



SUPAR - Ministério da Saúde

Registro Número:

25000-150842/2008-06

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA ESTRATÉGICA DE GESTÃO PARTICIPATIVA
Ministério da Saúde - Esplanada dos Ministérios Bloco G
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315.3777 – 3315.2626**

NOTA TÉCNICA Nº002/2008/SAS/SVS/SEGP/MS

Assunto: SITUAÇÃO DE RISCO ACRESCIDO PARA DOAÇÃO DE SANGUE

I. O Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, tem a obrigação e o dever de prover saúde, e o faz oferecendo serviços, regulando, vigiando e produzindo medidas para redução dos riscos individuais e coletivos. O papel do Estado está definido no art. 196, da Constituição Federal, que assim dispõe: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*¹².

II. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde¹⁴, publicada em portaria ministerial em 2006 pelo Ministério da Saúde, define um conjunto de direitos e deveres dos usuários da saúde, tanto aqueles do SUS como do sistema privado. Em seu terceiro princípio, estabelece que *“é direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência”*, sendo este um avanço normativo que deve ser amplamente divulgado, servindo como mais um instrumento legal na luta pela efetivação do direito à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e travestis (LGBT).

III. A orientação sexual e a identidade de gênero são conceitos reconhecidos pelo Ministério da Saúde e explicitados na política de Saúde Integral LGBT, como determinantes da situação de saúde, não apenas por implicarem em práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem essa população LGBT a agravos

decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade.

IV. Em cumprimento ao disposto no artigo 16º da Lei nº 10.205/2001¹³, cabe ao Ministério da Saúde “fixar e atualizar normas gerais relativas ao sangue, componentes e hemoderivados para a sua obtenção, controle, processamento e utilização, assim como aos insumos e equipamentos necessários à atividade hemoterápica”, de acordo com as melhores evidências científicas e disponibilidade tecnológica para a detecção precoce de doenças hemotransmissíveis, a fim de garantir a qualidade do sangue e segurança transfusional.

V. O Brasil, no que tange à epidemia da Aids, segundo critérios da OMS, apresenta uma epidemia concentrada, ou seja, a prevalência do HIV na população em geral é menor que 1% e em grupos mais vulneráveis (gays e outros homens que fazem sexo com homens - HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas) é maior que 5%.

VI. A inclusão de critérios que restringem a doação de sangue por gays e outros HSH teve início em 1983, nos EUA, pela avaliação baseada na evidência de que sexo entre homens é um importante modo de transmissão do HIV.

VII. Estudo realizado por Swarcwald & Barbosa no Brasil³, em 1999, calculou os possíveis efeitos no risco biológico, que é estimado pelas infecções recentes que não são detectadas nos exames de triagem rotineiros (entrevista e testagem), em duas situações: caso não houvesse restrição à doação de sangue por HSH e caso houvesse a restrição. Na primeira situação, a cada 100.000 doadores, em média, 1,4 teriam infecção recente que não seria detectada pelo processo rotineiro de triagem. Já na segunda, a cada 100.000 doadores, 2,1 em média, teriam infecção que não seria diagnosticada. Isto significa um aumento no risco biológico de quase 50%, o que indica que nenhuma medida no sentido de mudança nas normas relativas à triagem deva ser feita sem uma análise mais acurada das possíveis conseqüências. Para tais cálculos, supôs-se que a proporção de gays e outros HSH na população masculina era de 6%. Como a proporção de infecção pelo HIV é uma estimativa da probabilidade de estar infectado em uma determinada população, pode-se dizer que a probabilidade de estar infectado entre os gays e outros HSH é 11 vezes maior que entre os homens heterossexuais⁵.

VIII. Estudo realizado na Inglaterra¹ por Soldan & Sinka, publicado em 2003 no periódico *Vox Sanguinis*, teve como objetivo avaliar se o critério de proibir HSH de doar sangue contribui para a segurança dos estoques de sangue. Os modelos estatísticos sugeriram que permitir a doação de sangue por HSH, que tiveram seu último contato sexual há 12 meses ou mais, aumentaria em 60% o risco de sangue contaminado por HIV entrar nos bancos de sangue. Se não houver restrição em relação à doação de sangue por HSH, o risco de sangue contaminado por HIV entrar no banco de sangue passaria de 0.45 para 2.5 ao ano.

g

h

f c

msb

IX. Estudo realizado nos EUA² por Sanchez et al., publicado em 2005 no periódico *Transfusion*, teve como objetivo examinar o perfil demográfico e de risco dos doadores de sangue, incluindo história de comportamento de risco e resultados de testes de triagem. Foram utilizados dados de um inquérito anônimo feito pelo correio, conduzido em oito centros de sangue norte-americanos. Os HSH foram definidos como homens que em algum momento de suas vidas tiveram relações sexuais com outro homem. O estudo concluiu que a prevalência do HIV nos testes de triagem reagentes foi maior entre doadores que reportaram ter feito sexo com outro homem nos últimos cinco anos quando comparados com doadores que reportaram não ter feito sexo com outro homem. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas entre doadores que tiveram relações sexuais com homens há mais de cinco anos e aqueles que afirmaram nunca terem feito sexo com outros homens.

X. Beloqui em seu artigo "Risco relativo para Aids dos homossexuais masculinos no Brasil"⁴, publicado em 2006, utilizou as definições do estudo de Scwarzwald & Barbosa e os dados de Aids referentes a 2003 para a população masculina de 13 a 49 anos do PN-DST/ Aids, do PM-DST/Aids de São Paulo e do PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo). O autor concluiu que a probabilidade de desenvolver Aids entre os gays e outros HSH é pelo menos 18 vezes maior do que entre os heterossexuais. Para contornar o argumento de que a estimativa da população de gays e outros HSH em 6% subestima a realidade, Beloqui definiu um outro indicador: taxa de igualdade do risco relativo para HSH (T)⁶. O T indica a proporção da população HSH em relação à população masculina sexualmente ativa, que igualaria o risco relativo para Aids. O indicador T mostra que em 2003, para termos igualdade de risco em relação à Aids no Brasil, seria necessário que pelo menos 40% da população masculina fosse formada por HSH.

XI. Em relação à hepatite B, uma revisão da literatura publicada em 2005 por Atkins & Nolan⁵ no *Curr Opin Infect Dis*, aponta hepatite B com uma doença que está disseminada em grupos específicos como gays e outros HSH, usuários de droga e profissionais do sexo. O trabalho de van Duynhoven *et al*⁶ publicado em 1997 no *Genitourin Med*, mostra em um estudo transversal uma prevalência de 36% de anti-HBc em gays e outros HSH enquanto nos homens em geral esta proporção era de 20%. Kingsley *et al*⁶, em sua publicação no *JAMA* em 1990, apresenta um estudo prospectivo realizado com homens homossexuais nos EUA com um seguimento de 30 meses, onde demonstra uma soroconversão para hepatite B de 19,8%, embasando a ligação entre intercurso anal e aquisição da infecção. Mostra, ainda, o intercurso anal insertivo, não o receptivo, como um fator de risco principal, sugerindo a exposição transuretral como uma importante via de transmissão de hepatite B. Este dado é também demonstrado por Figueiredo¹⁰, em coorte de 814 HSH, que identificou entre os fatores associados ao marcador sorológico para o vírus da hepatite B, o sexo anal insertivo com homens. Foi identificada uma chance aumentada do marcador sorológico para hepatite B estar presente entre HSH que relataram intercurso anal insertivo com parceiros fixos, assim como, HSH que praticavam intercurso anal insertivo tanto com parceiros fixos, como ocasionais, com uma chance de, respectivamente, 2,3 e 2,7 vezes mais. A prevalência de algum marcador para hepatite B no momento zero, quando realizada a primeira sorologia ao entrar no estudo, foi de 27,9% e a incidência na coorte de susceptíveis com um seguimento de três anos foi de 3,72% por 100 pessoas ano.

g

b

h

h

XII. Evidências sobre a transmissão sexual da hepatite C, por exemplo, vem sendo alvo de inúmeros estudos e debates. Corona *et al*⁷ publicaram, em 1991, um estudo de prevalência de anti-HCV em pacientes ambulatoriais. Foi observada uma proporção maior de anti-HCV nos indivíduos com história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, sugerindo uma transmissão sexual do vírus da hepatite C (VHC), apesar dessa via ser considerada menos eficiente do que outras vias de transmissão parenteral. Em 2005, Alary *et al*⁸ publicou o resultado da avaliação de uma coorte prospectiva de 1.085 HSH, onde a prevalência inicial de VHC era de 2,9% e a única soroconversão encontrada no seguimento estava relacionada ao uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas. O autor sugere com base nessas observações que a transmissão sexual do VHC seja rara em HSH. Dado semelhante foi encontrado por Fonseca *et al*⁹, na mesma coorte descrita anteriormente (Figueiredo¹⁰) onde a prevalência, ao entrar no estudo, foi de 12% e houve ocorrência de uma única soroconversão no seguimento de três anos. Apesar da discussão sobre a transmissão sexual da hepatite C persistir na literatura médica, um dado importante em relação à prevalência de hepatite C em HSH foi avaliada por Morales¹¹ e publicada, em 1993, no *Med Clin (Barc)*. Neste estudo foi observada uma prevalência de anti-HCV de 12% em uma amostra de HSH e de 0,5% no grupo controle constituído por doadores de sangue, o autor conclui que o grupo de HSH pode ser considerado de risco acrescido para infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), apesar da via sexual provavelmente não ser uma via efetiva de transmissão do VHC.

XIII. As normas para o controle da qualidade do sangue e hemoderivados estão contidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 153/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. A RDC foi elaborada buscando identificar situações individuais que implicam em potencial risco à qualidade do sangue. Importante ressaltar que a iniciativa do Ministério da Saúde em adotar uma RDC para o disciplinamento e normatização do tema está baseada nos avanços do conhecimento científico, gerador de evidências, para os quais não pode omitir-se no que se refere à responsabilidade pública de proteção da saúde da população.

XIV. Por exemplo, o item B.5.2.7.2 da RDC nº 153/2004, descreve como “situações de risco acrescido”, dentre outras práticas, “homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes” nos 12 meses precedentes à doação, não referindo em nenhum momento a restrição por questões de orientação sexual do candidato à doação. Este item da RDC estabelece que:

“d) Serão inabilitados por um ano, como doadores de sangue ou hemocomponentes, os candidatos que nos 12 meses precedentes tenham sido expostos a uma das situações abaixo:

- 1. Homens e ou mulheres que tenham feito sexo em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais destas pessoas;*
- 2. Pessoas que tenham feito sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos, sem uso do preservativo;*
- 3. Pessoas que foram vítimas de estupro;*
- 4. Homens que tiveram relações sexuais com outros homens e ou as parceiras sexuais destes;*

9

h

f h

MUB

5. *Homens ou mulheres que tenham tido relação sexual com pessoa com exame reagente para anti-HIV, portador de hepatite B ou outra infecção de transmissão sexual e sangüínea;*
6. *Pessoas que estiveram detidas por mais de 24 horas em instituição carcerária ou policial;*
7. *Pessoas que tenham realizado 'piercing' ou tatuagem sem condições de avaliação quanto à segurança;*
8. *Pessoas que tenham apresentado exposição não estéril a sangue ou outro material de risco biológico;*
9. *Pessoas que sejam parceiros sexuais de hemodialisados e de pacientes com história de transfusão sanguínea;*
10. *"Pessoas que tiveram acidente com material biológico e em conseqüência apresentaram contato de mucosa e ou pele com o referido material biológico."*

XV. A Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – CPNSH, tem promovido um extenso trabalho de revisão da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 153/2004 da ANVISA. Este trabalho, com a participação de profissionais da Hemorrede Nacional e usuários do SUS, tem como objetivo atualizar conhecimentos e procedimentos técnicos em hemoterapia, garantindo a qualidade e segurança do ato transfusional. A revisão desta norma técnica estará em Consulta Pública ainda em 2008.

XVI. Em seguimento à Nota Técnica 163/2006, emitida pela SVS/SAS/MS e em consonância com as deliberações da Conferência Nacional GLBT de junho de 2008, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde recomendam as seguintes providências:

- Orientar a elaboração técnica de questionários de triagem de doadores de sangue e de materiais informativos, em consonância com as diretrizes nacionais e especificidades regionais.
- Capacitar profissionais da hemorrede e de unidades de saúde para melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, evitando manifestações de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.
- Realizar seminários nacionais de discussão sobre o tema, com participação de representantes de movimentos sociais envolvidos.
- Implantar novas tecnologias para diminuição de janela imunológica e incentivar a pesquisa científica na área.

Ampliar o acesso ao diagnóstico laboratorial do HIV, Hepatite B e C e HTLV na rede de atenção do SUS evitando a utilização dos serviços de hemoterapia para este fim.

No entendimento do Ministério da Saúde, as restrições à doação de sangue presentes na legislação sanitária, não tem por objetivo a exclusão do grupo de gays e HSH desta generosa prática; nem tampouco apoiar atitudes de constrangimentos e de discriminação desta natureza nos serviços de hemoterapia.

9

b

12

1003

A posição do Ministério da Saúde é a de convocar os diversos atores envolvidos neste tema à ampliação da consciência sanitária e da solidariedade. Desta forma, espera-se que os gays e HSH conheçam os riscos reais e assumam a responsabilidade sobre a saúde das pessoas receptoras do sangue doado e que, os serviços de hemoterapia realizem o atendimento de forma mais acolhedora e humanizada, livre de qualquer discriminação dos candidatos à doação.

Brasília, 15 de agosto de 2008



GUILHERME GENOVEZ

Coordenador da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados/DAE/SAS/MS



MARIÂNGELA GALVÃO SIMÃO

Diretora do Programa Nacional de DST e AIDS/AIDS/SVS/MS



ANA MARIA COSTA

Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/ SEGP/MS

De acordo, de agosto de 2008.



CLEUSA RÓDRIGUES SILVEIRA BERNARDO

Secretária-Interina de Atenção à Saúde



GERSON PENNA

Secretário de Vigilância em Saúde



ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa.



Referências bibliográficas

1. Soldan K, Sinka K. Evaluation of the de-selection of men from donation in England. *Vox Sanguinis*, 2003. 84:265-73.
2. Sanchez AM et al. The impact of male-to-male sexual experience on risk profiles of blood donors. *Transfusion*, 2005. 45:404-13.
3. Documento: Possíveis efeitos provocados por mudanças no processo de triagem de doadores de sangue do sexo masculino de acordo com a orientação sexual. *Célia Landmann Swarcwald e Aristides Barbosa Junior*.
4. Beloqui J. Risco relativo para Aids dos homossexuais masculinos no Brasil. *Cadernos pela Vida*. 2006; 42:16-9.
5. Atkins M, Nolan M. Sexual transmission of hepatitis B. *Curr Opin Infect Dis*, 2005 Feb; 18(1): 67-72.
6. Van Duynhoven YT, van de Laar MJ, Schop WA, Rothbarth PH, van der Meijden WI, van Loon AM, Sprenger MJ. Prevalence and risk factors for hepatitis B vírus infections among visitors to na STD clinic. *Genitourin Med*, 1997 Dec; 73(6):488-92.
7. Corona R, Prignano G, Mele A, Gentili G, Caprilli F, Franco E, et al. Heterosexual and homosexual transmission of hepatitis C vírus: realltion with hepatitis B and human immunodeficiency virus type 1. *Epidemiol Infect*. 1991 Dec; 107(3): 667-72.
8. Alary M, Joly JR, Vincelette J, Lavoie R, Turmel B, Remis RS. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in a aprospective cohort study of men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2005 Mar; 95(3): 502-5.
9. Fonseca MO, Pierre MTL, Nascimento MC, Figueiredo GM, Saracene CP Hepatite C prevalence in a cohort among men who have sex with men: The Bela Vista Cohort, São Paulo, Brazil. 12th World Aids Conference Geneva, June 28th – July 3rd.
10. Figueiredo GM. Estudo de freqüência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma coorte de homens que fazem sexo com homens, tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2000.
11. Morales MA, Pineda JA, Leal M, Pino R, Torronteras R, Sanches-Quijano A, Lissen E. Prevalence of antibodies against hepatitis C vírus ian a sample of homosexual males. *Med Clin (Brac)*, 1993 Jan 16; 100(2): 50-2.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Congresso Nacional, out. de 1988.
13. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.
14. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada na Portaria/MS nº 675, de 30 de março de 2008.