido a la situación jurídica específica de esta población⁴⁴, el cuidado brindado aún trae contradicciones éticas, legales y sociales relativas a este derecho⁴⁵.

El SIDA trajo a tono importantes cuestionamientos a la bioética. Temas hasta entonces incontestables, como el secreto médico, comenzaron a ser repensados: por un lado, la preservación del paciente; por el otro, la responsabilidad por la salud de la colectividad³⁹. La Resolución CFM 1.665/2003 prevé, en el artículo 10, que *el secreto profesional debe ser estrictamente respetado con relación a los pacientes portadores del virus del SIDA (aids), salvo en los casos determinados por ley, por justa causa o por autorización expresa del paciente*⁴⁵.

En el caso del deber legal, la ruptura de la confidencialidad se da por la notificación del diagnóstico a las autoridades sanitarias y del llenado de un certificado de defunción, y por justa causa en los casos de protección a la vida de terceros. Contrariamente, Scheffer y Rosenthal¹² alegan que el profesional debe cumplir el deber del secreto, señalando que, aunque el compañero sexual de la PVVS tenga derecho a saber que puede ser contaminado, tal derecho no justifica la ruptura del secreto de la relación profesional-usuario; el compañero debe ser informado por medio de exámenes.

En cuanto a eso, la AMA⁴⁶ insta a los médicos a cumplir todas las leyes de notificación de enfermedades, salvaguardando la confidencialidad de

la condición del paciente, pero al mismo tiempo debiendo impedir, dentro de los límites de la ley, que la PVVS infecte a otras personas. Así, si la PVVS representa una amenaza para otro individuo identificable, el deber del médico va desde notificar a las autoridades de salud pública hasta comunicar el riesgo a terceros sin revelar la identidad de la persona de origen.

Los dilemas éticos relativos a las TIC se refieren a la informática como recurso que, aunque facilite las actividades en el servicio de salud, puede viabilizar el acceso a informaciones privadas. El mal uso de estos sistemas puede favorecer la ruptura del secreto y la violación de la privacidad del paciente. Por lo tanto, se desprende que las redes de ordenadores también permiten el acceso indebido y la alteración de informaciones, amenazando el bienestar e incluso la vida del usuario⁴⁷.

Incluso después del fallecimiento del paciente, en el caso de la notificación de testeos serológicos para los certificados de defunción, el secreto profesional debe ser estrictamente respetado (salvo en los casos de notificación obligatoria, situaciones que impliquen riesgo para otros y maltrato a menores⁵), pues *el paciente tiene derecho a la dignidad y al respeto, incluso después de la muerte*⁴⁸. La confidencialidad es fundamental para que el usuario confíe en el profesional de salud y, esta relación, a su vez, es una pieza clave para la creación de vínculos.

Cabe destacar un punto que estuvo presente en la mayoría de los estudios analizados: la desconfianza de los pacientes en cuanto a la confidencialidad. Los usuarios de los servicios tienen la impresión de que sus datos serán comunicados de alguna forma, ya sea por notificación obligatoria, por la atención en equipo, por la facilidad de acceso a las informaciones o por fallas en los procesos de trabajo.

Esta revisión demostró claramente que estas cuestiones hacen que el usuario se aleje de los servicios, dejando de someterse a las pruebas o de buscar los resultados. En este sentido, una solución para el problema sería la formación permanente en el trabajo, con el fin de concientizar y educar a los profesionales de la salud acerca de la importancia de la confidencialidad en el cuidado de la PVVS, enfatizando las situaciones en que se debe o no revelar el diagnóstico, y a quién y cuándo revelarlo.

Finalmente, Sadala y Marques³⁸ afirman que los profesionales de salud deben utilizar los mejores

conocimientos científicos en el cuidado de la PVVS, sin perder la perspectiva de que están tratando con seres humanos que están sufriendo debido a su condición de salud y que requieren un cuidado singular – y, ¿por qué no?, afectuoso.

Consideraciones finales

El análisis de los datos confirmó que el temor al estigma, al prejuicio y a la discriminación acaba por determinar el proceso salud-enfermedad, pues ante este sentimiento las personas dejan de buscar los servicios de salud, de realizarse pruebas anti-VIH y de adherir al tratamiento. En este contexto, la ruptura del secreto no sólo viola el deber de mantener el secreto sobre las informaciones obtenidas durante el ejercicio profesional, sino que también refuerza el miedo del paciente a ser excluido socialmente.

Los estudios presentaron diferentes conflictos en cuanto al secreto, de acuerdo con las características de la población y los servicios involucrados. Todos reforzaron que la confidencialidad genera confianza, facilita el acceso de las personas a los servicios de salud y acerca a los usuarios y el equipo. Por el contrario, romperla hace que los usuarios pierdan la confianza en el profesional y en el servicio, agravando los daños derivados de su condición. De este modo, preservar la privacidad y la confidencialidad – y no sólo de las PVVS – es un deber de los profesionales de salud, no sólo por respeto al Código de Ética o al juramento de Hipócrates, sino porque, al escoger la profesión, optaron por cuidar de seres humanos, y no de virus.

Realizar un estudio como éste genera la expectativa de encontrar respuestas objetivas a los dilemas prácticos. La legislación existente y las normativas de los consejos profesionales orientan la actuación de los profesionales en la asistencia a las PVVS, pero cada persona se encuentra en una situación única e incomparable, lo que torna complejo el cuidado, exigiendo análisis singulares y una búsqueda continua de los profesionales de la salud por perfeccionar la práctica. Teniendo en cuenta esto, la preservación del secreto y de la confidencialidad de un individuo es fundamental, siendo aceptable su ruptura solamente en caso de riesgo para la salud del colectivo. Entonces, ¿cuáles son los límites del secreto y de la confidencialidad?

Referências

1. Cortes BA. Ética é limite. Trab Educ Saúde [Internet]. 2005 [acesso 3 nov 2015];3(1):31-49. Disponível: <https://bit.ly/2WXISyR>
2. Dias OV, Gomes LMX, Barbosa TLA, Souza LPS, Rocha ALF, Costa SM. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 3 nov 2015];21(3):448-54. Disponível: <https://bit.ly/2BpYbXe>

3. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 269-84.
4. Leite AIT, Claudino HG, Santos SR. A importância de ser ético: da teoria à prática na enfermagem. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 12 fev 2019];14(1):172-7. DOI: 10.5380/ce.v14i1.14142
5. Villas-Bôas ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 4 ago 2017];23(3):513-23. Disponível: <https://bit.ly/2nLeWUP>
6. Bellenzani R, Mendes RF. Sigilo na atenção em DST/aids: do consultório aos processos organizacionais. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];1(3):140-65. DOI: 10.22456/2238-152X.31535
7. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Fantini AM, Freitas FDR, Oliveira MA, Silva OP *et al.* Sigilo profissional e valores éticos. *RFO* [Internet]. 2008 [acesso 12 fev 2019];13(1):7-13. p. 7. Disponível: <https://bit.ly/2GE1tch>
8. Almeida MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 12 fev 2019];12(1):263-74. DOI: 10.1590/S1413-81232007000100030
9. Freitas JG, Galvão MTG, Araujo MFM, Costa Ê, Lima ICV. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/aids no ambiente de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 12 fev 2019];46(3):720-6. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300026
10. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];45(1):230-6. DOI: 10.1590/S0080-62342011000100032
11. National AIDS Trust. Confidentiality in healthcare for people living with HIV [Internet]. London: NAT; 2009 [acesso 4 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2DCHSAv>
12. Scheffer M, Rosenthal C. Aids e ética. In: Segre M. *A questão ética e a saúde humana*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 105-22. p. 108.
13. Cooper HM. *Integrating research: a guide for literature reviews*. 2ª ed. London: Sage Publications; 1989. v. 2.
14. Junges JR, Recktenwald M, Herbert NDR, Moretti AW, Tomasini F, Pereira BNK. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 18 jan 2016];23(1):200-6. Disponível: <https://bit.ly/2AeOadC>
15. Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2010 [acesso 12 jun 2019];52(4):350-6. Disponível: <https://bit.ly/2X3KW74>
16. García I, Viñas X, Rodríguez D. Condición de vida de niños infectados por VIH/sida en San Luis Potosí, México. *Rev Costarr Salud Pública* [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];22(2):85-93. Disponível: <https://bit.ly/2Sxvphu>
17. Herrera AMT, Molina RJT, Vásquez MM. Niñez afectada con VIH/sida: uso y acceso a servicios de salud en cinco ciudades colombianas. *Salud Uninorte* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];27(2):171-84. Disponível: <https://bit.ly/2DKHkhR>
18. Kerr LRFS, Kendall C, Pontes MK, Werneck GL, McFarland W, Mello MB *et al.* Selective participation in a RDS survey among MSM in Ceará, Brazil: a qualitative and quantitative assessment. *DST J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];23(3):126-33. DOI: 10.5533/2177-8264-201123304
19. Paula CC, Silva CB, Zanon BP, Brum CN, Padoin SMM. Ética na pesquisa com adolescentes que vivem com HIV/aids. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 18 jan 2016];23(1):161-8. Disponível: <https://bit.ly/1CWXRUD>
20. Soares PS, Brandão ER. Não retorno de usuários a um centro de testagem e aconselhamento do estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. *Physis* [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];23(3):703-21. DOI: 10.1590/S0103-73312013000300003
21. Ferreira O, Passos ADC. Factors associated with failure of clinical screening among blood donors who have altered serological results in the Centro Regional de Hemoterapia de Ribeirão Preto. *Rev Bras Hematol Hemoter* [Internet]. 2012 [acesso 12 fev 2019];34(6):411-5. DOI: 10.5581/1516-8484.20120103
22. Mataboge MS, Peu MD, Chinuoya M, Rikhotso R, Ngunyulu RN, Mulaudzi FM. Healthcare workers' experiences of HIV testing in Tshwane, South Africa. *Curatiosis* [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];37(1):1170. DOI: 10.4102/curatiosis.v37i1.1170
23. Cárdenas CM, Monteiro S, Fiuza CO. Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas. *Salud Colect* [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];10(2):253-64. Disponível: <https://bit.ly/2E9fywl>
24. Araya AX, Bravo P, Carrasco P, Urrutia MT, Vega P, Rubio M *et al.* Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2013 [acesso 12 fev 2019];30(6):638-43. DOI: 10.4067/S0716-10182013000600011
25. Sosa GB, Barrios AMI. Enfoque bioético de los pacientes portadores del VIH, y de médicos y enfermeros de la atención secundaria sobre el VIH/sida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];27(2):217-31. Disponível: <https://bit.ly/2ByJ5hz>
26. Domínguez FC, Lozano RC, Almagro ASC, González AL. Enfoque bioético y social de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Humanidad Med* [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];14(2):387-406. Disponível: <https://bit.ly/2N2CdgY>
27. Roaletti ML. Derechos humanos, sociedad de la información y sociedad de riesgo. *Acta Bioeth* [Internet]. 2010 [acesso 12 fev 2019];16(2):174-9. DOI: 10.4067/S1726-569X2010000200010
28. Berenguera A, Pujol-Ribera E, Violan C, Romaguera A, Mansilla R, Giménez A *et al.* Experiences about HIV-AIDS preventive-control activities: discourses from non-governmental organizations

- professionals and users. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [acesso 12 fev 2019];25(3):184-90. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.10.015
29. Feldmann KMD, Moreira ELS, Lucena CEM, Melo VH. Como proceder quando uma gestante HIV positivo omite seu status ao parceiro sexual? *Femina* [Internet]. 2012 [acesso 12 fev 2019];40(6):311-8. Disponível: <https://bit.ly/2la9wjn>
 30. Luz PM, Miranda KCL. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 12 fev 2019];15(Supl 1):1143-8. Disponível: <https://bit.ly/2GG6tgH>
 31. Bernal IM, Álvarez YTR, Santos CV. Problemas bioéticos que se desprenden en la atención a las personas viviendo con VIH/sida: 2010. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2010 [acesso 30 jun 2016];32(2). Disponível: <https://bit.ly/2R6OPoz>
 32. Burger EH, Groenewald P, Rossouw A, Bradshaw D. Medical certification of death in South Africa: moving forward. *S Afr Med J* [Internet]. 2015 [acesso 12 fev 2019];105(1):27-30. Disponível: <https://bit.ly/2TORn7c>
 33. Ayres JRA, Paiva V, França Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 43-94. p. 86.
 34. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. São Paulo: Melhoramentos; 2015 [acesso 3 ago 2017]. Estigma. Disponível: <https://bit.ly/2S4KKBi>
 35. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. São Paulo: Melhoramentos; 2015 [acesso 3 ago 2017]. Preconceito. Disponível: <https://bit.ly/2DDPV7k>
 36. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. São Paulo: Melhoramentos; 2015 [acesso 3 ago 2017]. Discriminação. Disponível: <https://bit.ly/2TBX7GS>
 37. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids no Brasil. Estigma e discriminação [Internet]. Brasília: ONU; 2016 [acesso 11 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2TBXffU>
 38. Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso 12 fev 2019];22(11):2369-78. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001100011
 39. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 12 fev 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2BCdcEP>
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
 41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 12 fev 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2SAjWha>
 42. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 343, de 13 de dezembro de 2002. Aprovar o regulamento técnico para a obtenção, testagem, processamento e controle de qualidade de sangue e hemocomponentes para uso humano [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, nº 13, p. 40-50, 17 jan 2003 [acesso 12 fev 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GtBDZg>
 43. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069/90 atualizada com a Lei nº 12.010 de 2009 [Internet]. 3ª ed. Florianópolis: TJSC; 2012 [acesso 13 jun 2016]. art. 19, 28. Disponível: <https://bit.ly/2DR4Dc9>
 44. Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2007 [acesso 12 fev 2019];53(3):240-6. DOI: 10.1590/S0104-42302007000300022
 45. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.665, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da sida (aids) e soropositivos [Internet]. Brasília: CFM; 2003 [acesso 12 fev 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2WXmk6B>
 46. American Medical Association. Opinion E-2.23: HIV Testing [Internet]. 2010 [acesso 28 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2N2OZMn>
 47. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2008 [acesso 12 fev 2019];17(2):140-52. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200014
 48. Grupo pela Vida. Direitos das pessoas vivendo com HIV/aids [Internet]. 2009 [acesso 4 ago 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2z05W3u>


Participación de los autores

Las autoras participaron igualmente en la construcción del artículo.


Correspondência

Morgana Salvadori – Rua Doutor Roberto Fleischutt, 701, São Cristóvão CEP 95913-050. Lajeado/RS, Brasil.

Morgana Salvadori – Graduada – salvadorimorgana@gmail.com

 0000-0003-3352-2879

Giselda Veronice Hahn – Doutora – giseldahahn@gmail.com

 0000-0001-5767-2092

