

O trabalhador da saúde portador do HIV: lições para biossegurança e ética

M. A. CAMPOS

Trabalho desenvolvido no ambulatório de Doenças Profissionais (ADP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

RESUMO - Após o caso do dentista americano que contaminou seis de seus pacientes com HIV, surgiu grande preocupação acerca de trabalhadores da saúde HIV-positivos. Essa preocupação, embora razoável quando conduzida de forma a incluir também normas de proteção contra outros patógenos mais contagiosos que o HIV, tende a ser segregante e confusa, obscurecida pela representação social estigmatizante da doença. O artigo traz argumentos demonstrando a inexistência de motivos para impedimento compulsório do trabalho dos trabalhadores da saúde portadores, mas enfatiza a necessidade de comportamento res-

ponsável por parte dos infectados, que devem se abster de participar de procedimentos propensos à exposição. Essa responsabilidade, por sua vez, só funcionará em contexto de não segregação. Se ocorrer acidente, profilaxia com anti-retrovirais e imunização (ativa e passiva) contra hepatite "B" deve ser considerada para o paciente exposto. São oferecidas bases para construção de postura melhor informada e mais aberta aos desafios trazidos pela epidemia de HIV/AIDS.

UNITERMOS: Trabalhadores da Saúde. Biossegurança. Ética. HIV.

INTRODUÇÃO

Dentre as facetas de impacto trazidas pela epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) aos trabalhadores da saúde (TS), sobressaem-se questões sobre biossegurança. Apesar do maior temor ser quanto à exposição ocupacional dos TS a vírus dos pacientes, a infecção de pacientes com vírus dos profissionais que os atendem também é uma possibilidade, sendo fonte de problemas para TS portadores (TS+) e de ansiedade para dirigentes de instituições de saúde: uns segregados e outros temerosos de virem suas instituições acusadas de negligência com a segurança dos pacientes.

O objetivo desse artigo, baseado em capítulo de monografia¹, é fornecer aos TS portadores de agentes veiculáveis por sangue, informações que os orientem quanto às suas atividades de maneira segura, e também instrumentalizar tanto TS+ quanto os responsáveis por controle de infecções hospitalares para lidar com essa situação de maneira não só segura para os pacientes (do ponto de vista biológico e legal) quanto ética, preservando os TS+ de constrangimentos desnecessários.

O precedente sempre citado de infecção de pacientes com vírus de TS é o caso de David Acer, dentista da Flórida falecido de SIDA em 1990, após contaminar seis de seus pacientes. Uma das infectadas, Kimberly Bergalis, adoeceu e desencadeou campanha exigindo a criação de leis que impedis-

sem o exercício da profissão por profissionais infectados. O *Centers for Diseases Control and Prevention* CDC² demonstrou que o vírus dos pacientes realmente era o mesmo do dentista ao comparar seqüência de nucleotídeos dos vírus dos pacientes, de Acer e de controles, mas não se sabe como as infecções aconteceram.

O risco de um profissional infectar seus pacientes acidentalmente é calculado entre 1:40.000 e 1:400.000³, considerando cirurgias extensas, o que nem foi o caso de alguns dos pacientes contaminados. Parece irreal que pudessem ocorrer seis transmissões acidentais em tão pouco tempo. Em visita ao CDC, em 1992, Paiva (JVM Paiva, comunicação pessoal) teve oportunidade de discutir estes "acidentes" e a equipe do CDC relatou ter dúvidas sobre as circunstâncias reais em que as transmissões ocorreram: há a hipótese, não confirmada, de terem sido propositais.

Longfield, Brundage, Badger *et al.*⁴ investigaram retrospectivamente 1631 pacientes de TS+, abrangendo um total de 12.164 procedimentos (20,5% dos procedimentos foram considerados altamente invasivos), sem encontrar seroconversão em nenhum paciente. Bartlett (1996)⁵ cita outro trabalho⁶ onde foram revistos 19.036 pacientes de 57 TS+, sem nenhum caso de transmissão TS/paciente. Resultados semelhantes foram descritos pelo Comitê de AIDS da Sociedade Americana de Epidemiologia Hospitalar (apud Longfield e outros, 1994), que

também não encontrou quaisquer indícios de contaminação de pacientes atendidos por profissionais portadores do HIV.

Cinco estudos abordam estimativas do risco de infecção de pacientes a partir de HIV do TS+, variando de 1:41.600 a 1:26.000.000. Meta-análise de todos eles aponta para algo entre 1:500.000 e 1:1.000.000, o que é muito menor que outros riscos de lesão iatrogênica. Por exemplo, o risco de choque anafilático seguindo-se a injeção de penicilina Benzatina é algo por volta de 1:50.000 a 1:100.000 (10 vezes maior). Riscos de choque por anestésicos ou insuficiência coronária aguda durante cirurgias também são maiores que o risco de contaminação por HIV de profissionais da saúde⁷.

Mesmo que muito pequeno, o risco de contaminação de pacientes nos lança em discussão mais extensa, em busca de definições sobre o trabalho dos portadores.

Como lidar com o profissional portador?

O arrazoado a seguir baliza-se nos trabalhos de David Price (1991)⁸; Albert Jonsen (1991)⁹; Larry Gostin (1991)¹⁰; Sheldom Landesman (1991)³; David Henderson (1995)⁷; John Fletcher e Brian Wispelwey (1994)¹¹ e Louise Gerberding (1996)¹².

Parte-se de conceitos básicos: 1) As formas de disseminação do HIV na população (sexo e drogas) não são passíveis de controle por medidas coercitivas do Estado. 2) É patente a dicotomia entre interesses públicos e individuais: a resposta pública ao que se parece ser “risco” é agir ou cobrar ação dos governantes, mas riscos de magnitude incerta não justificam intervenção do Estado (ou de outras autoridades) na liberdade individual.

Nestes primeiros 15 anos de epidemia, a política nos países industrializados tem sido agir com base em dados científicos; assegurar ou buscar cooperação dos indivíduos em risco e infectados no sentido de evitar dispersão do vírus e minimizar conseqüências potencialmente danosas das políticas de saúde com caráter restritivo de direitos individuais.

Existe tendência histórica, nos países com tradição democrática, da população assustada a pressionar seus legisladores a agir. Essa pressão pode levar a decisões sem respaldo científico e direcionadas a satisfazer anseios da população. Postura mais responsável nem sempre vai de encontro ao que a população enxerga como efetivo, o que é fonte de conflitos e mal-entendidos e, na falta de posição clara e isenta, terreno fértil para injustiças.

Enquanto no primeiro mundo o medo de contato casual foi abordado e conseguiu diminuir essa fonte de ansiedade para a população, no Brasil isso não aconteceu. O que permitiu aquela tranquilização

foi unanimidade de opiniões: “HIV não se pega por contato casual” foi a repetido pela mídia (enquanto aqui volta e meia surgem boatos e meias verdades numa mídia irresponsável), pelos políticos, pela comunidade científica e Organizações não-governamentais ligadas à programas de prevenção.

Acima e antes de questões sobre confidencialidade, testes e outras formas de transmissão, esse consenso é base para não segregação. Sua falta resulta em ansiedade e postura defensiva a todo custo, pressão sobre os legisladores e “autoridades” que passam a se basear em riscos, cuja magnitude desconhecem e em valores não defensáveis (e inconfessáveis) para tomar decisões generalistas.

Essa postura defensiva é evidente na suposição de que TS+ são risco para a sociedade levando à decisão por segregá-los, quando o risco inverso (dos pacientes para os TS) é muito maior. Quando em 1987 o CDC¹³ liberou dados calculando que o risco para aquisição de HIV pelos TS em acidentes com agulhas era de 0,3 a 0,4%, a conduta apregoadada foi de implantação de precauções universais, não de exclusão de pacientes HIV+, apontada, com razão, como anti-ética e desumana. Há, portanto, contradição flagrante: não se aceita que o TS rejeite pacientes, mas aceita-se (e às vezes exige-se) testagem e afastamento dos TS portadores.

Como lidar com essa incoerência? Landesman (1991)³ aponta algumas diretrizes: 1) absoluta honestidade na informação sobre os riscos para a população; 2) buscar consenso entre políticos e legisladores (o que é desanimador quando pensamos no baixíssimo nível dos nossos representantes); 3) discutir as implicações das decisões. Exemplo: se se decide por excluir os TS+, então há que se testar todos os profissionais e estudantes e também todos os pacientes; 4) rediscutir o que é “risco teórico” e “risco significativo”: a probabilidade de um cirurgião contaminar seu paciente é de 1:40.000 a 1:400.000 ou menos (acima comentado).

Se isso fosse “significativo”, então haveria que se testar também crianças nas escolas (“risco para colegas e professores”); policiais e presidiários (“risco para colegas de profissão ou de cela”). Outras doenças que envolvem riscos dessa magnitude (infecciosas ou não) também teriam que ter seus critérios de segurança revistos. Seria então não só razoável como lógico que os TS exigissem testagem de todos os seus pacientes e se negassem a atender qualquer um que considerassem “suspeito” até prova em contrário: a postura de punir o TS portador tornaria justificável a negação em atender portadores, já que, se o TS viesse a se contaminar, seria impedido de trabalhar.

O senso comum fala contra a adequação de se deixar profissional portador de vírus letal e trans-

missível por sangue trabalhar com as mãos dentro da cavidade corporal de alguém manuseando instrumentos perfuro-cortantes: há que se encontrar caminhos que protejam a sociedade e o profissional. Para isso, em 7 e 8 de dezembro de 1990, em New Brunswick (EUA), houve encontro intitulado *The HIV+ health professional: policy options for individuals, institutions and states*. Desse encontro foram tirados consensos para orientar legisladores e comunidade sobre a questão dos TS+. Um dos consensos principais foi que não se justificam esforços para descobrir quais TS são portadores e assim restringir seu trabalho. Outros pontos consensuais foram: mesmo desconsiderando o caso de Acer, é razoável admitir que a transmissão de TS para pacientes pode e vai ocorrer, e o fato do risco ser extremamente baixo tem de ser repetido consistentemente. Risco Zero é uma impossibilidade teórica e lógica, além de ser uma premissa perigosa se usada como objetivo em saúde pública, conforme acima explicado. Requerer que TS+ informem seus pacientes sobre sua condição e solicitem consentimento para tratá-los é inapropriado: tal consentimento não isenta o TS ou a instituição das suas responsabilidades legais e éticas. Políticas que dão cobertura e suporte aos TS+ são mais efetivas que exclusão/punição. Aconselhamento, confidencialidade, direito ao trabalho, indenização financeira e, quando indicado, retreinamento e remanejamento são não só mais éticos, como mais eficazes para prevenção. Procedimento muito invasivo é conceito obscuro e focado no ponto errado: há que se identificar que atividades são mais vulneráveis a falhas na proteção, independentemente do tipo de procedimento. As precauções universais devem admitir a premissa de que qualquer profissional e qualquer paciente pode ser portador: o objetivo é evitar que ocorra qualquer troca de sangue entre TS e paciente. Medidas de exclusão sumária de TS+ não são justificadas com os dados atuais. Suporte social e da categoria de TS para os TS+ encoraja comportamento responsável dos infectados. Esse “comportamento responsável” inclui adoção de medidas de segurança e adoção de orientações que venham a se mostrar efetivas, e abstenção pelos TS+ de se envolverem em procedimentos cirúrgicos que envolvam abertura de cavidades corporais e trabalho manual dentro destas cavidades.

O conceito de procedimento invasivo foi substituído pelo de propenso à exposição na publicação do CDC em 1991¹⁴, e é o seguinte: procedimentos propensos à exposição incluem palpação digital de agulhas dentro de cavidades corporais, ou presença simultânea de dedos do TS e agulhas (ou outros

instrumentos perfuro-cortantes) em sítio anômico pouco visualizado ou muito confinado. O CDC, entretanto, deixa a critério de cada estado americano outras definições de procedimento propenso à exposição e sugere que se leve em conta, além do tipo de procedimento, a habilidade, a técnica e a capacitação do TS infectado.

Não existem motivos para quaisquer limitações à prática profissional de TS+ quanto à execução de procedimentos não-invasivos (Gostin, 1991).

Há vários artigos na literatura relatando como TS portadores de VHB contaminaram pacientes. Estes relatos não podem ser tomados como justificativa para afastamento dos TS HIV positivos, posto que os vírus das hepatites “B” e “C” são bem mais contagiosos que o HIV¹⁵. Apesar dessa maior transmissibilidade, o CDC (1987)¹³ só indicava afastamento de cirurgiões sabidamente portadores de VHB se houvesse documentação de casos infectados pelo profissional portador: endossava espera pelo acontecimento da transmissão de hepatite B para agir, mas exigia afastamento preventivo de portadores de vírus menos transmissível (Gostin, 1991). Esta não é postura razoável, mas qual seria o ponto ideal entre os extremos de afastar todos os portadores de quaisquer vírus transmissíveis por sangue e permitir que todos trabalhem? O CDC tem deixado a critério de cada estado dos EUA a decisão da conduta a tomar sobre os TS+, e alguns têm imposto exigência de testagem e indicado seu afastamento, mas não respondem à questões básicas como com que periodicidade os TS devem ser testados, ou se um TS que passou por situação onde poderia ter se infectado (ex: acidentou-se ao atender paciente portador) deve se afastar até excluir a possibilidade de ter se infectado.

Instituições sob grande pressão, a *American Medical Association* e a *American Dental Association* continuam orientando seus associados portadores a avisar seus pacientes de que são positivos. Essa postura é facilmente criticável: se o risco é insignificante, então não há por que avisar os pacientes e ponto final; se é significativo e existe perigo, então o profissional não pode trabalhar nem que avise seus pacientes, ou seja: avisar os pacientes parece ilógico e inadequado.

A questão da responsabilidade dos indivíduos é abordada por Jonsen (1991). Esse autor faz paralelo entre a reação atual ao HIV e a reação à peste bubônica durante a renascença italiana, evidenciando que um ponto em comum entre as duas epidemias é a tendência à exclusão dos infectados: “...manter pessoas perigosas à distância física, psicológica e legal é reação característica às epidemias...”, e frisa: “...o medo, em todas as epidemias,

estimula isolamento, enquanto postura de enfrenamento requer interação...".

Jonsen cita como pontos razoáveis para uma política institucional sobre seus membros portadores o seguinte: os TS portadores de HIV ou HBV (a essa época a transmissão de HCV de TS infectados para pacientes ainda não havia sido relatada, o que aconteceu em 1996 por Esteban *et al.*) devem se abster de realizar procedimentos invasivos, independentemente de avisar ou não a instituição ou aos pacientes sobre sua situação; TS com comportamentos de risco para HIV ou HBV devem se testar e se abster de realizar procedimentos invasivos. Esses pontos se baseiam em autonomia, portanto em responsabilidade individual. Qualquer ética de autonomia tem de incluir noção de deveres como condicionadores da autonomia: se autonomia significa responsabilidade, então os passos em direção à ética estão dados. É no ponto onde direitos individuais encontram-se com os direitos da comunidade que as noções de autonomia e responsabilidade se turvam. Jonsen então cita John Stuart Mill: "...a única parte da conduta de um indivíduo da qual ele deve prestar contas à sociedade é aquela que diz respeito aos outros. Na parte que só lhe diz respeito, sua independência é direito absoluto". Entretanto, "a parte que só lhe diz respeito" é pequena e moralmente trivial. Responsabilidade individual é necessariamente partilhada, comunal, ou como Jonsen diz: "responsabilidade individual é um ciclo de respostas interpessoais e comunitárias", e continua: "o problema de deixar o locus da responsabilidade com o profissional (...) é que isso o deixa só e isolado (...) e esse isolamento pode erodir a responsabilidade ao privar o indivíduo do socorro, ajuda, encorajamento, isto é, da resposta necessária para manter a noção de que a responsabilidade é necessária e reconhecida como boa".

Esses argumentos indicam que a responsabilidade individual só pode existir (e funcionar) em contexto social de aceitação dos fatos que geraram sua necessidade: não faz sentido uma sociedade que rejeita e exclui demandar responsabilidade dos excluídos e rejeitados. Os próprios TS, despreparados para lidar com aspectos éticos e temas correlatos à infecção pelo HIV, têm comportamento segregante (Campos *et al.* 1996)¹⁶.

Um dos maiores temores dos TS infectados é perder o prestígio profissional e sua segurança financeira: nada os levará a revelar sua condição de infectados se não estiverem seguros quanto aos rumos que essa revelação implicará. É irreal imaginar que a revelação pelo TS de ser positivo será mantida apenas entre paciente e TS. Gostin (1991) opina que os TS+ devem relatar seu status sorológico ao diretor clínico de sua instituição e ao seu médico atendente,

e exigir confidencialidade. Ele também é de opinião que os TS+ sejam seguidos para detecção precoce de quaisquer indícios de incapacidade (ex: fadiga ou demência do HIV) - como os pilotos de aviões; detecção de lesões de pele ou outras infecções transmissíveis (como TBC); usarem sempre duas luvas (como todo profissional deveria) e defende a criação de dispositivos legais compensatórios (indenização financeira) para os que venham a ser impedidos ou optem por não trabalhar.

Gerberding (1996) faz a seguinte análise da questão dos TS portadores de patógenos transmissíveis por sangue: as diretrizes do CDC, mesmo revisadas em 1991, só consideram a transmissão de HBV e HIV (Esteban *et al.*, em 1996, já relataram a transmissão de HCV por cirurgia cardíaca)¹⁸; a despeito da aderência às medidas propostas pelo CDC, novos casos de HBV (Harpaz *et al.*, 1996)¹⁷ e agora HCV têm surgido: elas são falhas? Por exemplo, no estudo de Harpaz *et al.*, em 1996 a transmissão (de HBV) parece ter ocorrido por pequenos traumatismos nas mãos do cirurgião infectado, causados por espículas ósseas do esterno aberto, situação não prevista pelo CDC. Isso significa que as diretrizes do CDC não prevêm todas as situações de risco nem todos os patógenos potencialmente transmissíveis.

O risco de morte de paciente com HBV ou HIV adquirido de TS é de 2,4 a 24:1.000.000 (CDC, 1991): essa magnitude de risco justifica afastamento dos portadores? Conforme discutido antes, o risco para os profissionais é muito maior. Se houver legislação exigindo afastamento dos TS+, os não-infectados terão ótimo motivo para não atender pacientes portadores ou suspeitos de o serem, já que, caso venham a se infectar, serão impedidos de trabalhar.

Se há que testar os profissionais, que critérios serão usados? A quem testar? Com que periodicidade? Quais patógenos devem ser procurados? Fletcher e Wispelwey (1994) citam cálculo dos custos necessários para prevenir cada caso de transmissão "iatrogênica" do HIV de TS para pacientes, utilizando testagem compulsória e afastamento dos positivos: seria entre US\$440 milhões e US\$4 bilhões.

Onde agir preventivamente? No profissional ou no ato inseguro? Segundo Gerberding, é hora de mudar o conceito de que alguns procedimentos são inevitavelmente arriscados (como se o risco fosse "inerente"): as técnicas cirúrgicas podem ser mudadas, os instrumentos adaptados, as barreiras de proteção melhor desenvolvidas e usadas, a opção por abordagens menos invasivas investigada. Todos esses fatores podem tornar o ato tido como "propenso a exposição" mais seguro. O impacto da

adoção de programa de prevenção de acidentes é mais efetivo que tentar triar os TS+ e segregá-los, assim como aplicar as medidas de precauções padrão a todos os pacientes é mais seguro que tentar selecionar pacientes com os quais se toma mais cuidados, enquanto com outros ocorre negligência.

Dos 34 surtos de transmissão de vírus veiculados por sangue de TS para pacientes relatados no mundo (que contaminaram aproximadamente 350 pacientes), mais de 95% seriam preveníveis com vacinação anti-HBV (que contudo não era disponível à época de alguns dos casos). De onze cirurgiões portadores do HBV que insistiram em continuar trabalhando, há registro de novas contaminações de pacientes por cinco deles (Gerberding, 1996).

O súbito interesse pela questão dos TSHIV+, quando as hepatites virais são há muito mais tempo conhecidas e muito mais contagiosas, sugere existência de algo mais que apenas medo de contágio: enquanto as hepatites virais são "socialmente aceitáveis", a Aids não é. Parece haver temor de expor os pacientes ao que a Aids representa, como se a "mancha", por exemplo da homossexualidade, fosse contagiosa.

Programas preventivos sérios, necessariamente devem incluir controle de portadores das hepatites B e C, além, é claro, das bactérias comuns ou hospitalares causadoras de muito mais problemas.

Testagem "de rotina" dos TS para vírus carreados por sangue pode ser justificada, desde que pressuponha quatro pontos básicos: 1) não implique em segregação compulsória; 2) seja consentida (o que significa que os testados compreendem os significados dos resultados e suas possíveis implicações); 3) haja programa estruturado para prover suporte e abordagem - inclusive terapêutica - para os eventuais positivos (o que será feito deles?); 4) o programa esteja baseado em confidencialidade e partilha das decisões com todos os envolvidos.

Ocorre pouquíssimo controle legal sobre outras fontes de danos muito mais freqüentes aos pacientes causados por TS que trabalham embriagados, sobre efeito de drogas, portadores de infecções veiculadas pelo ar ou mãos sujas, ou simples imperícia e/ou incompetência (para não citar os casos de pura má-fé). Todos estes pontos merecem ser abordados com mais rigor, mas não despertam a mesma mobilização que o medo de Aids.

CONCLUSÕES

A probabilidade de adquirir HIV de pacientes é pequena demais para justificar recusa em atendê-los. Mesmo se fosse maior, implicaria em adequação de medidas de proteção para os trabalhadores, não em segregação dos infectados. De forma semelhan-

te, e como o risco inverso é ainda menor, não se justifica exclusão dos TS-HIV+, nem existem motivos para quaisquer restrições ao trabalho de profissionais que não executam procedimentos invasivos. Como todo trabalhador, sua capacidade de trabalho deve ser avaliada periodicamente (conforme já comentado por Greco e Castro Neto, 1993)¹⁹.

O teste anti-HIV (ou qualquer outra sorologia) não é avaliação da capacidade laboral. Trabalhadores da saúde portadores de vírus das hepatites, HIV ou outros patógenos veiculados por sangue devem ser orientados a se abster de participar de procedimentos propensos a exposição (trabalho com as mãos ou dedos dentro de cavidade corporal aberta, com visibilidade e espaço reduzidos, com presença simultânea de instrumentos perfuro-cortantes ou palpação digital de agulhas dentro de cavidades corpóreas). Essa abstenção deve ser baseada em responsabilidade individual e só será eficaz em contexto de não-segregação.

Não existe indicação de necessidade ou adequação dos TS+ revelarem seu status sorológico aos pacientes. Para os TS+ que optarem por não trabalhar, são necessárias medidas compensatórias legais para assegurar acesso à indenizações ou treinamento e remanejamento.

Ocorrendo acidente com exposição do paciente ao sangue do profissional portador, faz sentido que se ofereça ao paciente profilaxia com antiretrovirais, já que sua eficácia já foi demonstrada nos acidentes ocupacionais (CDC, 1996)²⁰, apesar de inexistirem estudos sobre profilaxia para exposição do paciente. Também seria razoável imunização passiva (0,5 ml de imunoglobulina IM) e ativa (vacina) contra HBV.

Programas preventivos devem considerar os riscos e forma de transmissão dos patógenos, e não apenas centrados na representação social das infecções. A proximidade de temas tabu (sexo, drogas e morte); a necessidade de partilhar o paciente com outros profissionais e de reconhecer a todo momento os limites do conhecimento "científico"; a exigência de tomada de posição sobre tópicos éticos e legais e, finalmente, uma crescente postura inquisitiva e exigente de bom atendimento por parte dos pacientes tornam a relação médico-paciente, em tempos de Aids, incompatível com posturas individualistas, positivistas, não habituadas a extrapolar o raciocínio fisiologista e despreparadas para admitir paradigmas que não são nem fáceis nem amigáveis. Ao mesmo tempo, é papel dos médicos, como referência "científica", tolerar a razoabilidade do medo: dizer que ter medo é ter preconceito é atitude pouco educativa e impede discussão produtiva. Para desmanchar preconceitos é preciso se dispor a falar sobre eles e humildade

para reconhecer que muitas das situações serão novas, exigindo partilha do poder de decisão.

O HIV não é o único nem será o último patógeno a trazer transtornos e questionamentos aos trabalhadores da saúde e à humanidade em geral. A oportunidade histórica de mudarmos formas de exercer a medicina e nos integramos à crescente pressão por direitos humanos e cidadania deve ser aproveitada (Campos, 1995)²¹.

É bem possível que muito do que se tem como verdade sobre Aids (como quase tudo em medicina) venha a ser modificado, desmentido ou simplesmente abandonado. Longe de ser justificativa para passividade ante a rápida construção de novos conhecimentos e paradigmas, essa incerteza nos obriga a estarmos continuamente revendo nossa postura e atualizando dados. O reconhecimento da dinâmica epistemológica também nos torna mais humildes e tolerantes, melhora a qualidade do atendimento oferecido e deve ser a base para tomada de decisões frente aos TS HIV-positivos.

SUMMARY

The HIV positive health care worker: lessons for biosafety and ethics

After the contamination with HIV of 6 patients by an american dentist, great concern about the work of HIV-positive health care workers emerged. In spite of the good effects of preventive programs (also including other viruses more contagious than HIV, like the hepatitis virus), that concern is still confuse and misunderstood, blurred by social prejudice and intolerance with regard to HIV patients. This article shows that a policy of segregation of HIV-positive health workers is neither fair nor effective to improve biosafety. On the other hand, a responsible behavior by the positive worker is appropriate, avoiding to participate on exposure-prone proceedings. If an accident happens, anti-HIV prophylaxis with drugs, active and passive immunization against HBV should be offered to the patient. Acting on a better informed basis wil brings other benefits and turn possible a new way, more human and less positivist, on facing the challenges of this new epidemic. [Rev Ass Med Brasil 1999; 45(2): 163-8.]

Key Words. Health-care workers. Biosafety. Ethics. HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Campos MA. *Infecção cruzada pelo HIV com ênfase em riscos ocupacionais*. Monografia apresentada para obtenção de título de especialista em Medicina Preventiva e Social, área de concentração em Saúde do Trabalhador. FM-UFMG. Belo Horizonte. 1996. 85pg.
- 2- Centers for disease control and prevention. Update: transmission of HIV during dental procedures. *MMWR* 1991; 40: 377-81
- 3- Landesman, S.H. The HIV-positive health professional: policy options for individuals, institutions and states. *Arch Intern Med* 1991;151: 655-57.
- 4- Longfield J, Brundage J, Badger G, *et al*. Look-back investigation after Human Immunodeficiency Virus seroconversion in a pediatric dentist. *The Journal of Infectious Diseases* 1994; 169:1-8.
- 5- Bartlett JG. Tratamento clínico da infecção pelo HIV. (tradução brasileira de "Medical management of HIV infection"). Empresa de Comunicação Três Editorial Ltda, Cajamar, São Paulo. 1996, cap. 1, pág.15.
- 6- Centers for disease control and prevention. Update: investigations of persons treated by HIV-infected health care workers - United States. *MMWR* 1993; 42: 329-331, 337.
- 7- Henderson DK. HIV-1 in the health care setting. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and practice of infectious diseases*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone Inc. 1995; 2:632-56.
- 8- Price, D.M. What should we do about HIV-positive health professionals? *Arch. Int. Med.* 1991; 151:658-59.
- 9- Jonsen AR. Is individual responsibility a sufficient basis for public confidence? *Arch. Int. Med.* 1991; 151:660-62.
- 10- Gostin L. The HIV-infected health care professional - Public policy, discrimination, and patient safety. *Arch. Int. Med.* 1991; 151:663-65.
- 11- Flethcer JC, Wispelwey B. AIDS and ethics: *clinical, social and global*. In Broder S, Merigan Jr TC, Bolognesi D. eds. *Textbook of AIDS medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 845-872.
- 12- Gerberding JL. The infected health care worker. *The New England J. Med.* 1996; 334: 594-95.
- 13- Centers for disease control and prevention. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* 1987; 36(s-2s).
- 14- Centers for disease control and prevention. Recommendations for preventing transmission of HIV and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991; 40:1-9.
- 15- Weber D.J.; Hoffmann K.K.; Rutala W.A. Management of the healthcare worker infected with HIV: lessons from nosocomial transmission of Hepatitis B virus. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1991; 12(10): 625-30.
- 16- Campos MA, Kakehasi F, Magalhães C, *et al*. *Homophobia and ethical issues concerning AIDS care among medical students in Belo Horizonte, Brazil*. In Abstracts da XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-12/jul/96. (Abstract TH.D.4948).
- 17- Harpaz, Lorenz, Averhoff *et al*. Transmission of hepatitis B virus to multiple patients from a surgeon without evidence of inadequate infection control. *N. Eng. J. Med.* 1996; 334:549-555.
- 18- Esteban JI, Gómez J, Matelli M *et al*. Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon. *N. Eng. J. Med.* 1996; 334:555-560.
- 19- Greco DB, Castro Neto M. O profissional de saúde infectado pelo HIV - direitos e deveres. *Bioética* 1993; 1: 39-47.
- 20- Centers for disease control and prevention. Update: Provisional public health service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *MMWR* 1996; 45 (22):468-472.
- 21- Campos MA. A construção da cidadania - papel da epidemia de infecção pelo HIV. *Revista Médica de Minas Gerais*, 1995 vol. 5, No. 4, 263-266.