

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Implicações para o Anestesiologista

Sylvio Roberto Corrêa de Borba, TSA¹

Borba SRC - AIDS and implications for anesthesiologists

KEY WORDS: COMPLICATIONS, AIDS: epidemiology, perioperative management;
RISK: occupational

Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) é um estado de comprometimento imunológico epidêmico, que se caracteriza pela presença de imunodeficiência propiciada pela infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹⁻³.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, até 1992 já foram registrados, desde o reconhecimento da existência da doença, em 1981, cerca de 484.184 casos em todo o mundo. A condição de portadores do vírus são, até o momento, já atinge entre 9 a 11 milhões de indivíduos, distribuídos entre todos os continentes⁴.

No Brasil, o número de casos confirmados da doença já chegou a 24.433 (18:100.000 brasileiros), segundo dados do Ministério da Saúde⁵. Trata-se da segunda maior prevalência da doença no hemisfério ocidental, antecedida, apenas, pela americana e seguida, de longe, pela mexicana⁶.

* Trabalho realizado no Hospital Universitário Materno-Infantil Presidente Vargas

¹ Anestesiologista do Hospital Universitário Materno-Infantil Presidente Vargas, da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

Correspondência para Sylvio Roberto Corrêa de Borba
R Cel Paulino Teixeira 423/501 - Rio Branco
90420-160 Porto Alegre - RS

Apresentado em 18 de agosto de 1994
Aceito para publicação em 30 de agosto de 1994

© 1994, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Este trabalho prende-se a novos dados no que diz respeito ao risco de contaminação dos médicos, em especial dos anesthesiologistas, no exercício de sua profissão, bem como aos métodos para prevenção e controle da disseminação da infecção em áreas onde atuam esses profissionais.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ANORMALIDADES IMUNOLÓGICAS

SIDA é uma doença imune em que o defeito imunológico que se estabelece é iniciado pela infecção às custas do HIV. Suas manifestações clínicas podem variar desde nenhuma até uma forma grave, passando por fases em que há predominância de sinais inespecíficos, que podem incluir uma síndrome constitucional, com sudorese profusa, diarreia e perda de peso. Uma linfadenopatia generalizada crônica (cervical, axilar, inguinal e, menos freqüentemente, supraclavicular ou epitroclear) pode representar uma fase precoce da doença ou uma de suas manifestações mais leves. Infecções oportunistas, causadas mormente por *Pneumocystis carinii*, citomegalovírus, micobactérias atípicas, em especial *Mycobacterium*

avium intracelulare, *Toxoplasma gondii*, ou, ainda, *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans* e *Herpes simplex virus*, assim como neoplasias agressivas, como o sarcoma de Kaposi e os linfomas extranodais, difusos e indiferenciados, são a marca registrada da fase avançada da doença. Manifestações neurológicas, como neuropatia, demência ou meningite também podem sobrevir nesta etapa. Diversas manifestações orais podem estar presentes, incluindo candidíase, gengivites, leucoplasia pilosa, linfoma e periodontite por HIV⁷.

As anormalidades imunológicas que caracterizam a síndrome incluem linfopenia, com déficit seletivo de células T. As células principalmente infectadas são os linfócitos CD4⁺T. A contagem desses linfócitos é o melhor índice isolado para prever a progressão da doença⁸. Outros desses marcadores prognósticos, menos específicos, incluem a concentração de hemoglobina e a idade, sendo favorecidos os pacientes mais jovens⁹. Ocorre uma diminuição da atividade citotóxica das células *killer* e das células T e há um aumento na produção de imunoglobulinas séricas (hipergamaglobulinemia). Linfócitos B e macrófagos também se podem infectar diretamente, podendo os últimos funcionarem como reservatório do vírus.

Ao contrário da visão inicial, recentemente sugeriu-se, que o mecanismo da patogênese do HIV seria a destruição, induzida pelo vírus, das células foliculares dendríticas, grandes células com extensões citoplasmáticas alongadas que habitam o centro germinativo dos linfonodos e que estariam envolvidas no mecanismo de memória imunológica, numa reação imune mal-direcionada, causada pela camada externa do envoltório viral, a qual se estabeleceria, irreversivelmente, em estágios muito precoces da infecção. Outros mecanismos foram também propostos para justificar a persistência viral em indivíduos infectados, tais como defeitos na apresentação de antígenos, modulação deficiente de antígenos leucocitários humanos, deleção clonal de respostas

imunes já existentes e diminuição na função dos linfócitos T auxiliares¹⁰.

Periodicamente, o Centers for Disease Control (CDC) do Departamento de Saúde americano, sediado em Atlanta, Georgia, republica, atualizados, os critérios para classificação e diagnóstico da doença¹¹.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os testes específicos para detecção do HIV incluem sorologia para anticorpos antivirais e cultura direta do vírus. A sorologia, mais usual, é realizada por enzima-imunoensaio ou por imunofluorescência. Uma prova de imunoabsorção enzimática de elevada sensibilidade (ELISA) está disponível para triagem. Entretanto, indivíduos francamente doentes podem apresentar testes com resultados negativos, presumivelmente por diminuição da produção de anticorpos. O teste apresenta, também, um alto índice de falsos positivos, pelo que não se presta ao diagnóstico definitivo. Resultados positivos devem ser sempre confirmados por um ensaio do tipo Western blot (que apresenta probabilidade de erro menor do que 1:200 000), em virtude do baixo valor preditivo positivo do teste ELISA¹². A especificidade dos resultados positivos dados por ambos os métodos, quando associados, se aproxima dos 100%². Sugeriu-se também a realização de um novo teste ELISA quando de resultado positivo do primeiro, antes da realização do Western blot: resultados positivos concordantes em ambos testes têm probabilidade de 0,97 a 0,98 de serem confirmados positivamente no Western blot. Ao contrário, resultados discordantes têm probabilidade menor do que 0,04 de confirmação positiva posterior¹³.

A ocorrência de uns poucos indivíduos soronegativos, mas vírus-positivos, sem sintomatologia (menos de 1% do total de infectados) evidencia, entretanto, que outros testes, envolvendo a pesquisa de antígenos virais, e não de

anticorpos dirigidos ao vírus, podem ser necessários para identificar todos os indivíduos infectados¹³. Indivíduos que assim se apresentam são, presumivelmente, testados num período inicial da evolução da doença, quando ainda não ocorreu a formação de anticorpos, daí a sorologia negativa. Este período, que dura usualmente cerca de três meses, mas que se pode estender até dois anos, é denominado janela imunológica. Durante este prazo, essas pessoas podem ser tidas como não contaminadas, inclusive servindo como doadoras de sangue contaminado, cujos testes serão, negativos. O risco de transfusão de sangue contaminado por HIV, incorretamente dado como próprio para consumo foi, recentemente, estimado em 1:60 000 unidades de sangue transfundidas^{14,15}.

FATORES DE RISCO PARA CONTAMINAÇÃO COM HIV

Os fatores de risco já clássicos para a aquisição da infecção incluem o contato sexual com indivíduo infectado, não importando o sexo (se bem que a soroprevalência do vírus seja mais elevada entre homossexuais masculinos), a exposição parenteral a sangue infectado (seja por transfusão de sangue ou derivados ou por uso de agulhas comuns entre drogadictos) e a transmissão perinatal, esta última cada vez mais manifesta. Se a mãe está infectada, seu bebê tem probabilidade de 0,15 de aquisição da infecção¹⁶. A mais provável fonte de infecção perinatal é o contato do nascituro com sangue materno extraplacentário, em algum momento do parto¹⁷.

O perfil epidemiológico da infecção nos Estados Unidos tem-se modificado para incluir mulheres, crianças, estas últimas infectadas por via perinatal, seja na gravidez, no parto, ou durante a amamentação, além de atingir mi-

norias raciais e um maior contingente de heterossexuais, os quais já representam 7% do total de infectados^{18, 19, 20}.

RISCO OCUPACIONAL E INFECCIOSIDADE DO HIV

É compreensível o receio do médico ao saber que deverá manipular pacientes portadores de SIDA: trata-se de doença grave, até o momento incurável e de prognóstico ominoso.

Em 1984, Gordon intentou demonstração matemática de que o exercício de profissões na área da saúde não estava ligado a risco aumentado de transmissão horizontal do HIV²¹. Baseava-se no fato de que, até aquela época, apenas quatro profissionais de saúde haviam resultado infectados em circunstâncias em que outras causas de contaminação podiam ser afastadas. Cria-se, na época, que o maior risco de transmissão de infecção para o pessoal de saúde seria representado pelos acidentes perfurantes mas que, mesmo nesses casos, o risco seria de pequena monta, provavelmente menor do que a infecciosidade da hepatite B^{22, 23}.

A partir de 1986, surgiram estudos prospectivos avaliando o risco de transmissão da infecção a profissionais de saúde que sofreram exposição a sangue ou outros fluidos contaminados, em virtude de acidente perfurante, ferimento cortante com instrumental cirúrgico ou contato com mucosas. Num desses estudos, o limite superior do intervalo de confiança de 95% então calculado para o risco de contaminação ocupacional chegou a 1,65%. Quando considerados apenas os acidentes perfuro-cortantes, a soroprevalência do HIV no grupo estudado foi de 0,72%, e o limite superior desse intervalo de confiança foi igual a 2,24%²⁴. Outro estudo, avaliando risco de transmissão ocupacional num grupo de 531 profissionais de saúde, dos quais 150 sofreram exposição percutânea ou em mucosas a sangue contaminado, foi incapaz de evidenciar soroconversão ex-

plicável pela atividade profissional, sugerindo ser o risco de transmissão ocupacional do vírus extremamente baixo ²⁵.

Conquanto pareça claro que o risco de transmissão horizontal do HIV a partir do contato ocasional ou, mesmo, do convívio sob o mesmo teto com indivíduo infectado, de qualquer sexo, com quem não se mantenha relacionamento sexual seja baixo ou inexistente ²⁶, tal não é o caso dos profissionais de saúde, que prestam serviço a indivíduos doentes ou meramente portadores do vírus em diversas circunstâncias, expondo-se diuturnamente ao risco de contaminação, seja no trato direto com os pacientes ou durante a manipulação de seu sangue ou secreções. O risco de contaminação por punção acidental única com agulha contaminada situava-se, em 1988, em torno de 0,3 a 0,5% ^{27, 28}. Estima-se que o número de acidentes perfurantes nos Estados Unidos chegue a 800 000 por ano ²⁹. Saber se o risco é ou não baixo dependerá da opinião de quem o avalia e muitos de nós, por certo, preferiríamos não ter de corrê-lo, se pudesse ser evitado.

Um modelo matemático, presumindo mínima soroprevalência do HIV no ambiente hospitalar (1%), demonstrou que, após dez exposições percutâneas a sangue, contaminado ou não, o risco de contaminação do profissional é da ordem de 0,05%. Porém, se a soroprevalência do HIV é elevada, como ocorre em hospitais ou unidades que se dedicam ao tratamento específico da SIDA, o mesmo número de exposições eleva o risco de contaminação a 0,15%, um valor trinta vezes maior que o anterior. Após vinte exposições nessas especiais circunstâncias, o risco de contaminação seria igual a 2,96% o que, claramente, não é baixo ³⁰. Buergler et al., em 1992, postularam que três fatores determinam o risco de transmissão ocupacional do HIV a cirurgiões e anestesiológicos: o risco de acidentes perfuro-cortantes, o risco de soroconversão após tais eventos e a soroprevalência do vírus na população à qual servem esses profissionais. Considerando que anestesiológicos estão

sob risco de acidentes perfuro-cortantes no intervalo de 0,86 a 2,5 ocorrências por indivíduo por ano, com média de 1,3 ocorrências (dado que, em algumas circunstâncias, pode estar aquém da realidade), e que o risco de soroconversão após acidente único está entre 0,42 e 0,50% (1:200 acidentes perfurantes), calculou-se que, quando se pratica a especialidade sem o uso rotineiro de qualquer proteção, o risco de transmissão ocupacional do HIV ao anestesiológico, após um período de trinta anos de trabalho junto a uma população de soroprevalência viral baixa, estará entre 0,05 a 0,06% (assumindo-se que, ao longo desse período, não haja aumento da soroprevalência do HIV). Tal risco, quando se trabalha junto a uma população de soroprevalência elevada (23,6%) vai de 3,79 a 4,50%.

Tomando-se em consideração que a soroprevalência do HIV na população em geral está aumentando de 4,0 a 8,6% ao ano, os riscos ocupacionais do anestesiológico ao longo de uma carreira com a duração estudada ficariam entre 0,22 e 0,26%, em áreas de soroprevalência viral baixa na população assistida e entre 11,0 e 13,0% em áreas de soroprevalência viral elevada ³¹.

Como está claro, ao menos em certas circunstâncias especiais, o risco está longe de ser baixo e a mera comparação com a taxa de infecciosidade da hepatite B, sem dúvida maior que a do HIV (6 a 26%), não avalia os efeitos mais devastadores que são conseqüentes à infecção pelo último.

Imaginemos, agora, apenas como exercício de raciocínio, e partindo do pressuposto arbitrário de que, comumente, trabalhamos em áreas de soroprevalência viral baixa, que devemos introduzir, num hospital de pequeno a médio porte, nova técnica anestésica, a ser utilizada prevalentemente. A despeito de suas qualidades, contudo, admitamos que a nova técnica traz consigo um risco de transmissão, para o paciente, de doença infecciosa incurável, da ordem de 0,26%. Presumamos, em seguida, que, nesse hospital, sejam realizados 120 atos

anestésicos mensais (número bastante pequeno, por sinal). Nessas condições, ao longo de trinta anos, cerca de 112 pacientes ter-se-ão tornado vítimas da pressuposta doença propiciada pelo uso de nossa hipotética nova técnica. Mais de três pacientes por ano, quase um por trimestre! Isto é claramente inaceitável, uma vez que nós, anesthesiologistas, submetemos, em regra, nossos pacientes a técnicas associadas a riscos muito distintamente menores que o proposto. Como acreditarmos, agora, que o risco, ainda que, por sua própria natureza, putativo, a que nós próprios estamos submetidos, em virtude de nossa atividade profissional, seja baixo, se não o aceitamos como tal para nossos pacientes exigindo, de nós mesmos e para sua segurança, desempenhos muito melhores?

O risco ocupacional de infecção por HIV sustentado por anesthesiologistas não é trivial. É possível, até, que tenha sido subestimado até o momento, mercê de um maior número de reais exposições percutâneas ou, mesmo, de diferenças qualitativas na exposição que sofrem os anesthesiologistas quando comparada à dos cirurgiões, já que aos últimos cabem, em geral, ferimentos superficiais, enquanto os primeiros sustentam punções acidentais mais profundas³¹.

HIV NO PRÉ-OPERATÓRIO: TESTAR OU NÃO TESTAR?

O risco ocupacional, associado à necessidade de se criarem mecanismos de proteção dos profissionais de saúde contra a transmissão horizontal do vírus, traz à tona as seguintes perguntas:

Até que ponto é importante para os médicos o conhecimento prévio do status sorológico dos pacientes com relação ao HIV? Que direito têm esses profissionais de ordenarem, rotineiramente, testes para detecção de

HIV no pré-operatório?

A importância do conhecimento prévio do status sorológico dos pacientes com relação ao HIV é óbvia: não só maiores cuidados seriam tomados no trato com sangue e secreções, como cuidados diferenciados seriam estabelecidos. Sugere-se, por exemplo, que indivíduos inexperientes ou em formação não participem de procedimentos em pacientes sidéticos, não só como forma de protegê-los como também, e importantemente, para impedi-los de, inadvertidamente, darem causa a acidente que ponha sob risco aumentado alguém da equipe. Além disto, nessas condições, o uso de objetos cortantes e de agulhas deve ser minimizado tanto quanto possível. As cirurgias devem ser agendadas para o final do período de trabalho, a fim de permitir limpeza e desinfecção adequada das salas. Por fim, o conhecimento do estado do paciente pode implicar alteração na conduta cirúrgica, indicando-se procedimentos menos agressivos e de menor duração³².

A Associação Médica Americana sugeriu, em 1987, que pacientes necessitando procedimentos cirúrgicos ou invasivos oriundos de áreas onde a soroprevalência do HIV é elevada ou que pertençam a grupos de risco deveriam ser encorajados a solicitar sorologia para o diagnóstico no pré-operatório. Caso esta política não tivesse boa aceitação, dever-se-ia considerar a instituição de programas obrigatórios para tanto³³.

Contudo, a solicitação rotineira de sorologia para HIV no pré-operatório de cirurgias eletivas de pacientes oriundos da população em geral esbarra em argumentos médicos e legais: diz-se, por exemplo, e não sem razão, que a proteção dos profissionais médicos está em observarem medidas de cautela e segurança em todos os casos, e não apenas naqueles em que os pacientes são tidos como HIV positivos. Há também situações, como no atendimento de emergências, em que não há tempo para a triagem sorológica dos pacientes. Além disto, a janela imunológica, o alto índice

de falsos positivos em populações de soroprevalência baixa, bem como seu custo elevado, cerca de 50 dólares por teste, obstaculizam o uso corriqueiro do exame.

Do ponto de vista legal, a questão firma-se num equilíbrio entre, de um lado, a autonomia individual, o direito de o indivíduo determinar o que será feito com seu corpo e, por extensão, seu direito de recusar-se a ser submetido a pesquisa de HIV sem seu prévio consentimento e, de outro, a saúde pública e a doutrina de que nenhum direito individual é superior aos interesses e direitos do grupo social como um todo. Há que não dar margem a abusos, tanto de um lado, como de outro. Além disto, vista a questão por sua faceta ética, sugerir que a triagem de pacientes hospitalizados, de risco presumivelmente baixo para HIV, na ausência de história ou de dados de exame físico compatíveis com a doença, é importante, é compactuar com a tese de que a proteção de médicos, enfermeiras e técnicos hospitalares é mais importante do que a proteção da população em geral. Aqui, vale o argumento: se tal é importante, por que não realizar primeiro a sorologia obrigatória para o vírus da hepatite B nessa população, já que, como se acima viu, sua infecciosidade é, pelo menos, uma ordem de magnitude superior à do HIV³⁴,³⁵? Ademais, considere-se, aqui, o reverso da medalha: se temos o direito indiscriminado de efetuar o teste em quaisquer de nossos pacientes, não terão estes idêntico direito, com relação ao conhecimento de nosso próprio status sorológico? Chega-se, por tal via, a um extremo inaceitável, já que o risco de transmissão horizontal do HIV do médico para o paciente é extremamente baixo, situando-se, em procedimentos invasivos, entre 1:130.000 a 1:1.000.000³⁶.

Mais: se fizéssemos sorologia para HIV de rotina em nossos pacientes cirúrgicos, como garantiríamos a necessária confidencialidade do dado e, por extensão, a privacidade dos pacientes? Lançar o resultado dessa pesquisa ao prontuário é expô-lo ao conhecimento de

terceiros, a qualquer tempo, o que, por muitos motivos, não é aceitável, menos ainda quando se considera que o valor preditivo positivo de um único teste ELISA é inferior a 50%. Subtraí-lo do prontuário, por sua vez, é criar uma sorte de informações não constantes dos registros hospitalares o que, per se, tem implicações óbvias, e igualmente graves. Considere-se, também, que a possível divulgação abusiva de tais dados, sem a autorização dos pacientes, constitui uma indevida invasão da intimidade desses indivíduos, a qual se encontra constitucionalmente protegida (Constituição Federal de 1988, art. 5.º, X)³⁷. A questão adquire ainda maior relevância no momento em que se discute, nos Estados Unidos, acerca da conveniência ou não da liberação para venda ao consumidor, a baixo custo, de conjuntos contendo o material necessário para a realização de testes domiciliares de triagem do HIV³⁸.

Naturalmente, se já dispusermos do dado, a confidencialidade será respeitada, resguardados certos limites; ela é vitalmente importante não sendo, entretanto, absoluta. Contactantes próximos sob risco, bem como o órgão de saúde pública e os membros da equipe medico-assistencial em contato direto com o paciente podem e devem ser informados do resultado positivo dos testes, sem que haja nisto qualquer falta ética. Os últimos, entretanto, estão obrigados à guarda de segredo profissional (Código de Ética Médica, art. 102).

Por todos esses motivos, não estará a conduta mais judiciosa em reservar-se o teste àqueles pacientes que, por motivos clínicos, têm justificada sua solicitação a qual, nesses casos, independeria mesmo de consentimento informado, uma vez que SIDA é doença de notificação compulsória, cujo controle é socialmente necessário?

CONDUTA PER-OPERATÓRIA EM PACIENTES PORTADORES DE SIDA

A conduta para proteção do médico que

manipula pacientes portadores de SIDA ou sangue e/ou secreções deles provenientes tem sido objeto de revisão periódica pelo CDC, em Atlanta e, no Brasil, pelo Ministério da Saúde ³⁹.

As medidas propostas são as seguintes:

1. sempre usar luvas. Demonstrou-se que o uso de luvas duplas reduz o risco de acidentes perfuro-cortantes, em cirurgias, de 57 a 92%, com média de 80%³¹;
2. evitar contato de pele ou mucosas com sangue ou secreções. Uso de avental e de protetores para antebraço é altamente recomendável. Lavar as mãos com água e sabão líquido após o cuidado dos pacientes; após, lavá-las com álcool a 25%;
3. usar óculos protetores;
4. usar máscara, mormente quando da realização de procedimentos sobre as vias aéreas;
5. os portadores de dermatites ou lesões exudativas nas mãos não devem participar de procedimentos invasivos;
6. gestantes e indivíduos portadores de depressão imunitária não devem ser colocados em contato direto com pacientes portadores de SIDA, em virtude do risco de aquisição de infecções oportunistas;
7. ocorrendo acidente em que haja contaminação unilateral ou mútua entre o profissional e o paciente, ambos, bem como a instituição hospitalar, através da Comissão de Controle de Infecções, devem ser informados e acompanhamento apropriado, por infectologista habilitado, deve ser instituído. A área do acidente, se possível, deve ser cuidadosamente lavada com álcool a 25% ou água oxigenada a 0,3%. Testes devem ser efetuados em ambos envolvidos na época do acidente e após, com adequada avaliação;
8. não reinserir capas em agulhas, nem removê-las, uma vez montadas em seringas descartáveis. Descartar todo o conjunto em recipiente apropriado, o qual

deve estar sempre disponível;

9. utilizar cateteres plásticos para realizar injeções venosas, evitando o uso de agulhas;
10. dar preferência a medicamentos ampolados. Quando forem utilizados frascos multidose, observar rigorosamente cuidados de assepsia durante a aspiração do conteúdo, a fim de preservar-lhes a esterilidade;
11. ter presente, ao instalar cateteres venosos centrais em sidéticos, que seu uso a longo prazo é, nesses pacientes, uma das mais comuns fontes de sepse. Não está de todo claro, mas parece que este último risco pode ser diminuído, se o cateter for tunelizado ⁴⁰;
12. indicar judiciosamente transfusões de sangue e/ou derivados, preferindo, sempre que possível, sangue autólogo. Crê-se que 3 a 8% dos casos de SIDA se devam, nos Estados Unidos e na Europa, a contaminação por sangue ou derivados, sendo os hemofílicos as vítimas em metade desses casos. Admite-se que sangue total, plasma, fatores da coagulação, concentrados de hemácias ou leucócitos, além de plaquetas sejam os principais responsáveis por esta fonte de infecção. A recomendação do médico é crucial na decisão do paciente em submeter-se a pré-coleta para uso de sangue autólogo ⁴¹;
13. manter, em áreas críticas, ressuscitador mecânico ou bolsa auto-inflável tipo Ambu, a fim de evitar ressuscitação com procedimentos de ventilação boca a boca, muito embora o risco de transmissão do vírus por esta via seja praticamente nulo;
14. após o uso, fazer descontaminar todo equipamento de anestesia em solução aquosa de hipoclorito de sódio a 2% ;
15. anteriores recomendações de identificar espécimes de sangue ou tecidos encaminhados ao laboratório estão sendo substituídas, em alguns hospitais, pela

política de não os rotular de qualquer forma especial. Parece que todos espécimes, quando não rotulados, são manipulados de forma mais cuidadosa; já alguma quebra no rigor da manipulação ocorreria quando apenas as amostras reconhecidamente positivas para HIV são identificadas, em virtude da criação de uma falsa impressão de segurança. No Brasil, entretanto, as normas em vigor exigem clara identificação das amostras com as expressões “precaução com sangue” ou “precauções para AIDS”.

ASPECTOS TRABALHISTAS E MÉDICO-LEGAIS DO CONTATO LABORAL COM O HIV

Do exposto, é evidente que, para o médico é, paradoxalmente, bem superior o risco enfrentado no trabalho diuturno, com pacientes cujo status sorológico desconhece, do que o decorrente do trabalho eventual com indivíduo que sabe ser soropositivo para HIV. Neste caso, cuidados serão tomados, e precauções seguidas à risca; nos primeiros, há uma tendência ao afrouxamento dessas precauções.

Seja como for, conquanto não seja o médico, no Brasil, obrigado a tratar de quem não deseje (Código de Ética Médica, art. 7.º), tal norma ser-lhe-á, como vimos, de pouca valia aqui. Ademais, em se tratando de urgência ou emergência, é sua obrigação enfrentar o perigo de contágio, devendo, para tanto, munir-se das precauções apropriadas. Não lhe é dado, em tais circunstâncias, recusar-se ao atendimento, caracterizando-se, caso contrário, a omissão de socorro (Código de Ética Médica, art. 58; Código Penal, art. 135).

O adicional remuneratório que perceberá pelo risco em tela, se empregado for, corresponderá ao adicional de insalubridade em grau máximo, igual a 40% do salário mínimo (Consolidação das Leis do Trabalho, art. 192; Enunciado n.º 228 do Tribunal Superior do Trabalho). Mais recentemente, pretendem alguns, à luz do art. 7.º, XXIII, da Constituição Federal,

que tal adicional seja calculado sobre o total da remuneração do profissional, e não sobre o salário mínimo. Tal tese, no entanto, não tem ainda encontrado a melhor acolhida nos pretórios. De qualquer sorte, é risível a contraprestação que se associa ao risco aqui discutido, quando comparada à gravidade da doença e a seu ominoso prognóstico, urgindo mobilizem-se as lideranças médicas no sentido de fazer melhor remunerar o profissional que labora em tais condições. Melhores condições de trabalho e eficazes meios de controle da disseminação horizontal ocupacional da infecção devem ser exigidos, e mantidos a longo prazo.

À luz dos dados atuais, é possível afirmar-se que o exercício da Medicina em populações de soroprevalência baixa não está associado a risco profissional elevado, relativamente à aquisição de infecção por HIV.

Em populações de soroprevalência elevada, ou nas especiais circunstâncias que discutimos, modelos matemáticos previram, no entanto, riscos significativamente superiores, não havendo, no momento, elementos que confirmem ou infirmem tais previsões. Nessas condições, sugere-se a aderência a normas de trabalho e profilaxia que elencamos, como forma não só de minimizar os riscos a que estão expostos os anestesiológicos em seu trabalho diário, como de propiciar a tais pacientes os melhores cuidados.

Borba SRC - A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Implicações para o Anestesiologista

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES, (SIDA): epidemiologia, per-operatório; RISCO: ocupacional

REFERÊNCIAS

01. Broder S, Gallo RC - A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. *NEJM*, 1984; 311: 1292.
02. Hollander H - AIDS and related conditions, em: Schroeder SA, Krupp MA, Tierney Jr. LM et al - Current medical diagnosis and treatment. Norwalk, Appleton and Lange, 1990; 907-912.
03. Cantineau JP - AIDS and implications for anaesthesiologists. *Current opinion in anaesthesiology*, 1989; 2: 349-352.
04. DeNoon DJ - WHO: 500 000 AIDS cases reported, but real number may be more. *AIDS weekly*, 1992; 13 abr.: 10-11.
05. DeNoon DJ - Brazil: AIDS cases top 24 000 mark. *AIDS weekly*, 1992; 13 abr: 11.
06. DeNoon DJ - Mexico: over 100 000 people infected with HIV. *AIDS weekly*, 1992; 27 abr.: 6-7.
07. Melnick SL, Raymer-Nowjack R, Kleinman DV et al - Manual para estudios epidemiologicos sobre las manifestaciones orales de la infección por el VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994; 1-3.
08. Frost SDW, McLean AR - Germinal centre destruction as a major pathway of HIV pathogenesis. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7: 236-244.
09. Saah AJ, Hoover DR, Yanhua HE et al - Factors influencing survival after AIDS: report from the multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7: 287-295.
10. Walker BD - The rationale for immunotherapy in HIV-1 infection. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7 (Suppl. 1): 6-13.
11. United States Centers for Disease Control - Agency delays new AIDS definition indefinitely. *AIDS weekly*, 1992; 29 jun., 4-5.
12. Brasil. Ministério da Saúde. SIDA/AIDS: Manual de condutas clínicas. Brasília, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS, 1989.
13. Downie JC et al - HIV-I antibody testing strategy: evaluation of ELISA screening and Western blot profiles in a mixed low risk/high risk patient population. *Journal of virological methods*, 1989; 26: 291-304.
14. Conley LJ, Holmberg SD - Transmission of AIDS from blood screened negative for antibody to the human immunodeficiency virus. *NEJM*, 1992; 326: 1499-1500.
15. DeNoon DJ - Transmission of AIDS from blood screened negative for antibody to the HIV. *AIDS weekly*, 1992; 08 jun.: 18-19.
16. Jones P - HIV in childhood. HIV infection must be considered in unexplained illness in children. *Br Med J*, 1994; 308: 425-426.
17. Erb P, Kräuchi S, Burgin D et al - Quantitative anti-p24 determinations can predict the risk of vertical transmission. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7: 261-264.
18. United States Centers for Disease Control - The second 100 000 AIDS cases: a lot faster, with more heterossexuals. *AIDS weekly*, 1992; 27 jan.: 8.
19. Green TA, Karon JM, Nwyanwu OC - Changes in AIDS incidence trends in the United States. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1992; 5: 547-555.
20. Lam NS-N, Liu K - Spread of AIDS in rural America, 1982-1990. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7: 485-490.
21. Gordon RJ - A perspective on AIDS cases among health care workers. *Ann N Y Acad Sci*, 1984; 437: 420.
22. Kernoff PBA - Annotation: AIDS, infectivity, and health care workers. *Br J Haem*, 1985; 60: 207-211.
23. Anônimo - Aids and the health profession. *Br Med J*, 1985; 290: 583- 584.
24. McCray E, The Cooperative Needlestick Surveillance Group - Occupational risk of the acquired immunodeficiency syndrome among health care workers. *NEJM*, 1986; 314: 1127-1132.
25. Henderson DK et al - Risk of nosocomial infection with human T-cell lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in a large cohort of intensively exposed health care workers. *Ann Int Med*, 1986; 104: 644-647.
26. Friedland GH et al - Lack of transmission of HTLV-III/LAV infection to household contacts of patients with AIDS or AIDS-related complex with oral candidiasis. *NEJM*, 1986; 314: 344-349.
27. United States Centers for Disease Control - Update: human immunodeficiency virus infections in health-care workers exposed to blood of infected patients. *JAMA*, 1987; 257: 3032-3033.
28. Marcus R, CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group - Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. *NEJM*, 1988; 319: 1118-1123.
29. Anônimo - Maryland: HIV transmission in the environment: what are the risks to the public health? *AIDS weekly*, 1992; 06 jan.: 13-14.

30. Howard RJ - Human immunodeficiency virus testing and the risk to the surgeon of acquiring HIV. *Surgin and obst*, 1990; 171: 22-26.
31. Buegler JM et al - Risk of human immunodeficiency virus in surgeons, anesthesiologists, and medical students. *Anesth Analg*, 1992; 75: 118-124.
32. Gadacz TR, Fuchs JCA - Editorial: The importance to the practicing surgeon of knowing the human immunodeficiency virus status of patients. *Surgery*, 1990; 107: 712-714.
33. Board of Trustees Report - Prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome. An interim report. *JAMA*, 1987; 258: 2097-2103.
34. Uzich L - HIV testing: the legal balance between individual and societal rights. *South Med J*, 1990; 83: 303-307.
35. Hagen MD, Meyer KB, Pauker SG - Routine preoperative screening for HIV. Does the risk to the surgeon outweigh the risk to the patient? *JAMA*, 1988; 259: 1357-1359.
36. Anônimo - Parecer esclarece dúvidas sobre Aids e Ética médica. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 1992; 7: 8.
37. Popp C - A AIDS e a tutela constitucional da intimidade. *Revista de direito civil, imobiliário, agrário e empresarial*, 1990; 54: 32-40.
38. DeNoon DJ, Boggan WE - Testing: FDA debates home test for AIDS. *AIDS weekly*, 1994; 4 jul.: 6.
39. Brasil. Ministério da Saúde - Recomendações para prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS). *Boletim da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo*, 1988; 1: 4-6.
40. Stanley HD, Charlebois E; Harb G et al - Central venous catheter infections in AIDS patients receiving treatment for cytomegalovirus disease. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 1994; 7: 272-278.
41. Ferguson KJ, Strauss RG, Toy PTCY et al - Physician recommendation as the key factor in patients' decisions to participate in preoperative autologous blood donation programs. *Am J Surg*, 1994; 168: 2-5.