

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE –SP

**ASPECTOS PENAIS E DA BIOÉTICA NA TRANSMISSÃO DO
VÍRUS HIV**

Adelita Ap. Podadera Bechelani

PRESIDENTE PRUDENTE –SP
2003

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE –SP

**ASPECTOS PENAIS E DA BIOÉTICA NA TRANSMISSÃO DO
VÍRUS HIV**

Adelita Ap. Podadera Bechelani

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Direito sob a orientação do Prof^o Cláudio José Palma Sanchez

PRESIDENTE PRUDENTE –SP
2003

ASPECTOS PENAIS E DA BIOÉTICA NA TRANSMISSÃO DO VÍRUS HIV

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Direito.

Cláudio José Palma Sanchez
Orientador

Paula Pontalti Marcondes Moreira
1º Examinadora

Gilmara Pesquero Fernandes Mohr Funes
2º Examinadora

Presidente Prudente, 04 de dezembro de 2003

*Há cinco coisas na vida que não se recuperam:
A pedra depois de atirada...
A palavra depois de proferida...
A chance depois de perdida...
O tempo depois de passado...
E a AIDS depois de transmitida.*

Autor desconhecido.

Dedicatória

A memória do meu querido avô Miguel, homem bom e generoso no qual todos tinham afeto e amor enfim, o grande alicerce de nossa família..

A memória também de nosso querido e ilustre Professor Chammé, figura ímpar e grande expectador de nossa vida acadêmica, pois, sem ele o presente trabalho não seria possível. Foi ele quem nos deu a base para que conseguíssemos dar este grande passo.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por ter me dado grandes oportunidades e forças para seguir meus caminhos por mais tortuosos que esses tenham sido...

A meus pais, Emiliano Bechelani e Maria Podadera Bechelani, pelo amor, dedicação, pelos incentivos durante toda a minha vida (não só a acadêmica) enfim, pela entrega total...

A meus irmãos Emiliano e Cleiton, como também minhas cunhadas Marta e Maria, pelo companheirismo e amizade, apesar da distância...

A minha avó Mariana Maldonado e meus tios Mercedes e Mauro, por terem sido acima de qualquer coisa, meus amigos e companheiros nas horas difíceis...

A minhas amigas Ana Cláudia, Ana Cristina, Luciana e Marcele, pela amizade e pelo apoio durante esses cinco anos...

A meu orientador Cláudio José Palma Sanchez, profissional exemplar, cuja sabedoria e paciência me auxiliou na realização deste trabalho...

A Paula Pontalti Marcondes Moreira e Gilmara Pesquero Fernandes Mohr Funes, pela aceitação ao convite para participarem desta fase tão importante da minha vida acadêmica e, por se tornarem além de professoras, grandes companheiras durante este ano...

Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Neste trabalho pretende a autora, demonstrar a importância da AIDS, tão presente nos dias atuais, como também seus aspectos bioéticos e penais.

Para isso inicia-se o estudo com o grande e mais valioso direito que o ser humano possui que é o direito à vida; após isso, passa-se para o histórico da doença e conseqüentemente, suas características, dentre elas: sintomas, tratamentos, transmissão, prevenção e etc.

Busca-se demonstrar os aspectos da bioética, no que diz respeito ao médico, ao paciente, aos familiares, como tal doença deve ser enfrentada e principalmente, como se deve agir perante o dever do sigilo.

No que diz respeito aos aspectos penais, busca-se demonstrar a dificuldade em punir o agente (portador do vírus HIV) que, dolosamente ou culposamente, transmite-o a outrem. Além disso, busca-se demonstrar a ausência de um tipo penal adequado para penalizar o agente transmissor do vírus visto que, na criação do Código Penal, não haviam notícias nem ao menos especulações que uma moléstia de tal gravidade estaria por vir.

Pretende-se demonstrar também, a importância da bioética no direito principalmente, no Direito Penal, sendo que ela será o grande marco para que um novo Código Penal seja elaborado. Apesar da Bioética e o Direito serem áreas diferentes, elas se relacionam entre si, tornando-se necessário que ambos caminhem lado a lado para o bem do ser humano.

Com a pesquisa realizada, a autora chegou à conclusão que se deve tratar a AIDS como uma doença e não um fantasma, devendo ser discutida, analisada e respeitada devido ao tamanho de sua gravidade e importância.

Deve-se tratar a AIDS com seriedade e sem receios tanto pelos médicos, pacientes, parentes, pois, apesar de não haver (ainda) cura, há um eficaz tratamento. Além disso, deve ser criado um novo tipo penal para apenar o agente transmissor da AIDS, pois, os dispositivos utilizados por analogia são inadequados, incompatíveis para a gravidade da questão.

PALAVRAS-CHAVE: importância da AIDS; aspectos da bioética; aspectos penais; novo tipo penal.

ABSTRACT

In this work the author intends to demonstrate the importance of AIDS, so present in the current days, and also its bioethics and penal aspects.

For that, the study begins with the biggest and most valuable human rights which is the right to life, after that, it goes to the disease's historical figures and consequently to its characteristics, such as: symptoms, treatments, transmission, prevention and etc.

It tries to demonstrate the aspects of the bioethics, with regard to the doctor, the patient, the family, how such disease must be faced and, mainly how we must act in the face of the confidential duty.

With regard to the penal aspects, it tries to demonstrate the difficulty to penalize the transmitter of the HIV virus who, guiltily transmit it to another person. Besides, it tries to demonstrate the lack of an adequate kind of penal law to penalize the transmitter of the virus, since in the alation of the Penal Code, there were not news, nor at least speculations that a disease of such seriousness would appear.

Also, it tries to demonstrate, the importance of the bioethics in law, mainly in the Penal Law, as it will be the great mark to a new Penal Code be elaborated. Although the Bioethics and the Law be from different areas, they are linked, becoming necessary both being side by side for the good of Human Being.

With the research carried out, the author reached the conclusion that the AIDS must be treated as a disease not as a ghost, must be discussed, analysed and respected due to its seriousness and importance.

AIDS must be treated seriously and without fear by doctors, patients and relatives, because, although there is not a cure for it yet, there is an effective treatment. Besides, must be created a new kind of penal law to penalize the transmitter of AIDS, because what are used by analogy are inadequate and incompatible for such serious matter.

KEYWORDS: the importance of AIDS; aspects of the bioethics; penal aspects; new kind of penal law.

SUMÁRIO

Introdução	12
1. Metodologia	14
2. Dos Direitos Fundamentais	15
2.1. Aspectos Gerais.....	15
2.2.Princípio do direito à vida.....	16
3. Da AIDS	18
3.1.História da AIDS.....	18
3.1.1.O início	18
3.1.2.Descobrimos as causas.....	18
3.1.3.Primeiros medicamentos.....	20
3.1.4.Surgimentos e percentuais da AIDS no Brasil	20
3.1.5.A história do tratamento no hospital Emílio Ribas	26
3.2.Conceito	28
3.3.Sintomas	29
3.4.Transmissão.....	30
3.5.Diagnóstico	32
3.6.Tratamento.....	33
3.7.Prevenção	34
3.8. Da AIDS e suas implicações na bioética	35
4. Da Bioética	38
4.1.Conceito.....	38
4.2.Princípios bioéticos básicos	39
4.3.Aspectos da bioética	40
4.3.1.Esterilização do HIV-positivo	40
4.3.2.Aborto e gravidez na mulher infectada pelo HIV.....	41
4.3.3.Infecção pelo HIV e o recém-nascido	42

4.3.4. Infecção pelo HIV e o paciente que vai morrer	43
4.3.5. O sigilo como instrumento social	43
4.3.6. A inconveniência dos testes pré-admissionais	47
4.3.7. O problema do menor infectado em estabelecimentos correcionais	49
4.3.8. A postura do médico infectado	49
4.3.9. A postura do médico ante os doentes infectados pelo HIV	51
4.3.10. O problema da transfusão de sangue	51
5. AIDS e o Direito	55
6. Dos aspectos penais	57
7. Do posicionamento jurídico penal brasileiro quanto à transmissão da AIDS	58
7.1. Tipicidade	58
7.2. Consentimento do ofendido	59
8. Do Enquadramento jurídico-penal da AIDS	61
8.1. Crime de perigo de contágio venéreo	61
8.2. Crime de perigo de contágio de moléstia grave	64
8.3. Demais crimes do Código Penal	66
9. Da dificuldade de punição	70
10. Conclusões	72
Bibliografia	74

INTRODUÇÃO

A pesquisa buscou focar os aspectos penais e também os aspectos da bioética sobre o vírus HIV.

O motivo primordial que levou à escolha do tema é devido ao grande desenvolvimento dessa doença na sociedade, ganhando com isso grande importância nos dias atuais, não devendo ser tratada como uma doença qualquer e sim, uma doença que vem afligindo a sociedade em geral merecendo, portanto, ser tratada com seriedade.

Nos aspectos da bioética, procurou-se demonstrar como a Medicina e a sociedade deverão encarar tal doença principalmente, no que se refere ao sigilo profissional, ou seja, como o médico deverá agir perante um portador e seus familiares; quanto a esterilização de um HIV-positivo; quanto ao aborto e a gravidez de uma mulher infectada; quanto à postura do médico ante os doentes infectados, etc. Além disso, acredita-se que tão notória é a importância da bioética, que num futuro próximo é ela quem vai auxiliar na reconstrução do Código Penal.

No que tange aos aspectos penais, buscou-se demonstrar a necessidade de reestruturação do Código Penal, devido à inexistência de um artigo específico para tal doença, uma vez que a história do Direito Penal caracteriza-se por ser uma evolução constante, sendo que cada época possui sua marca. No entanto, por mais completa que pareça estar a construção doutrinária de um tempo, sempre surge algo novo.

Com o advento do Código Penal, não haviam notícias, nem especulações de que uma doença tão grave e avassaladora como a AIDS surgiria.

Nesse contexto, o ordenamento jurídico estava em perfeita harmonia para sua época, o que não ocorre atualmente, tendo que se revogar vários dispositivos, criar ou adaptar outros de acordo com as mudanças ocorridas no tempo.

É devido a isso, que se demonstrou a necessidade de reformulação do Código Penal para que, os dispositivos fiquem em perfeita harmonia com as transformações, regulando as situações com grande eficácia.

A AIDS é um tema de extrema importância para os novos rumos estudados pela bioética. Diante da importância que essa doença vem “conquistando” no meio social e, tendo no Direito Penal a previsão e inevitabilidade de condutas ofensivas à sociedade, tal questão desperta interesse e uma nova sistematização pela legislação penal.

Assim, a presente monografia tem com objetivo tanto discutir a questão da AIDS e seu enfoque na bioética como também, analisar no Direito Penal atual como a transmissão dessa patologia é tratada.

Não pretendemos em momento algum encerrar este tema, sabemos das limitações da obra, porém, acreditamos que a discussão sobre a matéria tenha o condão de alertar os operadores do direito sobre a necessidade de estudo do tema, que cremos, precisa ser mais examinado devido à seriedade e gravidade da situação. Esperamos que tal obra tenha servido como mero esboço para futuras e incansáveis indagações mais complexas.

1. METODOLOGIA

Neste trabalho, foram utilizados os métodos: histórico, comparativo, bibliográfico, indutivo e dedutivo. Vejamos caso a caso:

O método histórico foi utilizado para apresentar o surgimento e evolução da AIDS, bem como suas estimativas. Esse método, além de investigar os acontecimentos do passado, é importante também para demonstrar suas influências na atualidade especialmente, no Direito Penal.

O método comparativo foi utilizado no momento em que comparamos as condutas aptas para a transmissão do vírus com os tipos penais dos crimes: perigo de moléstia venérea (art. 130); perigo de contágio de moléstia grave (art. 131); lesões corporais (art. 129); homicídio (art. 121); epidemia (art. 267) e infração de medida sanitária (art. 268) todos do Código Penal.

O método bibliográfico foi utilizado para a colheita de informações, dados, estatísticas visto que, a concretização deste trabalho somente foi possível através da pesquisa bibliográfica.

O método indutivo foi utilizado para que, partindo de dados particulares constatados, inferindo-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas, com o objetivo de chegar às conclusões mais amplas do que as premissas nas quais se basearam.

O método dedutivo foi utilizado para que, partindo-se de pressupostos gerais, possa se analisar a particularidade. Esse método é justamente o oposto do método indutivo.

2. DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

2.1. Aspectos Gerais

Primeiramente, é importante distinguir direitos do homem e direitos fundamentais, assim fez Canotilho (1997, p.359) dizendo que:

(...) direitos do homem são direitos válidos para todos os povos em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista); direitos fundamentais são direitos do homem jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria pessoa natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta.

Muitos, mas nem todos os direitos fundamentais são direitos de personalidade. Os direitos de personalidade abarcam certamente os direitos de estado (p.ex: direito de cidadania), os direitos sobre a própria pessoa (direito à vida, à integridade moral e física, direito à privacidade), os direitos distintos da personalidade (direito à identidade pessoal, direito à informática) e muitos dos direitos de liberdade (liberdade de expressão). Tradicionalmente, afastam-se dos direitos de personalidade os direitos fundamentais políticos e os direitos a prestações por não serem atinentes ao ser como pessoa. Contudo, atualmente os direitos fundamentais tendem a ser direito de personalidade e vice-versa.

Para Canotilho (1997), os direitos fundamentais cumprem a função de direito de defesa do cidadão sob uma dupla perspectiva: (1) constituem num plano jurídico-objetivo, normas de competência negativa para os poderes públicos, proibindo as ingerências desses na esfera jurídica individual; (2) implicam, num plano jurídico-subjetivo, o poder de exercer positivamente direitos fundamentais e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos. Com isso, o direito a vida é um direito de defesa estando, pois, enquadrado no catálogo de direitos, liberdades e garantias.

Muitos direitos impõem um dever do Estado, no sentido desse proteger perante terceiros os titulares de direitos fundamentais, assim ocorre com o direito à vida (p.ex: o Estado tem o dever de proteger o direito à vida perante eventuais agressões de outros indivíduos).

Por fim, a importância dos direitos fundamentais é notória, no mesmo sentido Mário Gonçalves Filho (1997, p.26), que diz:

A Constituição Federal reconhece como básicos cinco princípios: direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Todos os demais que enunciam os vários incisos do artigo 5º, não passam de desdobramentos desses cinco, que são, verdadeiramente, os direitos fundamentais.

2.2. Princípio do direito à vida

Devido a sua grande e notória importância, ele está disposto no “caput” do artigo 5º da Carta Magna. Esse princípio assegura a inviolabilidade do direito à vida, ou seja, sua integralidade existencial.

A vida é um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde a concepção até a morte, o respeito a ela é um dever “erga omnes”, o que significa que tem que ser protegida contra tudo e contra todos, pois, é objeto de um direito personalíssimo. Na concepção de Maria H. Diniz (1999, p.22) temos que:

(...) a vida humana é amparada juridicamente desde o momento da fecundação natural ou artificial do óvulo pelo espermatozóide (CC, art. 4º, Projeto do CC, art. 2º, lei nº 8974/95 e CP, arts. 124 a 128). O direito à vida integra-se à pessoa até o seu óbito, abrangendo o direito de nascer, o de continuar vivo e o de subsistência, mediante trabalho honesto (art. 7º da CF) ou prestação de alimentos (art. 5º, LXVII e 229), pouco importando que seja idoso (art. 230), nascituro, criança, adolescente (art. 227), portadora de anomalias físicas ou psíquicas (art. 203, IV, 227, par. 1, II), que esteja em coma ou que haja manutenção do estado vital por meio de processo mecânico.

Por ser um direito fundamental básico, o direito à vida está garantido pela norma constitucional em cláusula pétrea, sendo, portanto, proibido qualquer conduta que ponha em risco a vida humana. É um direito irrenunciável e

inviolável, por isso a vida deverá ser protegida contra quem quer que seja, até mesmo contra seu titular.

O direito à vida é garantido tanto constitucionalmente, como também recebe tutela civil e proteção jurídico-penal. No entanto, há exceções a esta proteção como nos casos de legítima defesa, estado de necessidade, exercício regular do direito e aborto legal.

É cediço, portanto, que a vida tem prioridade sobre todas as coisas, mas sempre que houver conflito entre dois direitos, incidirá o princípio do mais relevante.

Segundo Canotilho (1997), os direitos fundamentais tem a função da não discriminação, a doutrina deriva esta função primária e básica dos direitos fundamentais, isto é, assegura que o Estado trate seus cidadãos como cidadãos fundamentalmente iguais.

Contudo, percebe-se que a vida deverá ser respeitada, não havendo justificativa do ser humano sofrer discriminações por ser portador de um vírus, devendo ser tratado como todos, ou seja, com dignidade e respeito.

3. DA AIDS

3.1. Histórico¹

3.1.1. O início

De acordo com vários estudos, constatou-se que o primeiro caso de AIDS registrado no mundo foi no início dos anos 80, a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foi descrita em 1981.

Nos Estados Unidos foram reconhecidos os primeiros casos em pacientes homossexuais masculinos, onde esses apresentavam um conjunto de sintomas com características próprias: a Pneumonia pelo *Pneumocistis carinii* ocorria em pacientes com câncer em estágios avançados (pneumocistose); já o Sarcoma de Kaposi era conhecido entre os idosos procedentes da bacia do Mediterrâneo. Essas duas doenças nunca haviam sido observadas em pacientes homossexuais masculinos sem histórico de outras doenças.

Com isto, o órgão de vigilância epidemiológica norte-americana o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), começou a estudar seu perfil epidemiológico. Suspeitou-se num primeiro momento, que houvesse alguma relação existente entre a doença e o estilo de vida homossexual, já que os sintomas estavam presentes nesse grupo. No entanto, tal suspeita estava equivocada, pois, começaram a surgir casos entre heterossexuais e crianças recém-nascidas. Mas, as principais características epidemiológicas continuaram a aparecer, sugerindo que a doença era infecciosa, transmitida por via sexual, parental e vertical.

3.1.2. Descobrendo as causas

¹ <http://www.boasaude.uol.com.br>
<http://www.unb.br>

Estudos foram empregados, com a finalidade de descobrir o agente etiológico da doença que, possivelmente seria um vírus, já que a situação estava cada vez mais grave. Inicialmente, haviam suspeitas de que o vírus fosse de uma Hepatite B, Epstein-Barr ou de um Citomegalovírus mas, descobriu-se que este vírus era novo.

A forma de transmissão desta doença causava intriga, isto fez com que os pesquisadores do CDC em 1982 colhessem dados a respeito dos homossexuais que houvessem mantido relações entre si. A pesquisa foi realizada com a finalidade de mapear tal doença.

Quando milhares de americanos já haviam contraído a doença, é que o retrovírus considerado agente etiológico da AIDS foi descoberto, isso ocorreu em 1984. Na época, dois grupos reclamaram ter sido o primeiro a descobri-lo, um era do Instituto Pasteur de Paris, chefiado pelo Doutor Luc Montagnier e o outro grupo era dos Estados Unidos, chefiado pelo Doutor Robert Gallo.

Ocorre que, uma das pesquisadoras do Instituto Pasteur de Paris (Françoise Barre Sinoussi) cultivou um retrovírus em laboratório e enviou esse material para o laboratório de Robert Gallo, para que ele confirmasse o seu achado, já que era um eminente cientista. Com esse material em mãos, Gallo divulgou a descoberta como sendo sua, vindo a retratar-se somente no início da década de 90.

O agente etiológico da AIDS ficou conhecido inicialmente nos Estados Unidos como HTLV-3, devido o fato de Robert Gallo um importante virologista, ter descoberto outros dois vírus, o HTLV-1 e o HTLV-2 (Human T. Leukemia-lymphoma vírus type 1 and 2). Já na França, o agente etiológico da AIDS ficou conhecido como LAV, associado a linfadenopatia. Depois das disputas entre os laboratórios serem esclarecidas, o agente foi denominado HIV que, em português significa Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

Havia em 1985 no mercado, um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para diagnóstico da infecção pelo HIV, que era utilizado para triagem em bancos de sangue. Após vários conflitos de interesse político-econômicos, esse teste passou a ser utilizado pelo mundo todo e diminuiu o risco de transmissão do HIV.

3.1.3. Primeiros medicamentos

Em 1986, o órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos FDA (food and drug administration), aprovou a primeira droga antiviral, a azidotimidina, também chamada de AZT, essa droga diminuiu a mortalidade dos pacientes infectados pelo HIV.

Em 1994, começou a ser estudado um novo grupo de drogas para auxiliar no tratamento da AIDS, o inibidor da protease. Essas drogas apresentaram um potente efeito antiviral, seja isoladamente ou associada com o AZT, devido a isso surgiu a denominação de “coquetel”. Houve diminuição da mortalidade, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas. Com esse grande desenvolvimento, chegou-se até falar na cura da AIDS mas, percebeu-se que tal “coquetel” não tinha como curar a AIDS, pois, não eliminava o vírus do organismo dos pacientes. O “coquetel” tinha seus inconvenientes como: custos elevados do tratamento, os efeitos colaterais e a grande quantidade de comprimidos tomados por dia mas, em contrapartida à esses inconvenientes houve o maior e melhor benefício trazido pelo “coquetel” que é a redução da mortalidade dos infectados pelo HIV.

Há ainda nos dias de hoje, grandes pesquisas buscando uma vacina eficaz, capaz de imunizar os indivíduos pertencentes ao chamado grupo de risco e outras pesquisas visando buscar drogas antivirais mais potentes e com menos efeitos colaterais, a fim de erradicar o vírus do organismo dos pacientes. Apesar de se acreditar que, dificilmente a AIDS será curada farmacologicamente, há esperanças para que seja desenvolvida uma vacina eficaz, o que até o momento infelizmente não há relatos promissores.

3.1.4. Surgimento e percentuais da AIDS no Brasil

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1980. Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro. Foi no hospital Emílio Ribas, em São Paulo, que o primeiro caso de AIDS

do país foi atendido. A partir do final desta década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os estados, a epidemia da AIDS não se distribuiu de forma homogênea, houve maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil.

As taxas de incidência nos últimos anos evoluíram de 8,0 por 100.000 habitantes, em 1991, para 13,7 por 100.000 habitantes, em 1998 e, apresentavam uma grande variação ao longo do território brasileiro. É importante salientar que, a cifra referente ao período de 1999 a maio de 2000 representa, certamente, muito mais um retardo de notificação, do que um verdadeiro declínio acentuado. Segundo a análise de Szwarcwald (1999) observamos que:

Hoje, o que denominamos de epidemia de AIDS no Brasil é, de fato, o somatório de epidemias microrregionais em interação permanente, devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais e de transporte, ou seja, de maneira mais geral, à mobilidade da população.

Contudo, houve uma nítida expansão da doença no litoral sudeste para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Atualmente, 59% dos 5.507 municípios brasileiros já registraram pelo menos um caso de AIDS.

A velocidade de crescimento da epidemia no País foi de, aproximadamente, 36% ao ano, no período de 1987/89 a 1990/92, decrescendo para 12%, no período de 1990/92 a 1993/96. Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a região Sudeste é a que apresenta, atualmente, o menor ritmo de crescimento e a maior tendência à estabilidade.

A análise da expansão da epidemia, segundo as categorias populacionais dos tamanhos dos municípios, mostra que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos mas, que esses mesmos centros detêm o menor aumento relativo do crescimento. Observa-se que, os maiores ritmos de crescimento ocorrem entre municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes, identificando-se que nesses municípios, a epidemia ainda está na fase inicial de expansão (SZWARC WALD et. al, 1999).

A partir dos estudos de prevalência do HIV em gestantes, nos três cortes realizados nos anos de 1997 e 1998, estimou-se, para o ano de 1998, que cerca de 530 mil indivíduos, na faixa etária de 15 a 49 anos, estavam infectados pelo HIV. O grupo sentinela das gestantes foi selecionado para estimação das prevalências da infecção pelo HIV por ser considerado, preferencialmente, apesar das restrições, o grupo cujas taxas mais se aproximavam daquelas apresentadas pelas mulheres na população geral; sendo o número de infectados do sexo masculino calculado com base nas razões de sexo entre taxas de incidência acumuladas preditas para o ano 2003, próximo a 2 homens: 1 mulher.

Nos últimos anos, a epidemia da infecção pelo HIV/AIDS no Brasil, vem apresentando mudanças também nos níveis de agregação demográfica.

No ano de 1984, 71% dos casos notificados no Brasil eram referentes a homossexuais/bissexuais masculinos. Progressivamente, observou-se a redução da participação dessa subcategoria de exposição que, em 1999/2000, é de 22%, esta tendência pode ser observada em todas as regiões do Brasil.

O aumento de casos por via heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatada na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, de 24 homens: 1 mulher, em 1985, para 2 homens: 1 mulher em 1999/2000.

Entretanto, os maiores aumentos relativos dos casos em mulheres são observados em todas as regiões do Brasil, já vem sendo observada uma desaceleração do crescimento da epidemia entre os homens na região Sudeste.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), uma das conseqüências diretas dessa maior participação feminina é o progressivo aumento da transmissão vertical. A primeira ocorrência de transmissão perinatal, registrada no Brasil, foi em 1985. Daí, até 03/06/2000, foram notificados 5.409 casos a partir dessa forma de transmissão. Estima-se que 12.898 gestantes estão infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, com base nos estudos-sentinela da infecção pelo HIV realizados no Brasil, esse número corresponde a 0,4% do total das gestantes. Dessas, apenas 2.512 receberam zidovudina injetável no momento do parto, o que corresponde, apenas, a 19,5% do número estimado de gestantes infectadas.

Considerando a disponibilidade contínua da zidovudina injetável nos serviços públicos de saúde, o qual as gestantes, na sua maioria, aceitam se submeter ao diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, se oferecido e, quando infectadas, é rara a recusa em receber a zidovudina, não seria de se esperar tão pequeno percentual recebendo o medicamento injetável durante o parto.

Diante dessa situação, encontra-se, no Brasil, em fase de implantação, a Vigilância de Gestantes HIV positivos e Crianças Expostas que possibilitará, desde o rastreamento da infecção no pré-natal, condição inicial para o desencadeamento das ações profiláticas, até a mensuração da prevalência da infecção infantil, produto final e indicador de impacto das ações profiláticas desenvolvidas. Além disso, o acompanhamento contínuo da prevalência da infecção entre as gestantes fornece um indicador mais representativo da infecção entre as mulheres, uma vez que tem bases populacionais, possibilitando a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações do perfil epidemiológico da infecção.

A predominância da transmissão perinatal nos casos pediátricos, tem modificado o perfil etário das ocorrências dos mesmos. No período de 84 a 87, 21% das crianças notificadas tinham de 0 a 4 anos, enquanto que em 1999/2000, 84% dos casos pediátricos estavam nesse grupo etário.

Desde o início da epidemia, o grupo etário mais atingido, em ambos os sexos, tem sido o de 20 a 39 anos, perfazendo 70% do total de AIDS notificados até 03/06/2000.

A escolaridade tem sido utilizada como uma variável auxiliar (proxí), na tentativa de se traçar o perfil socioeconômico dos casos notificados, embora ainda seja elevado o percentual de casos com escolaridade ignorada. Até 1982, a totalidade dos casos com escolaridade conhecida era de nível superior ou com até 11 anos de estudo. Nos anos subsequentes, observou-se a tendência de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade. Em 1999/2000, entre os casos com escolaridade reconhecida, observou-se que 74% dos casos eram analfabetos ou tinham até 8 anos de escolaridade, e apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior.

Ainda em relação à escolaridade, observa-se que a incidência de casos vem aumentando tanto em homens, quanto em mulheres com até 8 anos de escolaridade. Entre os indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade, observa-se que os casos diminuem no sexo masculino, o mesmo não acontecendo no sexo feminino.

A transmissão sanguínea do HIV em hemofílicos e em indivíduos que receberam transfusão de sangue, segmento populacional intensamente atingido no início da epidemia, vem apresentando um importante declínio ao longo do tempo. Essa queda é consequência do rigoroso controle do sangue e hemoderivados, adotado principalmente a partir da disponibilidade dos testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV. Essas subcategorias representavam 62% da categoria de exposição sanguínea, em 1984, e 0,9%, em 1999/2000. Por outro lado, observa-se uma rápida e extensa difusão dos casos de usuários de drogas injetáveis em determinadas áreas geográficas. Em 1984, 37% dos casos de AIDS por transmissão sanguínea eram atribuídos, pelo compartimento de agulhas e seringas, ao uso de drogas injetáveis. Essa subcategoria, em 1999/2000, já representava 99% das ocorrências por transmissão sanguínea.

Em que pese os progressos alcançados na redução da mortalidade, o impacto da AIDS ainda é muito grande na mortalidade em adultos em idade produtiva, sendo a 4^o causa de óbito no grupo de 20 a 49 anos, no ano de 1996. Esse impacto nessa faixa etária tem, ainda como consequência, um grande número de órfãos, estimado em 29.929, e todos os problemas acarretados por essa situação.

Os avanços da terapia ante-retroviral obrigam a vigilância epidemiológica a repensar sua prática, uma vez que a simples consolidação dos dados de AIDS não mais espelha a realidade da epidemia, antes reflete o modo como a transmissão do HIV ocorria há alguns anos. A tendência, com as profilaxias e tratamentos atuais, é de que as pessoas com HIV permaneçam indefinidamente nesta condição, sem preencherem os critérios de definição de caso de AIDS, e serem notificados, acarreta distorções na interpretação da evolução da epidemia e dificulta as atividades de planejamento das ações de prevenção e

assistência. Em decorrência destes avanços, a vigilância epidemiológica vem ampliando suas atividades no campo do monitoramento da infecção pelo HIV.

Na busca de se identificar fatores que possam estar contribuindo com essa situação, a Pesquisa sobre o Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do Risco para o HIV/AIDS foi conduzida em 183 microrregiões urbanas do País, no ano de 1998, em uma amostra de 3.600 indivíduos de 16 aos 65 anos. Essa pesquisa mostrou que 80% das pessoas, dos 16 aos 65 anos, são sexualmente ativas, sendo os homens mais ativos sexualmente (87%) do que as mulheres (72%). Na faixa etária dos 26 aos 40 anos, estão 89% da população sexualmente ativa. Do total de pessoas sexualmente ativas, 81% tinham relações estáveis nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 6% tinham relações eventuais e 13% mantinham os dois tipos de relação. No referido período, 71% das mulheres tiveram relações sexuais com um único parceiro, contra 16% dos homens. Cerca de 35% das pessoas mantiveram relações sexuais com dois ou mais parceiros e 6% tiveram mais de cinco parceiros no período.

Essa mesma pesquisa demonstrou que grande parte da população já se “sentiu” exposta à infecção, e 20% fizeram exame sorológico para a infecção pelo HIV, em serviços públicos ou privados. A faixa etária que mais procurou os testes foi de 26 aos 40 anos.

Em relação ao uso de preservativos, 64% da população sexualmente ativa disseram ter usado ou estar usando o preservativo, o fizeram pela primeira vez nos últimos 5 anos, demonstrando uma adesão crescente na utilização desse método de prevenção. Dados da indústria dos preservativos demonstram que, em 1992, eram comercializados, no Brasil, 50 milhões de unidades/ano, chegando esse número a 300 milhões em 1998.

A Pesquisa Comportamental de Conscritos de Exército Brasileiro, realizada por ocasião da apresentação dos mesmos, no ano de 1998, em três extratos compostos por: (a) Municípios de 5 estados do Norte e Centro-oeste; (b) Municípios da região Sul; (c) Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo, coletou informações sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, uso de drogas injetáveis e problemas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis permitindo associá-las, pela primeira vez, aos resultados de exames sorológicos para infecção pelo HIV.

Entre os resultados dessa pesquisa, pode-se verificar que os conscritos residentes no Norte e Centro-oeste possuíam menos renda familiar, mais baixo nível de instrução, maior taxa de atividade sexual, idade mais precoce de início do relacionamento sexual, maior número de parceiros no último ano, menos taxa de preservativo, maior percentual de uso de drogas injetáveis e maiores taxas de infecções sexualmente transmitidas. Foi também nesse extrato, que se encontrou a maior proporção de infectados pelo HIV (0,2%).

A pesquisa apontou, ainda, que uma alta proporção de conscritos usaram preservativos na última relação sexual. Analisando-se o uso dos preservativos nos últimos 12 meses, observou-se que a utilização diminui quando o parceiro é fixo, aumentando progressivamente se o parceiro é casual, pagante ou pago. Ainda, o uso de preservativo aumenta, ainda, de acordo com o grau de escolaridade.

Quanto ao uso de drogas injetáveis, observou-se que essa prática diminui quando cresce o grau de escolaridade.

Segundo Szwarcwald (1999), essa pesquisa identificou a escolaridade como a variável com maior poder explicativo das diferenças relativas às práticas sociais de risco. Os seus resultados corroboram com os estudos realizados em outros países que, mostraram que jovens adolescentes de baixo nível de instrução e socioeconômico são os mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis. A análise apontou, assim, para a importância da implementação de programas para adolescentes voltados para prevenção de comportamentos sexuais de risco.

3.1.5. A História do tratamento no hospital Emílio Ribas

No Brasil, os primeiros casos confirmados ocorreram em São Paulo, em 1982. Foi no hospital Emílio Ribas, em São Paulo, que o primeiro caso de AIDS no país foi atendido. De lá até os dias atuais, cerca de 27.000 pessoas contaminadas pelo vírus já passaram pelo Instituto, de acordo com informações do próprio Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Para atender pacientes da AIDS,

o Instituto teve que se adequar. Seu laboratório é considerado um dos melhores do serviço público do país no tocante à AIDS e as outras epidemias.

Por seu hospital dia passam semanalmente 100 pessoas que, embora tenham o vírus da AIDS e precisem de cuidados especiais como medicações injetáveis específicas, não precisam de internação. O atendimento prestado pelo hospital Emílio Ribas é tido como referência de bom serviço e outros idênticos já foram implantados em vários locais.

No entanto, embora as realizações do Instituto tenham sido muitas, parecem intransponíveis para seus próprios profissionais: “Apesar de ter um dos mais bem equipados centros cirúrgicos de São Paulo, o hospital ainda não consegue realizar o parto das gestantes portadoras do vírus da AIDS”.

De acordo com as informações do Instituto: “O trabalho operacional gerado pelo doente fez com que o Instituto se adequasse. As condições de trabalho se mostraram precárias, o número de funcionários deficiente, e o custo do doente para o Estado, quase inviável”. Para se ter uma idéia do volume de trabalho que a AIDS representa para um hospital, um paciente de AIDS internado poderá precisar de até 10 trocas num único dia:

(...) o trabalho é exaustivo. Além da exaustão, o funcionário do Ribas deparou com outro problema: se por um lado a epidemia da meningite foi trabalhosa, o paciente quando atendido rapidamente sobrevivia, o mesmo não acontecia com o doente de AIDS anos atrás. Essa impotência angustiava não só os funcionários, mas principalmente aos pacientes.

Para solucionar parte desses problemas, foi criada a equipe de saúde mental do hospital pelo Dr. George Schulte, “psicólogos e psiquiatras dão atendimento a familiares, parentes e funcionários, visando amenizar o sofrimento diante da doença”, detalha o documento. O trabalho realizado pela psicóloga Ana Baricca, junto às crianças com AIDS na segunda unidade de internação do Instituto conseguiu reconhecimento internacional, orgulha-se o Instituto.

Os números do Instituto de Infectologia Emílio Ribas são mesmo impressionantes. Atende-se 100 pessoas por semana no hospital, 250 internadas, das quais mais de 60% com AIDS, o que resulta em mais de 8.000

atendimentos/mês dos quais pelo menos 6.500 são para doentes de AIDS. Com esses dados, não impressiona o aumento do quadro de funcionários: se em 1992 eram 900 funcionários, atualmente são 1.600. Somente entre o corpo médico, saltou-se de 101 médicos em 1992, para 280 em 1996. No entanto, denuncia o próprio Instituto: “ainda não é suficiente o número de pessoas e muito menos os seus salários, o que provoca uma alta rotatividade”. O Instituto calcula, que cada paciente internado custa ao Estado cerca de R\$ 600,00 por dia e quando ele precisa de UTI esse custo sobe para R\$ 1.500,00.

3.2. Conceito

Em inglês, a Aids significa Acquired Immunodeficiency Síndrome, já em português, SIDA significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

A AIDS, nada mais é que, uma doença que atinge o sistema imunológico e se manifesta por infecções oportunistas e/ou neoplasia (câncer).

É da sigla SIDA, que podemos retirar seu conceito: Síndrome (conjunto de sinais clínicos, sintomas e sensações dos pacientes); Imunodeficiência (é a falta ou falha de defesa do organismo) e Adquirida (não nasce com ela, mas adquire-se no decorrer da vida por transmissão inter-humana).

É cediço que, a AIDS é muito mais que uma doença, ela também é um problema que afeta a saúde psíquica, financeira e política do indivíduo e da sociedade como um todo.

A AIDS não é uma doença, mas sim um conjunto de doenças variadas, podendo se manifestar de maneiras diversas, diferenciando-se de indivíduo para indivíduo. O grande causador dessa doença é o HIV (Human Immunodeficiency vírus), esse vírus destrói as defesas pessoais contra agentes estranhos ao nosso organismo. Esse por sua vez, possui várias células brancas (linfócitos), que auxiliam a combater os agentes “intrusos” em contato com o corpo. Há três tipos de linfócitos, sendo que o vírus HIV tem predileção pelo “linfócito auxiliador”, que é justamente, aquele que ajuda a produzir mais células para combater o agente

inimigo. Por isso, que ao adquirir AIDS, o organismo do indivíduo torna-se sensível a qualquer tipo de doença, sendo incapaz de eliminá-la.

O vírus da AIDS se divide em dois tipos: o HIV-1, esse é difundido pelo mundo; e o HIV-2 encontrado principalmente no oeste da África.

Portanto, pode-se conceituar a AIDS como uma gravíssima doença infecto-contagiosa, provocada por um vírus atualmente conhecido como HIV (vírus da imunodeficiência humana). Além disso, pode-se adiantar que tal doença não tem cura, não tem vacinas ou remédios eficazes para controlá-la. A única forma de evitá-la é ainda a prevenção.

3.3. Sintomas

Os sintomas mais comuns que os indivíduos poderão apresentar ao adquirirem o vírus são: dores de cabeça, febres, gânglios inchados ou mesmo vermelhidões na pele.

Apenas 40% das pessoas apresentam esses sintomas, sendo que, na maioria das pessoas a contaminação passa despercebida por um tempo, é no prazo de 3 a 6 meses após ter adquirido o vírus, que começa o desenvolvimento dos anticorpos para combater o vírus.

Após algum tempo, o indivíduo entra na fase latente da doença, onde não existe nenhuma evidência clínica de que a pessoa esteja doente, porém, o vírus pode ser detectado no sangue, como também pode ser notado nos linfócitos auxiliares.

Os sintomas mais brandos desta doença são: herpes simples, herpes zoster, diarreia, febre baixa, sudorese intensa, perda de peso, infecções bacterianas (ex: pneumonia, tuberculose). Só após um certo tempo é que o indivíduo começa a apresentar os sintomas mais graves, devido à baixa resistência do organismo para combater infecções.

Com a baixa resistência, o indivíduo começa a adquirir doenças infecciosas bem raras, o que muitas vezes faz chamar a atenção para o diagnóstico da AIDS, um exemplo é a tuberculose que parecia estar sendo controlada no mundo, mas,

vem ganhando força total com o surgimento da AIDS, em que vários pacientes são acometidos.

Além da tuberculose, a pessoa infectada com o vírus está sujeita a adquirir pneumonia (causado por um organismo chamado *Pneumocystis carinii*); meningite (causado por um fungo raro chamado *Cryptococcus neoformans*); no cérebro poderão aparecer abscessos causados por um germe bastante raro cujo nome é *Toxoplasma gondii*; lesões na boca (causado pelo fungo *Candida albicans*), formando placas esbranquiçadas pela boca e garganta como feridas causadas por Herpes; na pele poderá aparecer o Sarcoma de Kaposi, que são manchas arroxeadas distribuídas pelo corpo.

Em resumo, uma pessoa poderá adquirir uma dessas doenças acima ou ter a mesma várias vezes, com períodos de melhora, e a sua sobrevivência irá depender da resposta do indivíduo aos antibióticos ou aos tratamentos indicados.

Devido à gravidade dessas doenças e a impossibilidade muitas vezes de combatê-la, o indivíduo acaba vindo a falecer.

3.4. Transmissão

O vírus da AIDS se transmite de vários modos:

1) Infecção pelo ato sexual: as relações sexuais estão ligadas não só a produção, mas também a efetividade de cada um. Por isso, um grande número de pessoas estão sujeitas a contrair a doença, mas é necessário cautela ao relacionar AIDS e sexo para evitar conclusões precipitadas e enganosas. O HIV já foi encontrado em diversas substâncias líquidas produzidas pelo corpo humano, dessa forma os parceiros no ato sexual trocam entre si substâncias que servem de veículo para o vírus. A promiscuidade facilita tanto a transmissão do vírus como também o contágio de outras doenças sexualmente transmissíveis, como a gonorréia e a sífilis. As mulheres estão mais vulneráveis a contrair essas doenças que o homem, isso porque o vírus está presente em maior quantidade no esperma do que nas secreções vaginais.

2) Sexo oral: o contato das mucosas da boca que são um tecido sensível, com as secreções do órgão genital do parceiro torna possível a contaminação.

3) Homossexuais: Foi com os homossexuais masculinos que se constatou inicialmente o aparecimento da doença e, ainda hoje eles são considerados um dos grupos de risco. Uma das razões é o fato de, num ato sexual desse tipo, a penetração ocorre através do ânus, a mucosa do reto por sua vez, tem grande poder de absorção (o que explica o porquê de certos remédios serem utilizados sob a forma de supositório). Quanto aos homossexuais femininos, até o momento, não são conhecidos casos de transmissão pela relação sexual entre duas mulheres. Apesar disso, deverão ser tomados os mesmos cuidados apontados para o contato com sangue e secreções vaginais de pessoas pouco conhecidas ou que possam estar contaminadas.

4) Bissexuais: Há indivíduos que se relacionam tanto com homens quanto com mulheres, e com esse contato alternado, os bissexuais acabam por trazer a AIDS para os grupos heterossexuais.

5) Uso de drogas: A utilização de certas drogas é mais uma forma de transmissão e contágio. A injeção na veia é um veículo fulminante da doença. Através dessa via, o vírus transfere-se para um grande número de usuários ou consumidores, eventuais detóxicos, independentemente de se tratarem de homens, mulheres, heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. O uso de seringas tem se mostrado um dos modos mais comuns de contaminação. As drogas que este item se refere são entorpecentes como cocaína, a heroína e a morfina que poderão ser consumidos sob a forma de injeção intravenosa. Os casos de contaminação por uso de drogas injetáveis têm aumentado em alguns grupos da população, demonstrando que as seringas descartáveis não tem sido devidamente utilizadas, pois, o viciado perde de vista a preocupação consigo mesmo e com os outros e uma mesma agulha é utilizada por várias pessoas, com isso, restos de sangue se acumulam nas seringas, sendo injetados juntamente com a droga na veia dos consumidores.

6) Instrumentos perfuro-cortantes: a ausência de cuidados higiênicos que caracteriza a propagação do HIV não se restringe aos viciados. Quando relacionado ao sangue, a manipulação de instrumentos de metal que furam ou cortam, poderão ocasionar o contágio, isso vale para instrumentos de dentistas, manicures, lâminas de barbear, agulhas de tatuagem, de acupuntura, etc. De qualquer modo, são pouquíssimos os casos de profissionais da saúde que se infectaram.

7) Transfusão de sangue: como o sangue é o veículo preferencial do HIV, as transfusões tornaram-se uma forma relativamente comum de contágio antes do desenvolvimento dos testes anti-AIDS. Devido às freqüentes transfusões que os hemofílicos tem que se submeter, eles acabaram se incluindo no grupo de risco.

8) Transplante de órgãos: O transplante poderá ocasionar a contaminação, isso se o doador estiver infectado. Devido a isso, é necessário um processo de triagem, através dos testes de prevenção.

9) Transmissão vertical: É a denominação que se dá a contaminação da mãe (portadora do vírus) para o feto ou recém-nascido. Isso poderá ocorrer de três maneiras: (a) no primeiro trimestre da gravidez, através da placenta que envolve o feto; (b) no contato direto com o sangue materno durante o parto; (c) pelo leite materno. Os filhos das mães portadoras poderão ser contaminados desde a gestação.

Em resumo, o vírus da doença foi encontrado em outras secreções humanas como a lágrima, a saliva, a urina e as fezes. Apesar disso, a quantidade de vírus existentes nessas secreções não são suficientes para infectar outra pessoa. Assim, não se justifica o medo de pegar a doença através do beijo, mesmo que prolongado ou entrando em contato com qualquer uma dessas secreções. É importante salientar que a transmissão, não ocorre pela picada de mosquitos ou outros insetos.

3.5. Diagnóstico

Há várias maneiras de se diagnosticar a doença, uma delas é demonstrar a presença do microorganismo causador da doença, através do microscópio, que permite visualizar o agente.

Os métodos de se visualizar os microorganismos são através de: (1) corantes; (2) meios de cultura, onde os microorganismos são injetados em animais de laboratório; (3) demonstração indireta, nessa, ao invés do microorganismo, procura-se pelos anticorpos produzidos contra ele, esse é o método mais utilizado.

Os testes poderão variar, os mais utilizados no mundo inteiro são: Elisa (iniciais de Enzyme Linked Immunosorbent Assay ou ensaio de imunoadsorção ligado à enzima), esse é utilizado em triagens de doadores de sangue e em pessoas suspeitas de estarem infectadas; e o Westem-Blot, considerado um teste confirmatório, a ser realizado posteriormente ao Elisa, que apresenta uma margem de erro de 30%. O teste Elisa deverá ser repetido duas vezes, devido a sua margem de erro, a presença de anticorpos no sangue deverá ser interpretada de forma cautelosa se não houverem outros sinais clínicos, pois, ela indica somente o que o indivíduo entrou em contato com o vírus e não que tenha desenvolvido a doença. O Elisa poderá, muitas vezes, apresentar resultados falsos positivos ou falsos negativos.

Quanto ao teste Westem-Blot é o mais preciso, complexo, trabalhoso e caro, sendo recomendado que seja realizado, somente quando o Elisa der resultado positivo, a fim de que se faça a confirmação.

Em geral, os testes são obrigatórios para quem vai doar sangue, órgãos ou quando há suspeitas de infecção. Tais testes deverão ser comunicados aos pacientes, para que esses concordem ou não na sua realização.

3.6. Tratamento

Infelizmente, não existe nenhum tratamento específico para a AIDS, o que se tem atualmente são medicamentos que impedem do vírus se replicar. Enquanto os doentes infectados não atingem a fase terminal, muitos esforços são realizados para retardar a doença.

A busca desenfreada pela cura da AIDS faz com que muitas pesquisas sejam feitas em todo o mundo. Enquanto a cura não for descoberta, há tratamentos específicos contra o HIV, a fim de diminuir o sofrimento dos doentes.

Existem dois tipos de produtos farmacêuticos que são: drogas virucidas (destroem os vírus) e as virustáticas (que impedem a multiplicação do vírus no organismo). Geralmente, esses remédios, são utilizados para deter ou retardar a evolução da doença, aumentam o tempo de sobrevivência e melhoram a qualidade de vida dos pacientes.

Entre todos os medicamentos, há um que se destaca pelos resultados obtidos e por ter sido experimentado em todo o mundo: a azidotimidina, mais conhecida como AZT, essa droga dificulta o avanço do vírus sobre os linfócitos.

Apesar da grande utilização do AZT, há vários efeitos colaterais provocados por ele, como por ex: náuseas, insônia, dores musculares e anemia. Além desses efeitos, seu custo é elevado e é preciso tomá-lo constantemente, o que dificulta que os doentes mais pobres possam se beneficiar de tal medicamento.

Além do AZT, há também o DDC e o DDI, que são do mesmo grupo da azidotimidina e são utilizados em substituição ao AZT, ou ainda administrados de forma alternada ou associada à ele. Os efeitos colaterais do DDI são diferentes dos efeitos provocados pelo AZT, o DDI poderá inclusive prejudicar o pâncreas, mas, de qualquer modo, esses efeitos poderão ser considerados um mal menor, diante das ameaças da AIDS.

No aspecto físico, a alimentação saudável, exercícios e atividades esportivas, assistência psicológica de profissionais como psicólogos, psiquiatras são recomendáveis para um tratamento mais eficaz.

3.7. Prevenção

A prevenção, ainda é a melhor solução para que a doença não atinja mais pessoas. A primeira arma da prevenção é a informação.

No ato sexual, o indivíduo poderá se prevenir utilizando a camisinha, que deverá ser de qualidade e ser lubrificada, pois, a lubrificação diminui o atrito e impede que o preservativo rasgue é preciso também, analisar a data de validade e ter os devidos cuidados na hora de manuseá-las.

Nas doações de órgãos e transfusões de sangue, a maneira de se prevenir é fazendo uma triagem ou seleção. Os eventuais doadores, além disso, são obrigados a responderem questionários padronizados e específicos. Apesar de todas essas precauções, todo sangue doado estará sujeito às reações sorológicas anti-HIV, para se ter absoluta certeza de que ele não está contaminado.

Toda essa precaução no caso de transfusão de sangue, ocorrerá também com os espermatozoides, quando se tratar de casos de inseminação artificial.

Para controlar o contágio pelo uso compartilhado de seringas e agulhas por viciados em drogas injetáveis, as pessoas que não conseguirem abandonar o vício terão que utilizar seringas e agulhas descartáveis ou materiais de uso próprio, individual e exclusivo, devidamente esterilizados.

Quanto aos utensílios de manicures, pedicures, acunpunturistas e tatuadores, quando não forem descartáveis, é preciso certificar-se que eles passaram por processos de esterilização, já instrumentos cortantes (lâminas de barbear, por exemplo) não poderão ser compartilhados com ninguém.

No tocante à transmissão vertical, para a mulher infectada, engravidar significa um grande risco de transmissão de AIDS ao próprio filho, por isso que amamentá-lo nesse caso é contra-indicado. Mas, a gravidez pode ter ocorrido antes da contaminação, ou antes, que se tomasse conhecimento do fato, nesse caso, estudiosos tem sugerido que se realize o parto cesariano, para evitar que a contaminação se dê pelo contato com o sangue na passagem do bebê pelas vias naturais.

3.8. A AIDS e suas implicações na bioética

Como é cediço, a AIDS é uma doença incurável que vem atingindo grandes proporções. É um mal que vem se alastrando a cada dia, sem fazer distinções de raça, cor, religião ou condição social.

Estima-se que, no Brasil haja aproximadamente 600.000 portadores do vírus HIV mas, somente 200.000 estão cientes de suas condições.

Todavia, tão importante quanto conhecermos esta doença, seu histórico, seu conceito, seus modos de transmissão, prevenção, tratamento, sintomas, diagnóstico e estimativas, é sabermos também as implicações que a bioética tem sobre esta doença.

A bioética como veremos no próximo Capítulo nada mais é que, a chamada “ciência da sobrevivência”, ou seja, uma disciplina elaborada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do ser humano, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal.

Em outras palavras, num sentido mais amplo, seria ela uma resposta da ética às novas situações oriundas da ciência no âmbito da saúde, ocupando-se não só de problemas éticos, provocados pela tecnociências biomédicas e alusivos ao início e fim da vida humana, como também dos decorrentes da degradação do meio ambiente, da destruição do equilíbrio ecológico, do uso de armas químicas e na prevenção de novas condutas delituosas.

Em resumo, a bioética é uma disciplina que, como a AIDS vem se desenvolvendo. Ela é bastante utilizada nos dias atuais, a fim de regular as situações cotidianas na área da saúde, estando essas ligadas ao médico, paciente, familiares, amigos ou à sociedade em geral.

É a bioética que vai traçar o procedimento que o médico deverá seguir em relação ao portador e seus familiares principalmente, no que tange ao sigilo profissional; quanto a esterilização de um HIV positivo; quanto ao aborto e a gravidez de uma mulher infectada; quanto a postura do médico ante os doentes infectados; etc.

É notória, portanto, a importância da bioética principalmente, no que diz respeito à AIDS, pois, essa doença devido sua abrangência vem merecendo maiores cuidados, daí se explica o “papel” fundamental que a bioética vem exercendo nos últimos tempos e sua grande ligação com a AIDS.

O conceito de bioética, seus princípios básicos e os seus aspectos serão objetos de estudo do próximo Capítulo.

4. DA BIOÉTICA

4.1. Conceito

Definir bioética tem sido um desafio para muitos autores, a bioética vem na verdade refletir sobre as conseqüências que as ações de saúde tem sobre aqueles que estão sujeitos a elas, um exemplo é a pesquisa: a bioética quer saber se de fato, os seres humanos se beneficiarão de certas pesquisas ou de certos procedimentos que ainda, não foram testados e, se esses poderão ou não causar algum malefício.

O termo bioética foi empregado pela primeira vez pelo oncologista e biólogo norte americano Van Rensselder Potter da Universidade de Winsconsin em Madison em sua obra “Bioethics: bridge to the future”, publicada em 1971, num sentido ecológico, considerando-a “ciência da sobrevivência”. Para esse autor, a bioética seria uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humano, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal. A bioética, portanto, em sua origem, teria um compromisso com o equilíbrio e a preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta.

A bioética abrange a macrobioética, que trata de questões ecológicas, em busca da preservação da vida humana e a micróbioética, que cuida das relações entre médico e paciente, instituições de saúde públicas ou privadas e entre essas instituições e os profissionais da saúde.

A bioética seria, então, um conjunto de reflexões filosóficas e morais sobre a vida em geral e sobre as práticas médicas em particular, além disso, consistiria ainda, no estudo da moralidade da conduta humana na área das ciências da vida, procurando averiguar o que seria lícito ou científica e tecnicamente possível, surgindo com isso dilemas sociais.

Contudo, a bioética foi definida em 1978 pela Encyclopedia of bioethics como o “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto examinada à luz dos valores e princípios morais”. Mas, foi na

2ª edição, em 1995, deixando de fazer referência aos “valores e princípios morais”, que a bioética recebeu seu conceito definitivo que nada mais é que “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar”. Com isso, adaptou-se o pluralismo ético atual na área da bioética.

Portanto, é notória a importância da bioética, quer em sua definição, quer considerada como “ramo da filosofia moral que estuda as dimensões morais e sociais das técnicas resultantes do avanço do conhecimento nas ciências biológicas”. Como um de seus primeiros resultados, pode-se considerar a formulação dos “princípios da bioética” que será visto a seguir, onde tais princípios constituem ponto de partida obrigatório para qualquer discussão seja sobre eutanásia, transplante de órgãos, genoma humano, reprodução assistida ou até mesmo quanto a transmissão do vírus HIV, tema do presente trabalho.

4.2. Princípios bioéticos básicos

Os princípios da bioética decorreram da criação, pelo Congresso dos Estados Unidos, de uma Comissão Nacional encarregada de identificar os princípios éticos básicos que deveriam guiar as investigações em seres humanos pelas ciências do comportamento e pela Biomedicina.

Iniciados os trabalhos em 1974, quatro anos após publicou a referida Comissão, o chamado Informe Belmont, contendo três princípios: o da autonomia; o da beneficência e o da justiça. A esses três princípios Tom L. Beauchamp e James f. Childress acrescentaram outro, em sua obra publicada em 1979 que é o da não-maleficência.

Os princípios se subdividem em duas categorias, ou seja, os de caráter deontológicos que são os da não-maleficência e o da justiça; e os de caráter teológicos que são os da beneficência e o da autonomia.

O princípio da autonomia requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente ou de seu representante, levando em conta os seus valores morais e crenças religiosas. Aquele que tiver sua vontade reduzida deverá ser protegido. É desse princípio, que decorre a exigência do consentimento livre e

informado e a maneira de como tomar decisões de substituição quando a pessoa for incompetente ou incapaz de decidir por si mesma, isto é, quando a pessoa não tiver autonomia.

O princípio da beneficência requer o atendimento por parte do médico ou do geneticista aos mais importantes interesses das pessoas envolvidas nas práticas médicas ou biomédicas, para atingir seu bem estar, evitando sempre que possível, quaisquer danos. Esse princípio baseia-se na tradição de que o profissional da saúde, em particular o médico, só poderá usar o tratamento para o bem do enfermo e nunca para o mal. Portanto, duas são as regras dos atos de beneficência: não causar danos e maximizar os benefícios, minimizando os possíveis riscos.

O princípio da não-maleficência é um desdobramento da beneficência, por conter a obrigação de não acarretar dano intencional.

O princípio da justiça requer a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios, no que atina à prática médica pelos profissionais da saúde, pois, os iguais deverão ser tratados igualmente. Poderá ser postulado, através dos meios de comunicação, por terceiros ou instituições que defendam a vida ou por grupo de apoio à prevenção da AIDS, cujas atividades exerçam grande influência na opinião pública, para evitar que discriminações ocorram. Esse princípio, expressão da justiça distributiva, exige uma relação entre benefícios, riscos e encargos, proporcionados pelos serviços de saúde ao paciente.

Tais princípios mencionados, serão para a bioética, parâmetros para suas diretrizes e investigações.

4.3. Aspectos da bioética

4.3.1. Esterilização do HIV-positivo

Qualquer que seja o andamento da discussão que favoreça a esterilização humana, não existe nenhuma justificativa de ordem ética ou legal capaz de legitimar essa prática em pessoas portadoras de sorologia positiva para o HIV,

pois, qualquer forma de insinuação eugênica traz sempre os traços do constrangimento e marcas da intolerância.

Mais grave do que esterilizar um homem ou uma mulher soropositivos é invadir a intimidade de um ser humano, aviltando-o na sua dignidade e mutilando nas suas funções, com o único intuito de privar a sociedade das responsabilidades, da vigilância e dos cuidados, pelo fato de ser portador mais de um estigma do que de uma doença, demonstrando com isso, que o preconceito está cada vez mais freqüente em relação a esses indivíduos que estão expostos às crueldades de uma sociedade egoísta e hipócrita.

4.3.2. O aborto e a gravidez da mulher infectada pelo vírus HIV

Tanto a legislação penal brasileira, quanto o Código de Ética Médica em vigor, só admitem o aborto em duas hipóteses: para salvar a vida da gestante ou nos casos de gravidez resultante de estupro. Portanto, mesmo que exista o risco de contaminação ou de doença do feto, não se permite legalmente, nem se considera eticamente defensável a prática de aborto da mulher portadora do vírus HIV.

Por ser uma matéria sem uma resposta definitiva, no que diz respeito à influência da sorologia positiva no processo gestacional e da própria saúde do feto, a opinião é a de que não existe nenhum argumento ético, jurídico ou técnico capaz de fundamentar a interrupção de uma gravidez numa mulher soropositiva, a não ser que suas condições de saúde sejam agravadas pela gestação, que o perigo só cessará se interrompida a gravidez e que não haja outro meio de salvar-lhe a vida.

Mesmo que haja uma possibilidade de morte precoce, de sofrimento decorrente da doença, de riscos de contaminação do feto e de informações desestimuladoras, tudo isso não tem desanimado as mulheres HIV-positivas na sua decisão de engravidar. É ainda incerto o momento da contaminação, se durante a vida intra-uterina ou se no momento do parto, mas uma coisa é certa: a gravidez não melhora nem piora as condições imunológicas das gestantes.

O médico não poderá impedir a mulher infectada de engravidar e ter seu filho, se esse é o seu desejo, seja qual for o entendimento que se tenha a respeito da transmissão, as formas de infecção e dos mecanismos de contágio. Deverão ser oferecidos às gestantes todos os meios e recursos necessários e disponíveis para uma gravidez nestas condições, nenhum médico e nenhuma instituição de saúde poderão negar-lhes assistência, pois, isso é um ditame ético exigido a todos aqueles que professam a Medicina.

Devido ao avanço da Medicina, é possível atualmente se diagnosticar precocemente a infecção, permitindo à mulher utilizar-se de processos contraceptivos capazes de evitar uma gravidez em tal estado, ou como forma de orientação de cuidados prês e pós-natais, no propósito de reduzir ao máximo os riscos de contaminação do feto ou do recém-nascido, além dos procedimentos necessários ao infante eventualmente infectado.

Por fim, qualquer que seja a posição no sentido de que todas as gestantes façam ou não o teste sorológico ou apenas aquelas de comportamento de risco, dois fatos são imperativos: primeiro, que o teste seja voluntário e que diante de sua negativa, seja assegurado o acompanhamento pré-natal e do parto; segundo, que seja garantido o sigilo do resultado.

4.3.3. A infecção do HIV e o recém-nascido

Como foi visto, é possível diagnosticar precocemente a infecção, permitindo à mulher utilizar-se de processos contraceptivos capazes de evitar a gravidez em tal estado ou como forma de orientação de cuidados prês e pós-natais, no sentido de reduzir ao máximo o risco da contaminação do feto ou do recém-nascido, além dos procedimentos necessários ao infante eventualmente infectado.

Nesse caso também, o exame deverá ser facultativo, embora se deva registrar em prontuário a recusa da mãe gestante principalmente, se ela é do grupo chamado de procedimento de risco. O sigilo do resultado, torna-se-á da mesma maneira obrigatório.

4.3.4. A infecção pelo HIV e o paciente que vai morrer

Quanto ao paciente terminal, portador do vírus, a conduta médica deverá ser a mesma que se recomenda para todos os pacientes insalváveis, sejam eles portadores ou não.

Deste modo, não há como se permitir qualquer postura que não seja a da obrigação do médico em cuidar do paciente, utilizando-se dos recursos de manutenção da vida na sua fase terminal, independente da vontade dos familiares e, até mesmo, do próprio paciente nos chamados “testamentos em vida”, no qual o profissional não poderá se sujeitar à atitudes de confronto com sua consciência, com a norma e com seu Código de Ética.

4.3.5. O sigilo como instrumento social

A proteção da intimidade do paciente se dá por meio do reconhecimento daquilo que o Direito identifica como direito de resguardo e direito ao segredo, integrantes dos chamados direitos de personalidade, nos quais se incluem além desses já mencionados, os direitos à vida, à integridade física, às partes destacadas do corpo, ao cadáver, à honra, à identidade pessoal e à proteção autoral.

Na concepção de Paulo José da Costa Júnior:

Para solver determinados problemas, faz-se necessário socorrer-se de pessoas dotadas de determinada capacidade técnica, funcional ou voltadas a ministérios peculiares, às quais se confiam segredos da intimidade pessoal ou doméstica. Convertem-se assim o médico, o advogado, o sacerdote nos chamados confidentes necessários. Vias de consequência, ficarão eles vinculados ao dever de guardar segredo, honrando a função, ministérios, ofício ou profissão que exercem e correspondendo à confiança neles depositada.

Incumbe aos profissionais da saúde, guardar tudo aquilo que se acha incluído na esfera da intimidade do paciente e, que lhes chega ao conhecimento mediante observação clínica e os exames subsidiários; o paciente lhes entrega certas informações (ou lhes permite o acesso a elas), a fim de que possam

desempenhar suas atividades com diligência desejada. O objeto da proteção do sigilo profissional pertence ao paciente e não ao profissional da saúde. A base da confiança é que deverá reger a relação do profissional, é fundada nessa confiança que o paciente revelará ao médico aspecto de sua privacidade, essencial ao perfeito equacionamento do problema.

É devido a isso, que o médico não tem o direito de revelar a outrem aquilo que sabe a respeito de seu paciente, sob pena de comprometer a qualidade da relação profissional.

O sigilo profissional recebe proteção na norma penal no art. 154, punindo-se com pena privativa de liberdade ou multa aquele que revelar, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Assim, a preservação do sigilo é a regra, admitindo-se a quebra desse somente quando houver justa causa ou dever legal.

Os códigos de ética dos profissionais da área da saúde estabelecem para os infratores do sigilo, sanções de caráter administrativo, que variam de advertência reservada à cassação do registro profissional. Tais punições deverão ser proporcionais à gravidade da infração.

A perplexidade em que mergulham os profissionais da saúde com o advento da AIDS, atingidos pela sensação de impotência em face deste novo desafio, ensejou discussões acerca da suposta necessidade de afrouxamento das regras de proteção do sigilo profissional, sob a premissa de que não mais fazia sentido a guarda do sigilo diante da ameaça que a pandemia representava para a humanidade.

É importante salientar, porém, que não há motivos sejam eles de ordem técnica, científica, jurídica ou moral que autorize o tratamento da intimidade pessoal de modo diferente quando se está diante de paciente infectado pelo HIV.

Outras doenças infecciosas conhecidas há mais tempo e que tem analogia com a AIDS não teve a ruptura do instituto do segredo, portanto, com a AIDS não poderá ser diferente.

O sigilo profissional é regra em relação a pacientes infectados pelo HIV e não exceção, não seria justo com tais pacientes impor-lhes mais um sofrimento decorrente dos preconceitos e de sua progressiva marginalização.

Como foi dito anteriormente, o sigilo só poderá ser quebrado por justa causa ou dever legal, portanto, a justa causa consiste, sob o ponto de vista jurídico, num fator que retira o caráter de ilicitude da quebra do sigilo. Em outras palavras, havendo justa causa para o rompimento do sigilo, o profissional que o fizer não cometerá crime e não estará sujeito a indenizar por danos materiais ou morais decorrentes dessa ruptura. Portanto, quando houver justa causa, o dever do profissional será o rompimento do segredo.

É importante, porém, arrolar algumas hipóteses em que a justa causa poderá ocorrer:

1) Nos casos de notificação compulsória dos casos de AIDS aos órgãos responsáveis pelo controle epidemiológico da doença, com o objetivo de recolhimento de dados sobre a evolução da incidência e da prevalência da infecção, o que permitirá um planejamento para reduzir o impacto da pandemia e racionalizar os recursos para o tratamento adequado da doença. Quando houver conflito entre estes dois bens jurídicos, ou seja, bem-estar da sociedade e privacidade do paciente, e um deles que tiver que ser sacrificado em favor do outro, será preservado o de maior relevância, que beneficia um número indeterminado de pessoas. Ao comunicar à autoridade sanitária de um caso de notificação compulsória, estará o profissional agindo em estrito cumprimento do dever legal. A lei penal pune com pena privativa de liberdade e multa o médico que deixar de comunicar à autoridade pública uma doença cuja notificação seja compulsória (art. 269 CP).

2) Outra situação que os profissionais da saúde poderão se deparar, é quando o paciente se nega a revelar ao seu parceiro sexual, sua condição de infectado. Em tal situação, esgotados os meios para que esses pacientes ajam corretamente, será lícito que o profissional tome a iniciativa de fornecer tais informações aos parceiros sexuais daquele. Nesse caso o conflito se instala entre a proteção da saúde, até mesmo da vida, de uma pessoa e a proteção da intimidade da outra, inegavelmente a proteção da

vida de uma pessoa deverá preponderar sobre o outro bem em jogo. Quando isso ocorrer, o profissional da saúde estará agindo em legítima defesa de terceiro, excluindo a configuração do crime de violação de segredo profissional, já que representa a justa causa.

3) Solução idêntica será tomada quando se está diante de pacientes infectados pelo HIV que se recusam a informar sua condição às pessoas que com eles, eventualmente, compartilharão seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis. O profissional da saúde deverá orientar-se pela permanente expectativa de que a informação, nesses casos, poderá salvar a vida e a saúde de pessoas até então desavisadas.

Muitas vezes, parentes e amigos dos pacientes, movidos pela aflição, procuram o profissional da saúde em busca de informações relativas ao diagnóstico do paciente. Ainda que haja proximidade familiar e afetiva dessas pessoas, há que se ter em mente que a proteção da intimidade se estende às relações de parentesco e de estreita amizade, não se admitindo, porém, que o segredo seja rompido e o diagnóstico seja revelado pelo profissional da saúde, a não ser que o paciente consinta no fornecimento da informação pedida.

Cumpra salientar que, a morte do paciente não autoriza a divulgação pelo profissional da saúde, o diagnóstico de seu paciente, já que a proteção da imagem, da honra e da intimidade do paciente subsiste mesmo depois do seu desaparecimento. A preservação do sigilo deverá ser redobrada quando o paciente for figura de grande notoriedade.

Registre-se por fim, a necessidade de se preservar, no âmbito das empresas, as informações obtidas dos funcionários pelos profissionais do departamento de saúde. Não há justificativa para a realização indiscriminada de testes para a detecção de portadores do vírus HIV nas empresas; tampouco se admite que as informações que violem a intimidade dos empregados sejam fornecidas por profissionais da saúde a seus patrões, a esses são devidas, apenas, as informações acerca da aptidão ou não, temporária ou permanente, para o desempenho de determinada atividade, de funcionário submetido a exame pelo departamento de saúde. É também nas empresas, que o sigilo deverá ser respeitado pelo profissional da saúde e o paciente.

4.3.6. A inconveniência dos testes pré-admissionais

A solução de exames pré-admissionais, é uma das formas de preconceito mais evidentes. É uma condição, no qual o portador do vírus tem que se sujeitar para ingressar em um trabalho, na escola ou até mesmo em internamento hospitalar, pois, é através desses testes que os indivíduos sorologicamente positivos serão surpreendidos.

Na atual conjuntura, tal exame é desnecessário, não existindo qualquer justificativa técnica ou científica para tais exames. Quem realmente precisa saber sobre os resultados desses são os próprios indivíduos e as autoridades sanitárias que organizam suas campanhas e medem a extensão do problema.

Tais testes pré-admissionais são inconvenientes, humilhantes e contrários aos interesses sociais, pois, desagrega o indivíduo, “empurrando-o” para a marginalidade, pois, esse se vê sem possibilidades de trabalho, sem assistência médica e sem condições financeiras que auxiliem na sua sobrevivência.

É direito assegurado ao empregador, que esse admita quem ele quiser. No entanto, os exames pré-admissionais deverão ser feitos no sentido de proteger o trabalhador, possibilitando assim, que esse empregado soropositivo seja acompanhado por um médico e tenha um tratamento adequado. Porém, tal teste, em hipótese alguma, deverá ser utilizado como manobra vexatória e descabida, muitas vezes até fraudulenta, como no caso dos exames realizados sem o conhecimento prévio dos candidatos. O pedido de testes, simplesmente para flagrar um e outro portador do HIV, é imoral, constrangedor e atentatório à dignidade humana, pois, não atende aos interesses do trabalho e do trabalhador, mas, tão só, no sentido de discriminar esses soropositivos.

No que tange à posição dos médicos de empresas ou de juntas oficiais, todas as informações obtidas sobre este assunto deverão ser transmitidas apenas ao paciente. Qualquer informação sobre o empregado ao empregador limitar-se-á à aptidão ou à não aptidão do trabalhador e se temporária ou permanente para o desempenho de determinadas funções.

A realização de testes sorológicos por imposição do empregador, não encontra amparo técnico, científico ou moral, sendo este assunto do interesse da

autoridade sanitária. O poder público reconheceu seu equívoco, ao decidir, na Portaria Interministerial nº 869 de 11 de agosto de 1992, dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Administração, “proibir no âmbito do serviço público, a exigência de testes de detecção de vírus da imunodeficiência adquirida, tanto nos testes pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde”, considerando que a sorologia positiva não acarreta prejuízo da capacidade laborativa do seu portador, que o convívio social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco, que a solidariedade e o combate à discriminação são fórmulas de que a sociedade dispõe para minorar o problema e, que essas situações deverão ser conduzidas segundo os preceitos da ética e do sigilo.

O CFM (Conselho Federal de Medicina), por meio da Resolução nº 1359/92, determinou que será vedada a realização compulsória da sorologia para o HIV, em especial como condição necessária à internação hospitalar, pré-operatório ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

A identificação de pacientes HIV-positivos em internamento hospitalar, é uma estratégia sem muita sustentação moral e nenhuma argumentação técnica, pois, na urgência, onde os riscos seriam mais evidentes, não haveria tempo para esperar o resultado sorológico. Haveria ainda, o risco dos pacientes com viremia não serem atendidos e os sorologicamente negativos se negarem a realizar tais exames. Os pacientes, principalmente aqueles submetidos a procedimentos invasivos, teriam o direito de exigir, com muito mais razão, o teste dos médicos, por isso, deve-se exigir um cuidado na proteção de todos os profissionais de saúde, com enfoque para aqueles casos em que a contaminação sanguínea seja possível.

Mas, se mesmo assim, alguma instituição exigir a triagem sorológica dos pacientes não-emergenciais, será necessário que o referido exame seja voluntário e informado, que o paciente ao não aceitar o teste, possa ser tratado sem restrições, discriminações, e que o paciente positivo tenha a garantia do sigilo em relação ao resultado do exame e não sofra qualquer prejuízo na qualidade da assistência requerida.

4.3.7. O problema do menor infectado em estabelecimentos correccionais

Esse é um problema que de tão complexo traz algumas complicações, é o caso, por exemplo, do posicionamento a ser adotado pela equipe médica em face da solicitação de autoridade judicial ou administrativa sobre o fornecimento de dados relativos a menores infratores e detentos do sistema correccional, portadores do vírus HIV.

Há, no entanto, algumas providências que deverão ser tomadas:

1) O médico não deverá revelar às autoridades administrativas dos sistemas correccionais, a identidade dos menores infratores com sorologia positiva. Não justifica a quebra do sigilo pela suposta necessidade de adoção de medidas profiláticas, pois, de nada adiantaria tal identificação, quando se sabe não existir nenhum procedimento que possa trazer benefícios ou que respeite a dignidade do menor, aumentando, isto sim, os riscos de segregação e de hostilidade. O que deverá ser feito é melhorar as condições do atendimento nestas instituições, atualmente precárias e desumanas.

2) Acredita-se ser conveniente revelar o fato aos pais ou aos responsáveis legais do menor, pelo simples fato do menor não ter capacidade de avaliar seus problemas e utilizar os seus próprios meios para solucioná-los, como recomenda o art. 103 do Código de Ética Médica.

3) Por fim, entende-se ser necessária a revelação do segredo à equipe multidisciplinar, que trata também do menor, por considerar que a solução do problema não é de competência somente dos médicos mas também, de outros profissionais, os quais, estarão sujeitos à obrigatoriedade do sigilo.

4.3.8. A postura do médico infectado

Todas as informações quanto ao vírus HIV, dentre as quais: sintomas, transmissão, prevenção, não deverão ficar restritas à população, pois, tais informações deverão ser repassadas aos médicos e aos profissionais da saúde como um todo.

O médico infectado, como todos os pacientes, terá o direito à privacidade, ao sigilo e ao respeito que toda pessoa merece, não podendo também ser privado das atividades no convívio social e do trabalho mas, sempre devendo ser respeitadas as condições que seu estado de saúde permite e o tipo da atividade exercida.

Não se pode aceitar as recomendações do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC), a partir de possibilidades remotas de transmissão do HIV, quando trata dos profissionais de saúde infectados. Não há razões de ordem técnica ou moral para a realização sistemática e compulsória de sorologia anti-HIV em profissionais mais expostos, pois, em alguns casos o risco de contaminação é quase nulo.

Discute-se se há ou não possibilidade da comunicação aos pacientes sobre a condição sorológica dos médicos infectados, que possam envolver-se nos procedimentos invasivos (atos sujeitos a risco de contaminação por perfuração acidental percutânea do profissional, por meio de contato do seu sangue com tecidos do paciente). Alguns entendem que o médico deverá dizer ao paciente que é portador do HIV-positivo. Também não se vê a necessidade do impedimento do profissional liberal infectado de trabalhar normalmente em tarefas compatíveis com as suas condições de saúde e com a modalidade de trabalho exercido.

Recomenda-se que, o médico portador da sorologia positiva evite ou tome determinados cuidados em certos atos principalmente, invasivos ou na manipulação de instrumentos perfurante ou cortante capazes de passar sangue acidentalmente, para o paciente, mesmo tendo em conta a probabilidade mínima de contaminação nesses casos. O que não poderá é deixar o problema sem nenhum controle, pois, isso sim seria uma conduta irresponsável.

Em resumo, o médico infectado pelo HIV, como qualquer outra pessoa, deverá ter sua privacidade respeitada, não existindo a necessidade dele informar sobre sua situação. Todavia, em procedimentos invasivos, o médico que conhece seu estado sorológico positivo estará obrigado eticamente, a levar o fato ao conhecimento das equipes de suporte e orientação, como também, será dever dessas equipes informar o paciente sobre o possível risco de contaminação.

4.3.9. A postura do médico ante os doentes e infectados pelo HIV

Segundo a Resolução do CFM nº 1359 de 11 de novembro de 1992, diz que nenhum médico poderá recusar o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana, pois, essa assistência representa um imperativo moral da profissão médica. Esse atendimento há de ser extensivo a todas instituições de saúde, sejam elas públicas, privadas ou ditas filantrópicas.

É necessário que esse atendimento seja integral e compatível com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde e, por isso não se poderá aventar qualquer forma de desconhecimento ou falta de condições técnicas para recusar a assistência. Estas instituições deverão propiciar a todos os profissionais de saúde condições dignas para o exercício da profissão, inclusive os recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis. A garantia dessas condições de atendimento é de responsabilidade do Direito Técnico de cada estabelecimento de saúde.

4.3.10. O problema da transfusão de sangue

É assegurado o direito à transfusão de sangue para todos que dela necessitem para salvarem suas vidas ou para tratamentos de hemorragia aguda intensa. Para transfusão é necessária uma doação de sangue voluntária (CF, art.199, par. 4º), sob a direção de um médico hemoterapeuta cuidadoso, inclusive com material usado para a coleta, que deverá ser estéril e descartável. Todo material utilizado na transfusão deverá ser licenciado pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), através de sua Divisão de Medicamentos (DIMED).

O sangue coletado para finalidade terapêutica deverá ser submetido não só a testes pelo hemocentro, mas também a fracionamento, a fim de que se possa obter componentes, possibilitando que uma unidade doada seja utilizada por inúmeros pacientes. O sangue e seus componentes, deverão ser manipulados com cuidado para descartar os agentes infecciosos.

Além de todas essas providências, os órgãos executivos da atividade hemoterápica deverão ter um rigoroso programa de controle de qualidade do sangue, fazendo com que os bancos cumpram as normas do Ministério da Saúde e efetuem testes sorológicos para evitarem a transmissão da AIDS e exames de laboratório no sangue coletado para prevenirem a propagação de doenças transmissíveis por transfusão de sangue como sífilis, hepatite B, malária, mal de Chagas, etc.

É dever dos bancos de sangue e dos serviços de hemoterapia, proceder ao cadastramento dos doadores, que precisam ter entre 18 a 60 anos, excluindo-se, em regra, as gestantes, as puérperas com menos de 6 meses pós-parto e as mulheres em processo de aleitamento. A autoridade sanitária e o receptor da transfusão de sangue ou seus familiares deverão ter acesso aos dados constantes do cadastramento do doador de sangue transfundido ou a transfundir.

É preciso não olvidar que, no estágio atual do conhecimento humano o sangue a ser transfundido raramente será 100% seguro, porque os testes disponíveis na esfera não só nacional, mas mundial, não poderão levar à segurança absoluta da ausência de risco para o paciente, pois, com é sabido na comunidade científica, sempre haverá a possibilidade de existência da chamada janela imunológica, que se caracteriza pela produção de testes com resultados falsos negativos, já que os atualmente à disposição algumas vezes não são capazes de detectar a presença de doenças transmissíveis pelo sangue em alguns portadores saudáveis, o que poderá ocorrer, por exemplo, com certos portadores do vírus da AIDS, cujos testes poderão não detectar a presença do vírus transmissor da patologia.

Por isso haverá responsabilidade civil objetiva dos bancos de sangue e dos serviços de hemoterapia por danos causados pela:

- Utilização de sangue inadequado ou contaminado;
- Distribuição de sangue, seus componentes ou hemoderivados em condições impróprias;
- Omissão de testes sorológicos no sangue coletado para detecção de anticorpos do vírus da AIDS;

- Seleção de doadores sem prévia inscrição identificadora ou realização de triagem clínica e hematológica;
- Aceitação de doador sem condições clínicas ou hematológicas.

Haverá responsabilidade do Estado pela omissão do controle da higidez do sangue, pois, o Poder Público não deverá medir esforços para impedir a transmissão de moléstias pela transfusão de sangue contaminado. Tem esse dever legal e deverá ser responsabilizado por isso.

Um grande problema que norteia a transfusão de sangue é a crença religiosa, é cediço que esse é um direito fundamental reconhecido constitucionalmente ao indivíduo. A adesão do ser humano a uma religião revela não uma preferência pessoal e subjetiva, mas a crença numa realidade transcendente e superior a todas as outras. Tal adesão acarreta um conjunto de comportamentos rituais que estabelecem liames entre o homem e Deus e a obediência a normas cujas origens e sanções estão além de qualquer poder humano, modelando, por essa razão, o seu pensamento e a sua ação.

É direito de cada ser humano escolher livremente sua religião, prestando culto a Deus. Pela Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948, inciso XVIII:

Todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião. Esse direito inclui a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.

Se o homem, por ser autônomo, escolhe suas normas e valores, faz seus projetos, decide e age, a autonomia está ligada à liberdade individual, baseada na vontade, por isso, esta não poderá ser imposta a ninguém. A autonomia em saúde é o poder de decisão sobre a escolha do médico ou da medida terapêutica admitida em razão de credo ou não, após um consentimento esclarecido, ou seja, baseado em informações necessárias e inteligíveis e dadas por pacientes capazes, por parentes ou por terceiros indicados.

Esse consentimento esclarecido é uma decisão tomada voluntariamente, sem restrições internas ou externas, diante de todas as informações prestadas

sobre o caso. Exigir tal consenso é promover a autonomia do indivíduo na tomada de decisões com relação a assuntos de saúde e tratamento médico.

O Código de Ética Médica de 1988, no artigo 48, reconhece o direito do paciente decidir livremente sobre sua pessoa, ao vedar ao médico o exercício de sua autoridade de modo a limitá-lo, assim como no artigo 56, proíbe-o de desrespeitar o direito daquele que decidir livremente sobre a execução de práticas terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

No entanto, há casos que os direitos se confrontam (direito à religião X direito à vida), nesses casos há religiões, por exemplo, “Testemunha de Jeová” que, ao invés de optarem pela transfusão, optam por um tratamento diferenciado. Porém, o problema existe quando, a única maneira de salvar a vida do paciente é a transfusão.

Em regra, a transfusão de sangue e hemoderivados revestem-se de caráter de urgência, não podendo ser precedida de tratamento alternativo, nem de formalismos. Se houver urgência, para aplicar o tratamento de eritropoietina ao invés de transfusão numa testemunha de Jeová, o paciente, desde que adulto e capaz, determinará o tratamento de saúde e nomeará alguém que tome essa decisão, numa futura incapacidade sua de fazê-lo, assinando um documento.

5. A AIDS E O DIREITO

É cediço que a AIDS é uma doença que vem atingindo grandes proporções, mas tão importante quanto a isso, é saber suas conseqüências na área do Direito, ou seja, os conflitos jurídicos surgidos em relação à AIDS.

O Direito tem importante função a desempenhar, qual seja, a de defender os direitos básicos dos doentes de AIDS e portadores do vírus HIV, como também dos não portadores.

O homem pode e deve viver harmoniosamente, bastando para isso, a possibilidade de que se aproprie de seus direitos fundamentais, de sua cidadania. Mas para que isso aconteça, é necessário que se compreenda que a AIDS é apenas uma doença causada por um vírus, afastando com isso os “fantasmas” e verificando que o doente poderá ser qualquer um, indistintamente. É necessário encarar a AIDS como uma doença e não um castigo, devendo ser tratada e não temida.

O Direito aqui atua para proteger os doentes, principalmente da ignorância que norteia nossa sociedade. O portador do vírus é uma pessoa comum e deverá ter seus direitos protegidos por lei, por exemplo, direito de ir e vir, à privacidade, à educação, ao desporto, ao trabalho, à assistência social e ambulatorial, etc. Além desses direitos, o portador do vírus também terá deveres a serem cumpridos.

Não há dúvidas de que esta relação entre a AIDS e o Direito existe, e esse por sua vez, deverá assumir posições no sentido de enfrentar eventuais problemas suscitados pela doença.

É de se destacar que, no que se refere a AIDS, não existe expectativa de que o Direito seja responsável ou possa ser responsabilizado por responder às diversas questões suscitadas, apontando invariavelmente respostas.

Na concepção de Miriam Ventura da Silva:

Apesar de reconhecermos que a via judicial por si só não é suficiente nem cem por cento eficiente para a solução desse grave problema social e de saúde pública, consideramos que é ainda um

instrumento de pressão, capaz de atender minimamente a quem nos procura.

Uma das questões jurídicas suscitadas pela AIDS e que vem trazendo grandes problemas é quanto à transmissão dolosa, cuja dificuldade estará em punir quem, sabendo ser portador do vírus, dolosamente, transmite-o a outrem.

Trata-se nesse caso, de uma questão subjetiva, onde o Direito apesar de ser um grande instrumento a ser utilizado, não consegue atingir o consciente humano, a saber, se a pessoa agiu com dolo ou não. Conclui-se, portanto, que o Direito é sim, um grande instrumento a ser utilizado nas questões suscitadas pela AIDS mas que, infelizmente, em alguns casos, não é totalmente eficiente.

A solução que se poderá chegar nesse caso, é a de que todo portador do vírus deverá ser tratado como uma pessoa comum, dotada de direitos e deveres, tendo seus direitos assegurados, mas também sendo punida quando houver necessidade, surgindo com isso a grande relação entre AIDS e o Direito.

6. DOS ASPECTOS PENAIS

A bioética é uma disciplina que nos últimos tempos vem conquistando seu espaço. Ela é quem regula as situações da vida e do ser humano.

Tão grande é o seu crescimento, que ela não está só relacionada com a AIDS, ela é uma resposta da ética às novas situações oriundas seja de qual área for.

Graças a esse desenvolvimento que, acreditamos na reformulação do Código Penal, pois, a bioética servirá de base para que um novo Código seja elaborado, um ordenamento sem falhas, ao contrário do Código vigente enfim, um ordenamento com artigos eficazes e atuais.

Daí o grande motivo do presente trabalho, ou seja, demonstrar que a Bioética e o Direito se relacionam entre si.

Nos aspectos da bioética demonstramos situações cotidianas relacionadas à AIDS. Já nos aspectos penais, pretendemos demonstrar o posicionamento jurídico-penal (Capítulo 8) e o enquadramento jurídico-penal da AIDS (Capítulo 9), ou seja, onde os casos de transmissão se encaixam visto que, inexistente um artigo próprio que regule tal doença.

É devido a essa ausência de dispositivo que, torna-se difícil a punição do portador, no entanto, sua conduta não poderá ficar impune, devendo o portador responder por seus atos visto que, além de direitos, é sujeito também de deveres. A dificuldade de punição será estudada no Capítulo 10.

Por fim, tanto no Capítulo “Da bioética” anteriormente analisado, quanto nesses próximos Capítulos, deixamos claro que, não pretendemos exaurir o tema, até porque tal atitude requer pesquisa mais aprofundada, como também um lapso temporal mais amplo. No entanto, o que desejamos é demonstrar alguns aspectos para que se possa formar uma opinião e alertar que tal assunto deverá ser incansavelmente discutido, haja vista sua gravidade e o seu desenvolvimento.

7. DO POSICIONAMENTO JURÍDICO PENAL BRASILEIRO QUANTO A TRANSMISSÃO DA AIDS

7.1. Tipicidade

Para que um fato seja considerado crime, torna-se necessário que estejam presentes alguns requisitos:

- a) Fato típico: é aquele cometido pelo agente que deverá estar previsto na lei penal;
- b) Antijuridicidade: o fato cometido deverá ser ilícito, ou seja, contrário ao ordenamento jurídico.

Quanto a culpabilidade, alguns autores entendem que seria um terceiro requisito, no entanto, para o Direito Penal pátrio, a culpabilidade é apenas um requisito de imposição de pena.

O artigo 1º do Código Penal reza que: “Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal”. Nesse artigo, estão presentes dois princípios: na primeira parte, o princípio da legalidade, e na segunda parte, o princípio da anterioridade.

O princípio da legalidade aplicado ao crime de transmissão da AIDS talvez não encontre respaldo visto que, o Código Penal parece que em nenhum momento se refere a tal fato típico cometido pelo agente. Muitos menos ainda, ao princípio da anterioridade, pois, se ainda não existe o crime, muito menos existiria a sua pena.

Ao analisar os artigos do Código Penal, percebe-se que o crime de transmissão da AIDS não está esculpido em nenhum dispositivo do mesmo, haja vista que, à época de sua concepção, não haviam notícias nem ao menos especulações que moléstia de tal gravidade apareceria e necessitaria de amparo jurídico. Para solucionar as questões suscitadas pela AIDS, existem entendimentos doutrinários e jurisprudenciais para apenar os agentes infratores, para isso, é necessário a utilização da analogia, dos costumes e dos princípios gerais do direito.

É cediço que o ordenamento jurídico, visando estabelecer a ordem na convivência social, terá que abranger a vida em todas as suas variações e vicissitudes, chegando-se à conclusão de que o ordenamento terá que se completar e renovar constantemente. Para tanto, o ordenamento jurídico brasileiro optou pela utilização do processo de integração, ou seja, recorreu à analogia e aos princípios gerais do próprio ordenamento.

Segundo Clóvis Bevilacqua (1976):

A analogia é a operação lógica, em virtude da qual, o intérprete estende o dispositivo da lei a casos por ele não previstos. Do mesmo Clóvis, ainda a descrição seguinte: A analogia é a operação lógica, pela qual o aplicador da lei remonta aos princípios de que ela emana para, por via de consequência, estender-lhe o império a casos semelhantes aos que a lei regula. Há aí, embora limitada, uma revelação do direito latente ou uma cristalização das forças jurídicas que a inteligência do aplicador ergue à tona da vida social corrente.

Em face disso, os juízes tem julgado os casos de transmissão da AIDS com evento morte como homicídio consumado ou tentado. Os especialistas são unânimes ao afirmar que, havendo a intenção, a vontade de matar, ou seja, presente o elemento subjetivo do agente, por meio da transmissão da AIDS, ficará tipificado o crime de homicídio ou de tentativa de homicídio, se a transmissão não ocorrer.

Nos casos em que a intenção não é a de matar, o Código Penal tipifica em seus artigos 130 e 131, respectivamente, os crimes de “perigo de contágio venéreo” e de “perigo de contágio de moléstia grave”. Contudo, a AIDS não é considerada uma doença venérea, porque poderá ser transmitida também por outras vias que não a sexual, sendo o artigo 130, de difícil aplicação para o caso.

7.2. Consentimento do ofendido

É cediço, que a AIDS é moléstia grave e que até o atual estágio da Medicina não se tem prognóstico de cura e isso, certamente levará a vítima ao óbito em decorrência do aparecimento de infecções oportunistas que o organismo

atingido não conseguirá se proteger. Devido a isso, tal consentimento torna-se inaceitável, não podendo o ofendido dispor do bem mais precioso que tem: a vida.

Ao se punir o transmissor da AIDS, o que se pretende proteger é a vida humana que, no entender de Luis Regis Prado (2002): “pode ser compreendido de um ponto de vista estritamente físico-biológico ou sob uma perspectiva valorativa”.

A vida humana deverá ser protegida sem restrições ou distinções, protegesse a vida humana de quem quer que seja, independentemente da raça, sexo, idade ou condição social.

É notório que a vida humana é o mais importante bem jurídico protegido, sendo imperativo de ordem constitucional previsto no artigo 5º, caput da Constituição Federal.

Quanto ao consentimento, esse somente exclui a ilicitude da conduta, quando o titular do bem poderá livremente dele dispor. Logo, poucos são os delitos que comportam o consentimento justificante.

Juarez Tavares (1969, p.261) salienta:

Entre os bens particulares renunciáveis, que podem, portanto, sujeitar-se à sua atuação, há quase unanimidade em mencionar-se a honra, a liberdade pessoal, a integridade corporal, assim como todos os bens jurídicos patrimoniais. Quanto à vida, essa é evidentemente irrenunciável. O consentimento quanto ao homicídio poderá atenuar a culpabilidade mas, jamais refletir-se na caracterização do injusto.

Contudo, não terá relevância o consentimento do ofendido para excluir a antijuridicidade do crime, uma vez que esse não poderá dispor do mais valioso bem jurídico que possui, a vida, podendo, máxime, atenuar sua culpabilidade.

O agente transmissor não poderá ficar impune, todavia, surge o problema de enquadrar sua conduta no ordenamento jurídico penal existente, que será matéria de estudo no capítulo “Da dificuldade de punição”.

8. DO ENQUADRAMENTO JURÍDICO–PENAL DA AIDS

O enquadramento jurídico–penal da AIDS, é um tema que vem acarretando incontestáveis dúvidas. A tentativa de responder as indagações que vem sendo suscitadas acerca do fato é uma tarefa árdua que exigirão breves porém, essenciais digressões pela teoria do Direito Penal.

Ocorre que, o Código Penal foi criado segundo as necessidades de sua época, estando em perfeita harmonia, pois, seus artigos eram eficientes para resolver os problemas daquele tempo. No entanto, com as constantes evoluções, tais dispositivos do referido ordenamento tornaram-se atualmente ineficazes caindo em desuso.

A partir daí, o que surge, é a necessidade de revogarem-se vários dispositivos e criar outros ou adaptá-los em conformidade com as mudanças ocorridas no tempo.

Ao ser criado o Código Penal, não haviam notícias ou especulações de que uma doença de tal gravidade surgiria. É devido a isso, que não existe qualquer dispositivo que cuida especificamente deste assunto, muito menos um dispositivo que pune o transmissor do vírus HIV.

Ante a essa inexistência de dispositivo para tal doença, o que se utiliza atualmente para resolver questões suscitadas pela AIDS são doutrinas, jurisprudências esparsas no sentido de adequar e inserir estes casos nos crimes já existentes que são: crime de perigo de contágio venéreo (art.130 CP); perigo de contágio de moléstia grave (art.131CP); lesão corporal (art.129 CP); homicídio (art.121CP); epidemia (art.267CP); infração de medida sanitária (art.268CP). Vejamos caso a caso.

8.1. Crime de perigo de contágio venéreo

O delito de perigo de contágio venéreo, consoante sua descrição típica, é um crime formal, ou seja, o tipo penal prevê uma conduta típica (“expor a contágio de moléstia venérea”). Todavia, a consumação do delito não dependerá da

ocorrência da consequência penal (efetiva consumação), aqui bastará a prática do ato capaz de produzir a transmissão para que o delito esteja consumado.

Tanto as relações sexuais ou atos libidinosos, praticados com culpa ou dolo eventual são atos hábeis a transmitir a moléstia, sendo tipificado no artigo 130, caput do Código Penal, crime de perigo caso a doença não seja transmitida.

No entanto, se o transmissor agiu com dolo eventual e transmitiu a doença, esse responderá por tentativa de homicídio. Se agiu com culpa, responderá por lesões corporais culposas mas, caso sobrevenha a morte, responderá por homicídio culposo, tudo em concurso formal com o delito do artigo 130, caput do Código Penal.

O crime do artigo 130 do Código Penal tem duas modalidades: “de dever saber” e de “que sabe”. Encaixa-se na primeira modalidade àquele portador que agiu com culpa e, na segunda modalidade àquele que agiu com dolo eventual, pois, suspeitou estar contaminado mas, não se importando com isso assumiu o risco de contaminação.

Restaria a hipótese de praticar ato não sexual, em sentido amplo, capaz de produzir o contágio, por via de culpa (em sentido estrito) ou dolo eventual. Nesse caso, não caberá tipificação, quer no artigo 130, quer no artigo 131, ficando atípica e impunível a ação. Essas hipóteses ficaram sem proteção legal, no que pertine à defesa do bem jurídico na esfera antecedente do crime de mero perigo. Tão somente na espécie da ação por via de dolo eventual, poder-se-ia argumentar na subsunção ao artigo 132, periclitación da vida ou da saúde, caso se identificasse alguém diretamente relacionado com a conduta perigosa do contaminado.

Se houver contaminação, se por dolo eventual, haverá tentativa de homicídio, pois, a AIDS é mortal e, consumado o delito, se sobrevier a morte da vítima. No caso de culpa em estrito senso, haverá lesão corporal culposa ou homicídio culposo, se sobrevier a morte da vítima.

Trata-se o artigo 130 de um crime de perigo, onde bastará a exposição de moléstia venérea para que o mesmo se perfaça. Há aqui a punição do perigo, pois, esse criará condições propícias para surgir o dano efetivo contra a saúde de outrem.

Na concepção de José Frederico Marques (1999, p.309):

Ao contrário do que sucede em algumas legislações, - prescindiu o Código Penal pátrio do efetivo contágio para a configuração do crime. O núcleo do tipo, constante do verbo *expor*, é disso testemunha irrefragável. Desse modo, basta que a pessoa afetada por enfermidade venérea, exponha alguém ao contágio, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, para que exista a conduta a *parte objecti* da figura típica.

Todavia, segundo especialistas, a AIDS não é propriamente uma “moléstia venérea”, pelo simples fato de que ela poderá ser transmitida por outras formas além das condutas de cunho sexual. É devido a isso, que alguns autores entendem que o enquadramento no artigo 130 estaria ruído em face de um aspecto não jurídico visto que, a norma do artigo 130 é uma norma penal em branco no que se refere ao termo “doença venérea”, que é aquela transmitida por meio de atividade sexual.

Nesse sentido Thiago Colnago Cabral (2002, p. 63) dispõe:

Com efeito, a transmissão dolosa do vírus HIV não configura o delito de perigo de contágio venéreo pelo simples fato de a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida não constituir moléstia venérea, tendo em vista sua transmissibilidade de variadas maneiras, diversas da sexual, v.g., a transmissão vertical ocorrida entre mãe e recém-nascido.

Divide o mesmo entendimento o doutrinador Luis Regis Prado (2002, p. 145):

A AIDS não é moléstia venérea, ainda que passível de contágio através de relações sexuais ou de outros atos libidinosos. A prática de ato capaz de transmiti-la poderá configurar, segundo o propósito do agente, o delito insculpido no artigo 131 (perigo de contágio de moléstia grave), lesão corporal grave ou homicídio, se caracterizando o contágio.

Portanto, para resolver a questão de qual dispositivo aplicar, segundo esses autores, é só analisar da seguinte forma: as doenças venéreas que integram a noção de moléstia grave, sendo que a transmissão de qualquer outra

moléstia que não seja AIDS, configura-se o delito do artigo 130 do Código Penal se o meio que ocasiona o perigo é de cunho sexual e, se o agente pratica conduta não sexual, com o fim de transmitir a moléstia venérea a outrem, esse está incurso no artigo 131 do mesmo Codex.

Nesse sentido, Luiz Regis Prado (2002, p.145):

Se o contágio se efetua indiretamente, ou por meio extra-sexual (v.g. aperto de mão, utilização de objetos contaminados ,etc.), configura-se, eventualmente, o delito previsto no artigo 131 do Código Penal. No entanto, para que se configure o artigo 130 faz-se necessário a existência do contato corporal, direto e imediato, entre o agente e a vítima (delito de forma vinculada).

Merece especial cuidado a transmissão através da via sexual posto que, a AIDS poderá ser transmitida tanto pela via sexual ou por outros meios.

Dentro da modalidade do artigo 130 estariam as prostitutas, homossexuais, travestis que conscientes de suas contaminações são atualmente os maiores transmissores do vírus HIV.

8.2. Crime de Perigo de Contágio de Moléstia Grave

Conforme se depreende de sua previsão típica, o citado delito é um exemplo clássico de crime formal visto que, especificará a conduta punível, prevendo seu resultado naturalístico, entretanto, não o exigindo para a sua consumação. Esse artigo contém forma subjetiva, exigindo-se dolo direto.

A ação punível é praticar, ou seja, realizar ato capaz de transmitir moléstia grave, podendo o agente praticar qualquer meio idôneo para a prática do crime, pois, o texto legal não faz qualquer restrição, ao contrário do artigo 130, que só poderá ocorrer através de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso.

Os meios para o contágio de moléstia grave poderão ser diretos (decorrem do contato físico do agente com a vítima, ex: aperto de mão, abraço, beijo não-lascivo, aleitamento,etc.) e indiretos (decorrem da utilização de objetos, utensílios, alimentos, bebidas ou qualquer outro instrumento).

Consideram-se moléstias graves e contagiosas aquelas que afetam seriamente a saúde, perturbando o funcionamento do organismo, são elas: a AIDS, varíola, tuberculose, cólera, lepra, tifo, independentemente de constarem no Regulamento do Ministério da Saúde.

Segundo Alberto Silva Franco (1997, p. 2188):

Só interessam, porém, a este dispositivo da lei penal, as moléstias graves transmissíveis por contágio (as moléstias venéreas, a tuberculose, a lepra, a febre amarela, o tifo, a AIDS, etc.). Não se cogita das moléstias graves não transmissíveis por contágio (câncer, etc.), nem as transmissíveis por herança (epilepsia essencial, esquizofrenia processual, debilidade mental, etc.).

No entanto, alguns doutrinadores entendem não ser cabível o artigo 131 para o caso de transmissão do vírus visto que, o contágio deverá ser concreto e não abstrato, de modo que ele precisará ficar efetivamente demonstrado.

O doutrinador Damásio E. de Jesus (1983, p. 173) ensina que:

Se houver a intenção do indivíduo matar a vítima por intermédio da transmissão da doença, responderá por tentativa de homicídio. Se o indivíduo, não praticando o fato em dolo de homicídio, praticar o ato tendente a contágio, vindo a vítima a falecer em consequência da contaminação, responderá por lesão corporal seguida de morte (art. 129, par.3ºCP)

Nos presídios, os detentos portadores do vírus HIV, com o fim de transmitir a AIDS, se auto lesionam e, com o sangue contaminado, tentam disseminar o vírus entre os demais detentos. Visto que, essa conduta é apta para a propagação da moléstia grave, estaria incurso no delito do artigo 131.

A propósito, saliente-se que, no caso da ama-de-leite, se ela age, com a intenção de transmitir a moléstia grave de que está contaminada, responderá pelo delito do art. 131 do CP; todavia, se embora conhecendo a gravidade da doença, não atuar com o fim de transmiti-la à criança, incorrerá nas penas do art. 132 do mesmo diploma, se dolosamente expôs a vida ou a saúde daquela a perigo direto e iminente. Se a doença é transmitida pela criança à ama-de-leite, responderão os pais daquela pelo delito inculcado no art. 132, se criaram as situações de

perigo, expondo dolosamente a vida ou a saúde do nutriz a perigo direto e iminente. No entanto, não poderão os pais serem responsabilizados pela prática do crime do art. 131 visto que, não são eles os portadores da moléstia grave.

Dentro da modalidade do artigo 131 estariam os viciados de tóxicos que, conscientes de sua condição, compartilham agulhas e seringas com outras pessoas.

8.3. Demais crimes do Código Penal

Além desses dois casos supra mencionados, a transmissão da AIDS se encaixa em outros casos, vejamos:

a) no crime de lesões corporais, mais precisamente no par. 2º, inc.II (lesão corporal gravíssima por enfermidade incurável) e no par. 3º (lesão corporal seguida de morte);

b) na enfermidade incurável que, apesar de não constar no Código Penal, é classificada na doutrina e na jurisprudência como lesão corporal de natureza gravíssima (art.129, par. 2º, inc.II do CP), já que a AIDS para a Medicina é considerada uma enfermidade de cura improvável (lesão irreparável);

c) no crime de lesão corporal seguida de morte (art. 129, par. 2º, inc.II do CP), também conhecida como homicídio preterdoloso, ou seja, quando há dolo nas lesões e culpa no evento morte. Se o resultado morte for imprevisível ou decorrente de caso fortuito, o sujeito responderá somente pelas lesões corporais; se houver dolo eventual quanto ao resultado mais grave, o crime será de homicídio. É difícil vislumbrar essa figura típica em sede de transmissão da AIDS posto que, sua caracterização dependerá de sua intenção subjetiva, o que é quase impossível se saber se o transmissor somente queria lesionar a vítima ou matá-la através da transmissão do vírus;

d) no crime de homicídio (art. 121 do CP) tanto na forma tentada como consumada. A questão que aqui se argumenta, é a de que a AIDS seria meio insidioso ou cruel. Acredita-se que a transmissão da AIDS é um meio

cruel, haja vista que, tal doença é fatal e que trará sofrimento à vítima, onde com a transmissão o agente revela um sadismo fora do comum, contrastando com os sentimentos de dignidade, humanidade e piedade. A tentativa ocorrerá quando o agente tiver a intenção de matar, mas ocorrendo algum motivo alheio à sua vontade a transmissão não vier a se consumir.

No que se refere à responsabilidade de quem deseja transmitir o vírus com o propósito de praticar o crime (homicídio ou tentativa), é preciso ter em conta, além dos requisitos essenciais de cada figura criminosa, a demonstração indene de culpa, do nexo de causalidade entre o modus agendi e o resultado;

e) no crime de epidemia (art.267 CP), apesar de haverem discussões se a transmissão do vírus HIV enseja ou não esse crime, Damásio E. de Jesus (1999) entende que: “causar epidemia significa provocar doença que surge rápida num local e acomete, sucessiva e simultaneamente numerosas pessoas”. Portanto, para autores como ele, a transmissão do vírus ensejará o crime de epidemia, pois, o vírus HIV é um microorganismo e sua disseminação é apta a causar epidemia.

Nesse crime, o elemento subjetivo do tipo é o dolo, bastando que o agente queira causar a epidemia ou assuma o risco de tal resultado, esse delito se consumará com a ocorrência da epidemia. Aqui também deverá ser verificado o nexo de causalidade entre o resultado epidêmico e a conduta do agente;

f) na infração de medida sanitária preventiva (art. 268 CP), é possível vislumbrar a caracterização desse delito em face de ato praticado por agente que, descumprindo especial dever imposto por determinação do Poder Público, transmita a AIDS a outrem.

Os profissionais da área da saúde terão a pena aumentada de um terço se descumprirem dever que lhe caibam em razão do cargo ou profissão exercidos.

Diante do exposto, pode-se perceber que há atualmente grandes dificuldades em qual dispositivo aplicar no caso de transmissão da AIDS, haja

vista as posições doutrinárias divergentes, ou seja, enquanto uns entendem ser cabível o artigo 130 do CP, outros entendem ao contrário e, o mesmo ocorre em relação ao artigo 131 do mesmo diploma.

Cumpra salientar que, toda essa dificuldade ocorre graças a ausência de um dispositivo específico para regular as situações provenientes dessa doença.

No entanto, o artigo 131 parece ser o que mais se encaixa ao fato, pois, esse dispositivo protege tanto a vida como a saúde de qualquer pessoa. A ação incriminada consiste, em praticar ato capaz de transmitir o contágio de moléstia grave de que o agente está contaminado.

Um fator de grande importância, que nos leva a crer que o artigo 131 é o que melhor se encaixa no caso da transmissão do vírus é o de que esse artigo não faz restrições, isto é, tanto o contágio de moléstia venérea, tuberculose, lepra, tifo, febre amarela, AIDS, etc, configuram o delito do artigo 131. O contrário se observa porém, no artigo 130, onde somente estará configurado esse delito, se ocorrer o contágio através de relações sexuais ou atos libidinosos, não sendo aceito qualquer outro meio de transmissão.

Além disso, os representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS) disseram que nos próximos 10 anos haverá no mundo mais de cem milhões de pessoas portadoras do vírus da moléstia, resta indubitável que, a AIDS é uma moléstia grave, segundo conceito já dado pela Medicina internacional. Além de moléstia grave, a AIDS é também contagiosa, estando mais uma vez demonstrado que o artigo 131 é o que melhor se encaixa nas situações suscitadas pelo vírus.

Como se observa e mostra o bom senso, o que serve para separar, no campo penal, a prática de lícito da prática do ilícito, está precisamente, na finalidade de transmitir a outrem moléstia de que se encontra contaminado, ato capaz de produzir contágio, pois, a qual toda atividade humana corresponde um mínimo de risco, próprio e natural, que é penalmente indiferente. Além disso, o contágio de moléstia grave que o artigo 131 pune, deverá ser concreto e não abstrato, de modo que ele precisará ficar efetivamente demonstrado.

Sob o aspecto subjetivo, a figura definida no artigo 131, exige o dolo de dano, não sendo suficiente o dolo de perigo, quer em sua forma direta, quer na

eventual, ou seja, é necessário que o autor deseje causar dano a alguém, ou assuma o risco de produzir esse dano (FRAGOSO apud FRANCO).

Portanto, basta tão só, que ele queira, para a sua contaminação, a efetiva lesão do objeto material capaz de transmitir o mal, e assuma com seu comportamento comissivo, o risco de transmitir a moléstia.

Com o dolo de dano e não de perigo, a conduta encontrará respaldo nos crimes de homicídio doloso ou lesão corporal dolosa.

Consuma-se o delito do artigo 131, com a prática do ato capaz de produzir o contágio (DAMÁSIO apud FRANCO).

Em nome da vida e da saúde de milhões de seres humanos que, no futuro próximo poderão ser estatisticamente infelizes vítimas de muitos evitáveis vírus da AIDS, é necessário que se chame, para o artigo 131 do CP, a atenção dos responsáveis pela sua aplicação.

9. DA DIFICULDADE DE PUNIÇÃO

Com a contaminação, o portador vive um tempo de angústia e aflição entre idas e vindas ao médico, hospitalizações e voltas para casa, isto é, vive na expectativa de quanto tempo de vida ainda terá.

Com isso, torna-se perfeitamente normal o sentimento de revolta que o portador passará a ter, ao tomar conhecimento de que foi contaminado por um vírus terrível que, certamente, o conduzirá à morte. No entanto, é nesse período que o portador estará sujeito ao maior número de infrações penais, passando a manter relações sexuais sem as devidas precauções, compartilhando agulhas ou praticando outros meios capazes de transmitir o vírus.

Não se poderá deixar essas condutas impunes alegando-se, que tais atitudes foram cometidas por revolta. Deverá se punir severamente àquele portador que, com culpa ou dolo transmite o vírus a outrem. Há no entanto, dificuldade ao se punir visto que, tal atitude engloba o consciente (elemento subjetivo) do portador, sendo difícil saber se ele está ou não contaminado (se ele omitiu essa informação) ou se ele agiu com culpa ou dolo.

Muitas vezes, o portador omite o fato por medo do preconceito, seja da família, seja da sociedade. Entendem alguns autores, que a revelação dessa condição, abre caminho para a “delação e discriminação” do doente-vítima.

No que tange a aplicação da pena para os transmissores da AIDS, alguns estudiosos entendem que essa seria inviável, eis que o normal transcurso da ação penal e a doença do transmissor se agravando, certamente, antes mesmo, ou com o advento da pena definitiva, estaria o condenado morto ou prestes a morrer, o que extingiria a punibilidade e tornaria vã a prevenção geral legislativa penal e toda a persecução penal.

No entanto, é necessário lembrar que, devido ao avanço da tecnologia e ao descobrimento de medicamentos eficazes no tratamento das infecções oportunistas que agem sobre o HIV, o portador do vírus tem tido o seu tempo de vida aumentado, vivendo durante anos, mesmo sendo portador.

É devido a isso, que não merece crédito a previsão dos estudiosos acerca da inviabilidade da pena, pois, seria injusto que aquele que consciente de sua condição e com ânimo de lesionar ou até matar através da transmissão do vírus, fique impune.

Conclui-se portanto, que apesar de tal crime não ter um dispositivo penal próprio e de existirem grandes dificuldades em punir o transmissor, esse não deverá ficar impune, devendo responder pelos seus atos como qualquer pessoa normal visto que, deverá ser tratado como tal.

10. CONCLUSÕES

Com o grande desenvolvimento da AIDS, torna-se cada vez mais necessário examiná-la, discuti-la e respeitá-la, não a encarando como um “fantasma” mas sim, tentando encontrar soluções para os grandes problemas que ela vem causando e acabando com todas e quaisquer discriminações.

No entanto, para que toda essa luta não se torne em vão, devemos analisar a doença num todo, isto é, seu histórico, seu conceito, sintomas, modos de prevenção, tratamento, diagnóstico, ou seja, não medir esforços para que as mudanças comecem a serem realizadas.

Mas somente isso não é necessário, é preciso que sejam analisados os ordenamentos como também, as várias áreas da ciência.

Na presente monografia, vimos os aspectos da bioética, que é uma área da ciência que está se desenvolvendo, ganhando seu espaço e, graças a ela que problemas sociais do ser humano, por exemplo, a AIDS, estão sendo solucionados.

Tão notório e importante é o papel da bioética que, acreditamos que ela será a grande causa das transformações dos ordenamentos vigentes principalmente, no que se refere ao Código Penal.

Sabemos que o Código Penal era muito eficiente na época de sua criação, no entanto, com as constantes evoluções ocorridas no tempo, percebemos que o Código Penal atualmente é falho, tornando-se necessário que façamos uso de jurisprudências, princípios gerais do direito e analogias para que possamos resolver questões atuais.

No entanto, é cediço que uma reformulação no Código Penal deverá ser realizada, acreditamos que é justamente aí, que a bioética cumprirá seu “papel” primordial, ou seja, é encontrando respaldo na bioética que um novo Código Penal será elaborado.

Acreditamos também, que num futuro próximo, a Ciência e o Direito andarão lado a lado e teremos então, um Código Penal eficaz que regulará não só problemas relacionados à AIDS, mas, também problemas relacionados à

clonagem, fertilização *in vitro*, etc. Com isso, não será mais necessário lançar-se mão dos métodos cujos objetivos sejam o de “tampar” as falhas existentes no Código Penal.

Por mais que os operadores do Direito tentem encaixar o crime de transmissão do vírus HIV, seja no artigo 130 ou no artigo 131, torna-se claro que tais esforços são inúteis, haja vista a pequena pena imposta nesses delitos e a sua ineficácia para casos isolados. Ao dizermos no Capítulo 9 que, o artigo 131 é que melhor se encaixa no caso, dissermos isso ante a inexistência de um artigo específico para tal doença.

O enquadramento da transmissão nos artigos já existentes somente irá auxiliar temporariamente mas, reiteramos aqui a necessidade de criação de um novo Código Penal para que, não haja dúvidas se o dispositivo aplicado é o correto e para que os casos sejam regulados com eficácia, sem sombra de dúvidas.

É notória a dificuldade de punição do agente transmissor do vírus visto que, é quase impossível identificar o elemento subjetivo resultando com isso, grande dificuldade em enquadrar sua conduta num tipo penal, ou seja, identificar se agiu com dolo ou culpa. Além disso, a dificuldade de punição se dá principalmente, ante a inexistência de um artigo específico e eficaz para o caso.

No entanto, o único consenso que podemos chegar, é que a conduta (dolosa ou culposa) do agente transmissor não poderá ficar impune, caso contrário, estaríamos sendo coniventes com este crime que, a cada dia vem se tornando mais freqüente.

Assim sendo, como o tempo, o Direito não poderá parar e sim, caminhar juntamente com os avanços. Porém, esse “papel” incumbe aos operadores do Direito, à sociedade em geral para que, reivindiquem novas transformações no Executivo, Legislativo e principalmente, no Judiciário.

De todo exposto, chega-se à conclusão que é o tempo de analisar o assunto e se elaborar leis, no menor espaço de tempo possível, para a solução mais apropriada desta questão.

BIBLIOGRAFIA

ARANHA, A.S.C. **Enquadramento jurídico-penal da AIDS.** *Justitia*, v.56, n.165, p.11-16, 1994.

BUZAGLO, S. A. **Aspectos jurídicos da AIDS.** São Paulo: *Revista dos Tribunais*, v.79, n.655, p.394-396, 1990.

CABRAL, T. C. **Transmissão dolosa do vírus da AIDS: configuração do crime de perigo de contágio de moléstia venérea.** *Consulex: Revista Jurídica*, v.6, n.134, p.62-65, 2002.

CANOTILHO, J.J. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

CAPEZ, F. **Direito Penal – parte geral.** 8º ed. São Paulo: Paloma, 2002

CASABONA, C.M.R. **Responsabilidade médico sanitária e AIDS.** *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v.1, n.2, p 7-20, 1993.

CASABONA, C.M.R. **Responsabilidade médico sanitária e AIDS.** *Revista Brasileira de Ciências criminais*, v.1, n.3, p7-30, 1993.

DANIEL, H; RICHERD, P. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas.** Boston (USA), Beacon: Iglu, 1990.

DINIZ, M. H. **O Estado Atual do Biodireito.** ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

FILHO, M.G.F. **Comentários a Constituição Brasileira de 1998.** 2º ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

FRANCO, A.S. et al. **Código Penal e sua interpretação jurisprudencial – v.1, tomo 2: parte especial.** 6º ed. São Paulo: *Revista dos Tribunais*, 1997.

FRANÇA, G.V. de. **Medicina Legal.** 6º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GARRAFA, V. **Bioética no século XXI**. ed. Brasília: UnB, 2000.

HAGA, S.C.A. **Da Transmissão da AIDS e sua tipicidade no Código Penal**. 2002. 62f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente.

HART, D. J; SIGNORI, P. **A AIDS: sua origem e perspectivas**. Rio de Janeiro:Biologia e Saúde, 2000.

JESUS, D.E. **Comentários ao Código Penal**. 5° ed. São Paulo: Saraiva, 1983.

JESUS, D.E. **Direito Penal – 3° volume: parte especial**. São Paulo: Saraiva, 1999.

MARQUES, J.F. **Tratado de Direito Penal - volume IV**. ed. Campinas: Millenium, 1999.

MEDICINA, C.F. **Introdução à Bioética**. ed. Distrito Federal: CMJ On Line, 1998.

PASTERNAK, J; NETO, V.A. **AIDS: Amores, transtornos e desgraças**. São Paulo: Pioneira, 1994.

PEDROTTI, I.A. **Da AIDS e do Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

PINEL, A; INGLESII, E. **O que é AIDS**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

PINOTTI, J.A. **Saúde da mulher**. ed. São Paulo: IBEP, 2002.

PRADO, L.R. **Curso de Direito Penal brasileiro – volume II**. 2° ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

RUDNICKI, D. **AIDS e Direito**. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

SAÚDE, M. **Comissões Interinstitucionais de DST/AIDS: Consolidando o Controle Social**. Brasília – DF: 2001.

SCHMIDT, A.Z. **Aspectos Jurídicos – penais da transmissão da AIDS**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, v.10. n.37, p. 209-234. 2002.

< <http://www.unb.br/cgi-bin/htsearch?words=AIDS>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2003.

<<http://www.boasaude.uol.com.br/lib/showdoc.cfm?libdocid=3838&returncatid=59>> Acesso em: 28 de fevereiro de 2003.