

**PESQUISA**

Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids

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.

Resumo

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.

Resumen**Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH/SIDA**

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.

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.

Em pleno século XXI, diante de tantos avanços tecnológicos que permitem interferir nas diversas particularidades do ser humano, em um mundo onde o impossível está em extinção e a interpretação das normas sociais torna-se mais flexível, distinguir o que é bom do que é mau e definir limites éticos nas ações das pessoas é cada vez mais complexo¹.

Na área da saúde, o desenvolvimento científico amplia o conjunto de informações que viabilizam o atendimento ao usuário dos serviços. Dentre essas informações, encontram-se as de caráter sigiloso que, embora sejam de propriedade exclusiva do paciente, devem ser fornecidas aos profissionais a fim de que o atendimento seja efetivo. Nesse contexto, as novas tecnologias aumentam ainda mais o risco do uso indevido dessas informações^{2,3}.

A ética é fundamental não só para o bom convívio social, mas também para a atuação dos profissionais, em especial daqueles que lidam diretamente com o ser humano⁴. Entre todas as condições com as quais os profissionais da área da saúde têm de lidar em sua prática cotidiana, a confidencialidade é uma das mais relevantes do ponto de vista ético, pois garante o sigilo de informações técnicas e de caráter pessoal. Manter segredo profissional é um dos preceitos morais no âmbito da saúde⁵. A confidencialidade deve motivar os profissionais a desenvolver postura adequada, evitando constrangimentos aos usuários⁶. O sigilo, portanto, seria uma forma de “proteção individual”⁷.

O surgimento da síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) e sua rápida disseminação abalou o mundo, testando nossa capacidade de lidar com uma doença até então incógnita⁸. Diante do desconhecido e das taxas de mortalidade causadas pela enfermidade, o diagnóstico da contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tornou-se marco na vida dos infectados⁹, uma vez que implicava também discriminação social. Consequentemente, para se proteger da intolerância e de agressões, a pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) muitas vezes opta por não expor sua condição de saúde¹⁰.

Por se tratar de doença transmissível, a aids leva a pessoa a sofrer algumas implicações de interesse público, com a possibilidade de quebra do sigilo de sua sorologia¹¹. Diante dessas situações conflituosas que envolvem a PVHA, como pode o médico manter condutas éticas? Sob que circunstâncias deve-se preservar o sigilo profissional, e o que pode ou não ser dito sem caracterizar violação de sigilo? Em que circunstâncias a confidencialidade deve ser violada? Quais os limites do dever da preservação da confidencialidade? Será que Rosenthal e Scheffer estão certos ao afirmar que *não haverá ética enquanto persistir o preconceito*?¹²

Tendo em vista todas essas questões, este estudo objetiva identificar como a confidencialidade das informações da PVHA tem sido abordada em publicações científicas, analisando especificamente o modo como os autores enfocam questões relacionadas ao sigilo, às dificuldades em mantê-lo e aos conflitos envolvendo essas informações. Portanto, partimos da seguinte questão norteadora: “de que forma os autores têm abordado a confidencialidade da PVHA em publicações científicas nacionais e internacionais?”

Método

Caracterizado como revisão integrativa¹³, este estudo consultou publicações disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF). Com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram definidos como termos fixos “HIV” e “síndrome de imunodeficiência adquirida”, cruzando-os com “confidencialidade”, “bioética” e “ética profissional”, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram utilizados os seguintes operadores booleanos a fim de ampliar a qualidade dos resultados: “HIV *and* confidencialidade”, “HIV *and* bioética”, “HIV *and* ética profissional”, “síndrome de imunodeficiência adquirida *and* confidencialidade”, “síndrome de imunodeficiência adquirida *and* bioética”, “síndrome de imunodeficiência adquirida *and* ética profissional”, gerando o total de 40 associações.

A amostra incluiu estudos disponíveis na íntegra, *online* e gratuitos, publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. A busca foi realizada em de janeiro de 2016, e inicialmente foram lidos títulos e resumos das publicações, e depois os textos na íntegra. Excluíram-se artigos duplicados, publicados fora do período estipulado e que não atenderam aos objetivos da pesquisa.

Resultados

Foram obtidas 336 publicações: 5 no BDENF, 211 na Lilacs e 120 na SciELO. Desse total foram excluídas 276 publicações (4 do BDENF, 194 da Lilacs e 78 da SciELO), restando na amostra 60 artigos. Após nova leitura, foram selecionados 19 estudos, 9 da Lilacs e 10 da SciELO, que deram origem a duas categorias: 1) confidencialidade envolvendo a PVHA e 2) quebra do sigilo do diagnóstico: um dilema ético. As especificações das publicações que compuseram a amostra final estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Publicações analisadas na revisão integrativa, ordenadas conforme citação nas categorias

| Autor(es) | Título | Tema | Periódico (base de dados) | Vol. (n) | Origem do estudo |
|--|---|--|---|----------|------------------|
| Junges e colaboradores; 2016 ¹⁴ | Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão | Sigilo e privacidade das informações sobre o usuário na atenção básica | <i>Revista Bioética</i> (Lilacs) | 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 | Entraves na aderência terapêutica | <i>Salud Pública de México</i> (SciELO) | 52 (4) | Colômbia |
| García, Viñas, Rodríguez; 2013 ¹⁶ | Condición de vida de niños infectados por VIH/SIDA em San Luis Potosí, México | Condições de vida de crianças com HIV/aids | <i>Revista Costarricense de Salud Pública</i> (SciELO) | 22 (2) | México |
| Herrera, Molina, Vásquez; 2011 ¹⁷ | Niñez afectada con VIH/SIDA: uso y acceso a servicios de salud en cinco ciudades colombianas | Acesso a serviços de saúde por crianças com HIV/aids | <i>Salud Uninorte</i> (SciELO) | 27 (2) | Colômbia |
| Kerr e colaboradores; 2011 ¹⁸ | Selective participation in a RDS survey among MSM in Ceará, Brazil: a qualitative and quantitative assessment | Baixa participação de homens de classe alta que fazem sexo com homens em pesquisas | <i>Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis</i> (Lilacs) | 23 (3) | Brasil |
| Paula e colaboradores; 2015 ¹⁹ | Ética na pesquisa com adolescentes que vivem com HIV/aids | Aspectos éticos da etapa de coleta de dados realizada com adolescentes com HIV/aids | <i>Revista Bioética</i> (Lilacs) | 23 (1) | Brasil |
| Soares, Brandão; 2013 ²⁰ | Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos | Razões para o não retorno de usuários a CTA; dificuldades no acesso ao serviço | <i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i> (SciELO) | 23 (3) | Brasil |
| Ferreira, Passos; 2012 ²¹ | Factors associated with failure of clinical screening among blood donors who have altered serological results in the Centro Regional de Hemoterapia de Ribeirão Preto | Fatores de risco associados a doadores de sangue com HIV; razões para não terem sido detectados na triagem | <i>Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia</i> (Lilacs) | 34 (6) | Brasil |
| Mataboge e colaboradores; 2014 ²² | Healthcare workers' experiences of HIV testing in Tshwane, South Africa | Experiências de profissionais de saúde quando necessitam de testes de HIV | <i>Curationis</i> (SciELO) | 37 (1) | África do Sul |

continua...

Quadro 1. Continuação

| Autor(es) | Título | Tema | Periódico (base de dados) | Vol. (n) | Origem do estudo |
|---|--|--|---|----------|------------------|
| Cárdenas, Monteiro, Moreira; 2014 ²³ | Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas | Implementação de modelos de Aconselhamento e Testagem Voluntária e Teste de HIV e Aconselhamento | <i>Salud Colectiva</i> (SciELO) | 10 (2) | Brasil |
| Araya e colaboradores; 2013 ²⁴ | Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de Elisa para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura | Teste Elisa como diagnóstico para HIV na atenção primária em saúde | <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 | Abordagem bioética de pacientes com HIV e de profissionais de saúde | <i>Revista Cubana de Medicina General Integral</i> (Lilacs) | 27 (2) | Cuba |
| Domínguez e colaboradores; 2014 ²⁶ | Enfoque bioético y social de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana | O impacto das implicações éticas em pacientes com HIV | <i>Humanidades Médicas</i> (Lilacs) | 14 (2) | Cuba |
| Rovaletti; 2010 ²⁷ | Derechos humanos, sociedad de la información y sociedad de riesgo | A proteção do indivíduo com HIV e o progresso da “sociedade da informação” | <i>Acta Bioethica</i> (Lilacs) | 16 (2) | Argentina |
| Berenguer e colaboradores; 2011 ²⁸ | Experiences about HIV/aids preventive-control activities: discourses from non-governmental organizations professionals and users | Experiências de profissionais e usuários em organizações não-governamentais de prevenção e controle de HIV/aids | <i>Gaceta Sanitaria</i> (SciELO) | 25 (3) | Espanha |
| Feldmann e colaboradores; 2012 ²⁹ | Como proceder quando uma gestante HIV positivo omite seu status ao parceiro sexual? | Dilemas éticos e legais vividos por profissionais de saúde que lidam com gestantes infectadas que omitem sua soropositividade ao parceiro sexual | <i>Femina</i> (Lilacs) | 40 (6) | Brasil |
| Luz, Miranda; 2010 ³⁰ | As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar | O conceito do cuidado na perspectiva da filosofia articulado à prática do enfermeiro | <i>Ciência & Saúde Coletiva</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 | A bioéticas no processo de cuidado a pessoa com HIV/aids | <i>Revista Médica Electrónica de Matanzas</i> (Lilacs) | 32 (2) | Cuba |
| Burger e colaboradores; 2015 ³² | Medical certification of death in South Africa: moving forward | Qualificação da certificação médica e os dados sobre a causa de morte na África do Sul | <i>The South African Medical Journal</i> (SciELO) | 105 (1) | África do Sul |

A confidencialidade do paciente

Foram analisados 15 estudos¹⁴⁻²⁸ em que os autores apresentam diferentes posicionamentos sobre a manutenção da confidencialidade do resultado sorológico. Em todos eles, a preocupação maior estava ligada aos limites entre manter o sigilo do diagnóstico e revelá-lo de modo a não causar constrangimento ao usuário. Foram temas dos estudos: mulheres com HIV atendidas na atenção básica (AB); mulheres com HIV e homens que fazem sexo com homens (HSH) – ambos de classe social alta – com medo de discriminação social e baixo percentual de realização de teste anti-HIV; crianças com HIV discriminadas pelos profissionais de saúde; confidencialidade envolvendo adolescentes; pessoas atendidas em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em Centro Regional de Hemoterapia; estigma entre colegas de trabalho nos serviços de saúde; ampliação da cobertura do teste anti-HIV; discriminação social como barreira para a realização do teste Elisa; avanço das tecnologias de informação nos serviços de saúde e quebra da confidencialidade; e profissionais, serviços de saúde e Organização Não Governamental (ONG) que defendem a confidencialidade do diagnóstico perante a comunidade.

Junges e colaboradores¹⁴ destacaram o dilema do sigilo e da privacidade de informações de mulheres atendidas nas equipes de AB. Para que haja responsabilização multiprofissional pelo cuidado, é preciso revelar o diagnóstico de HIV aos demais profissionais; porém, a desconfiança quanto à quebra de sigilo leva usuárias com HIV a não revelar seu diagnóstico aos profissionais da AB.

Foram observadas falhas no serviço especializado em HIV/aids, como falta de privacidade para realizar exames e retirar resultados e uso de veículos identificados com o programa DST/aids, sendo a noção de sigilo nos processos de trabalho muitas vezes limitada a não revelar o nome da PVHA.

Arrivillaga-Quintero¹⁶ aponta ainda em sua pesquisa o fato de que mulheres de classe social alta, motivadas pelo medo do estigma e da violação da confidencialidade, realizam acompanhamento em serviços privados para não ter o nome registrado no Sistema de Saúde.

Quanto a crianças com HIV, García, Viñas e Rodríguez¹⁶ ressaltam que revelar o diagnóstico causa constrangimentos aos próprios pais ou responsáveis, devido à discriminação dos profissionais de saúde. Nos casos em que a situação foi exposta, frequentar a escola e viver na comunidade não causou reação discriminatória, o que demonstra que o preconceito esteve presente somente no serviço de saúde.

O medo do estigma é o que leva cuidadores e profissionais da saúde a não revelar às crianças com HIV sua condição sorológica. No estudo de Herrera, Molina e Vásquez¹⁷, 96,2% das crianças com HIV não tiveram acesso ao diagnóstico devido ao medo dos profissionais em relação a possíveis danos psicológicos que essas crianças enfrentariam caso divulgassem sua sorologia de forma acidental. Todavia, falhas na manutenção da confidencialidade ocorreram, fazendo com que o diagnóstico ultrapassasse os limites da equipe cuidadora e chegasse até o vigia do serviço. Os autores concluíram que o serviço contribuiu para a estigmatização da PVHA pela família e pela comunidade.

A preocupação com a confidencialidade do diagnóstico e com o preconceito também está presente no estudo de Kerr e colaboradores¹⁸ sobre homens que fazem sexo com homens (HSH) e pertencem à classe social alta. O fato de serem homossexuais gerou medo do preconceito, o que levou ao baixo percentual de testagem em comparação aos HSH de classe social média e baixa. Os entrevistados temiam ser discriminados caso o resultado positivo do teste viesse à tona, especialmente se o exame fosse realizado em serviço de saúde.

A questão da confidencialidade e do sigilo em pesquisas com adolescentes foi abordada no estudo de Paula e colaboradores¹⁹. Como o diagnóstico de HIV em adolescentes é muitas vezes limitado à família, é preciso que o pesquisador resguarde a confidencialidade e a relação de respeito com o adolescente, de modo a permitir a emergência de temas fundamentais ao seu estudo. É essencial compreender que o adolescente tem direito de decidir sobre revelar ou não seu diagnóstico e que as informações só podem ser compartilhadas em caso de consentimento ou risco. A confidencialidade, reconhecida como um dos elementos essenciais da relação terapêutica paciente-profissional, também é fundamental na relação pesquisador-PVHA.

Ao investigar o motivo do não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) entre 2008 e 2009, Soares e Brandão²⁰ averiguaram que somente 1% dos usuários fizeram o teste de forma sigilosa. O estudo aponta como a necessidade de identificação daqueles que desejam realizar ou retirar exames representa uma falha do serviço em relação ao anonimato. Tal fator pode ser referido como causa do baixo retorno dos usuários ao serviço de testagem.

Ferreira e Passos²¹ demonstram como a desconfiança na manutenção da confidencialidade leva doadores de sangue de um centro regional de hemoterapia a omitir fatos relevantes na entrevista de triagem, o que acaba por alterar os resultados sorológicos. Para os autores, tal fato ressalta a importância de a instituição transmitir aos doadores seu compromisso com o sigilo.

Mataboge e colaboradores²² abordam o problema da quebra de sigilo e da estigmatização de colegas de trabalho em serviços de saúde quanto ao teste anti-HIV. O estudo demonstra que profissionais da saúde temem realizar o exame em seu local de trabalho, buscando tratamento, no caso de resultado positivo, em outros serviços. Da mesma forma, pelo receio de que a falta da confidencialidade impeça o suporte adequado, profissionais encaminham estudantes de enfermagem a outros serviços de referência ao diagnosticá-los com sorologia positiva para HIV.

Estudo de Cárdenas, Monteiro e Moreira²³ abordou a ampliação da cobertura do teste voluntário para diagnóstico de HIV, discutindo o cuidado necessário aos profissionais para não produzir vulnerabilidade programática (que reproduz ou aumenta a fragilidade dos usuários)³³. Os autores referem a preocupação internacional com o consentimento informado para realizar o teste na etapa de aconselhamento, garantindo ao usuário confidencialidade, explicação dos riscos (físicos, emocionais e sociais) e benefícios do teste e o direito de declinar do consentimento.

No caso da população jovem, a adesão ao teste está condicionada à garantia de não comunicação do resultado aos familiares. A aderência das mulheres às ações de redução da transmissão vertical do vírus é dependente do reconhecimento dos direitos femininos referentes à autonomia, integridade física, não discriminação e privacidade. Um último ponto destacado pelos autores²⁴ é a necessidade de consentimento da PVHA para comunicar o diagnóstico a seus parceiros sexuais.

Conforme Araya e colaboradores²⁴, ao ofertar e facilitar o acesso das pessoas ao teste Elisa, os centros de saúde devem divulgar que a testagem é privada e confidencial, pois esse sigilo é fundamental para a tomada de decisão dos pacientes. Quando acreditam que organizações e profissionais da saúde (que têm acesso aos seus nomes) não são confiáveis, os usuários tendem a se recusar a realizar o teste.

Sosa e Barrios²⁵ estudaram os conhecimentos de médicos, enfermeiros e de pacientes com sorologia positiva para HIV sobre a confidencialidade do diagnóstico. A pesquisa constatou que 67% dos médicos, 44% dos enfermeiros e 100% dos pacientes pensavam que não se deve informar à comunidade quem são as pessoas acometidas pelo vírus HIV, uma vez que o anonimato não representa perigo. No que diz respeito ao âmbito institucional, para Domínguez e colaboradores²⁶, a privacidade remete à responsabilidade do profissional em manter o caráter sigiloso de informações pessoais sobre a saúde dos usuários em clínicas, hospitais e unidades do sistema de saúde formal, garantindo também a segurança dos registros em prontuários (eletrônicos ou não).

Rovaletti²⁷ instiga a reflexão sobre como proteger dados, informações e a própria vida humana em um mundo sem fronteiras, especialmente nas questões que envolvem a pandemia de HIV/aids. A autora sugere o uso de redes fechadas de comunicação, com transmissão de dados criptografados e acesso restrito por meio de códigos, de modo a manter o anonimato da pessoa – sendo este o imperativo para o desenvolvimento de um sistema de comunicação ético e legal.

Ainda segundo a autora²⁷, no contexto da ética das informações, a veiculação em formato eletrônico facilita a manipulação de múltiplos dados pelas tecnologias de informação e comunicação (TIC), o que favorece o controle e a visão abrangente dos sujeitos, ao mesmo tempo que cria a ilusão de que essas informações permanecem em constante anonimato. Eventualmente esses dados são disseminados entre familiares e amigos, gerando estigma e tornando evidente o pouco cuidado de alguns profissionais e funcionários da saúde quanto ao sigilo do paciente.

Por fim, Berenguera e colaboradores²⁸ chamam atenção para o bom resultado da manutenção da confidencialidade presente em ações de ONG que atendem pessoas com aids, HSH, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade e imigrantes ilegais que não têm acesso a serviços de saúde. Os profissionais da saúde que atuam nessas organizações instituem relações horizontais e vínculos com as pessoas como estratégia para facilitar o acesso à ONG e diminuir o preconceito.

Quebra do sigilo do diagnóstico: dilema ético

Os estudos desta categoria abordam a quebra do sigilo profissional quando a condição sorológica coloca a saúde de terceiros em risco, quando há exigência de notificar o diagnóstico às autoridades sanitárias ou às seguradoras, ou para registro na declaração de óbito.

Feldmann e colaboradores²⁹ discutem se médicos e outros profissionais da saúde devem romper o sigilo em casos de usuários que omitem sua condição sorológica ao parceiro sexual, colocando-o em risco. Os autores destacam que a PVHA tem garantia de sigilo e poder sobre sua privacidade e intimidade, cabendo somente a ela a decisão de informar (ou não) as pessoas quanto à sua saúde. Contudo, todo e qualquer profissional da saúde tem obrigação de romper o sigilo sempre que a saúde de outrem é colocada em risco, sob a possibilidade de sanção penal por transmissão *irracional* do HIV. Justifica-se assim a quebra do sigilo, pois a manutenção do segredo é justificada para proteger a PVHA da discriminação social, mas não para contribuir com a disseminação do vírus.

Entretanto, permanece o dilema para os profissionais da saúde que atuam em CTA, devendo ao mesmo tempo garantir a confidencialidade da pessoa que busca o teste anti-HIV e direcionar o cuidado à saúde de seus comunicantes. Afinal, não se pode beneficiar uma pessoa em detrimento de outra³⁰.

Segundo Luz e Miranda³⁰, a PVHA tem o dever de proteger seus parceiros sexuais, comunicando sua condição. Não havendo colaboração, o profissional pode intervir convocando estes parceiros, em um tipo de atuação que exige extrema delicadeza e desenvoltura. Para isso, o profissional pode elaborar um protocolo que permita o acompanhamento dos casos.

Sob outra perspectiva, Domínguez e colaboradores²⁶ apontam o consentimento informado como ferramenta para garantir a confidencialidade. Para os autores, o teste anti-HIV deve ser realizado somente com o consentimento do paciente, a não ser em situações de limitação de consciência. O estudo reforça que a violação à confidencialidade pode desencorajar muitas pessoas a cooperar nos programas de testagem devido ao medo da discriminação.

Ainda segundo Domínguez e colaboradores²⁶, o surgimento da aids deu destaque ao dilema da confidencialidade, uma vez que o risco à vida de outras pessoas estabelece a obrigação moral e legal de informar a situação ao cônjuge ou companheiro, assim como é obrigatória a notificação às autoridades de saúde. Portanto, embora a confidencialidade seja direito do usuário, há limitações à autonomia quando esta entra em conflito com a integridade de outras pessoas, como no exemplo em que a PVHA se recusa a revelar sua condição sorológica ao parceiro.

Bernal, Álvarez e Santos³¹ partem do princípio de que o sigilo profissional não é um valor absoluto para a Associação Médica Americana (AMA). Sendo o médico responsável por prevenir a disseminação de doenças contagiosas, a associação postula a relativa confidencialidade desde que se mantenha a obrigação ética de reconhecer o direito à discricção e à privacidade das PVHA.

Para a AMA, o médico é responsável por persuadir a pessoa infectada a interromper a exposição de terceiros à doença. Se o profissional não obtiver resultados, deve informar a situação às autoridades, e se estas não tomarem as medidas cabíveis, o próprio médico deve informar e aconselhar o terceiro envolvido. Esta tese, que vem se tornando popular, deriva do princípio da justiça, pois o que se pretende é evitar danos injustos a terceiros inconscientes do risco. Os médicos partem da perspectiva de que as PVHA têm a mesma responsabilidade que a sociedade e o Estado³¹.

Outro aspecto destacado pelos autores³¹ remete à discussão que ocorre nos Estados Unidos

sobre a necessidade de leis estaduais para proteger PVHA. O governo parece inclinado a notificar o nome das pessoas às autoridades nacionais de saúde pública, com intuito de protegê-las. Entretanto, não é adequado propor esta medida simplesmente por tratar-se de tradição da saúde pública no país, já que as pessoas poderiam evitar fazer o teste por medo de serem identificadas pela notificação.

Há ainda o risco de quebra de privacidade e confidencialidade a respeito do diagnóstico positivo para HIV quando o usuário contrata seguro de vida e consente à seguradora, por escrito, o acesso a todas as informações necessárias ao estabelecimento do contrato, especialmente no momento da morte. Burguer e colaboradores³² relatam também a dificuldade de muitos médicos em registrar na declaração de óbito a infecção pelo HIV como causa básica, dada a necessidade de notificar às autoridades sanitárias a condição sorológica. De acordo com os autores, esse fluxo de informações pode comprometer a confidencialidade do usuário. Por outro lado, a subnotificação desses dados compromete decisões políticas necessárias ao adequado manejo da doença, o que afeta não só os diretamente envolvidos, mas toda a sociedade.

Discussão

Com base na análise dos estudos aqui apresentados, pode-se enumerar as seguintes questões-chave: PVHA que temem o estigma e a discriminação devido ao medo da quebra de sigilo; profissionais da saúde que divulgam informação confidencial de forma indevida; quebra da confidencialidade diante do risco à saúde de terceiros; garantia de privacidade das informações da PVHA em prontuários (eletrônicos ou não); profissionais da saúde que defendem o anonimato da PVHA perante a comunidade; e manutenção da confidencialidade como forma de construir vínculos entre profissional e paciente.

Ao discutir questões relacionadas ao HIV e à aids, é necessário distinguir os termos “estigma”, “preconceito” e “discriminação”. O estigma é definido como *aquilo que é considerado vergonhoso ou desonroso; uma marca infamante*³⁴ que pode estimular formas de segregação. O preconceito é entendido como *conceito ou opinião formados antes de ter os conhecimentos necessários sobre determinado assunto*³⁵ ou pessoa. A discriminação, por sua vez, é o *ato contrário ao princípio de igualdade*³⁶, que segrega, exclui, restringe o acesso ou maltrata a pessoa vítima do preconceito.

Desse modo, tudo aquilo que é desconhecido ou “estranho” para os padrões da sociedade incita o pré-julgamento e pode levar ao ato discriminatório. Esse

processo, que muitas vezes ocorre de forma inconsciente, gera fragilidade emocional, prejuízos à saúde e exclusão social. No caso aqui estudado, o medo do estigma, do preconceito e da discriminação faz com que muitas PVHA não busquem os serviços de saúde.

Conforme o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid) ³⁷, o estigma, o preconceito e a discriminação estão entre os principais entraves para a prevenção e o tratamento do HIV e o cuidado da PVHA. Essas condições adversas confrontam diretamente o combate à epidemia ao gerar nas pessoas o medo de levantar suspeitas acerca de sua condição sorológica, impedindo o acesso a informações que permitiriam inclusive práticas sexuais mais seguras.

Da mesma forma, o medo do estigma e da discriminação faz as pessoas deixarem de buscar os serviços de saúde e realizar o teste anti-HIV, temendo o rompimento do sigilo por parte dos profissionais, conforme referido nos estudos de Arrivillaga-Quintero ¹⁵, Herrera, Molina e Vásquez ¹⁷ e Kerr e colaboradores ¹⁸. Também o medo da violência muitas vezes desencoraja a revelação do diagnóstico a familiares e parceiros sexuais, e prejudica a adesão ao tratamento.

O preconceito e a discriminação contra a PVHA também ocorrem por parte dos profissionais de saúde, conforme relatos apresentados por Mataboge e colaboradores ²². No mesmo sentido, Sadala e Marques ³⁸ constataram que ainda persiste o preconceito e a intolerância ao “grupo de risco”. Embora tenham ciência de que esta definição não é mais utilizada, os autores a utilizam para enfatizar que, apesar dos esforços em contrário, permanecem os estigmas sobre as PVHA, dificultando a relação profissional-usuário.

Segundo esses autores, nos atendimentos especializados estes impasses foram superados, mas nos serviços e hospitais gerais a PVHA ainda é estigmatizada. O preconceito existe também em escolas médicas, quando se manifesta com a não realização de alguns procedimentos por diferentes profissionais da equipe. Por fim, Sadala e Marques ³⁸ refletem sobre os limites médicos em relação à igualdade no trato da PVHA, pois conceder a ela privilégios a tornaria diferente das demais. Fica também a questão: dar assistência em local separado para evitar a discriminação, como nos serviços de referência, seria outra forma de discriminá-la?

O preconceito e a discriminação de profissionais da saúde podem ainda ocorrer na testagem para o HIV. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro pontua que é direito do profissional manter sigilo absoluto dos resultados de exames, bem como de qualquer assunto discutido durante o aconselhamento ³⁹. Quando viola esse aspecto, o profissional

pode ser estigmatizado tanto por colegas de trabalho quanto pelos próprios usuários do serviço.

Quanto à manutenção da confidencialidade, ao criar os CTA o MS preconizava o anonimato do diagnóstico sorológico ⁴⁰. Atualmente, a confidencialidade é mantida, mas o anonimato é facultativo ⁴¹. Já nos serviços de hemoterapia, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dispõe na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 343/2012 que o *sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado*, inclusive na triagem sorológica ⁴². Quando o resultado para HIV for positivo, o serviço de hemoterapia deve encaminhar a pessoa ao serviço de referência, não lhe cabendo definir o diagnóstico, mas somente descartar a bolsa de sangue ⁴³.

Tratando-se da autonomia sanitária dos adolescentes, cabe destacar especificamente que, em razão do estigma que podem sofrer, inclusive no âmbito familiar, é previsto pelo MS que pessoas entre 12 e 18 anos mentalmente capazes tenham direito à testagem anti-HIV sem consentimento dos responsáveis legais ⁴¹. Ou seja, os adolescentes possuem direito à privacidade e à confidencialidade do seu diagnóstico. Contudo, devido à situação jurídica específica dessa população ⁴⁴, o cuidado prestado ainda traz contradições éticas, legais e sociais relativas a esse direito ⁴⁵.

A aids trouxe à tona importantes questionamentos à bioética. Temas até então incontestáveis, como sigilo médico, passaram a ser repensados: de um lado, a preservação do paciente; de outro, a responsabilidade com a saúde da coletividade ³⁹. A Resolução CFM 1.665/2003 prevê, no artigo 10, que o *sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da sída (aids), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente* ⁴⁵.

No caso de dever legal, a quebra de confidencialidade se dá pela notificação do diagnóstico às autoridades sanitárias e do preenchimento de atestado de óbito, e por justa causa nos casos de proteção à vida de terceiros. Contrariamente, Scheffer e Rosenthal ¹² alegam que o profissional deve cumprir o dever do sigilo, apontando que, embora o parceiro sexual da PVHA tenha o direito de saber que pode ser contaminado, tal direito não justifica o rompimento do sigilo da relação profissional-usuário; o parceiro deve ser informado por meio de exames.

Quanto a isso, a AMA ⁴⁶ orienta os médicos a cumprir todas as leis de notificação de doenças, salvaguardando a confidencialidade da condição do paciente, mas ao mesmo tempo devendo impedir, dentro dos limites

da lei, que a PVHA infecte outras pessoas. Assim, se a PVHA representa ameaça a outro indivíduo identificável, o dever do médico vai desde notificar as autoridades de saúde pública até comunicar o risco a terceiros sem revelar a identidade da pessoa de origem.

Os dilemas éticos relativos às TIC referem-se à informática como recurso que, embora facilite as atividades no serviço de saúde, pode viabilizar o acesso a informações privadas. O mau uso desses sistemas pode favorecer a quebra do sigilo e a violação da privacidade do paciente. Portanto, depreende-se que as redes de computadores permitem também o acesso indevido e alteração de informações, ameaçando o bem-estar e até mesmo a vida do usuário⁴⁷.

Mesmo após o falecimento do paciente, no caso de notificação das testagens sorológicas para atestados de óbito, o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado (salvo nos casos de notificação compulsória, situações envolvendo risco para outrem e maus-tratos contra menores)⁵, pois *o paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte*⁴⁸. A confidencialidade é fundamental para que o usuário confie no profissional da saúde e essa relação, por sua vez, é peça-chave para a criação de vínculos.

Cabe destacar um ponto que esteve presente na maioria dos estudos analisados: a desconfiança dos pacientes quanto à confidencialidade. Os usuários dos serviços têm a impressão de que seus dados serão comunicados de alguma forma, seja por notificação compulsória, pelo atendimento em equipe, pela facilidade de acesso às informações ou por falhas nos processos de trabalho.

Esta revisão demonstrou claramente que essas questões fazem o usuário se afastar dos serviços, deixando de se submeter às testagens ou de buscar os resultados. Logo, uma solução para o problema seria a educação permanente no trabalho, a fim de conscientizar e educar profissionais de saúde acerca da importância da confidencialidade no cuidado à PVHA, enfatizando situações em que se deve ou não revelar o diagnóstico, e a quem e quando revelar.

Por fim, Sadala e Marques³⁸ afirmam que os profissionais de saúde devem utilizar os melhores conhecimentos científicos no cuidado à PVHA, sem

perder a perspectiva de que estão tratando de seres humanos que estão sofrendo em razão de sua condição de saúde e requerem cuidado singular – e, por que não, afetuoso?

Considerações finais

A análise dos dados confirmou que o medo do estigma, do preconceito e da discriminação acaba por determinar o processo saúde-doença, pois diante deste sentimento as pessoas deixam de procurar serviços de saúde, de realizar testes anti-HIV e de aderir ao tratamento. Nesse contexto, o rompimento do sigilo não só viola o dever de manter segredo sobre informações obtidas durante o exercício profissional, mas reforça o medo do paciente de ser excluído socialmente.

Os estudos apresentaram diferentes conflitos quanto ao sigilo, de acordo com características da população e serviços envolvidos. Todos reforçaram que a confidencialidade gera confiança, facilita o acesso das pessoas aos serviços de saúde e aproxima usuários e equipe. Ao contrário, rompê-la faz usuários perderem a confiança no profissional e no serviço, agravando os danos decorrentes de sua condição. Desse modo, preservar a privacidade e a confidencialidade – e não só das PVHA – é dever dos profissionais da saúde, não somente por respeito ao Código de Ética ou ao juramento de Hipócrates, mas porque, ao escolherem a profissão, optaram por cuidar de seres humanos, e não de vírus.

Realizar estudo como este gera a expectativa de encontrar respostas objetivas aos dilemas práticos. A legislação existente e as normativas dos conselhos profissionais norteiam a atuação dos profissionais na assistência às PVHA, mas cada pessoa se encontra em situação única e ímpar, o que torna o cuidado complexo, exigindo análises singulares e busca contínua dos profissionais da saúde por aperfeiçoar a prática. À vista disso, a preservação do sigilo e da confidencialidade de um indivíduo é fundamental, sendo aceitável o seu rompimento somente em caso de risco à saúde do coletivo. Afinal, quais são os limites do sigilo e da confidencialidade?

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. Francisoni 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 LRF, 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/1CWRXUD>
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. *Curationis* [Internet]. 2014 [acesso 12 fev 2019];37(1):1170. DOI: 10.4102/curationis.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>


Participação dos autores

As autoras participaram igualmente na construção do artigo.


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

