



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Direito
Curso de Graduação em Direito

JOÃO PAULO SOUSA MACIEL

**SIGILO MÉDICO EM CASOS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E CARGA
VIRAL INDETECTÁVEL: A OBSOLESCÊNCIA DO MOTIVO JUSTO**

BRASÍLIA
2019

JOÃO PAULO SOUSA MACIEL

**SIGILO MÉDICO EM CASOS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E CARGA
VIRAL INDETECTÁVEL: A OBSOLESCÊNCIA DO MOTIVO JUSTO**

BRASÍLIA
2019

JOÃO PAULO SOUSA MACIEL

SIGILO MÉDICO EM CASOS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E CARGA VIRAL INDETECTÁVEL: A OBSOLESCÊNCIA DO MOTIVO JUSTO

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Brasília, 04 de dezembro de 2019.

Banca examinadora

Professora Doutora Janaína Lima Penalva da Silva (Orientadora)

Professora Doutora Dirce Guilhem (Integrante)

Mestre André Afonso Machado Coelho (Integrante)

AGRADECIMENTOS

A Yeshua Hamashia, por tudo sempre.

Aos meus pais, Sirlene e Dari, pelo amor e carinho genuinamente verdadeiros.

À minha alma-gêmea, João Carlos, por ser toda a minha inspiração e admiração diárias e, especialmente, por ter dividido comigo toda a sua vida.

Ao meu irmão, João Victor, pelo companheirismo e palavra de conforto.

À minha amiga e irmã, Catarine, pelos melhores cafés e ensinamentos para além do Direito.

Àquele que, durante o caminho, segurou a minha mão e tornou todo o percurso mais leve, manifestando-se como a expressão mais pura do amor, Fernando.

Aos meus amigos da Universidade de Brasília e do Hospital Universitário de Brasília, por experienciarem comigo os choros e sorrisos vividos na batalha acadêmica, em especial Cristhian, Ivone, Kamila e Daisy. Sem vocês o meu caminho não teria luz.

À minha orientadora, professora Doutora Janaína Penalva, pelo acolhimento, paciência e atenção no momento em que mais precisei.

À professora Doutora Dirce Guilhem e ao Mestre André Coelho, pela disponibilidade e contribuições na participação da banca de monografia.

À Universidade de Brasília, por ter sido o meu lar durante os muitos anos.

Por fim, a todas as pessoas vivendo com HIV/aids, por me ensinarem tanto sobre empatia.

“De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?”

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

(Paul-Michel Foucault)

RESUMO

Este trabalho é um estudo qualitativo cujo propósito é analisar os pareceres publicados pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina – no período compreendido entre 1989 e 2019 -, os quais orientam a conduta do médico nos casos em que a pessoa vivendo com HIV/aids se opõe a revelar sua sorologia a terceiros (comunicantes sexuais), dando-se ênfase na causa excepcionada para a violação do sigilo médico: o motivo justo. Para tanto, valer-se-á do novo paradigma da infectologia: indetectável igual a intransmissível (I = I), de modo a verificar se as novas evidências científicas podem afastar a excludente de antijuridicidade, impedindo, consequentemente, a quebra do segredo médico.

PALAVRAS-CHAVE: Sigilo Médico. Motivo Justo. Pessoa Vivendo com HIV. Indetectável. Intransmissível

ABSTRACT

This paper is a qualitative research that aims to analyze the opinions published by Federal and Regional Council of Medicine – between 1989 to 2019 - that aims to guide physicians in the cases of people living with HIV/AIDS that refuse to disclose their serology to third parties. In this report, the main focus will be on an exceptional cause: the fair reason. For this purpose, the new Undetectable Equals Untransmittable (U=U) infectology paradigm will be used. Therefore, this report will establish if the new scientific evidence can dismiss the fair reason, authorizing the maintenance of doctor-patient confidentiality.

KEY-WORDS: Doctor-patient confidentiality. Fair reason. People living with HIV/AIDS. Undetectable. Untransmittable.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ilustração “Fluxo de Solicitação de Consulta ao CFM”. Fonte: organograma feito manualmente pelo autor desta monografia, segundo Resolução CFM n.º 2.070/2014.19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pareceres com fundamento pré-paradigma.....	40
Tabela 2. Pareceres com fundamento pós-paradigma.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids = *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

CD4 = *Cluster of Differentiation Antigen 4*

CEM = Código de Ética Médica

CFM = Conselho Federal de Medicina

CRM = Conselho Regional de Medicina

CRM - DF = Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

CRM - MG = Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais

CRM - PR = Conselho Regional de Medicina do Paraná

CRM - RJ = Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

CRM - SC = Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina

CREMEB = Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

CREMEC = Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

CREMEPE = Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco

CREMESE = Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe

CREMESP = Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DIAHV = Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

DNA = *Deoxyribonucleic acid*

HIV = *Human Immunodeficiency Virus*

HPTN = *HIV Prevention Trials Network*

I = I = Indetectável igual a Intransmissível

IST = Infecção Sexualmente Transmissível

MS = Ministério da Saúde

OMS = Organização Mundial da Saúde

PC = Parecer

SVS/MS = Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV = Terapia Antirretroviral

U = U = *Undetectable equals Untransmittable*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. O SIGILO MÉDICO E A PLASTICIDADE DE UMA EXCEÇÃO.....	14
1.1. Panorama geral da aids: avanços e retrocessos	14
1.2. Conselho Federal de Medicina: história e instituição.....	16
1.3. Código de Ética Médica e Sigilo Médico.....	20
1.3.1. Sigilo Profissional e Sigilo Médico: do gênero à espécie	27
1.4. Natureza jurídica da relação médico-paciente.....	31
2. ANÁLISE DO MOTIVO JUSTO SOB A INFORMAÇÃO DE NOVAS EVIDÊNCIAS: INDETECTÁVEL=INTRANSMISSÍVEL.....	36
2.1. Origem do paradigma Indetectável igual a Intransmissível (I = I).....	36
2.2. Discussão dos pareceres	39
2.2.1. Pareceres com fundamento pré-paradigma.....	40
2.2.1.1. Da (in)violabilidade do sigilo médico: pareceres com fundamento pré-paradigma....	48
2.2.1.2. Dos princípios da Bioética: pareceres com fundamento pré-paradigma	49
2.2.2. Pareceres com fundamento pós-paradigma	52
2.2.2.1. Da (in)violabilidade do sigilo médico: pareceres com fundamento pós-paradigma ...	54
2.2.2.2. Dos princípios da Bioética: pareceres com fundamento pós-paradigma.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUÇÃO

Há quase quatro décadas, surgia talvez o maior inimigo biológico de todos os tempos, trazendo consigo desafios não só científicos, mas também sociais. Na década de 1980, um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, foi identificado como HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*). Ao infectar, principalmente, as células linfócitos T CD4+, o vírus altera o DNA dessa célula, fazendo cópias de si mesmo. Após a multiplicação, o vírus rompe os linfócitos em busca de outros para continuar sua cadeia de infecção. Dessa forma, com a diminuição das células responsáveis pela manutenção do sistema imunológico, o organismo infectado torna-se propenso a doenças oportunistas, indicando a aids (*acquired immunodeficiency syndrome*) ou síndrome da imunodeficiência adquirida.

Em 1996, o Brasil por meio de seu modelo de política pública de enfrentamento da epidemia da aids, tornou obrigatória a distribuição de antirretrovirais e outros medicamentos destinados ao combate das doenças decorrentes da infecção pelo HIV. Os antirretrovirais agem inibindo a replicação do vírus no organismo e, conseqüentemente, evitam a supressão do sistema imunológico. Apesar de ainda não haver cura do HIV, o desenvolvimento da ciência fomentou a evolução de antirretrovirais mais eficazes e com efeitos adversos à saúde menores, propiciando à pessoa que vive com o HIV/aids maior sobrevida e melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a causa HIV não implica a consequência aids, visto que uma adesão regular à terapia antirretroviral (TARV) permite que a pessoa vivendo com HIV não manifeste sintomas ou desenvolva a doença.

Optou-se neste trabalho pelo uso da terminologia “pessoa vivendo com HIV/aids”, de modo a se evitar a reprodução de estigmas e também destacar a conotação ontológica própria do vocábulo “pessoa”. Antes mesmo da condição de paciente, existe a pessoa que não deve ser reduzida a um *status* sorológico.

Importantes estudos científicos desenvolvidos durante os anos de 2005 e 2018, por diversos países, forneceram problemas e soluções modelares para o campo da infectologia. O conceito *Undetectable equals Untransmittable (U=U)* - Indetectável = Intransmissível (I=I) - constituiu o novo paradigma da infectologia. Os estudos *HPTN 052: HIV Prevention Trials Network 052* (2005 a 2010); *Opposites Attract* (2017) e *Partner 1 e 2* (2010 a 2018) evidenciaram que pessoas vivendo com HIV, em terapia antirretroviral (TARV), e com carga viral indetectável, há pelo menos seis meses, não transmitem o HIV por via sexual.

No Brasil, esse novo conceito foi divulgado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, em maio de 2019, por meio da Nota Informativa n.º 5/2019 - DIAHV/SVS/MS.

À luz do novo paradigma da infectologia, I=I, este trabalho se propôs a analisar os pareceres publicados pelos CFM e CRMs que disciplinam a conduta do médico nos casos em que a pessoa vivendo com HIV/aids se opõe a revelar sua sorologia ao seu comunicante sexual (ou a terceiros interessados), dando-se ênfase na causa excludente da quebra do sigilo médico: o motivo justo.

Para tanto, este trabalho realizou um estudo qualitativo, por permitir analisar e descrever questões que envolvem relações e atividades humanas num dado lapso temporal e espaço institucional. Consultou-se pareceres disponíveis na base de dados do *site* do CFM, no campo de consulta “Legislação/Processo”, seguido de “Normas CFM (Resoluções, Pareceres, Outros)”. Os filtros de consulta utilizados foram: **tipos de norma**: “Resoluções” e “Pareceres”; **estados**: “todos”; **ano**: “todos”; **assunto**: “todos os assuntos”; e **texto a ser buscado**: “HIV”. Não foram usados operadores booleanos na consulta.

A amostra incluiu pareceres e resoluções disponíveis na íntegra, *online*, publicados entre 1989 e 2019. Todos os pareceres disponíveis para consulta no *site* do CFM preservaram o nome dos interessados, de modo a não os identificar, restando, portanto, asseguradas a confidencialidade e privacidade. A busca foi realizada em agosto de 2019, e inicialmente foram lidas ementas e consultas das publicações, seguidas dos pareceres e resoluções na íntegra.

Foram obtidas 189 publicações: 13 resoluções (CFM e CRMs) e 176 pareceres (CFM e CRMs). Desse total, foram excluídos 11 resoluções e 144 pareceres por não apresentarem pertinência com o tema “quebra de sigilo médico”, restando na amostra 34 publicações: 2 resoluções (CFM) e 32 pareceres (CFM e CRMs). Após nova leitura, dividiu-se os 32 pareceres em duas categorias: **1) pareceres com fundamento pré-paradigma** (29 pareceres) e **2) pareceres com fundamento pós-paradigma** (3 pareceres).

1. O SIGILO MÉDICO E A PLASTICIDADE DE UMA EXCEÇÃO

1.1 Panorama geral da aids: avanços e retrocessos

O surgimento da aids coincidiu com um período importante na história do Brasil: sua redemocratização. O amor livre, herança da geração anterior, restou suplantado pela paranoia de uma nova peste (PÁDUA, 1986). Paradoxalmente, o sexo nunca fora tão desejável e tão temível entre as pessoas.

A crise global da aids rapidamente se disseminou exigindo não só respostas à comunidade científica, mas também o desenvolvimento de recursos econômicos, políticos e sociais capazes de interromper a crescente morte de seres humanos.

Durante a década de 1980, o Brasil, sofreu um período de grande descaso governamental, no tocante às políticas públicas de prevenção ao HIV/aids. Somente na década seguinte, o Ministério da Saúde e seu Programa Nacional de aids redefiniram o modelo de tratamento e serviços de saúde destinados às pessoas vivendo com HIV/aids.

Em 1996¹, o governo federal engendrou uma legislação que assegurava o acesso e a distribuição gratuita universal de medicamentos antirretrovirais fornecidos pelo SUS.

A partir daí, o modelo brasileiro de política pública de enfrentamento da epidemia da aids ganhou notoriedade internacional e reconhecimento pela OMS (VALLE, 2018).

Neste cenário, diante da manifestação de algo desconhecido, a sociedade adotou comportamentos de rejeição com aqueles que desenvolviam a doença, construindo no imaginário social² a ideia de segregação.

Segundo (ALMEIDA; LABRONICI, 2007), a aids era uma doença que conduzia o indivíduo à deformação física e, ainda, estava associada a grupos discriminados e marginalizados, tais como as prostitutas, os usuários de drogas injetáveis e os homossexuais. Esse modo de representação da doença reportou a aids ao campo das doenças malignas, evocando uma distorção da realidade e, conseqüentemente, o preconceito. Dessa forma, “a aids conglomerou vários estigmas, transformando-se ela mesma em um grande estigma” (HERZLICH, PIERRET, 1992, p. 3 apud ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

¹ Lei n.º 9.313/96, que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS”.

² “A imaginação social, além de fator regulador e estabilizador, também é a faculdade que permite que os modos de sociabilidade existentes não sejam considerados definitivos e como os únicos possíveis, e que possam ser concebidos outros modelos e outras fórmulas”. (BACZKO, 1984, p.54)

Sob esse contexto, tornou-se condição única para as pessoas que viviam com o HIV/aids a “clandestinidade sorológica”.

Diante da opção da pessoa vivendo com HIV/aids de não revelar sua condição sorológica, surgem discussões envolvendo os limites de sua liberdade individual frente ao interesse público. A vedação penal à violação do sigilo profissional seria absoluta? Quais circunstâncias legitimariam a quebra do segredo médico?

No período compreendido entre 1980 e junho de 2018, 982.129 casos de aids foram detectados no Brasil. Segundo o boletim epidemiológico de HIV/aids do Ministério da Saúde de 2018, os indicadores apontaram a detecção de 18,3 casos de aids a cada 100.000 habitantes. Em 2012, o mesmo indicador apontou a detecção de 21,7 casos de aids a cada 100.000 habitantes. Nota-se, portanto, um decréscimo de 15,7 % na taxa de detecção, de 2012 a 2017. Esse fenômeno se deu em função da recomendação do “tratamento para todos”, implementado em 2013³.

Estudos multicêntricos realizados no período compreendido entre 2005 e 2018 indicam que o tratamento regular e adequado da infecção pelo HIV associado ao uso de antirretrovirais, além de significar um avanço notável na evolução clínica e na qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, também interfere na transmissão do vírus ao parceiro sexual, tornando o risco de transmissão inexistente⁴.

Desde o início da crise epidemiológica causada pela aids, na década de 1980, os profissionais da medicina, das mais diversas especialidades, submetiam aos CFM e CRMs consultas referentes à conduta médica diante da possibilidade de quebra do sigilo profissional, nos casos de pacientes que se opunham a revelar sorologia positiva para o HIV aos seus comunicantes sexuais. Em resposta, os CFM e CRMs, na maioria dos casos, emitiram pareceres permitindo a quebra do sigilo, sob o argumento da justa causa/motivo justo, espécie de excludente de ilicitude. Para os conselhos, o risco de terceiros (comunicantes sexuais e membros de grupos de uso de drogas endovenosas) à infecção pelo vírus configuraria o motivo justo, permitindo-se, então, a quebra do segredo médico pelo profissional.

³ A motivação que levou o Ministério da Saúde a tomar a medida de iniciar a terapia antirretroviral universal resultou do estudo *HPTN 052* e indicadores do estudo *START*. Reunião Semanal da Clínica Médica. Departamento e Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias – SEAP/HIV/HC/FMUSP, realizada em 22 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yUvznLfmsOw>.

⁴ Estudos *HPTN 052: HIV Prevention Trials Network 052* (2005 a 2010); *START: Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment* (2011 a 2015); *Opposites Attract* (2017) e *Partner 1 e 2* (2010 a 2018).

Ora, se outrora, a probabilidade de transmissão do vírus ao comunicante sexual se afigurava como cerne do motivo justo, autorizando a quebra do segredo pelo médico, hoje, não havendo risco de transmissão do vírus⁵, há de se prezar pela autonomia do paciente e pela manutenção do segredo?

Em 2017⁶ e 2019⁷, esse questionamento foi apresentado aos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia e de Mato Grosso do Sul, respectivamente, e, em seus pareceres, não obstante o novo paradigma da infectologia⁸, os conselheiros mantiveram o entendimento, justificando a quebra do sigilo médico nos termos dos pareceres dos anos passados. Este assunto será retomado em análise específica no capítulo seguinte.

Apesar de o desenvolvimento científico nos estudos sobre HIV/aids terem permitido conquistas na qualidade de vida das pessoas infectadas, observa-se, ainda, a presença do estigma velada nos discursos institucionais.

Os riscos decorrentes da ocultação de algo que precisa ser simplificado faz nascer o estigma, e a História já apresentou fatos concretos sobre isso.

1.2 Conselho Federal de Medicina: história e instituição

Em setembro de 1.945, durante o governo de Getúlio Vargas, foram instituídos o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), por meio do Decreto-Lei n.º 7.955. No entanto, apenas em 1.951, no governo de Juscelino Kubitschek, foi fundado o CFM. Nesse período, a competência inicial do órgão reduzia-se tão somente ao registro profissional do médico, bem como à aplicação de sanções previstas no Código de Ética Médica (CEM). Ainda em seu governo, Juscelino Kubitschek conferiu natureza autárquica federal ao CFM e aos CRMs, por meio da Lei n.º 3.268, de 30 de

⁵ Segundo os estudos *HPTN 052*, *Partner* e *Opposites Attract*, para alcançar o *status* de intransmissível, a pessoa vivendo com HIV deve possuir carga viral indetectável, há pelo menos seis meses, e estar em uso regular da terapia antirretroviral.

⁶ Parecer CREMEB n.º 06/2017. Foi submetido no mesmo ano outra solicitação de parecer (Parecer CRM – SC 2561/2017), em que restou mencionado não haver risco de transmissão do HIV, em casos de pessoas indetectáveis, frente aos novos consensos da especialidade. No entanto, não foi aprofundada na solicitação a questão da “indetectabilidade = intransmissibilidade”, não sendo, portanto, a matéria apreciada pelo Conselho.

⁷ Parecer CRM/MS n.º 05/2019.

⁸ *Undetectable equals Untransmittable: U=U*. Mote da Campanha *Prevention Acces*. No Brasil, recebeu tradução livre para: Indetectável igual a Intransmissível: I=I.

setembro de 1957, proporcionando-lhes autonomia técnica, funcional e administrativa e atribuindo-lhes poderes de fiscalização, disciplina e regulamentação da profissão médica no país.

Durante seus 74 anos, o CFM passou por transformações significativas em sua estrutura. Hoje, as atribuições e o alcance das ações deste órgão foram ampliadas, não se limitando apenas à interpretação/aplicação do CEM e à normatização da prática profissional.

Atualmente, o CFM desempenha um importante papel político na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica. Nesse sentido, com a finalidade de regular os diversos temas de competência privativa em suas áreas de alcance, o CFM junto aos CRMs têm publicado atos normativos desde a sua criação. No entanto, em resposta às crescentes discussões éticas submetidas aos entes autárquicos, no tocante à relação médico-paciente - envolvendo conflito de valores - ou mesmo às diligências de teor administrativo e burocrático, os conselhos têm publicado pareceres-consultas, na tentativa de nortear todo o território nacional acerca de sua posição sobre determinada matéria (aborto, reprodução assistida, segredo médico etc.).

Em consonância com todo o exposto até aqui, passa-se a esclarecer o atual fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina no país⁹.

Os poderes do Executivo, Legislativo e Judiciário, as sociedades médicas, outras entidades, os médicos e as pessoas físicas em geral podem submeter consultas aos Conselhos Federais e Regionais de Medicina, para que estes por meio de pareceres se posicionem acerca dos temas relacionados ao pleno exercício da Medicina. Nesse sentido, cumpre esclarecer as diferenças entre os vocábulos “consulta”, “processo-consulta” e “parecer”. O CFM, em sua resolução n.º 2.070/2014, classifica “consulta” como todo e qualquer questionamento enviado aos CFM e CRMs referentes às suas competências legais; “processo-consulta” como consequência da procedência da consulta, consubstanciando-se na formalização do processo devidamente instruído com a documentação necessária para subsidiar o relator na emissão do seu parecer; e “parecer” como o relatório final, pós-apreciação do processo-consulta, obrigatoriamente aprovado em plenária do Conselho de Medicina.

Na prática de solicitação de consultas aos CFM e CRMs, é realizado um estudo prévio de eventual existência de legislação e/ou outros normativos éticos que esclareçam o

⁹ A Resolução CFM n.º 2.070/2014, de 20 de fevereiro de 2014 normatizou o fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e revogou a Resolução CFM n.º 1.892/2009, que estabelecia normas para emissão de Pareceres do Conselho Federal de Medicina.

questionamento objeto da consulta, por parte do conselheiro responsável pelo Setor de Processo-Consulta. Nesse sentido, nem toda consulta dará origem a um processo-consulta nos CFM e CRMs.

O CFM orienta aos consulentes que, antes de submeterem pedidos de consulta, realizem pesquisas no *site* do órgão. No sítio eletrônico, podem-se encontrar todos os pareceres, atos normativos (resoluções), recomendações, notas técnicas e despachos publicados desde a origem dos entes autárquicos¹⁰.

Todos os pareceres que são aprovados pelo CFM passam a nortear a sua posição sobre a matéria em todo o território nacional, inclusive em relação aos CRMs (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

A imagem abaixo permite a representação gráfica do fluxo de consultas no CFM até a publicação de seus respectivos pareceres no portal médico.

¹⁰ Endereço Eletrônico do campo de consulta de Legislação/Processo-Normas CFM (Resoluções, Pareceres, Outros): http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas, acesso em outubro de 2019.

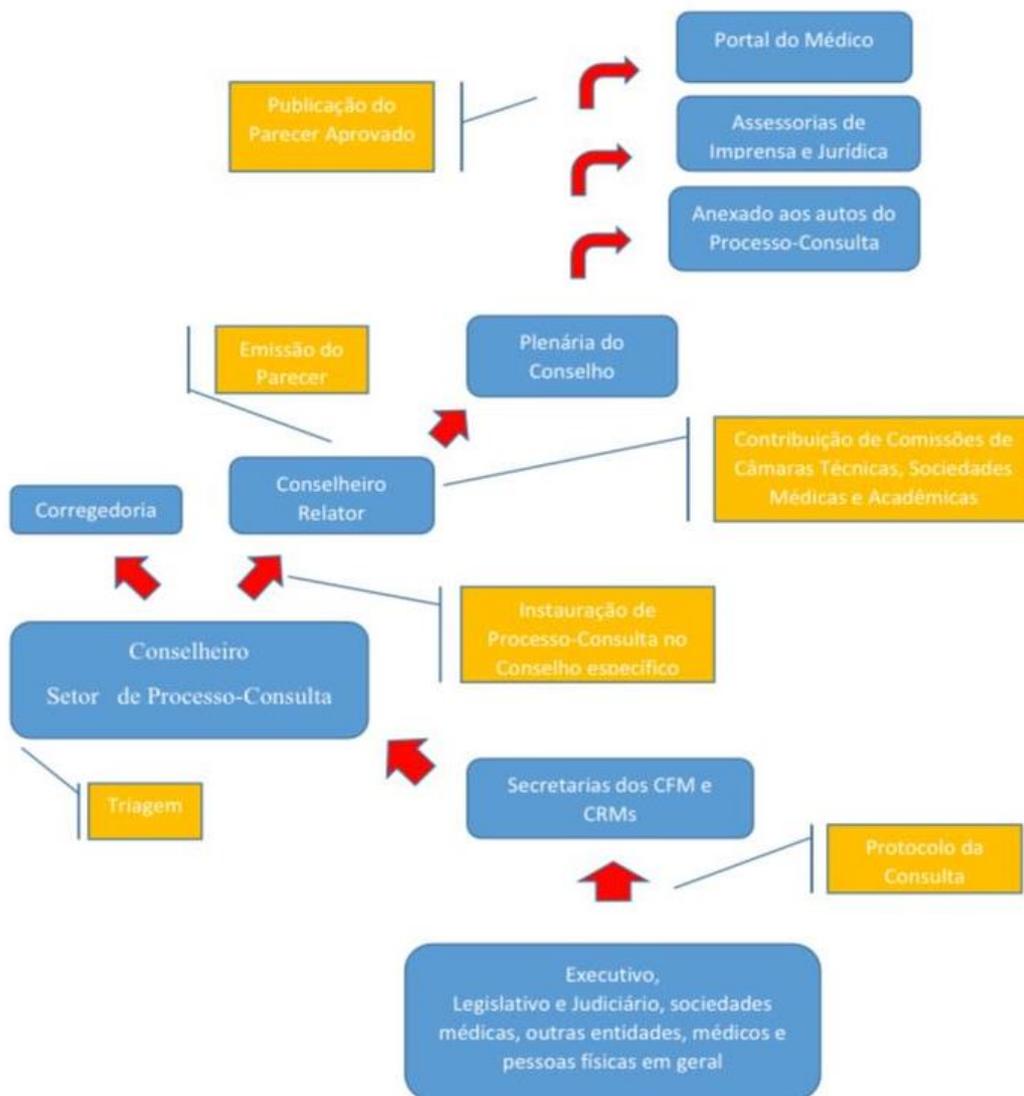


Figura 1: Ilustração “**Fluxo de Solicitação de Consulta ao CFM**”. Fonte: organograma feito manualmente pelo autor desta monografia, segundo Resolução CFM n.º 2.070/2014.

Vale destacar a inexistência de qualquer resolução específica do CFM, no tocante ao tema “sigilo médico nos casos de pessoas vivendo com HIV/aids”. De todo o arcabouço de pareceres, atos normativos (resoluções), recomendações, notas técnicas e despachos publicados no repositório do CFM, restou identificada apenas uma resolução dispoendo sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e

tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids, publicada em 2003¹¹. No entanto, a resolução não aprofundou a discussão acerca do sigilo médico nos casos de pessoas vivendo com HIV/aids, limitando-se, apenas, à remissão do sigilo profissional preconizado pelo CEM vigente à época¹².

Passada a breve análise, torna-se imperioso o estudo sobre o “sigilo médico”, bem como sobre as suas excludentes - em especial o motivo justo – à luz do CEM, atos normativos do CFM e manuais brasileiros de Direito Penal.

1.3 Código de Ética Médica e Sigilo Médico

Até 1988, o Brasil havia conhecido oito códigos de conduta médica (NEVES, 2008). De lá para cá, outros dois códigos surgiram¹³. Não obstante as novas versões, os padrões hipocráticos permaneceram intactos, exceto por alguns detalhes, como a simples condição de “paciente” que agora ascende à categoria de “ser humano” (FRANÇA, 2019).

Por ter sua previsão expressa na Lei n.º 3.268/57, o CEM possui natureza de lei, não sendo, portanto, resultado de um simples ato administrativo do CFM. O código de 1988 reflete o marco de uma transição ética a outra fase, definida por uma consciência social, na qual está inserida a relação entre médico e paciente. Sob essa perspectiva, os preceitos contidos no CEM são “normas jurídicas especiais”, visto que vinculam determinada classe profissional e conferem aos CFM e CRM atribuições voltadas ao asseguramento da eficácia das normas deontológicas. Portanto, sob pena de sansão na esfera administrativa, todo médico regularmente registrado nos CRM é obrigados à observância e cumprimento das normas contidas no CEM.

O STF, ainda em 1980, no reconhecimento e decisão da Representação n.º 1023 (RJ)¹⁴, entendeu que as normas contidas no CEM são normas jurídicas especiais submetidas a regime semelhante ao das normas e atos administrativos. Por essa razão, cabe ao Judiciário

¹¹ RESOLUÇÃO CFM n.º 1.665/2003, que por sua vez revogou a RESOLUÇÃO CFM n.º 1.359/1992. Oportunamente, cumpre ressaltar que a resolução revogada apresentava conteúdos conceituais mínimos acerca das três hipóteses de quebra do sigilo médico. No entanto, a resolução revogadora limitou-se apenas a mencionar as hipóteses de quebra, conforme a literalidade do CEM da época.

¹² Em 2003, o Código de Ética Médica vigente era o CEM de 1988.

¹³ Códigos de Ética Médica de 2009 e 2018.

¹⁴ STF - Rp: 1023 RJ, Relator: Min. DÉCIO MIRANDA, Data de Julgamento: 28/02/1980, Tribunal Pleno, Data de Publicação: DJ 21-03-1980 PP-01550 EMENT VOL-01164-01 PP-00240 RTJ VOL-00093-01 PP-00505).

conferir eficácia ao segredo médico enquanto instituto jurídico-penal tendente à tutela da “liberdade de atuação da vontade”, competindo aos CRM fazer observar as normas éticas sobre o instituto, assim entendidas aquelas dispostas no CEM¹⁵.

Atualmente, indicar as regras aos CFM e CRMs no tocante aos parâmetros mínimos sobre “o que se fazer” e “o que não se fazer”, no exercício profissional médico, tem sido a função vital do CEM. Frente às sensíveis mudanças no corpo social, evolução científica e transição constante dos valores, o papel do CEM tem se tornado cada vez mais desafiante.

(FRANÇA, 2019) atenta para a necessidade de o CEM não tratar do excesso e do inútil, devendo voltar-se à realidade social e perdurar ao longo do tempo, com abrangência cada vez maior em suas aplicações aos casos concretos.

Conforme apontado no início dessa sessão, um dos aspectos relevantes trazidos pelo CEM de 1988 foi o reconhecimento da autonomia do paciente em face dos direitos humanos na relação médico-paciente. Nesse sentido, o que se procurou foi a descaracterização do indivíduo enquanto doente ou paciente, visando-se ao reconhecimento da sua condição de ser humano (FRANÇA, 2019).

A efetiva expressão da autonomia da pessoa humana possui íntima ligação com o princípio de liberdade e, conseqüentemente, com os princípios kantianos de moralidade, na medida em que o ser humano jamais deve ser instrumentalizado para a realização de fins alheios, mas sim tratado como um fim em si mesmo. Tratar o indivíduo como mero meio implica impedi-lo de consentir com a forma pela qual será tratado (WEBER, 1999).

Destaca-se das discussões acerca da autonomia do paciente o conflito entre a liberdade individual e os interesses de ordem coletiva. A arbitrária e desnecessária transgressão da intimidade, como evidente comprometimento da liberdade, restou vedada pelo CEM, no capítulo em que disciplina o sigilo profissional¹⁶. No mesmo sentido, tem-se no plano internacional declarações, pactos e convenções que disciplinam sobre a liberdade individual frente aos interesses de ordem coletiva. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) assevera a proteção da lei àqueles que sofrerem intromissões arbitrárias em sua vida privada¹⁷.

¹⁵ Despacho CFM n.º 329/97.

¹⁶ Em 1988, o CEM nomeava seu capítulo IX com o vocábulo segredo médico. Atualmente, o mesmo capítulo restou nomeado com o vocábulo sigilo profissional.

¹⁷ Art. 12. “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei”.

A Convenção Europeia de Direitos Humanos (1950), no seu art. 8º, n.º 1, estabelece que qualquer pessoa tem o direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência. Por sua vez, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), no seu art. 17, n.º 1 disciplina que “ninguém poderá ser objeto de ingerências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada, em sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra e reputação”. O Pacto de São José da Costa Rica (1969) estabelece, no seu art. 11, n.º 1 e 2, que toda pessoa tem direito ao respeito da sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade, não podendo o indivíduo sofrer ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada ou em sua família. Por fim, merece destaque a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000, incorporada ao Tratado de Lisboa, 2009), que, em seu art. 7º, preceitua o direito de todas as pessoas a terem respeitadas a sua vida privada e familiar (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2019).

O direito de viver dignamente implica a garantia de condições mínimas de poder o indivíduo experienciar seus próprios ideais e vocações, não tendo a vida afetada por comportamentos públicos¹⁸ ou privados arbitrários.

Deflui da dignidade da pessoa humana¹⁹ – reconhecida como princípio fundamental na Constituição Federal de 1988 - um direito fundamental que coíbe a violação da intimidade: o direito à privacidade.

O direito fundamental à vida privada (privacidade e intimidade) consiste no direito a viver sem ser violado pelo Estado e por terceiros quanto à esfera da vida pessoal (afetiva, sexual etc.) e familiar. Em suma consiste no “controle por parte do indivíduo sobre as informações que em princípio apenas lhe dizem respeito, por se tratar de informações a respeito de sua vida pessoal” (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2019, p. 458). Para os autores, pode-se dizer que o direito à privacidade consiste em poder o indivíduo expressar a

¹⁸ Segundo Sarlet, essa seria a dimensão defensiva da dignidade da pessoa humana, na qual a dignidade mostra-se como limite à atividade dos poderes públicos.

¹⁹ “[...] a dignidade da pessoa humana é parte do conteúdo dos direitos materialmente fundamentais, mas não se confunde com qualquer deles. Nem tampouco é a dignidade um direito fundamental em si, ponderável com os demais. Justamente ao contrário, ela é o parâmetro da ponderação, em caso de concorrência entre direitos fundamentais. Em segundo lugar, embora seja qualificada como um valor ou princípio fundamental, a dignidade da pessoa humana não tem caráter absoluto.” BARROSO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado. [s.l.], 2010, p. 14.

sua individualidade sem que seja compelido a específicos comportamentos socialmente esperados.

Cumprido ressaltar que o sigilo profissional funciona como garantia do direito à privacidade (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2019).

O direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar analisa-se em dois direitos menores: “o direito a impedir o acesso de estranhos a informações sobre a vida privada e familiar e o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a vida privada e familiar de outrem” (CANOTILHO, 2007 *apud* SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2019, p. 459).

Classificado como direito da personalidade, o direito fundamental à privacidade possui características para além da essencialidade à preservação da dignidade do ser humano. O direito à privacidade é, portanto, um direito absoluto, indisponível, imprescritível e intransmissível (ALVES, 2004).

A proteção do segredo médico, enquanto substrato da relação médico-paciente, tem sua referência na natureza confidencial da informação. Sob essa perspectiva, entende-se que o segredo não pertence ao médico, este é tão somente o guardião da confidência (FRANÇA, 2019). Não sendo imperativo revelar, o segredo médico deverá ser mantido pelo médico.

Portanto, segundo o CEM, o sigilo médico é todo o silêncio que o profissional da medicina está adstrito a conservar acerca de fatos que tome conhecimento em virtude do exercício da sua função. Já o segredo médico é o fato que demanda manutenção do sigilo por parte do profissional.

Existem duas correntes sobre o conceito de sigilo médico: uma absolutista e outra relativista. A primeira pressupõe que o sigilo seja incondicional em qualquer situação, tendo suas raízes na medicina hipocrática²⁰. A segunda admite a quebra do sigilo em situações justificadas²¹, não adotando, por sua vez, o caráter de sacralidade e inviolabilidade da confissão (FRANÇA, 2019).

No Brasil, o CEM adotou a corrente relativista, permitindo algumas excludentes para quebra do sigilo médico. Assim dispõe o CEM, em seu artigo 73:

²⁰ “O que no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo.” Juramento de Hipócrates.

²¹ No CEM de 1988, adotava-se o vocábulo “justa causa”, como uma das três hipóteses de quebra do sigilo médico (justa causa, dever legal e autorização expressa do paciente). Hoje, o CEM adota o vocábulo “motivo justo”, mantendo as outras duas hipóteses.

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, **salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.**

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal. (Grifos meus)

Como pode-se observar, o dispositivo adota um conceito relativista acerca do sigilo profissional. Não obstante o conceito relativista, não se deve olvidar que a regra sempre será a manutenção do segredo médico, admitindo-se a sua quebra somente nos casos amparados pelas excludentes dispostas no artigo 73 do CEM. Deste modo, mantém-se a concepção de que o segredo médico é um direito do paciente e de que a norma reprime quem indevidamente o viola (FRANÇA, 2019).

A primeira hipótese de possibilidade da quebra do sigilo médico é o motivo justo. Por motivo justo entende-se “o interesse de ordem política e social que autoriza o não cumprimento do sigilo, mesmo sabendo-se que essa violação agride a tese do segredo profissional, mas que se o faz em favor de interesses relevantes” (FRANÇA, 2019, p. 203). Diferentemente do dever legal, o motivo justo não está descrito em todas as suas possibilidades no arcabouço normativo brasileiro. Como se deve saber, seria impossível dispor em um código de ética médica todas as hipóteses de cabimento do motivo justo, visto que essas hipóteses são diretamente proporcionais à metamórfica transformação das relações sociais. Nesse sentido, o motivo justo foi sendo instruído pelas inúmeras reflexões sobre esse instituto à medida em que se apresentavam aos CFM e CRMs os diferentes casos sobre a matéria, para que estes se manifestassem.

Sob essa perspectiva, os pareceres emitidos pelos CFM e CRMs ao longo dos anos exerceram um papel doutrinário, visto que à medida em que analisavam os casos sobre sigilo médico, especificamente a hipótese do motivo justo, os conselhos ressignificavam conteúdos

mínimos ao instituto²². Desse modo, os casos que fossem publicados, após apreciação dos conselhos, serviriam de referência àqueles que eventualmente surgissem.

Um conceito apresentado pelo CFM para a expressão *motivo justo* foi descrito em 1992, em sua única resolução sobre HIV – desde a origem do CFM -, como já mencionado neste trabalho. No entanto, essa resolução restou revogada por outra em 2003²³. Ocorre que o novo ato normativo ao retomar as três hipóteses de quebra do sigilo médico não as conceituou, limitando-se apenas a mencioná-las enquanto exceção permitida à regra. Entretanto, mesmo revogada, a resolução de 1992 continuou sendo invocada pelos conselheiros em seus pareceres para conceituar a expressão *motivo justo*.

Para melhor elucidação, observe-se o conceito de *motivo justo* – à época, a nomenclatura usada era *justa causa*²⁴ – disciplinado pela resolução de 1992:

Art. 2º - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Parágrafo único - Será permitida a quebra de sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por **justa causa (proteção a vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado)**. RESOLUÇÃO CFM nº 1.359/1992. Grifos meus.

Agora, observe-se os trechos dos pareceres dos Conselhos Regionais de Fortaleza (2013) e Santa Catarina (2017), respectivamente:

²² Essa foi uma constatação durante o desenvolvimento deste trabalho. O estudo dos pareceres publicados pelos CFM e CRM - no período compreendido entre a década de 90 e os dias atuais - permitiu identificar uma linearidade conceitual, no tocante ao motivo justo/justa causa. Nesse período, a plasticidade do conceito não acompanhou a evolução do tempo.

²³ A RESOLUÇÃO CFM nº 1.665/2003 foi responsável pela revogação da RESOLUÇÃO CFM nº 1.359/1992

²⁴ A expressão *motivo justo* restou adotada em substituição à *justa causa*, na publicação do CEM de 2009.

[...] Embora a **justa causa não seja aqui especificada ou exemplificada como na Resolução anterior nº 1359/92**, já revogada, que no artigo 2º, parágrafo único dizia:

“Será permitida a quebra de sigilo [...] por **justa causa (proteção a vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado)**”. Parecer CREMEC n.º 15/2013. Grifos meus.

[...] O assunto em pauta foi abordado inicialmente pela **Resolução nº 1.359/92**, do Conselho Federal de Medicina, que "Normatiza o atendimento a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV)", que dispõe:

"Artigo 2º - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra do sigilo mesmo após a morte do paciente. Parágrafo Único - Será permitida a quebra do sigilo [...] **por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente se recusar a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado)**. Parecer CRM-SC nº: 2516/17. Grifos meus.

O que se extrai dos supra excertos é a evidência de que ao longo dos anos, um conceito adotado em 1992 se estendeu até os dias atuais, mesmo tendo sido revogado por uma resolução que não se propôs a acompanhar as mudanças no campo dos estudos sobre HIV, limitando-se apenas a replicar nomenclaturas vazias. Torna-se pouco coerente que durante tamanho lapso temporal o CFM tenha se furtado de uma reflexão mais profícua sobre a matéria e de uma reformulação cognoscível do conceito. Não soa razoável que uma retroalimentação material do conceito de *motivo justo* seja algo dispensável para o momento em que se vive o HIV. Nesse sentido, é verossímil dizer que, para além do desinvestimento filosófico sofrido pelo CFM, houve pouca garantia dos direitos fundamentais.

A segunda hipótese de possibilidade da quebra do sigilo médico é o dever legal. Por dever legal entende-se o cumprimento daquilo que está disciplinado em lei, de modo que a sua não execução pode configurar um crime. No tocante ao segredo médico, escassas são as hipóteses exigidas na lei. Um exemplo é a notificação compulsória de doenças transmissíveis, conforme dispõe a Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, que versa acerca da organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações,

estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Outro exemplo de cabimento do dever legal, ensinada por França (2019, p. 202), é:

[...] quando o médico exercer atividades periciais que o obriguem a relatar fielmente o que observar em seus exames, como determina a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, por considerar-se o médico no estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

Por último, soma-se à notificação às autoridades sanitárias, o preenchimento de atestado de óbito pelo profissional médico.

A terceira hipótese de possibilidade da quebra do sigilo médico é a autorização expressa pelo paciente. Sobre o assunto, leciona França (2019, p. 203):

Quando o paciente é capaz, a melhor forma de se obter sua autorização, para a quebra do sigilo, é por escrito; ou a do seu representante legal, quando incapaz ou menor. Todavia, essa permissão do paciente deve ser precedida de explicações detalhadas e em linguagem acessível sobre sua doença e de suas consequências. Ou seja, o paciente deve saber o que está consentindo, pois isto pode constituir um feito lesivo aos seus próprios interesses. Daí, tomar-se como autorização expressa o pedido por escrito, manifestado de forma livre, consciente e informada, como modalidade imperiosa de comprovar o pedido de quem requer a quebra do sigilo.

Nesse sentido, os atestados e relatórios devem fazer constar o registro de que todas as revelações do diagnóstico ou condições de saúde do paciente foram concedidas a pedido dele ou de seus responsáveis legais.

1.3.1 Sigilo Profissional e Sigilo Médico: do gênero à espécie

O sigilo médico é espécie do gênero sigilo profissional. Desse modo, a violação do sigilo médico, além de ser considerada um ilícito ético em virtude do exercício da profissão, também configura crime, caso ausente, por exemplo, o motivo justo.

Antes de adentrar no estudo do tipo penal “sigilo profissional”, para melhor atender ao objetivo deste trabalho, cumpre esclarecer o que se entende por crime e por excludente de antijuridicidade ou ilicitude.

Segundo o conceito analítico, (NUCCI, 2019, p. 122) leciona que crime é:

[...] uma conduta **típica, antijurídica e culpável**, vale dizer, uma ação ou omissão ajustada a um modelo legal de conduta proibida (tipicidade), contrária ao direito (antijuridicidade) e sujeita a um juízo de reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, desde que existam imputabilidade, consciência potencial de ilicitude e exigibilidade e possibilidade de agir conforme o direito.

Por antijuridicidade ou ilicitude entende-se a conduta contrária ao direito, causando efetiva lesão a um bem jurídico protegido. Nesse sentido, leva-se em consideração o aspecto formal da antijuridicidade (contrariedade da conduta com o Direito), bem como o seu lado material (causando lesão a um bem jurídico tutelado) (BITENCOURT, 2019).

São três as causas de excludente de ilicitude, de acordo com o artigo 23, CP:

Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato:

I - em estado de necessidade;

II - em legítima defesa

III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

Excesso punível

Parágrafo único - O agente, em qualquer das hipóteses deste artigo, responderá pelo excesso doloso ou culposo.

Ensina (NUCCI, 2019) que se presente uma das causas relacionadas no art. 23 do Código Penal, está-se afastando um dos elementos do crime, que é a contrariedade da conduta ao direito.

Em síntese, toda conduta típica - constante em lei - como: violar segredo profissional - é, a princípio, antijurídica; entretanto, presente alguma excludente de antijuridicidade, esta conduta deixa de ser criminosa. Desse modo, as causas de exclusão de antijuridicidade são discriminantes/eximentes/causas de exclusão de crime/ tipos permissivos e, portanto, o agente pode não responder pelo crime.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reconhece que o sigilo profissional é exigência fundamental da vida social e deve ser respeitado como direito fundamental do indivíduo. Essa é a razão pela qual o Poder Judiciário não dispõe de força cogente para exigir a sua revelação (BITENCOURT, 2019). Por esse motivo, a

inviolabilidade do segredo profissional restou amparada pelo Direito Penal²⁵, no capítulo em que tutela a liberdade individual. Com efeito, a tutela desse bem jurídico – liberdade individual –, sob a perspectiva da inviolabilidade do segredo profissional, visa a evitar danos causados a outrem decorrentes da divulgação do segredo (BITENCOURT, 2019).

Assim dispõe o Decreto-Lei n.º 2.848/40, Código Penal, no *caput* do seu artigo 154:

Art. 154 - Revelar alguém, **sem justa causa**, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Parágrafo único - Somente se procede mediante representação. Grifos meus.

A justa causa, que classifica como atípica a conduta, deve ser legal, isto é, deve encontrar fundamento direto ou indireto em norma jurídica (BITENCOURT, 2019). Para a doutrina mais qualificada, “as ‘justas causas’ por excelência decorrem de lei” (BITENCOURT, 2019, p. 626).

Dito isso, é possível concluir que encontra guarida na justa causa do art. 154 do CP, o dever legal (notificação compulsória de doença às autoridades sanitárias²⁶), visto ser preconizado por lei própria²⁷.

²⁵ “Nosso Código Penal filia-se à orientação que dá proteção absoluta ao segredo profissional. A violação de sigilo profissional (advogado, médico etc.) também constitui falta ético-administrativa” (BITENCOURT, 2019, p. 624).

²⁶ Desde 2016, a infecção pelo vírus HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986, e a infecção pelo HIV desde 2014. No período anterior a junho de 2014, no tocante aos casos de HIV, a notificação compulsória era restrita, apenas, aos casos de infecção pelo vírus em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus, ou, para os outros casos, após a confirmação do diagnóstico. A partir da publicação da Portaria nº 1.271, de 06/06/2014 - que amplia a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública e inclui a infecção pelo vírus da aids -, os profissionais de saúde têm que notificar todos os casos de aids em adultos e crianças, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente como infecção pelo HIV. Assim, tornou-se compulsória a notificação da infecção/infectados por HIV, bem como das pessoas que vivem com aids.

²⁷ Nucci (2019) leciona que esta é uma causa de excludente de ilicitude: estrito cumprimento de dever legal. Segundo o autor, trata-se da ação praticada em cumprimento de um dever imposto por lei, penal ou extrapenal, mesmo que cause lesão a bem jurídico de terceiro.

A Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, estabelece que o médico tem o dever de notificar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. *In verbis*, os artigos 7º e 8º:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

§ 1º Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de "agravo inusitado à saúde".

§ 2º O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constantes da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Nestes termos, a não comunicação da infecção pelo vírus HIV às autoridades competentes é considerada crime, conforme dispõe o artigo 269, CP: “Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena – detenção, de seis meses a dois anos e multa”.

A autorização expressa do paciente, por sua vez, afasta a elementar “sem justa causa”.²⁸ Deve ser lembrado que a liberdade individual é um bem jurídico disponível, de modo que o consentimento do ofendido exclui a adequação típica de revelar segredos profissionais (BITENCOURT, 2019).

E o motivo justo? De acordo com os ensinamentos de Bitencourt (2019, p. 626), “o simples dever moral é insuficiente, em tese, para constituir ‘justa causa’ capaz de autorizar a revelação de segredo”.

²⁸ Para Nucci (2019), o consentimento do ofendido é excludente de ilicitude supralegal (não prevista expressamente em lei), consistente no desinteresse da vítima em fazer valer a proteção legal ao bem jurídico que lhe pertence.

Para (NUCCI, 2019), a divulgação de segredo, ainda que prejudicial, feita com justa causa, adequa-se à hipótese de um exercício regular de direito. Segundo o autor, a mesma hipótese implica o desempenho de uma atividade ou a prática de uma conduta autorizada por lei, que torna lícito um fato típico. Nesse sentido, o motivo justo classifica-se como exercício regular de direito, terceira causa excludente de ilicitude prevista no art. 23, CP. Exclui-se, portanto, a ilicitude penal, visto tornar-se lícita a revelação das confidências recebidas pelo médico em razão do desempenho profissional.

Por último, cumpre mencionar o tratamento dado pelo Direito Penal à conduta contravencional do médico que deixa de comunicar à autoridade competente crime de ação pública não condicionada à representação do ofendido, durante o exercício da profissão.

Assim dispõe o artigo 66, II, da Lei de Contravenções Penais:

Art. 66. Deixar de comunicar à autoridade competente:

I – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação;

II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal:

Pena – multa, de trezentos mil réis a três contos de réis.

Conforme o disposto no supra artigo, a comunicação realizada pelo médico não pode expor o paciente a procedimento criminal. Nesse sentido, entende-se que a conduta contravencional não se caracteriza se o crime não for de ação pública ou, ainda sendo, necessite de representação por parte do ofendido. Assim, a lei requer, pois, que se trate de crime de ação penal pública incondicionada, que é o previsto no ordenamento jurídico brasileiro, visto ser esse o interesse do Estado: julgar os atos previstos como delituosos e punir os transgressores para garantia do bem-estar das relações sociais.

1.4 Natureza jurídica da relação médico-paciente

O filósofo e médico grego, Hipócrates, na tentativa de aproximar-se gradativamente do método científico, foi responsável por distanciar o médico da figura sagrada. Considerado como o “pai da Medicina”, Hipócrates desempenhou um exercício profícuo de intermédio entre as práticas médicas e as ciências naturais e biológicas (BERGSTEIN, 2012).

A ciência médica herdou de Hipócrates uma compilação de aproximadamente sessenta escritos, conhecidos por *Corpus Hippocraticum*, que, ao lado do Juramento de Hipócrates, serviu de base para a figura do médico onisciente²⁹. Nesse período, o agir médico esteve circunscrito em uma relação bem delimitada: de um lado a figura do médico – como representação de *consciência* -, e do outro a figura do cliente – como representação de *confiança* (BERGSTEIN, 2012).

Hoje, frente à nova conjuntura da relação médico-paciente, devido às suas ressignificações sofridas ao longo da História, o papel do médico distanciou-se do papel do paciente. As exigências da sociedade de consumo – marcadas por cidadãos mais conscientes de seus direitos - deram outra roupagem ao vínculo entre o médico e o paciente. Agora, os sujeitos dessa relação são chamados de usuário e prestador de serviços (PEREIRA, 2004). Dessa forma, o paciente passa a ter o *status* de moderno e se apropria de ferramentas de pesquisas cada vez mais sofisticadas, passando, conseqüentemente, a exigir informações mais específicas quanto ao seu estado de saúde e, ainda, quanto às possíveis alternativas médicas em seu tratamento (BERGSTEIN, 2012). Frente a essa nova realidade da relação médico-paciente que surgem as exigências de resultados, no tocante à prática médica³⁰.

Conforme exposto, os desgastes advindos da relação médico-paciente, que pudessem se tornar objeto de diligências de natureza judicial – ética, civil ou penal -, passaram por uma discussão que tinha por objetivo fomentar atividades e práticas que pudessem reduzir essa nova realidade. A essa discussão se deu o nome de medicina defensiva (BERGSTEIN, 2012)³¹.

Sob esse panorama, cabe mencionar o crescimento das ações indenizatórias e denúncias junto aos Conselhos Regionais de Medicina contra os profissionais médicos. Segundo (ZULIANI, 2011), as ações indenizatórias movidas contra os médicos

²⁹ A figura do médico onisciente é expressa pelo autor como profissional capaz de atuar além da relação médico-patologia. Aqui, período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, o médico não tinha reportado sobre si nenhum juízo de dúvida quanto à sua capacidade técnica, recebendo por consequência o título de conselheiro e médico da família (BERGSTEIN, 2012).

³⁰ “[...] Numa sociedade crítica, como a nossa, cidadãos clamam pela satisfação dos seus direitos e exigem responsabilidades em situações que outrora relegavam ao fado, ao azar” (PEREIRA, 2004, p. 23).

³¹ A inclusão de disciplinas em instituições de ensino, elaborações de guias orientadores e manuais de defesas profissionais são práticas que exemplificam a medicina defensiva (BERGSTEIN, 2012, p. 24).

corresponderam a um aumento de 20% em 2008, e as denúncias junto aos Conselhos Regionais de Medicina contra os profissionais apontaram um aumento de 75% em 2007.

A doutrina mais qualificada tem entendido que a inserção de práticas defensivas na relação médico-paciente poderá obstaculizar ainda mais o exercício da profissão médica (BERGSTEIN, 2012). Para se evitar o engessamento da relação, o médico deve esclarecer ao seu paciente os fatores mais importantes referentes à sua doença, bem como os cuidados destinados à terapêutica, visto que o paciente é quem autonomamente decidirá. Nesse sentido, (LOPEZ, 2010) preceitua que, frente à evolução do instituto da responsabilidade civil, a prevenção diante dos casos concretos é o melhor caminho a se seguir.

Não obstante toda a discussão penalista acerca do sigilo médico destacada da relação médico-paciente, há ainda a reflexão no contexto cível, quanto ao instituto da responsabilidade civil.

À relação jurídica que estabelece para o autor do dano a obrigação de repará-lo é dado o nome de responsabilidade civil. Para tanto, há de se verificar a existência de um fato antijurídico. O dano, dessa forma, pode ser material, moral ou estético, pela perda de uma chance ou por lucros cessantes. Nesse sentido, fala-se em um interesse patrimonial ou não patrimonial protegido juridicamente dos efeitos de uma lesão.

Atenta para a finalidade deste trabalho, mais especificamente, o dano moral, em virtude da possibilidade de emergir da relação médico-paciente lesão a um direito próprio da dignidade humana, decorrente de possível objetificação da pessoa vivendo com HIV/aids, que obstaculize sua qualidade de pessoa, violando seus direitos da personalidade.

Durante o curso do século XX, muito se discutiu sobre a natureza jurídica da relação médico-paciente - se contratual ou não (BERGSTEIN, 2012).

No entanto, essa discussão restou superada, visto que hoje, o gênero *responsabilidade* comporta duas espécies: a *contratual* e a *extracontratual*. A primeira volta-se para a proteção dos “direitos subjetivos relativos”, especialmente àqueles advindos dos contratos; a segunda, direciona-se à proteção dos “direitos subjetivos absolutos” da pessoa, em especial os da personalidade (FRANZONI, 2010, p.15-16 apud BERGSTEIN, 2012).³²

³² Há, na doutrina brasileira, outras diferenças apontadas entre as duas responsabilidades. No tocante à sua fonte, a responsabilidade derivada do vínculo contratual se consiste na convenção. Já a responsabilidade extracontratual – também chamada de *aquiliana* – consubstancia-se no dever de não lesar – *neminem laedere* (BERGSTEIN, 2012).

(AGUIAR JUNIOR, 2000) ao estudar a responsabilidade civil do médico, esclarece que, se de um lado, a responsabilidade contratual apresenta-se como uma violação de obrigação derivada de um negócio jurídico, em que seu descumprimento caracteriza o fato ilícito civil gerador do dano; por outro, a responsabilidade extracontratual ou delitual prescinde a existência de um contrato previamente celebrado e advém de um ato ilícito absoluto, capaz de violar as regras de convivência social e, conseqüentemente, causar um dano injusto.

Atualmente, prevalece no Brasil o entendimento de que a relação médico-paciente possui natureza contratual (KÜHN, 2002). Não obstante a sua localização no capítulo dos atos ilícitos do Código Civil, (AGUIAR JUNIOR, 2000) leciona que a responsabilidade do médico é contratual, admitindo exceções nos casos em que ocorrer a morte do paciente - situação em que seria cabível ação de natureza delitual por parte dos familiares ou, ainda, quando inexistindo contrato, o médico agir com imperícia/negligência/recusa na assistência a pessoa em perigo iminente. Muito deste discurso substancia-se no argumento de alguns doutrinadores que sustentam como fundamento único da responsabilidade civil o contrato social (COUTO E SILVA, 1988).

(TEPEDINO, 2006) preceitua que a natureza jurídica da relação médico-paciente representa uma locação de serviços *sui generis*, na qual há a prestação remunerada de um serviço relacionado à saúde, bem como um núcleo de deveres extrapatrimoniais³³.

Em meio às muitas discussões doutrinárias acerca do tema, surge no Brasil a ideia de que à relação médico-paciente se aplicam as normas dispostas na lei consumerista, Lei 8.078/1990. (LORENZETTI, 1997) afirma que o objeto precípua da relação formada entre o médico e o seu paciente é a cura mediante todos os cuidados disponíveis na ciência. Para o autor, a relação possui a característica de consensualidade, bilateralidade e comutatividade³⁴.

Seguindo com as discussões, a doutrina apresenta casos em que a relação *in casu* constitui natureza puramente extracontratual, os quais não se identificam um acordo de interesses capaz de ensejar a instituição de uma relação negocial. Pode-se citar a título de exemplo, a situação hipotética em que, não havendo nenhum contrato, a vida reúne médico e

³³ Entende-se por deveres extrapatrimoniais os cuidados do médico com seu paciente, bem como os deveres de conselho, abstenção de abuso ou desvio de poder (AGUIAR JUNIOR, 2000).

³⁴ Lorenzetti sustenta que a consensualidade é o aperfeiçoamento da relação no momento em que formalizado o consentimento. Ainda, segundo o autor, a bilateralidade se consubstancia no concurso de vontades (LORENZETTI, 1997, p. 318, 319 e 338).

doente, em uma mesma circunstância, incumbindo àquele o dever de prestar assistência, como acontece no encontro de um acidentado em uma via pública, ou na emergência de intervenção em que estejam na condição de paciente um menor de idade ou um doente mental (AGUIAR JUNIOR, 2000). No mesmo caráter de relação extracontratual incorre o médico servidor público, que exerce sua função no atendimento a pessoas asseguradas pelos regimes de saúde pública, bem como o médico contratado por empresas da iniciativa privada para assistir aos seus empregados.³⁵

Para (MATIELO, 1998), a responsabilidade médica é contratual. No entanto, para o autor, existem dois tipos de culpa. O primeiro, contratual, decorre do inadimplemento de uma obrigação entre os sujeitos da relação médico-paciente previamente firmada (causada por uma conduta injusta). O segundo tipo de culpa é conhecido como decorrente de um ato ilícito (aquiliana).

Sobre a distinção entre as duas modalidades de responsabilidade, (AGUIAR JUNIOR, 2000, p. 139) esclarece:

A diferença fundamental entre essas duas modalidades de responsabilidade está na carga da prova atribuída às partes; na responsabilidade contratual, ao autor da ação, lesado pelo descumprimento, basta provar a existência do contrato, o fato do inadimplemento e o dano, com o nexo de causalidade, incumbindo ao réu demonstrar que o dano decorreu de uma causa estranha a ele; na responsabilidade extracontratual ou delitual, o autor da ação deve provar, ainda, a imprudência, negligência ou imperícia do causador do dano (culpa), isentando-se o réu de responder pela indenização se o autor não se desincumbir desse ônus. Na prática, isso só tem significado com a outra distinção que se faz entre obrigação de resultado e obrigação de meios.

Outro aspecto de grande relevância dentro da discussão acerca da responsabilidade civil do médico é a obrigação que vincula os sujeitos na relação. Apesar de não ser o núcleo de análise deste trabalho, faz-se *mister* tangenciar, ainda que brevemente, a questão.

Segundo (BERGSTEIN, 2012, p. 31),

³⁵ Nos últimos casos, o atendimento é obrigatório, pressupondo uma relação primária de Direito Administrativo ou de Direito Civil entre o médico e a empresa/hospital público, e uma outra entre o empregado e a empresa, ou entre o segurado e a instituição de seguridade, mas, ressalta-se que não há relação contratual entre o médico e o paciente (AGUIAR JUNIOR, 2000).

[...] atualmente, é inevitável a conclusão de que o médico, ao exercer a sua atividade, vincula-se em regra a uma obrigação de meio, pela qual se compromete a emvidar os seus melhores esforços – sempre pautado na ciência de sua profissão – em benefício do seu paciente.

Nesse sentido, ressalta o autor que os deveres de diligência, cautela e conhecimento técnico são constantes do ato médico, que, por sua vez, visa a um resultado. Ocorre, porém, que esse resultado não é de total ingerência do médico.

Sob essa perspectiva, a garantia do resultado sempre dependerá de fatores endógenos e exógenos à vontade exclusiva do médico.

Por fim, os debates acalorados acerca das classificações acima apresentadas foram minimizados com o advento da Lei 8.078/90, Código de Defesa do Consumidor. Segundo (BERGSTEIN, 2012), com a Lei Consumerista, o elemento culpa (art. 14, §4º) se torna o cerne na responsabilização dos profissionais liberais. Outra questão de igual relevância é a possibilidade de inversão do ônus da prova, *onus probandi*, quando dos casos de hipossuficiência no polo processual ocupado pelo consumidor, conforme preceitua o art. 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor³⁶.

Assim, o panorama legal da relação médico-paciente restou consolidado no sentido de que ao profissional cabe o investimento de melhores práticas e conhecimentos voltado ao paciente, cuja responsabilização civil condiciona-se à verificação da culpa – além do nexo causal e do dano -, ressalvadas as situações previstas na lei, quanto ao ônus da prova, conforme dispõe o Código de Defesa do Consumidor (BERGSTEIN, 2012).

2. ANÁLISE DO MOTIVO JUSTO SOB A INFORMAÇÃO DE NOVAS EVIDÊNCIAS: INDETECTÁVEL=INTRANSMISSÍVEL.

2.1 Origem do paradigma Indetectável igual a Intransmissível (I = I)

Kuhn ensinou que os paradigmas são “as realizações científicas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2011, p. 13). Nesse sentido, pode-se afirmar que as informações

³⁶ Art. 6º São direitos básicos do consumidor: (...) VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências; (...).

apresentadas pelas novas evidências científicas, no período compreendido entre 2005 e 2018, construíram um novo paradigma na comunidade de pesquisa do HIV.

Em 2016, a *Prevention Access Campaign*³⁷, uma iniciativa de equidade em saúde com o objetivo de encerrar a pandemia de HIV/aids e o estigma relacionado ao vírus, lançou a iniciativa *Undetectable equals Untransmittable (U = U)*, traduzido para o português: Indetectável igual a Intransmissível (I = I).

I = I implica que pessoas vivendo com HIV em uso regular da TARV – aquelas que atingiram e mantiveram uma carga viral indetectável - não podem transmitir sexualmente o vírus a outras pessoas.

Esse conceito, baseado em fortes evidências científicas, tem amplas implicações para o tratamento da infecção pelo HIV do ponto de vista científico e de saúde pública, para a autoestima dos indivíduos, reduzindo o estigma associado ao HIV, e para certos aspectos legais da criminalização do HIV.

Passa-se agora a apresentar os principais estudos que embasaram o mote I = I.

De abril de 2005 a maio de 2010, desenvolveu-se nos Estados Unidos da América um ensaio clínico, multicêntrico e randomizado chamado HPTN 052 (*HIV Prevention Trials Network 052*) (COHEN *et al.*, 2016). O objetivo do estudo foi avaliar se os medicamentos antirretrovirais podiam prevenir a transmissão sexual do HIV entre casais sorodiscordantes³⁸. Também se buscou definir o tempo ideal de início da TARV, de modo a reduzir as doenças e mortes entre as pessoas vivendo com o HIV/aids. Os resultados do ensaio provaram não haver nenhuma infecção por HIV linkada³⁹, quando a pessoa que vivia com HIV dentro do casal estava sob o uso regular da TARV e com a carga viral indetectável⁴⁰.

Outro importante estudo multicêntrico desenvolvido de setembro de 2010 a abril de 2018 foi o *Partner*, dividido em dois momentos: *Partner 1* e *Partner 2* (RODGER *et al.*, 2019). O estudo *Partner 1* incluiu, entre setembro de 2010 e maio de 2014, casais

³⁷ Sobre a *Prevention Access Campaign*, consulta em <https://www.preventionaccess.org/>.

³⁸ Segundo o guia de terminologias do (UNAIDS, 2017), um casal sorodiscordante é aquele em que um parceiro vive com HIV e o outro não. Consulta em https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf.

³⁹ O vocábulo linkado foi utilizado no estudo para indicar infecções pelo HIV decorrentes do vírus da parceria sexual, dentro do casal.

⁴⁰ O estudo registrou infecções pelo HIV não linkadas, por meio de análises filogenéticas do vírus, identificando que a infecção não era decorrente do parceiro sexual.

sorodiscordantes (homossexuais e heterossexuais), em 75 clínicas de 14 países europeus. Os critérios de inclusão determinavam que o parceiro com HIV tivesse carga viral indetectável - em uso regular da TARV - e que o casal não adotasse o hábito de usar preservativos durante as relações sexuais. Publicado em 2016, o resultado do *Partner 1* afirmou que, ao todo, houve mais de 58.000 relações sexuais sem preservativo e sem transmissão do HIV.

O estudo *Partner 2* foi uma extensão do primeiro estudo realizado. Desenvolvido no período compreendido entre maio de 2014 e abril de 2018, o estudo recrutou apenas casais de homens que fazem sexo com homens sorodiscordantes para o HIV, em 75 clínicas de 14 países europeus. Durante o ensaio, os parceiros HIV- negativos eram testados para o HIV a cada 06 e 12 meses e os parceiros HIV – positivos tinham suas cargas virais acompanhadas. O resultado do estudo afirmou não ter havido transmissões linkadas entre casais de homens que fazem sexo com homens, em que o parceiro soropositivo para o HIV apresentava carga viral indetectável, em uso regular da TARV (RODGER *et al.*, 2019).

O terceiro estudo que respaldou o mote I = I foi o *Opposites Attract* (BAVINTON *et al.*, 2017). Durante a IX Conferência da *International AIDS Society* sobre Ciência do HIV (IAS 2017) em Paris, na França, foi divulgado o resultado do estudo que incluiu 343 casais de homens que fazem sexo com homens sorodiscordantes. O estudo não encontrou um único caso de transmissão linkada do HIV em 16.889 atos de sexo anal sem preservativos, quando o parceiro com HIV estava em uso regular da TARV e, conseqüentemente, com carga viral indetectável.

No Brasil, as evidências científicas dos estudos apresentados foram reconhecidas e divulgadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, por meio da Nota Informativa n.º 5/2019 - DIAHV/SVS/MS, em maio de 2019.

Acompanhando os estudos apresentados, a nota informou que as pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral (uso regular da TARV) e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus HIV por via sexual.

A importância do reconhecimento do conceito I = I pode gerar impacto positivo nas relações das pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que se contrapõe a paradigmas passados, nos quais se entendia que todas as pessoas vivendo com HIV/aids eram potenciais

transmissoras do vírus pela via sexual, o que, hoje, é um entendimento associado a estigmas e preconceitos⁴¹.

A correta compreensão sobre transmissibilidade e intransmissibilidade promove benefícios no tratamento oferecido às pessoas que vivem com HIV/aids, de modo a fomentar o adesão contínua da TARV e a aprimorar a horizontalidade das relações entre parcerias afetivas e/ou sexuais.

2.2 Discussão dos pareceres

Apresentado o novo paradigma I = I, passa-se agora à análise dos pareceres publicados pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina os quais disciplinaram a conduta do médico nos casos de sigilo médico, em que a pessoa vivendo com HIV/aids se opôs a revelar sua sorologia ao seu comunicante sexual (ou a terceiros interessados). Para tanto, a ênfase da análise será dada ao motivo justo, causa identificada pelo CEM como exceção que autoriza a quebra do sigilo médico.

Cumprе destacar que, em 2008, o entendimento “indetectabilidade igual a intransmissibilidade” já havia sido apresentado à comunidade científica internacional pela *Swiss Aids Federation* (Declaração Suíça)⁴². Esta declaração promoveu o desenvolvimento dos estudos supra apresentados que, ao longo dos anos, foram responsáveis pelo recrudescimento do mote I=I.

Destaca-se, ainda, que, não obstante o entendimento I=I ter ganhado notoriedade na comunidade científica internacional desde 2008, os CFM e CRMs só se pronunciaram quanto ao novo paradigma a partir de 2017⁴³, ao serem questionados sobre a possibilidade de quebra do sigilo médico, quando atendida a condição I=I. Durante o lapso temporal de 2008 a 2017, os conselhos permaneceram silentes quanto ao tema.

Assim, para compreender a trajetória percorrida pelos CFM e CRMs, em seus pareceres sobre sigilo médico nos casos de HIV/aids - durante o período compreendido entre

⁴¹ Nota Informativa n.º 5/2019 - DIAHV/SVS/MS, publicada em maio de 2019. Consulta em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsvms>, acesso em outubro de 2019.

⁴² *Swiss Aids Federation – Advice Manual: Doing without condoms during potente ART. Approved by the Executive Board of Swiss Aids Federation, 30 January 2008.*

⁴³ Parecer CREMEB n.º 06/17, parecer CRM-SC n.º 2516/17 e parecer CRM/MS n.º 05/2019.

1989 e 2019 -, realizar-se-á o estudo das publicações dos conselhos conforme a descrição abaixo.

A amostra de 32 pareceres dos CFM e CRMs será dividida em dois grupos: **1)** pareceres com fundamento pré-paradigma (29 pareceres) e **2)** pareceres com fundamento pós-paradigma (3 pareceres).

2.2.1 Pareceres com fundamento pré-paradigma

O dilema da confidencialidade se recrudescer com o advento da aids, uma vez que o risco à vida de outras pessoas implica uma obrigação legal e moral de comunicar a situação ao companheiro (comunicante sexual) e também aos terceiros diretamente envolvidos com a pessoa vivendo com HIV/aids (DOMÍNGUEZ *et al.*, 2014). Desse modo, não obstante a confidencialidade ser um direito da pessoa vivendo com HIV/aids, a expressão da autonomia poderá sofrer limitações, caso venha a colidir diretamente com a integridade de outras pessoas, como é o exemplo da recusa da pessoa vivendo com HIV/aids em revelar seu *status* sorológico ao parceiro.

A tabela abaixo permite a visualização da amostra dos 29 pareceres publicados pelos CFM e CRMs pertencentes ao grupo com fundamento pré-paradigma (I = I), na qual se organizou cada parecer conforme assunto, ementa, ano e interessado:

Tabela 1. Pareceres com fundamento pré-paradigma.

Tipo de Norma	Assunto	Ementa	Ano	Interessado
Parecer CFM n.º 27/2018	Sigilo médico – paciente soropositivo	Em casos de motivo justo e dever legal, o médico está respaldado ética e legalmente a revelar o sigilo do paciente.	2018	Prefeitura Municipal de Massaranduba- Unidade Básica de Saúde (Santa Catarina)
Parecer CFM n.º 12/2000	Exame de HIV após a morte do paciente	Não pode ser realizado exame de HIV em sangue de paciente morto, que não deu, em vida, autorização para tal.	2000	Pessoa Física

Parecer CFM n.º 23/1992	Sigilo Médico	Limite do sigilo profissional. Motivos de revelação do sigilo nas doenças transmissíveis, especialmente - na AIDS. - Aposentadoria dos servidores com AIDS.	1992	Médico Supervisor - Serviços Médicos do Tribunal Regional Federal – 5ª Região
Parecer CFM n.º 04/1991	Sigilo Médico	Posicionamento a ser adotado pela equipe médica em face a solicitações, por autoridades judiciais e administrativas, para o fornecimento de informações relativas a menores infratores e detentos do sistema prisional, portadores de sorologia positiva para o HIV.	1991	Equipes médicas da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor – FEBEM - SP e do Centro de Saúde 1 de São José dos Campos - SP
Parecer CFM n.º 18/1989	Laqueadura Tubárea, Vasectomia e Segredo Médico nos casos de AIDS	-	1989	Consultoria Jurídica do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
Parecer CREMEB n.º 48/08	1. Recusa de paciente presidiário de utilização de terapia antirretroviral e uso de drogas ilícitas na penitenciária 2. Quebra de sigilo profissional	O paciente capaz de tomar decisões referentes à sua vida poderá recusar o uso de medicações que lhe beneficiem. No caso de usuários de drogas ilícitas, o acompanhamento psiquiátrico deverá ser solicitado. O uso de drogas ilícitas por via	2008	Médicos que atuam em presídio no atendimento a pacientes com HIV/AIDS

		<p>parenteral, por pacientes encarcerados, poderá trazer o potencial de transmissão de doenças, caso esteja havendo compartilhamento de agulhas e seringas.</p> <p>Neste caso as autoridades competentes devem ser informadas, configurando justa causa para quebra de sigilo profissional.</p>		
Parecer n.º CREMEB 47/08	Autorização do paciente para discussão de resultado de exame anti-HIV positivo entre o médico do laboratório e o médico assistente	Não constitui quebra de sigilo médico a troca de informações entre o médico assistente e médicos que participem de serviços de apoio diagnóstico, como laboratório de análises clínicas, que atendem ao paciente, mesmo sendo este portador do HIV/AIDS. Não existe necessidade de autorização do paciente para tal.	2008	Médica, responsável técnica por laboratório de análises clínicas
Parecer CREMEC n.º 15/2013	Conduta médica ante uma adolescente com HIV/AIDS	A forma com que o médico vai conduzir o diagnóstico e o tratamento de uma criança/adolescente com suspeita de HIV deve ser individualizada.	2013	Médico

		<p>Devem ser contemplados todos os aspectos técnico-científicos, éticos e legais envolvidos, procurando sempre a participação do paciente, da equipe de saúde, da família ou representante legal.</p> <p>Em caso de não conseguir contato com os pais ou responsáveis legais, informar ao Conselho tutelar ou promotoria da infância e adolescência.</p>		
Parecer CREMEC n.º 10/2000	Paciente soropositivo para HIV que não informa sua condição ao parceiro	O médico pode revelar a parceiro de paciente que este é soropositivo para HIV, quando o paciente se recusa a fazê-lo.	2000	Médica Diretora em exercício do Hospital São José de Doenças Infecciosas
Parecer CRMDF n.º 14/2017	Informação à equipe de enfermagem e demais profissionais de Instituição de Longa Permanência de Idosos, quanto ao diagnóstico de paciente portador do vírus HIV	Não comete infração ética o médico que informa aos profissionais da área de saúde que assistem o paciente, quanto ao diagnóstico de portador do vírus HIV.	2017	Médica de instituição de longa permanência de idosos.
Parecer CRMDF n.º 103/2015	Segredo médico em doenças de notificação compulsória em regime fechado	-	2015	Médica psiquiatra da ala de tratamento da Penitenciária Feminina.
Parecer CRM-MG n.º	-	A obrigatoriedade do sigilo médico torna-se	2018	Direção de

91/2018		secundária em face do bem-estar social e do direito à saúde de outras pessoas.		Hospital
Parecer CRM-MG n.º 218/2017	-	A quebra do sigilo só está permitida nos casos previstos no CEM, mas restrita à relação do médico com seu próprio paciente.	2017	Médica
Parecer CRM-PR n.º 2638/2018	Solicitação de diagnóstico por extenso para liberação de PIS/PASEP para portadores de HIV	Não fere a Ética Médica a revelação do diagnóstico do paciente em documento solicitado e entregue diretamente a ele.	2018	Médica
Parecer CREMEPE n.º 33/2017	Relação a procedimento legal e ético com paciente com diagnóstico de HIV	-	2017	Médica Infectologista
Parecer CRM-PR n.º 1727/2006	Responsabilidade do médico no caso de paciente que realiza exame de HIV, que resultou positivo, não retornar para saber o resultado	-	2006	Médica
Parecer CRM-PR n.º 1721/2006	Revelação de diagnóstico de paciente psiquiátrico, HIV positivo, com o intuito de evitar a contaminação dos demais pacientes internados	-	2006	Médicos Diretores de Comunidade Terapêutica
Parecer CRM-PR n.º	Portadores de HIV – comunicação aos	-	2002	Médico

1434/2002	funcionários da unidade			
Parecer CRM-PR n.º 1191/99	Diálise – paciente portador de HIV	-	1999	Instituto do Rim do Paraná S/C Ltda
Parecer CRM-PR n.º 1120/98	Atestado de óbito – obrigatoriedade de constar o termo SIDA – <i>causa mortis</i> básica e suas consequências	-	1998	Advogada
Parecer CRM-PR n.º 0331/93	Auxiliar de enfermagem portador do vírus HIV – afastamento das funções	-	1993	Médica – Chefe de Equipamento de Saúde
Parecer CRM-PR n.º 0266/92	Parecer CREMERJ n.º 100/92 - AIDS - comunicar a esposa ou companheira - sigilo	-	1992	Diretor Geral da Secretaria de Estado da Saúde
Parecer CREMERJ n.º 16/92	Obrigatoriedade ou não do médico comunicar a (o) parceiro (a) do (a) paciente, resultado de teste HIV	Esclarece ser o médico ética e moralmente obrigado a comunicar a (o) parceiro (a) sexual de um indivíduo infectado pelo HIV este fato, desde que o (a) paciente haja sido alertado pelo médico quanto ao risco a que expõe o (a) companheiro (a) e os meios para minimizá-lo, e mesmo assim, dispor o médico de evidências de que tal exposição ocorre, e ainda advertir prévia e	1992	Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcante (IEHASC)

		legalmente o (a) paciente de sua intenção, incluindo, inclusive neste caso, o paciente menor.		
Parecer CREMESE n.º 165.932/2012	Sobre quebra de sigilo médico de paciente portadora do vírus HIV que se recusa a comunicar ao marido sobre a doença	Deve-se esclarecer as questões supracitadas à paciente, de forma clara e em linguagem que a mesma possa entender, relatando e discutindo seus direitos e deveres, aconselhando-a a mudar sua posição com fundamento nos aspectos éticos e legais acima apontados. Se exauridos todos os argumentos fundamentados e a paciente negar-se a mudar sua posição, nos parece claro que, por “motivo justo” o pai da criança e marido da paciente deva ser informado pela equipe da condição de portadora do vírus HIV de sua esposa e da necessidade de tratamento preventivo do seu filho.	2012	Diretor Clínico de instituição hospitalar do interior do Estado de São Paulo
Parecer CREMESP n.º 24.323/1996	Paciente soropositivo declarar publicamente ser HIV negativo e não utilizar preservativo sem suas	-	1996	Médica

	relações sexuais			
Parecer CREMESP n.º 7.267/95	Revelar diagnóstico aos avós de paciente menor portadora do HIV	-	1995	Médica
Parecer CREMESP n.º 3.898/95	Se o médico ao examinar um réu, ser informado pelo mesmo que é portador de HIV, deverá anotar no laudo que será encaminhado ao Juiz	-	1995	Perito Médico da Corregedoria Geral da Justiça de São Paulo
Parecer CREMESP n.º 17.887/94	Se quando o exame de sangue de um doador falecido vem positivo para HIV, deve ser avisada a família, ou seria quebra do segredo médico, uma vez que não foi solicitada autorização prévia ao doador?	-	1994	Médico
Parecer CREMESP n.º 21.333/90	Sobre um paciente de HIV, sem sintomas de AIDS, que mesmo após orientação continua mantendo relações sexuais, sem o uso de preservativo, com mulheres adolescentes	-	1990	Médico

Fonte: Tabela criada pelo autor desta monografia, conforme consulta de Legislação/Processo-Normas CFM (Resoluções, Pareceres, Outros): http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas, acesso em agosto de 2019.

Após a leitura profícua dos 29 pareceres com fundamento pré-paradigma, procurou-se analisar dois aspectos: **1)** teor dos pareceres que recomendaram ou vedaram a quebra do sigilo médico; e **2)** pareceres que trouxeram discussões bioéticas em suas decisões.

2.2.1.1 Da (in)violabilidade do sigilo médico: pareceres com fundamento pré-paradigma

Do total de 29 pareceres, 06⁴⁴ proibiram a quebra do sigilo médico e 23 autorizaram a sua violação. Todos os pareceres que autorizaram a quebra do sigilo pelo médico tiveram como cerne de seus argumentos a presença de alguma exceção à quebra do sigilo profissional, conforme preconizado pelo CEM, em seu art. 73⁴⁵. A principal justificativa apresentada pelos pareceres para proibir a quebra do sigilo pelo médico foi a não ocorrência das causas de exceção à quebra do sigilo profissional: motivo justo, dever legal e autorização expressa do paciente; no caso dos 6 pareceres: o motivo justo.

O motivo justo restou discutido em todos os 6 pareceres como possível causa para quebra do sigilo médico. A ideia projetada na excludente, enquanto questionamento dos pareceres, visava substancialmente à proteção de terceiros.

Conforme parecer de 1995⁴⁶, a mãe e única responsável legal de uma criança vivendo com o HIV e linfoma não-Hodgkin solicitou que fosse mantido sigilo absoluto em relação à sorologia positiva da criança com relação aos avós maternos, os quais residiam no mesmo ambiente domiciliar. A médica, sob o argumento de possível risco aos avós da criança, solicitou parecer ao CREMESP, questionando a possibilidade de violação do sigilo médico. Não obstante o caminho sempre percorrido pelos CFM e CRMs, no tocante ao risco de terceiros, o CREMESP entendeu que no caso concreto, não se justificaria a quebra do sigilo profissional. Observa-se neste parecer a prevalência da autonomia da vontade do paciente, representada pela figura materna, frente ao direito de terceiros, quando desprezíveis os riscos destes. O que se prezou, no caso em tela, foi pela preservação da dignidade da criança, visto que sua liberdade individual não foi violada.

Todos os outros 05 pareceres convergiram em um mesmo ponto: o risco oferecido a terceiros não justificava, enquanto motivo justo, a quebra do sigilo. Exemplos como o uso do mesmo aparelho de diálise entre pessoas sorodiscordantes; tratamento diferenciado no ambiente de trabalho a pessoas que vivem com o HIV/aids; viúva intentar realizar sorologia para HIV em marido já falecido etc. foram casos em que o motivo justo, enquanto proteção à vida de terceiros, foi terminantemente afastado pelos conselheiros em seus pareceres.

⁴⁴ CREMESP n.º 7267/1995; CRM-MG n.º 91/2018; CRM-MG n.º 218/2017; CRM-PR n.º 1191/1999; CFM n.º 12/2000; CFM n.º 23/1992.

⁴⁵ Em função do lapso temporal da publicação dos pareceres (1989 a 2019), o sigilo profissional poderá não ser representado pela figura do art. 73 do CEM, mas pela figura respectiva do CEM da época.

⁴⁶ CREMESP n.º 7267/1995.

Outro ponto relevante que se pôde destacar da análise dos pareceres foi a quantidade elevada de recomendação à quebra do sigilo médico pelos CFM e CRMs (23 pareceres dentro de uma amostra de 29 pareceres), quando o assunto sob apreciação é o HIV. Conforme já se esclareceu, a regra preconizada pelo CEM e, conseqüentemente, pelos CFM e CRMs é a vedação à quebra do sigilo profissional; entretanto, nos pareceres, o que se identificou como regra foi a violação do sigilo médico, quando o caso sob apreciação relaciona-se a pessoas vivendo HIV.

À semelhança da obstinação terapêutica, observa-se que o excesso de paternalismo médico pode violar os direitos e garantias fundamentais do paciente, tal como a sua autonomia. Conforme o ensinamento kantiano, a instrumentalização do indivíduo, não permitindo que este seja um fim em si mesmo, mas um meio para a realização dos interesses de outrem, viola diretamente a dignidade humana.

2.2.1.2 Dos princípios da Bioética: pareceres com fundamento pré-paradigma

Todo conflito de ordem moral no exercício da profissão deve passar pelo crivo da análise bioética. Torna-se insuficiente a decisão que tenha referência única e exclusivamente nos códigos de ética de uma categoria profissional. Há situações especiais em que as determinações devem ser dialogadas, compartilhadas e deliberadas em conjunto de pessoas com valores morais diferentes (FRANCISCONE *et al.*, 2000).

Da análise dos 29 pareceres da amostra, pôde-se perceber que os CFM e CRMs têm se apropriado de um discurso majoritariamente deontológico e administrativo. A apreciação dos casos submetidos aos conselhos, quanto à aplicação dos princípios da bioética, se mostrou deficiente em quantidade e qualidade, conforme se verá adiante.

Entre os 29 pareceres com fundamento pré-paradigma, apenas 03⁴⁷ apresentaram reflexões bioéticas. Os 26 pareceres remanescentes trataram questões semelhantes (quebra de sigilo médico por motivo justo etc.) valendo-se tão somente de um discurso deontológico e administrativo.

Antes de adentrar na análise bioética dos pareceres, faz-se necessária apresentação de uma das correntes da bioética (a mais difundida no Brasil): proposta principialista, de Tom Beauchamp e James F. Childress.

Dentre as muitas teorias que visam a resolver os problemas ou conflitos éticos próprios da atuação médica, a bioética está na origem (MARTINS, 2013). O principialismo,

⁴⁷ CRREMEPE n.º 33/2017, CREMERJ n.º 16/1992 e CRM-PR n.º 0266/1992.

entre essas propostas teóricas, nasceu com a publicação da obra *Principles of Biomedical Ethics*, escrita por Beauchamp e Childress, em 1979⁴⁸.

A teoria principialista é, portanto, uma proposta de quatro princípios que devem orientar as decisões morais. Beauchamp e Childress afirmam que os princípios são obrigações *prima facie*, cuja ponderação permite que o médico encontre uma diretriz para suas escolhas. Nesse sentido, embora os princípios devam ser respeitados, nem sempre se poderá fazê-lo, uma vez que na colisão de dois princípios um ou outro será colocado em segundo plano.

Para restringir a larga margem de indeterminação dos princípios morais, há que se especificar cada um, de modo “a fazer deles diretrizes para ações concretas” (MARTINS, 2013, p. 21). Para além da especificação dos princípios, Beauchamp e Childress sustentam ser necessário o exercício da ponderação⁴⁹.

Os princípios morais para Beauchamp e Childress são: princípio do respeito pela autonomia, princípio da beneficência, princípio da não-maleficência e princípio da justiça.

O princípio do respeito pela autonomia consubstancia-se no reconhecimento do valor da pessoa enquanto sujeito que detém o direito de escolher e não a obrigatoriedade de escolher. Para os autores, ser um sujeito autônomo não implica necessariamente ser respeitado como tal. Normalmente, o sujeito autônomo é reconhecido por sua capacidade de autodeterminação em escolhas independentes (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2009). Essa é a diferença que os autores trazem entre autonomia e respeito pela autonomia.

O princípio da beneficência é a obrigação que vai além de deixar de fazer o mal a alguém; é portanto uma prestação positiva: o sujeito com seu agir consciente se volta a ajudar os outros. Este princípio aproxima-se da ideia de paternalismo, em que o médico se apresenta na posição de autoridade para determinar o que é melhor para o paciente, uma vez que possui arcabouço científico para tanto. É sob essa perspectiva que o princípio do respeito pela autonomia muitas vezes se coloca em conflito direto com o princípio da beneficência (MARTINS, 2013).

⁴⁸ No ano de 1979, também foi apresentado o *Belmont Report*, documento que definiu limites éticos à experimentação científica biomédica no tocante à proteção dos seres humanos. A comissão constituída para elaboração do relatório foi criada em 1974, pelo congresso norte-americano (Comissão Nacional), após reflexões acerca das atrocidades vividas na Ciência durante a Segunda Guerra Mundial.

⁴⁹ A ponderação “supõe que se perceba que o peso de cada princípio é relativo à situação de conflito que está concretamente em foco; que se perceba que se está perante uma obrigação moral *prima facie*.” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2009, *apud* MARTINS, 2013, p. 22).

O princípio da não-maleficência pressupõe, *en passant*, a obrigação de não causar nenhum mal ou dano. Este princípio preconiza o dever moral de não causar dor ou sofrimento ou, ainda, morte. Nesse sentido, “o princípio da não maleficência impõe sempre uma obrigação ou prescrição ‘negativa’ de caráter não absoluto, ou seja, proíbe uma determinada ação que possa causar dano⁵⁰ ou fazer mal” (MARTINS, 2013, p. 32).

Por fim, o princípio *prima facie* do princípalismo bioético é o princípio da justiça. Este princípio estabelece que se dê a cada indivíduo aquilo que lhe é devido, no tocante a direitos, benefícios, deveres ou responsabilidades (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2009).

Retomando os valores da amostra de pareceres, do total de 29 publicações –com fundamento pré-paradigma-, apenas 03 pareceres fizeram menção explícita à análise bioética⁵¹.

A situação fática apresentada pelos 03 pareceres foi semelhante: a obrigação do médico responsável pela pessoa vivendo com HIV/aids de convocar o (a) companheiro (a) para comunicação de que o paciente é infectado pelo HIV.

Observou-se que 02⁵² dos 03 pareceres apresentaram o mesmo princípio para justificar a quebra do sigilo médico pelo profissional: princípio do mal menor. Segundo o entendimento dos pareceristas: “O médico deve considerar que o mal advindo de um paciente infectado pela quebra de sigilo será menor do que o que adviria à sua parceira caso viesse a se infectar”.

Ressalta-se dos 02 pareceres, como complemento do supra excerto, o momento em que os pareceristas apontam para a alta probabilidade de que uma doença decorrente da infecção pelo HIV leve o paciente “inexoravelmente à morte”⁵³. Nesse sentido, os pareceristas entenderam justificar-se a quebra do sigilo por se tratar de proteção à saúde de terceiros. Segundo eles, evitava-se, deste modo, que outros se infectassem com algo, a princípio, considerado letal.

No âmbito do princípio da não-maleficência, o princípio do mal menor é compreendido como um agir forçoso, no qual a escolha pelo mal menor é uma obrigação.

⁵⁰ O termo “dano” apresentado por Beauchamp e Childress pressupõe um agir consciente e intencional que visa a prejudicar os direitos e interesses fundamentais de uma pessoa. Desse modo, o dano decorrente de circunstâncias acidentais não é coibido pelo princípio da não-maleficência (MARTINS, 2013).

⁵¹ CRREMEPE n.º 33/2017, CREMERJ n.º 16/1992 e CRM-PR n.º 0266/1992.

⁵² CREMERJ n.º 16/1992 e CRM-PR n.º 0266/1992.

⁵³ Faz-se mister lembrar que os dois pareceres sob análise são de 1992, período em que o tratamento do HIV no Brasil não era fornecido pelo Governo Federal.

Assim, haverá sua aplicação nos casos em que todos os efeitos de uma ação inevitável serão negativos (MOTA, 1999). No caso em tela, os pareceristas não aprofundaram as discussões sobre o princípio, limitando-se tão somente à tentativa de suplantar o direito à liberdade individual do paciente pela obrigação de não colocar em risco a vida de terceiros.

O terceiro parecer, à diferença dos outros 02 já mencionados, buscou estabelecer a quebra do sigilo médico somente quando atendidos os quatro princípios bioéticos da teoria principialista: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Segundo o CREMEPE, os conflitos morais, no exercício da função, não podem ser solucionados apenas sob a luz dos códigos de ética.

O parecer elegeu como cerne da discussão bioética a escolha entre proteção da saúde ou proteção da privacidade.

Aspecto não identificado nos outros 02 pareceres foi o apontamento das dificuldades bioéticas na interface com as ISTs⁵⁴. A preocupação com o tratamento destinado às pessoas vivendo com HIV/aids foi um aspecto relevante não encontrado nos outros dois pareceres. Observou-se que o CREMESPE esteve comprometido com a relação médico-paciente. O parecer valeu-se de um discurso de harmonia entre o respeito pela autonomia do paciente e o papel beneficente do médico, de modo a fomentar na pessoa vivendo com HIV/aids condições para que ela própria revelasse seu segredo, em conformidade com os limites do seu agir moral.

2.2.2 Pareceres com fundamento pós-paradigma

O início deste capítulo destinou-se a esclarecer os contornos das evidências científicas no tratamento da infecção pelo HIV que construíram o novo paradigma I = I.

⁵⁴ Atualmente, o termo DST (Doença Sexualmente Transmissível) tornou-se inadequado. Nesse sentido, utiliza-se a terminologia IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis). A denominação “D”, de “DST”, vem de doença, que pressupõe sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Por outro lado, as “infecções” podem ter períodos assintomáticos (sífilis, herpes genital etc.) ou se manterem assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do herpes), sendo detectadas por meio de exames laboratoriais. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Ministério da Saúde. Consulta em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>.

Agora, passa-se à análise dos pareceres publicados pelos CFM e CRMs que apresentaram fundamento pós-paradigma I = I, em processos-consultas realizados pela comunidade médica brasileira.

A tabela abaixo permite a visualização da amostra dos 03 pareceres publicados pelos CFM e CRMs com fundamento pós-paradigma (I = I), na qual se organizou cada parecer conforme assunto, ementa, ano e interessado:

Tabela 2. Pareceres com fundamento pós-paradigma.

Referência	Assunto	Ementa	Ano	Interessado
Parecer CREMEB n.º 06/17	Obrigatoriedade de informação sobre diagnóstico de HIV a parceiro em caso de baixa carga viral	É permitido ao médico a quebra de sigilo por justa causa (no caso, por proteção à vida de terceiros), quando o indivíduo demonstrar claramente que não informará sua condição de infectado pelo HIV ao(à) parceiro(a) sexual, seja qual for a categoria de positividade, devendo o médico, após prestar esclarecimentos, proceder à comunicação sobre o fato.	2017	Médica ginecologista
Parecer CRM-SC n.º 2516/17	HIV / Sigilo / AIDS	Quebra de sigilo médico diante de paciente com vírus HIV que não revelou a situação ao cônjuge.	2017	Médica
Parecer CRM/MS n.º 05/2019	-	Em caso de motivo justo e dever legal, o médico está respaldado ética e legalmente a	2019	Médico Infectologista

		<p>revelar o sigilo do paciente. Deve também orientar sobre a possibilidade de ilícito legal ao expor outros indivíduos a contaminação.</p>		
--	--	---	--	--

Fonte: Tabela criada pelo autor desta monografia, conforme consulta de Legislação/Processo-Normas CFM (Resoluções, Pareceres, Outros): http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas, acesso em agosto de 2019.

Na leitura dos 03 pareceres com fundamento pós-paradigma, procurou-se analisar dois aspectos: **1)** teor dos pareceres que recomendaram ou vedaram a quebra do sigilo médico; e **2)** pareceres que trouxeram discussões bioéticas em suas decisões.

2.2.2.1 Da (in)violabilidade do sigilo médico: pareceres com fundamento pós-paradigma

Os processos-consultas submetidos à apreciação dos conselhos regionais da Bahia, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentaram pareceres semelhantes quanto à violação do sigilo médico.

Não obstante o interessado – quem solicita o parecer - ter esclarecido em sua consulta os avanços no campo da infectologia trazidos pelas evidências científicas sobre a infecção pelo HIV, todos os conselhos recomendaram a quebra do sigilo médico, pautando seus argumentos no motivo justo – proteção à vida de terceiros.

Conforme já apresentado no capítulo anterior, o motivo justo, o dever legal e a autorização expressa do paciente afiguram-se como causas que possibilitam a violação do sigilo médico, segundo o artigo 73 do CEM.

Cabe resgatar, ainda, o conteúdo mínimo atribuído à expressão motivo justo/justa causa - em seus pareceres - ao longo da história dos CFM e CRM. Entende-se por motivo justo a proteção à vida de terceiros, sendo estes: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado.

Os pareceres dos conselhos regionais de Santa Catarina e da Bahia foram publicados em junho e agosto de 2017, respectivamente. Neste período, já se discutia internacionalmente sobre os estudos de infecção pelo HIV. Em julho de 2017, na IX Conferência da *International AIDS Society*, haviam sido publicados os resultados do importante estudo *Opposites Attract*,

no qual se provou a não ocorrência de transmissão do HIV em 343 casais sorodiscordantes de homens que fazem sexo com homens, em que o parceiro soropositivo estivesse em uso regular da TARV e carga viral indetectável. No mesmo sentido, o estudo *Partner 1*, publicado em 2016 pelo *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, afirmou não ter havido infecções linkadas - em mais de 58.000 relações sexuais sem preservativo - nos casais heterossexuais e também nos casais de homens que fazem sexo com homens, objetos do estudo.

O CREMEB assim se pronunciou quanto às evidências científicas trazidas à solicitação do parecer:

A literatura técnica não apresenta consenso quanto à impossibilidade de infecção pelo HIV em parceiros sexuais de indivíduos vivendo com o vírus, quando a carga viral é baixa ou indetectável, havendo estudos que apontam para a necessidade de novas pesquisas que monitorem tais achados por maior período de tempo, embora haja estudos que concluem pela não transmissibilidade, nesses casos. Parecer CREMEB n.º 06/17

A situação fática apresentada ao CREMEB consistia-se em saber se a quebra do sigilo profissional pela médica se justificaria, no caso de sua paciente ser uma mulher em uso regular da TARV e com carga viral indetectável sob acompanhamento ambulatorial. A médica questionava o procedimento a ser adotado quando da comunicação de sorologia positiva para o HIV ao companheiro da sua paciente. Frente ao caso concreto, pode-se constatar que o posicionamento do CREMEB demonstrou pouca adequação técnica à realidade científica, no tocante aos estudos sobre infecção pelo HIV. Conforme apresentado, o ano de 2017 foi marcado por importantes pronunciamentos científicos que comprovavam a confiabilidade do conceito de indetectabilidade igual a intransmissibilidade.

Quanto ao parecer do CRM-SC, não foi identificada pelo parecerista nenhuma menção às evidências trazidas pelo conceito I = I. A própria solicitação do parecer não aprofundou a matéria. A consulta ao CRM-SC questionava a condução ética a ser tomada por uma médica, no caso de um paciente indetectável que se recusa a revelar sua sorologia positiva para o HIV ao seu companheiro. No caso em tela, a médica interessada relatou consulta a outra médica – infectologista -, que a esclareceu sobre os últimos consensos da especialidade – I = I. Sob essa condição, a médica interessada questionou ao CRM-SC a viabilidade da quebra do sigilo médico, visto não haver riscos significantes a nenhuma pessoa identificável e específica.

Não obstante o parecer ter sido publicado em junho de 2017, período, como já explanado, em que as evidências científicas afirmavam a inexistência de infecção pelo vírus HIV em casais sorodiscordantes, quando regular o uso da TARV e indetectável a carga viral, o CRM-SC recomendou a quebra do sigilo médico, por entender presente a hipótese de motivo justo, afirmando: “[...] certamente se destina a evitar ‘um mal maior’ com a contaminação de outra pessoa”.

O discurso do CRM-SC, além de apresentar dissenso com as evidências científicas, demonstrou pouca acuidade no tratamento dispensado às pessoas vivendo com HIV/aids. Note-se que este é um parecer de 2017 e, no entanto, o CRM-SC usou o termo “contaminação” para se referir à infecção pelo vírus. Segundo o guia de terminologias do (UNAIDS, 2017), ao se descrever o processo de transmissão do vírus de uma pessoa para outra, deve-se dizer que a pessoa foi “infectada” com HIV e não “contaminada”. O termo contaminação, portanto, deve ser utilizado somente ao se referir a objetos e equipamentos.

O terceiro parecer, publicado em fevereiro de 2019 pelo CRM-MS, diferentemente dos outros 02 pareceres supra apresentados, pautou sua argumentação numa deontologia pragmática voltada à natureza *jus puniendi* do Estado.

Neste parecer não houve uma apropriação do conceito de indetectabilidade igual a intransmissibilidade pelo conselho. Observa-se que, em seu discurso, o parecer sustentou que haveria a necessidade da quebra do sigilo médico, pois o motivo justo se enquadraria no fato de a condição I = I não ser uma situação definitiva, condicionada à medicação e ao acompanhamento de carga viral.

Cumprido neste momento destacar que o motivo justo é causa permissiva quando se está diante de riscos à vida de terceiros (comunicantes sexuais etc.). Quando a pessoa vivendo com HIV/aids está incurso nos quesitos de acompanhamento ambulatorial, com carga viral indetectável há seis meses e uso regular da TARV, não há que se falar em riscos à vida dos comunicantes sexuais desta pessoa e, conseqüentemente, em riscos à saúde pública. O aconselhamento quanto ao acompanhamento da carga viral, bem como ao uso regular da medicação antirretroviral, é atribuição própria da condição de médico. Se o paciente, em um agir consciente e volitivo, encontra-se nestas condições, não cabe ao médico transpor a relação médico-paciente e violar a confiança a ele atribuída em razão da função que exerce. Sob essas condições, sustentar o motivo justo como excludente de ilicitude para violação de um segredo profissional – e, portanto, de uma liberdade individual – parece algo paradoxalmente injusto.

2.2.2.2 Dos princípios da Bioética: pareceres com fundamento pós-paradigma

O princípio do mal menor foi o discurso bioético proferido pelo CREMEB para justificar a violação do sigilo médico em seu parecer. Segundo o parecerista, o mal que adviria de uma possível infecção do companheiro da paciente seria maior que o mal advindo da quebra do sigilo médico. Ora, não parece razoável a aplicabilidade do princípio, uma vez que não se está diante de um risco concreto de transmissão do HIV. O juízo valorativo exercido sobre a conduta moral do paciente vivendo com HIV/aids não deve suplantar a condição primeira de pessoa vivendo com HIV/aids.

Conforme já mencionado, em fevereiro de 2019, o parecer emitido pelo CRM-MS pautou seu discurso de autorização da quebra do sigilo médico em uma deontologia pragmática voltada à natureza *jus puniendi* do Estado. Ao optar pelo distanciamento de uma discussão profícua sobre bioética, o parecer reduziu-se à simples menção do princípio da não-maleficência.

Cumprе ressaltar que a teoria principialista de Beauchamp e Childress é um modelo norte-americano importado pelo Brasil (DINIZ e GUILHEM, 2002). Este modelo não se confunde com a bioética enquanto disciplina. Conforme já explanado, a teoria principialista é uma das possibilidades de se equalizar dilemas morais no universo bioético.

Ao delimitar os contornos da discussão bioética dentro dos pareceres, pôde-se constatar que os conselhos têm reduzido os dilemas morais decorrentes da violação do sigilo médico à mitigada aplicação de um princípio. Ao longo dos anos, essa postura principialista foi sendo reproduzida pelos conselheiros sem qualquer distinção ou crítica dentro dos pareceres. A tentativa de se adequar a teoria principialista à complexa realidade moral brasileira tem violado direitos fundamentais por não conseguir acompanhar as excentricidades das pessoas e a evolução da ciência.

A teoria principialista possui fortes referências à cultura estadunidense, isto é: branca, educada e classe média (DINIZ e GUILHEM, 2002). Nesse sentido, é coerente pensar que, enquanto teoria ética, o principialismo trouxe consigo contextos socioculturais próprios de onde foi constituído (DINIZ e GUILHEM, 2002). Portanto, torna-se imprescindível a reformulação da aplicabilidade desta teoria, por meio de análises direcionadas às concepções éticas e culturais próprias dos dilemas morais brasileiros.

A introdução acrítica dos princípios de Bouchamp e Childress nos dilemas morais brasileiros reflete-se na aplicação indiscriminada da teoria, conforme se constatou nos pareceres. Desvincular da discussão bioética questões como a desigualdade de gênero, o racismo, a pobreza e a vulnerabilidade não é uma conduta prudente (DINIZ e GUILHEM, 2002). É imperioso que os pareceristas considerem esses fatos como relevantes na tomada de suas decisões, de modo a se promover o desenvolvimento contínuo de um exercício crítico do pensamento sobre o próprio pensamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como as pessoas que vivem com HIV/aids surgiram, como morreram e por que muitas “não morrem hoje” só não se tornou mais importante do que descobrir como nunca se tornar uma delas.

Enquanto o HIV/aids apresentava-se como “manifestação estética”, havia no imaginário social⁵⁵ uma profusão de ideias e ações. Atualmente, solitário e sem “cara própria”, o HIV/aids distancia-se dos olhares e, conseqüentemente, das reflexões morais da sociedade moderna.

Vive-se hoje um grande paradigma na história do HIV/aids. As evidências dos estudos científicos comprovaram que a indetectabilidade é igual à intransmissibilidade (I=I). Isso significa que a pessoa vivendo com HIV em uso regular da terapia antirretroviral e com carga viral indetectável, por mais de seis meses, não transmite o vírus por via sexual ao seu parceiro.

Frente a esta nova realidade na medicina, a quebra do sigilo médico excepcionada pelo motivo justo - entendido como proteção à vida de terceiros - é indevida. Essa causa de excludente de antijuridicidade tornou-se obsoleta frente às novas evidências científicas, que comprovaram não haver risco direto nos casos de indetectabilidade do HIV. É notório que a quebra do segredo médico prejudica o recrudescimento da relação médico-paciente. Nesse sentido, havendo a violação do sigilo médico, nos casos de pessoas vivendo com HIV que

⁵⁵ “A imaginação social, além de fator regulador e estabilizador, também é a faculdade que permite que os modos de sociabilidade existentes não sejam considerados definitivos e como os únicos possíveis, e que possam ser concebidos outros modelos e outras fórmulas”. (BACZKO, 1984, p.54)

atendam à condição de $I = I$, o motivo justo⁵⁶ não poderá ser invocado como excludente de ilicitude. Sob essa perspectiva, torna-se razoável a reflexão acerca da responsabilização do profissional na esfera penal.

“Caso não haja o acompanhamento crítico das consequências socioculturais da adoção de uma nova tecnologia, os resultados podem ser desastrosos para a integridade moral de um povo” (CASTRO, 1997, apud DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 41). Segundo as autoras, paralela à introdução dos novos saberes científicos, ocorre também uma transferência de valores. Esta foi uma importante conclusão extraída nesta monografia, após as leituras dos pareceres. Percebeu-se que, concomitante à introdução do conceito $I = I$ no Brasil, também ocorreu a transferência de moralidades as quais o país não esteve preparado para enfrentar e discutir. Nesse aspecto, falharam os CFM e CRMs ao imaginar serem suficientes, na discussão dos dilemas morais surgidos, apenas os recursos da teoria principialista.

Por via de consequência, a má condução do motivo justo para legitimar a violação de uma liberdade individual, mesmo com evidências cientificamente comprovando a condição de $I = I$, tem levado os conselhos de medicina a violar a dignidade da pessoa humana.

A Constituição Federal inseriu a dignidade da pessoa humana em seu Título dos Princípios Fundamentais, o que lhe conferiu eficácia e aplicabilidade próprias de norma jurídica. Nesse sentido, o fato de a dignidade da pessoa humana assumir a condição de princípio fundamental não afasta a circunstância de que possa operar como regra (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2019).

Ao analisar a autonomia enquanto conteúdo mínimo da dignidade⁵⁷, verifica-se o quão difícil é para a pessoa vivendo com HIV/aids a execução dos seus projetos de vida, uma vez que não há respeito à sua liberdade individual.

A liberdade é um valor essencial nas sociedades democráticas (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017). Para o ministro Barroso, a liberdade possui um núcleo essencial e intangível, que é a autonomia individual. Somente por meio dela, ao indivíduo é assegurada a sua autodeterminação, e o direito de fazer as suas escolhas existenciais conforme as suas próprias concepções do bem e do bom.

⁵⁶ O exercício regular do direito, disposto pelo art. 23 do CP, enquanto excludente de ilicitude, compreende o conceito de motivo justo. Vide capítulo 1 desta monografia.

⁵⁷ Para Barroso, a dignidade possui três conteúdos mínimos: valor intrínseco, autonomia e valor comunitário. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado. [s.l], 2010.

Em consonância com todo o exposto até aqui, conclui-se que o motivo justo - aplicado aos casos de pessoas vivendo com HIV que atendam à condição I = I - viola diretamente a dignidade da pessoa humana, enquanto autonomia, o que implica, necessariamente, a inconstitucionalidade do seu uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR JUNIOR, Ruy Rosado. Responsabilidade civil do médico. In: TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Ed.). **Direito & Medicina**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 135.

ALVES, Marina Vitória. Direito à intimidade e à vida privada: os contornos da individualidade no mundo contemporâneo. In: ROCHA, Cármem Lúcia Antunes. **O direito à vida digna**. Belo Horizonte: Fórum. 2004.

BACZKO, Bronislaw. Les imaginaires sociaux. Mémoire et espoirs collectifs. Paris: Payot, 1984.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado. [s.l], 2010.

BAVINTON, B. *et al.* HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. **International AIDS Society**, Paris, 2017. Disponível em: <http://programme.ias2017.org/Abstract/Abstract/5469>, acesso em outubro de 2019.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os Limites do Dever de Informação na Relação Médico-Paciente e sua Prova**. Tese de Doutorado. Departamento de Direito Civil da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **TRATADO DE DIREITO PENAL. Parte Especial 2 : Crimes contra a Pessoa**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2019. v. 2.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Decreto-Lei n.º 3.688, de 03 outubro de 1941. **Lei das Contravenções Penais**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Decreto-Lei n.º 7.955, de 13 setembro de 1945. Institui conselhos de medicina e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del7955.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Lei n.º 3.268, de 30 setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Lei n.º 6.259, de 30 outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n.º 635.659. Julgamento Sobre Porte de Drogas Para Consumo Próprio: Voto oral Ministro Luiz Roberto Barroso. Brasília, 2017. p. 8.

COHEN, Myron S. *et al.* Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission.

The New England Journal of Medicine, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600693>, acesso em outubro de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: Gráfica Marina Ltda, 2019.

_____. Despacho CFM n.º 329/1997, de 18 de novembro de 1997. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/1997/329>, acesso em outubro de 2019.

_____. Resolução CFM n.º 1.359/1992, de 11 de novembro de 1992. Normatiza o atendimento a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Resolução CFM n.º 1.665/2003, de 07 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Revoga a Resolução CFM n.º 1.359/1992. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm, acesso em outubro de 2019.

_____. Resolução CFM n.º 2.070/2014, de 20 de fevereiro de 2014. Normatiza o fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Revoga a Resolução CFM nº 1.892/2009, que estabelece normas para emissão de Pareceres do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2070>, acesso em outubro de 2019.

COUTO E SILVA, Clóvis do. Principes fondamentaux de la responsabilité civile en droit brésilien et comparé. In: COURS FAIT À LA FACULTÉ DE DROIT ET SCIENCES POLITIQUES DE ST. MAUR (PARIS XII) 1988, **Anais...** : Mimeografado, 1988.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. Coleção Primeiros Passos. 1. ed. São Paulo: Brasiliense Ltda., 2002.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>, acesso em outubro de 2019.

DOMÍNGUEZ, Fernando Crespo *et al.* Enfoque bioético y social de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. **Humanidades Médicas**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 387–406, 2014. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200010, acesso em outubro de 2019.

FRANÇA, Genival Veloso De. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

FRANCISCONE, C. F. *et al.* **Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

FRANZONI, Massimo. **Trattatto della responsabilità civile - Tomo I - L'illecito**. 2ª ed. Milano: Giuffrè, 2010.

KÜHN, Maria Leonor de Sousa. **Responsabilidade Civil : a natureza jurídica da relação médico-paciente**. Barueri, São Paulo: Manole Ltda., 2002.

KUHN, Thomas. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LOPEZ, Teresa Ancona. **Princípio da precaução e evolução da responsabilidade civil**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

LORENZETTI, Ricardo Luís. **Responsabilidad civil de los médicos**. Buenos Aires: Rubinzal - Culzoni, 1997.

MARTINS, Isabel Otília Parreiral Pinheiro de Matos. **A operacionalização dos princípios da Bioética no princípalismo de Beauchamp e Childress**. Universidade de Nova Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Mestrado em Filosofia [s. l.], 2013.

MATIELO, Fabrício Zamproga. **Responsabilidade civil do médico**. Porto Alegre: Sagra Luzatto, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA1271de06_06_2014_LISTANACDENOTIFCOMPULSoRIA.pdf, acesso em outubro de 2019.

MIRANDA, Aristoteles Guilliod. PENSAR E DIZER A História dos Códigos de Ética Médica. **Conselho Federal de Medicina**, [s. l.], p. 22–23, 2009.

MOTA, Sílvia M. L. **Da bioética ao biodireito: a tutela da vida no âmbito do direito civil**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestrado em Direito Civil, Rio de Janeiro, 1999.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira. Códigos de conduta: abordagem histórica da sistematização do pensar ético. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 109–115, 2008.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

PÁDUA, I. M. SIDA, doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1986; 35(1):22-7.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente - Estudos de Direito Civil**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

RODGER, Alison J. *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre , prospective , observational study. **The Lancet**, [s. l.], v. 393, 2019.

SALVADORI, Morgana; HAHN, Giselda Veronice. Confidencialidade Médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. **Revista Bioética**, Brasília, p. 153–63, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. In: **Temas de Direito Civil - Tomo II**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

UNAIDS. **Guia de Terminologia do UNAIDS**. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Brasília, 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf, acesso em outubro de 2019.

ZULIANI, Ênio Santarelli; BRUNHARI, Andréa de Almeida. O consumidor e seus direitos diante de erros médicos e falhas de serviços hospitalares. In: **Revista do Advogado da Associação dos Advogados de São Paulo (20 anos de vigência do Código de Defesa do Consumidor - desafios atuais)**, ano XXXI. n.º 114, dezembro de 2011, p. 56.

WEBER, Thadeu. **Ética e Filosofia Política**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.