



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO**

TALLYTA BARROS RIBEIRO

**A PERCEPÇÃO DA PESSOA VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA QUANTO À PRESENÇA DO ALUNO NO CONSULTÓRIO MÉDICO**

PALMAS (TO)
2022

TALLYTA BARROS RIBEIRO

**A PERCEÇÃO DA PESSOA VIVENDO COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA QUANTO À PRESENÇA DO ALUNO NO CONSULTÓRIO MÉDICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Tocantins como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa

PALMAS (TO)
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

R434p Ribeiro, Tallyta Barros.
A percepção da Pessoa Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana quanto à presença do aluno no consultório médico. / Tallyta Barros Ribeiro. – Palmas, TO, 2022.

96 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2022.

Orientador: Carlos Mendes Rosa

1. HIV. 2. Consultório Médico. 3. Estudante de Medicina. 4. PVHIV. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

“Pois todas as coisas vêm dele, existem por meio dele e são para ele. A Ele seja toda a glória para sempre. Amém.”
Romanos 11:36.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus por ter me permitido chegar até aqui, por ter me sustentado durante todo o percurso, me concedendo saúde e sabedoria. “Pois todas as coisas vêm dele, existem por meio dele e são para ele. A Ele seja toda a glória para sempre. Amém.” Romanos 11:36.

À minha família que sempre me apoiou em orações e atitudes, cuidou de mim, acreditou em mim e torceu por mim, sem eles não teria chegado até aqui. Amo vocês!

À minha “chefe”, Áurea Maria Casagrande da Luz, por todo apoio, pelos conselhos, por me incentivar quando pensei em desistir e por ser pra mim um exemplo de ser humano e profissional o qual desejo seguir.

À minha amiga Mayra, que abraçou a minha pesquisa como se fosse a dela e não desistiu. Sem seu esforço eu não teria conseguido os entrevistados, tão essenciais a essa pesquisa. Você é um instrumento de Deus para abençoar minha vida! Obrigada por caminhar junto comigo e não me deixar desistir.

À minha amiga Naiara, que também não desistiu de mim, sempre me ajudando com a parte burocrática do mestrado. Obrigada por me ensinar e por ser a tranquilidade que eu precisava em muitos momentos.

Aos meus entrevistados, sem vocês essa pesquisa não teria sido possível. Essa pesquisadora teria desistido do tema e com certeza essas quase cem páginas não teriam sentido algum pra ela. Muito obrigada, que Deus abençoe a vida de vocês!

Ao meu orientador pela paciência, por me dar autonomia em todos os momentos dessa caminhada, pelos aprendizados, e por segurar na nossa mão durante este período tão crítico de pandemia.

Aos meus professores por me apresentarem um mundo novo e a grandiosidade que é o ensino em saúde, com muita maestria e significado.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma
humana.”

Carl G. Jung.

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto durar.

Cora Coralina.

RESUMO

Palavras-chave: Estudante de medicina. HIV. Consultório médico.

RIBEIRO, Tallyta Barros. **A percepção da pessoa vivendo com o vírus da imunodeficiência humana quanto a presença do aluno no consultório médico.** 2022. 96f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas.

Diante de algumas recusas de Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) quanto a presença do estudante de medicina no consultório médico, suscitou-se o desejo de compreender qual a percepção dos pacientes nestas situações, dentro de um Hospital de Ensino. Com os avanços científicos a aids hoje é considerada uma doença crônica com muitas questões subjetivas envolvidas em seu diagnóstico e tratamento. Isso requer que os profissionais acolham de forma humanizada, favorecendo a formação do vínculo com o paciente e adesão deste ao tratamento, pactuados através da manutenção do sigilo. Objetivou-se, portanto, identificar quais os sentimentos emergem na PVHIV ao saber da presença do aluno no consultório médico e apresentar opções de melhoria do vínculo aluno-paciente-preceptor frente a essa recusa. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, com referencial fenomenológico e exploratória, que contou com a participação de dois pacientes. A pesquisa foi submetida a Plataforma Brasil e apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. A análise dos dados gerou cinco categorias temáticas: a subjetividade do viver com HIV; o estigma e o preconceito da sociedade, dos alunos, dos profissionais e o meu próprio; o não consentimento; desconfiança aumentada depois do HIV e a importância da rede de apoio para a PVHIV. Os principais sentimentos relatados foram: o desconforto, o constrangimento, a vergonha, o medo de encontrar alguém conhecido e a desconfiança quanto ao sigilo das informações. As atitudes referidas diante dessa possibilidade foram o silêncio, o abandono do tratamento, o tentar esconder-se, pedir para ser atendido em outro espaço somente com a presença do médico, optar por dias e horários em que os alunos não estejam presentes e fuga para o serviço privado. Conclui-se que o paciente tem o direito de ser informado e de consentir ou não quanto a participação do aluno na consulta médica. Há uma constante necessidade educação em saúde na sociedade para a desconstrução de estigmas e preconceitos. São imprescindíveis as ações de educação permanente em serviço que trabalhem os temas de confidencialidade e do sigilo, assim como é importante que ao adentrar um hospital de ensino que o paciente receba esclarecimentos prévios, sobre o tipo de atendimento ali prestado. Que os aspectos subjetivos do conviver com HIV sejam priorizados nas estratégias de humanização do cuidado. Quanto à formação de novos profissionais médicos o ideal é que o ensino de ética aconteça na graduação de forma transversal ao longo do curso de medicina e que o aluno conheça os instrumentos legais relativos a suas atividades, mas acima de tudo que ele pratique a empatia.

ABSTRACT

Keywords: Medicine student. HIV. Consulting room.

RIBEIRO, Tallyta Barros. **The perception of people living with the human immunodeficiency virus regarding the presence of a student in the consulting room.** 2022. 96p. Thesis (Master's degree) - Graduate Program in Teaching in Science and Health, Tocantins Federal University, Palmas.

In face of some degree of refusal by People Living with the Human Immunodeficiency Virus (PLHIV) regarding the presence of medicine students in the consulting room, there came the desire to understand what was the perception of patients in these situations within a school hospital. With scientific advancements, AIDS is nowadays thought of as a chronic disease with many subjective issues around its diagnosis and treatment. This requires that professionals, upholding confidentiality, welcome patients in a humanized manner, favoring the building of a bond with them and their adherence to the treatment. It was aimed, then, to identify which feelings emerge in the PLHIV in learning about the student's presence in the consulting room and present options of improvement in student-patient-preceptor bonds when it comes to this refusal. This is a qualitative approach research, with phenomenological and exploratory reference, that had two patients participate. The research was submitted to the Brazil Platform and approved by the Research Ethics Committee from the Tropical Diseases Hospital in Tocantins Federal University. Data analysis has brought up five thematic categories: the subjectivity of living with HIV; the stigma and judgment of society, students, professionals and my own; the lack of consent; the increased distrust after HIV; and the importance of a caring network for the PLHIV. The main reported feelings were: discomfort, embarrassment, shame, fear of meeting someone known and the distrust regarding information confidentiality. The actions that came up from this possibility were silence, quitting treatment, trying to hide, asking to be seen in another space with only the doctor present, opting for days and hours when the students are not around and escaping to private care. It is concluded that patients have the right to be informed and to consent regarding students' participation in medical consultations. There is a persistent need for health education in society for the deconstruction of stigma and biases. Actions in permanent education in caring that promote the issues of confidentiality and secrecy are essential, as well as, when getting in a school hospital, that the patient receives previous information about the kind of service done there, and that the subjective aspects of living with HIV be prioritized in strategies for humane care. Regarding the formation of new medical professionals, the ideal is that ethics learning happens transversally throughout the graduation process in medicine schools and that the students get to know the legal tools of their trade, but, above everything else, that they practice empathy.

LISTA DE SIGLAS

Aids = Diferente da sigla em inglês, no Brasil a palavra indica um quadro clínico, doença.

AMB = Associação Médica Brasileira

CEEM = Código de Ética do Estudante de Medicina

CEM = Código de Ética Médica

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - HDT- UFT = Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins

CFM = Conselho Federal de Medicina

CNS = Conselho Nacional de Saúde

CONEP = Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento

DCN = Diretrizes Curriculares Nacionais

EBSERH = Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GEP = Gerência de Ensino e Pesquisa

HDT-UFT = Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins

HE = Hospital de Ensino

HIV = Human Immunodeficiency Virus: Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH = Homens que fazem Sexo com Homens

IST = Infecção Sexualmente Transmissível

MS = Ministério da Saúde

PCDT = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos

PNH = Política Nacional de Humanização

PrEP = Profilaxia Pré-exposição

PVHIV = Pessoa vivendo com o HIV

SAE = Serviço de Assistência Especializada

SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS = Sistema Único de Saúde

TARV = Terapia Antirretroviral

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFT = Universidade Federal do Tocantins

UNAIDS = Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

1 Introdução	11
1.1 Interesse pelo Tema	11
1.2 A formação Médica e o Paciente	11
1.3 A Cronicidade da Doença	15
1.4 Dados epidemiológicos	16
1.5 Oferta de serviços e Hospital de Ensino	17
1.6 Problema da pesquisa	19
1.7 Pressupostos	19
1.8 Justificativa	19
1.9 Objetivos	20
1.9.1 Objetivo Geral	20
1.9.2 Objetivos específicos	20
2 Estigma, preconceito e discriminação	21
2.1 Estigma preconceito e <i>fake News</i>	21
2.2 Preconceito antes e após a revelação sorológica	26
2.3 Assistência à saúde e o preconceito	29
2.4 Um novo tempo?	31
2.5 Preconceito e formação médica	33
3 Ética e sigilo	36
3.1 Acolhimento, subjetividades do atendimento e humanização	36
3.2 A formação médica, humanista, ética e generalista	38
3.3 O ensino da ética	42
3.4 O curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins	44
3.5 O Código de Ética do Estudante de Medicina	45
3.6 O sigilo	47
3.7 Outros aspectos legais	52
4 Caminho metodológico	56
4.1 Delineamento/Desenho do estudo/Tipo de estudo	56
4.2 Participantes do estudo	56
4.3 Local e período	56
4.4 Critérios	57
4.4.1 Critérios de inclusão	57
4.4.2 Critérios de exclusão	57
4.5 Procedimento para coleta de dados	58
4.6 Análise dos dados	58
4.7 Aspectos éticos	59
4.7.1 Riscos	59
4.7.2 Benefícios	61
5 Resultados e discussões	62
5.1 Categoria A – Subjetividade do viver com HIV	70
5.2 Categoria B – Estigma e preconceito da sociedade, alunos, profissionais e o meu próprio	71
Subcategoria B1 – O estigma do HDT	72
5.3 Categoria C – O não consentimento	72
Subcategoria C1 – Já estão acostumados	73
5.4 Categoria D – Desconfiança aumentada depois do HIV	73
5.5 Categoria E – A importância da rede de apoio para PVHIV	74
6 Considerações Finais	75
Referências	77
Anexo A – Roteiro de Entrevista	87

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
Anexo C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse pelo Tema

O interesse pela pesquisa emergiu da percepção de situações nas quais Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV), atendidas no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT), local de atuação da pesquisadora, relataram à equipe de enfermagem do setor de acolhimento (porta de entrada), na ocasião das consultas (primeira ou de rotina), que não desejavam ser atendidas por alunos e tampouco que eles estivessem presentes no consultório médico. Isso instigou a busca por conhecer quais sentimentos emergem na PVHIV, frente a essa situação, em que recusam a presença do aluno no momento da consulta, desejando serem atendidos apenas pelo médico infectologista, de modo a estar no consultório a sós com ele.

O adoecimento aumenta a sensibilidade e a carência de atenção das pessoas, o que requer não só um cuidado terapêutico, mas também atenção ao emocional (ROCHA et al., 2015). Considera-se que o vínculo deve ser construído a partir do acolhimento do usuário, sendo isso fundamental a adesão ao tratamento. O usuário pode ser acolhido por qualquer profissional da instituição, sem implicação de hora, espaço ou lugar, mas requer de quem o faça empatia, disposição para troca de saberes e angústias, além de uma atitude resolutiva e responsável. O acolhimento deve ser um compromisso coletivo da instituição (PEREIRA et al., 2015).

Isoldi, Carvalho e Simpson (2017), recomendam uma postura ética na abordagem de usuários com HIV/Aids para que seja possível que eles compartilhem do cuidado com a equipe. E ainda que, os profissionais devem primar pela qualidade de vida do paciente, fundamentada na satisfação que ele apresenta em sua vida diária.

1.2 A Formação Médica e o Paciente

Notou-se que são diminutas as pesquisas sobre a percepção dos pacientes quanto à participação do aluno durante a consulta médica (GERKEN et al., 2013; BERWANGER; GERONI; BONAMIGO, 2015; SILVA et al., 2019). Menos ainda quando se trata da PVHIV, com destaque para algumas pesquisas com usuários assistidos pela Atenção Básica.

Berwanger, Geroni e Bonamigo (2015), ao pesquisarem sobre o Estudante de Medicina na Percepção dos Pacientes, identificaram que 98% dos participantes declararam-se satisfeitos por contribuir para o aprendizado dos estudantes e têm ciência do benefício de sua contribuição pessoal para a formação dos futuros médicos, corroborando com a pesquisa de Silva Junior et

al. (2014), em que 90% dos pacientes mencionaram achar benéfica sua participação, sendo que a principal justificativa foi a satisfação pessoal em ajudar os estudantes.

Foram apontados como principais ganhos, na pesquisa de Silva Junior *et al.* (2014), a satisfação pessoal em ajudar (na formação médica/contribuir para a Ciência), sentir-se como um facilitador de futuros médicos, aprender mais sobre a sua doença, achar que o atendimento e o tratamento são feitos com maior atenção e sentir-se mais seguro com relação ao diagnóstico e ao tratamento. Ainda, no estudo, 49% dos pacientes informaram que os estudantes realizaram a anamnese de maneira respeitosa, refletindo a postura correta adotada por eles.

Segundo o que Berwanger, Geroni e Bonamigo (2015), puderam verificar, os pacientes afirmaram receber mais informações acerca de sua doença quando os acadêmicos estão presentes na consulta, o que os fazem sentir-se à vontade para discutir seus problemas pessoais com eles. Quanto a isso, Silva Junior *et al.* (2014) ressaltam a relevância da escuta não só como um imprescindível recurso técnico, mas também como um ato generoso e de boa vontade, uma estratégia não dispendiosa e simples que infere no diagnóstico da enfermidade e promove a adesão terapêutica do paciente, beneficiando-o e favorecendo, também, o profissional médico.

Em contrapartida, conforme o que Berwanger, Geroni e Bonamigo (2015), observaram, ao se tratar de consulta ginecológica ou urológica ou outro motivo relacionado às partes íntimas, 39,5% dos pesquisados confessaram sentir-se incomodados com a presença de acadêmicos, o que contribuiu para omitir informações acerca de assuntos íntimos na presença deles. Sobre a possibilidade de quebra do sigilo, 20,5% concordaram ter receio ao revelar algum problema íntimo aos estudantes. Outro incômodo informado por 54% deles foi a demora no atendimento quando acadêmicos de Medicina estão presentes. Em síntese, de acordo com a pesquisa, os sentimentos despertados nos pacientes pela presença de acadêmicos durante as consultas são: sentir-se pouco à vontade, intranquilidade, constrangimento e incômodo. O estudo afirma, ainda, que uma pequena parcela relatou episódios de falta de respeito e educação.

Outro dado observado nessa mesma pesquisa aponta que pacientes jovens, bem informados e com poucas comorbidades tendem a sentir-se menos constrangidos ao contrário da população idosa, com menos escolaridade e inúmeras comorbidades. Outro fator interessante, revelado pela pesquisa, refere-se ao fato de que quando os pacientes são informados previamente que a instituição presta serviço de atendimento especializado, com a participação de estudantes de Medicina, contribui para redução do incômodo gerado pela presença dos alunos na consulta (BERWANGER, GERONI; BONAMIGO, 2015).

Já na pesquisa de Silva Junior *et al.* (2014), os principais problemas, referidos pelos pacientes, durante a participação nas aulas práticas do curso de Medicina, foram: tipo de sua

doença (não possui condições físicas para ajudar); ter de ser visto/examinado por muitos estudantes; vergonha e medo de agravar sua enfermidade. Ao passo que, no estudo de Silva *et al.* (2019), os pacientes demonstraram, em suas narrativas, ansiedade e insegurança quando o atendimento é realizado por acadêmicos, sentimentos os quais se acentuam mediante a possibilidade de serem submetidos a algum tipo de procedimento técnico, cuja ocorrência de erros impliquem em prejuízo ao seu estado de saúde.

Gerken *et al.* (2013), ao pesquisarem sobre o conhecimento e a opinião de pacientes sobre a prática docente-assistencial, verificaram que, na opinião de pacientes de um hospital de ensino, quanto ao fato de serem atendidos por estudantes, 69,5% acharam bom, enquanto 26,7% disseram não se incomodar. A pesquisa traz como pontos positivos que eles colaboraram com a formação do estudante, evidenciando que a participação dos alunos na consulta é importante para o aprendizado deles, uma vez que a prática é imprescindível à formação médica, tanto que muitos mencionaram gostar de contribuir com essa formação; gostavam da atenção dispensada por eles, dado que são mais curiosos, interessados, atenciosos, realizam uma consulta melhor e mais aprofundada, além de a explicar melhor; e reconheciam a importância da supervisão (8,7% deles frisaram a importância de ter um médico supervisionando o estudante na consulta). Quanto aos pontos negativos, na percepção de 3,1% dos pacientes que não gostariam de ser atendidos por alunos, foram: demora do atendimento; constrangimento causado pelo número de alunos presentes na consulta; e falta de confiança do paciente no aluno.

O estudo de Gabe *et al.* (2018) aponta que a maioria dos entrevistados demonstrou estar satisfeita com o tratamento dos acadêmicos e médicos preceptores. A percentagem de insatisfação foi baixa (2,6%) e relacionada ao modo de apresentação dos alunos (por eles não dizerem os nomes e a função que exercem no início da consulta) e por saber o nome do médico preceptor responsável pelo atendimento.

No que tange ao conhecimento do termo “hospital de ensino”, na pesquisa Gerken *et al.* (2013), dos 131 pacientes, que participaram da pesquisa, apenas 6,9% disseram ter recebido uma explicação sobre o conceito e o funcionamento de um hospital de ensino no momento da marcação da consulta. Enquanto 36,6% afirmaram desconhecer que seriam atendidos por estudantes de Medicina, supervisionados pelo professor.

De acordo com a Portaria Interministerial de 24 de março de 2015 dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (ME)(BRASIL, 2015), o Hospital de Ensino (HE) trata-se de um local destinado ao campo de prática de atividades de ensino na área da saúde. A mesma portaria regulamenta os requisitos para a certificação desses estabelecimentos, que poderão ser de origem pública ou privada e pertencentes ou conveniados à Instituição de Ensino Superior

(BRASIL, 2015). Os pressupostos dos Hospitais de Ensino no Brasil, de acordo com Lira *et al.* (2015), são: “atenção à saúde de alta complexidade, formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento de pesquisa e tecnologias”.

Silva Junior *et al.* (2014) apontam que 93% dos pacientes afirmaram não haver sido informados de que a unidade na qual estavam a ser internados era um hospital de ensino e que 64% dos pacientes não sabiam se tratar de um hospital de ensino. Dados que nos levam a repensar os protocolos iniciais de atendimento necessários na admissão dos pacientes em instituições de assistência e ensino.

Gerken *et al.* (2013) sugerem que as pessoas que procuram atendimento em hospital de ensino sejam informadas no momento do agendamento de consulta pelos responsáveis por esse ofício ou por meio de material explicativo (ou seja, com a definição do que é um hospital de ensino, orientação sobre funcionamento e a importância do paciente na formação do estudante). Para que se evitem situações nas quais o paciente se depare com os estudantes (quando ele não gostaria de ser atendido dessa maneira) já no momento da consulta, implicando em situações constrangedoras e de desrespeito.

Algumas soluções são apontadas, como consta na pesquisa de Berwanger, Geroni e Bonamigo (2015): a adoção de medidas por parte da coordenação do curso e do médico e/ou preceptores responsáveis, a fim de melhorar a postura dos estudantes e diminuir os sentimentos negativos dos pacientes, bem como a necessidade de orientá-los especificamente sobre a obrigatoriedade do respeito no que tange à vontade do paciente e da obtenção de seu consentimento no início do atendimento, a fim de serem cumpridos os princípios bioéticos da autonomia e da não maleficência. O respeito, o esclarecimento prévio e a atenção aos princípios bioéticos, contribuem para o aumento da confiança dos pacientes.

Esclarecimentos introdutórios são importantes para garantir claramente ao paciente que sua privacidade será respeitada. Sendo, ainda, imprescindível providenciar orientações específicas sobre o relacionamento estudante-paciente por parte dos responsáveis pelo ensino e dos serviços de saúde além de se trabalhar tal aspecto no ensino das disciplinas relacionadas, a exemplo da bioética (BERWANGER, GERONI E BONAMIGO, 2015).

Outro fato relevante refere-se à que a boa relação com pacientes, o qual não depende tão somente das características pessoais do estudante, na verdade, precisa desenvolver habilidades de comunicação e adquirir conhecimento sobre os direitos dos pacientes, como, por exemplo, a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, a qual traz a privacidade, o bem-estar psíquico-emocional e o conforto como direito dos pacientes, levando a reflexão de que alguns procedimentos clínicos limitem-se à presença de estudantes, porque, mesmo se tratando de local

também destinado ao ensino, o benefício ao paciente é um princípio ético fundamental (BERWANGER, GERONI E BONAMIGO, 2015).

Silva Junior *et al.* (2014) afirmam que a relação médico-paciente deve ser pensada de maneira a prezar o conforto do paciente. De modo que ele deve ser considerado em seu componente social, psíquico e emocional através de uma assistência que ultrapasse a mera abordagem científica e transcenda a humana, visto para além da sua doença.

Como exemplo de estratégias, Berwanger, Geroni e Bonamigo (2015) citam, em sua pesquisa, que, em um dos locais participantes foi criada uma norma que corrobora com as recomendações do estudo, cujo teor orienta os acadêmicos sobre a necessidade de atenção e respeito “extremo” no trato dos pacientes.

1.3 A Cronicidade da Doença

Data de 1981 o primeiro reconhecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a partir de manifestações de doenças que tinham como principais características falhas no sistema imunológico. Dois vírus são considerados responsáveis pela imunodepressão: o HIV-1 e o HIV-2, ambos pertencentes à família *Retroviridae*. O HIV tem como características deixar o indivíduo infectado mais vulnerável a doenças oportunistas, as quais geralmente, não acometem pessoas saudáveis; e a neoplasia (BRANCO *et al.*, 2020).

As principais células de defesa, atacadas pelo HIV, são os linfócitos T CD4 +. As relações sexuais desprotegidas, o compartilhamento de seringas contaminadas e a gravidez/amamentação figuram entre os principais meios de contágio (RAMCOSTA *et al.*, 2019).

Atribuem-se, como benefícios aos portadores de HIV, os avanços dos aspectos diagnósticos e terapêuticos, resultando no aumento da expectativa e da qualidade de vida. Com isso, a Aids passou a ser considerada uma doença crônica, cuja sobrevida dos portadores hoje é maior que nos anos 1980, com risco de óbito mais significativo dos indivíduos mais vulneráveis (SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011).

A Aids migrou do perfil de doença aguda e fatal à doença crônica graças aos avanços da Terapia Antirretroviral (TARV), contribuindo assim para o aumento da sobrevida, o que adiciona novos desafios biopsicossociais a seus portadores. Essa sobrevida conferida através da adesão ao tratamento nem sempre é sinônimo de qualidade de vida, uma vez que, esta, se traduz por intermédio da percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões,

preocupações, contexto cultural e sistema de valores em que está inserido, ou seja, o modo dele enxergar-se na vida.

Os desafios são muitos e incluem conviver com uma doença crônica e incurável, com o estigma, os efeitos colaterais da terapia medicamentosa, especialmente, no primeiro ano de tratamento, com os fatores que repercutem negativamente na qualidade de vida e contribuem para vulnerabilidade física, social, econômica e emocional (RAMOS COSTA *et al.*, 2019).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT), do MS afirma que a PVHIV está mais propensa aos transtornos psíquicos e atribui o fato à vulnerabilidade dos indivíduos com transtornos mentais à exposição ao HIV e à infecção ou à manifestação do vírus ser um gatilho para os problemas psíquicos. Ressalta, ainda, que a PVHIV, pelo seu modo de perceber e interpretar as complicações de sua saúde, torna-se mais sujeita ao desenvolvimento de problemas decorrentes disso. Soma-se, ainda, o estresse relativo ao receio do sofrimento, às perdas e à morte e à estigmatização, acentuando a necessidade de informações adequadas para esse público, relativas à infecção, à Aids, às doenças recorrentes ou associadas e aos riscos reais (BRASIL, 2018).

Pereira *et al.* (2015) alertam que o cuidado deve ir além do tratamento medicamentoso e clínico e envolver os aspectos subjetivos do ser humano. A qualidade de vida das PVHIV se relaciona às dimensões biopsicossociais, nas quais estão inseridas a vivência subjetiva da infecção pelo vírus, reforçando a ideia de que os profissionais de saúde devem atentar-se ao cuidado holístico e integral (ROCHA *et al.*, 2015).

1.4 Dados Epidemiológicos

De acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro/2019, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, consta que de 2007 até junho de 2019, no Brasil, houve 300.496 casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos quais 26.055 (8,7%) estão na região Norte. No ano de 2018, foram notificados 43.941 casos, sendo 5.084 (11,6%) na região Norte (BRASIL, 2019).

O mesmo boletim traz, ainda, que a média anual de novos casos de Aids no Brasil, nos últimos cinco anos, foi de 39 mil. Número, entretanto, que vem diminuindo desde de 2013. A ocorrência de novos casos, conforme o documento, concentra-se mais nas regiões Sudeste e Sul. Nos últimos cinco anos (2014 a 2018), a região Norte apresentou uma média anual de 4,4 mil novos casos (BRASIL, 2019).

Segundo dados da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, por meio do seu Informe Epidemiológico HIV/Aids, existem 1.327 pacientes cadastrados (até julho de 2019), em tratamento, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na cidade de Araguaína, sendo o índice mais alto em todo estado, seguido pela capital Palmas, com 1.195 pacientes e pelas cidades de Gurupi com 244, Paraíso do Tocantins com 138 e Porto Nacional com 76 pacientes (BRASIL, 2020).

1.5 Oferta de Serviços e Hospital de Ensino

No estado do Tocantins, tem-se, como serviço de referência de prestação de cuidados a PVHIV, o Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT), que exerce suas atividades desde julho de 1989, ocasião da sua gênese, quando a gestão do hospital pertencia ao Estado e ofertava serviços especializados no tratamento de doenças infectocontagiosas e parasitárias à população de Araguaína e região. Em 2013, iniciou-se o processo de doação para a UFT e posterior acordo de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ocorrida em julho de 2016 a posse da gestão plena da UFT e EBSERH no hospital (BRASIL, 2020). Integram-se à sua estrutura o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Serviço de Assistência Especializada facilitando o atendimento às PVHIV.

O HDT-UFT sempre foi campo de estágio para alunos das Instituições de Ensino em Saúde da cidade de Araguaína e cidades circunvizinhas. Oferecendo aos pacientes tratamento por internação, o atendimento em leitos na modalidade hospital-dia e também o acompanhamento ambulatorial de rotina com infectologista e equipe multiprofissional.

Atualmente no HDT, circulam alunos de dois *campus* da UFT do curso de Medicina (Palmas e Araguaína) nas modalidades graduação e internato, mais os residentes de seis especialidades médicas (Clínica Médica, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Oftalmologia, Pediatria e Medicina Intensiva Pediátrica), além dos alunos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Odontologia e Gestão Hospitalar de instituições privadas e alunos do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO) e de uma instituição privada (BRASIL, 2020).

Para a realização das atividades de estágio no Hospital, os alunos possuem, como instrumentos norteadores, o Manual dos Acadêmicos, o Termo de Sigilo para os Alunos e o Termo de Compromisso de Estágio Curricular (BRASIL, 2020).

No Termo de Sigilo, o aluno, ao assinar, obriga-se a manter em mais absoluto sigilo toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre os pacientes vivendo com HIV/Aids, IST e Hepatites Virais, que, em virtude do serviço, tenha recebido informações sobre diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento de paciente e/ou familiares destes, considerando a inviolabilidade da intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurados pela Constituição Federal (art. 5º, X); com base também nos Princípios e Diretrizes previstos na Política Nacional de DST/Aids e na Resolução CFM n.º 1.665/2003 do Conselho Federal de Medicina, no Art. 2 (BRASIL, 2003). O Termo de Sigilo é constituído de quatro partes e 12 cláusulas para assinatura do estagiário/pesquisador mais duas testemunhas (BRASIL, 2020).

Já o Termo de Compromisso consta dados da instituição concedente representada pelo Superintendente do HDT-UFT e os dados do supervisor, mais os dados do estagiário com o ano previsto para conclusão do estágio e os da Instituição de Ensino com o nome do Orientador. Possui, no corpo do documento, a descrição das atribuições de cada uma das partes (BRASIL, 2020).

De acordo com o Relatório Quantitativo do Setor de Gestão de Ensino do HDT-UFT, passaram pelo hospital 670 alunos em 2017 (276 alunos de Medicina; 225 de Enfermagem; 64 do curso Técnico em Enfermagem; 31 alunos do curso de Gestão Hospitalar; 68 de Odontologia; 3 alunos do curso de Nutrição – UFT/Palmas; e 3 Residentes Médicos) e 521 alunos em 2018 (242 alunos de Medicina; 89 de Enfermagem; 117 do curso Técnico em Enfermagem; 31 alunos do curso de Gestão Hospitalar; 32 de Odontologia; e 10 Residentes Médicos). Os dados de 2019 ainda não estavam disponíveis até a data da pesquisa (BRASIL, 2020).

Ainda que recente o fato de o HDT-UFT ter se tornado Hospital Universitário, após a doação à UFT, seu histórico de receber alunos como campo de estágio não é tão novo assim. Ainda que não exclua ocorrência de situações nas quais pacientes, que procuram atendimento por demanda espontânea, por encaminhamento ou para consulta ambulatorial de rotina, expressarem a recusa em passar por consulta médica com a presença do aluno, sendo, em muitos casos, esses pacientes PVHIV. Embora esta seja respeitada, pode servir de empecilho para a formação de futuros profissionais, além de também prejudicar pesquisas na área ou áreas afins.

Mediante tal constatação, surge o questionamento: o que leva as PVHIV rejeitarem a presença do aluno durante a consulta médica?

1.6 Problema da Pesquisa

- Quais as percepções da PVHIV quanto à presença do aluno no consultório médico durante as consultas?

1.7 Pressupostos

- A PVHIV teme sofrer com a estigmatização pelo aluno.
- A PVHIV recusa a presença do aluno devido à perda da privacidade.
- A PVHIV teme a quebra do sigilo e sente-se insegura quanto ao conhecimento científico do aluno.

1.8 Justificativa

Tendo em vista que o HDT-UFT, local da pesquisa, trata-se de um Hospital de Ensino com a presença constante de alunos nas consultas e em outros momentos da assistência, com intuito de formar e atender bem, a recusa do paciente, no que diz respeito à presença do aluno, poderá causar prejuízos à sua formação, de forma a contribuir para o despreparo desses profissionais. Poderão ocorrer, também, impactos negativos para as pesquisas no campo da assistência à saúde, posto que o desconhecimento da opinião dos pacientes acerca do serviço não refletirá sobre o acolhimento prestado e instituir melhorias.

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivo geral

Compreender qual a percepção da PVHIV quanto à presença de alunos no consultório médico.

1.9.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os sentimentos emergem na PVHIV ao saber da presença do aluno no consultório médico;
- Apresentar opções de melhoria do vínculo aluno-paciente-preceptor frente a recusa da PVHIV aos alunos.

2 ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

“Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava.”

[...]

“Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.”
(GOFFMAN, 1981)

“Discriminação: capacidade de discriminar ou distinguir; discernimento. Ato de segregar ou de não aceitar uma pessoa ou um grupo pessoas por conta da cor da pele, do sexo, da idade, credo religioso, trabalho, convicção política etc.”

“Preconceito: opinião ou sentimento desfavorável, concebido antecipadamente ou independente de experiência ou razão. Conceito ou opinião formados antes de ter os conhecimentos necessários sobre um determinado assunto”
(Dicionário Michaelis)

2.1 Estigma, Preconceito e Fake News

“___ Tuas ideias não correspondem aos fatos. Não, o tempo não para” (BRANDÃO; CAZUZA, 1989)

Mesmo com os avanços biomédicos relativos aos diagnósticos e aos tratamentos, a questão do estigma com as PVHIV ainda é marcante na sociedade e está entranhado em todas as esferas desta, até mesmo nos serviços de saúde, configurando-se como fator mais difícil de se combater no enfrentamento do HIV/Aids ao longo do tempo. Tem suas raízes históricas atreladas à descoberta do próprio vírus e da síndrome que, por muitas vezes, inapropriadamente, foi vinculada a determinados tipos de pessoas e a certos comportamentos sexuais “não normativos” desse grupo de pessoas.

O artigo de Leandro e Barszcz (2021) oferece uma introdução ao que podemos exemplificar como fomento histórico do estigma, em que se pode abstrair do resultado do estudo feito a partir dos exemplares de um jornal de grande circulação no estado do Paraná, entre, os anos de 1987 e 1992 (com reprodução do que reverberava à época no cenário nacional e internacional), de forma que as manchetes jornalísticas do início da epidemia contribuíram para a estigmatização das PVHIV por conter publicações em tom culpabilizatório e, muitas vezes, personificando o dito “aidético” como alguém desordeiro, contraventor e criminoso.

Os autores citam várias manchetes jornalísticas, que, ao longo do tempo, caracterizavam os indivíduos, vivendo com HIV/Aids, de acordo com o estereótipo do homoafetivo, do sexo masculino, ao passo que suas vítimas eram os hemofílicos, as crianças e as mulheres, sobretudo as casadas (LEANDRO; BARSZCZ, 2021).

Como ressaltam os autores, a mídia constrói a realidade social de uma época, uma vez que fomenta o imaginário das pessoas sobre o conhecimento científico. Nesse sentido, ela incluía tanto o portador de HIV e o enfermo de doenças decorrentes da Aids como sendo “aidético” sem distinção. O artigo traz o registro do preconceito dos profissionais de saúde no cuidado dos primeiros supostos portadores da Aids e também destaca a fragilidade emocional desse perfil de enfermos (LEANDRO; BARSZCZ, 2021).

Os autores mencionam, ainda, dois outros registros da época em que manicômios serviram para abrigar presos soropositivos, no intuito de que eles não transmitissem HIV a outros presos e o fechamento de uma creche após o óbito do filho da proprietária em decorrência de tuberculose e sob suspeita de HIV, ocasião na qual as crianças ali abrigadas foram removidas à Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM)(LEANDRO; BARSZCZ, 2021).

Há menção de notícias que expõem a vulnerabilidade das pessoas com HIV no início da epidemia, tais como o abandono pela família, amigos e até a expulsão de suas cidades, devido ao medo da população quanto ao risco de transmissão. A falta de perspectiva propiciava, como saída, cometer crimes, em alguns casos, até para obter o suficiente para sobrevivência. O sentimento, referido nos textos pelos portadores do vírus, era o de apenas esperar pela a morte, em razão do descaso das autoridades políticas relativas à saúde da população (LEANDRO; BARSZCZ, 2021).

A exposição era tamanha que os jornais não escondiam dados como nome, sobrenome, idade, sexo, profissão e até foto das pessoas, quando estas tinham o HIV e haviam cometido crimes. Informações íntimas, como de pessoas com quem haviam se relacionado, também eram expostas. Aspectos físicos dos doentes como a fraqueza, suas lesões genitais e magreza tinham lugar de destaque nas notícias acrescido ao estigma (LEANDRO; BARSZCZ, 2021).

Responsável por divulgar também o termo “grupo de risco”, a mídia prejudicou a prevenção da Aids, visto que promoveu o preconceito e a discriminação, em especial entre os grupos marginalizados, como o dos homossexuais. Com o tempo, passou-se a adotar o termo “comportamento de risco”, ainda assim, este evidenciava que as mudanças de comportamento eram responsabilidade exclusiva do indivíduo, de modo que a conotação foi a de culpabilizar portador com relação ao adoecimento, necessitando, portanto, de revisão, tanto que, atualmente, o termo usual é populações-chave (MAGNO, 2019).

Os termos “grupo de risco” e “comportamento de risco” favoreceram o estigma por se basearem em características individuais dos sujeitos e excluïrem o fator da vulnerabilidade como um contexto complexo e determinante. Fruto de aproximações entre ativismo político e o Movimento dos Direitos Humanos, o conceito de vulnerabilidade passou a ser aplicado na

área da saúde a partir de 1990, relacionando situações sociais, políticas, culturais e econômicas no enfrentamento à epidemia da Aids e nas ações de assistência às PVHIV (MAGNO, 2019).

Em seu artigo, Fonseca *et al.* (2020) enfatizam que as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa (baixa renda, nível de instrução baixo, heterossexuais e desempregados) exemplificam essa vulnerabilidade e podem ser correlacionadas à perpetuação de comportamentos sexuais de risco. Corroborando com Magno (2019), que chama atenção, em sua pesquisa, como um desafio teórico que exige a reflexão para as ações de saúde, posto que a transmissibilidade, o impacto e os determinantes da epidemia não são iguais em todas as populações.

Silva e Gomes (2020) também citam como o termo “grupo de risco” carrega, ao longo da história da Aids, o cunho da promiscuidade e da culpa sexual, lembrando, em sua pesquisa, que as pessoas acometidas pelo HIV já estavam em situação de vulnerabilidade e marginalização antes da descoberta da doença e que já eram grupos que não correspondiam à hegemonia populacional da época. Os autores trazem a ideia que as representações criadas com auxílio da linguística fizeram a separação entre os que corriam o risco de serem acometidos por uma doença repulsiva, punitiva, além de invasiva e daqueles que não correriam esse risco.

Os autores relatam que a mídia na década de 1980, inclusive, incitava a violência contra os “supostos” responsáveis pela Aids, que seriam os homossexuais, de maneira que favoreciam que a epidemia fosse avultando-se em grandes proporções. Outro aspecto delicado, citado na pesquisa, era o fascínio dos profissionais da saúde para descobrir a forma de contágio do doente, os quais se viam forçados a uma dupla exposição: a forma de contágio e a exposição de sua homoafetividade (SILVA; GOMES, 2020).

Em entrevista concedida à Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS) da Fundação Oswaldo Cruz, o pesquisador e presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), Richard Parker, também menciona manchetes de jornais da década de 1980 como notícias tendenciosas ao preconceito. Ele resolveu guardar recortes de jornais que circulavam na época e, a partir disso, começou a pensar em pesquisar sobre a Aids. (PARKER, 2019).

Parker (2019) resgata que, na década de 1980, não havia tantos testes para o HIV, uma vez que os poucos que existiam demoravam cerca de um mês para determinarem o resultado, e o conhecimento sobre o vírus era bem limitado, o que induzia as pessoas a concluir que sendo da comunidade gay, por si só, implicava em alta probabilidade de ter o vírus. Ele discorre que há uma miscelânea de estigmas dentro daquele que circunda a Aids, como, por exemplo, o estigma da sexualidade não normativa, vinculada à prostituta, ao promíscuo e ao homoafetivo.

Sem poder se esquecer das questões de raça e socioeconômicas, pois o HIV é associado, constantemente, às pessoas negras e pobres. Essa junção de estigmas, torna difícil seu enfrentamento (PARKER, 2019; FREITAS *et al.*, 2012).

O mesmo autor interliga estigma, política e poder, abordando que, para o enfrentamento dessa conjuntura, é necessário que as pessoas, que sofrem esse preconceito, entendam o que estão a enfrentar e sejam munidas de ferramentas para a desconstrução desse sentido. E expõe que alguns setores da sociedade utilizam-se do estigma como forma de opressão sobre outros e, por conta dessa relação de opressão e poder, o preconceito perdura ao longo da história, sendo esta a parte mais difícil no enfrentamento da Aids (PARKER, 2019).

Suit e Pereira (2008) citam, em seu artigo, que aqueles que sofrem estigmatização estão expostos a mais danos à sua saúde física e mental. Dificuldades de acesso a tratamento de saúde e até questões fisiológicas, tais como a diminuição da resposta do sistema imunológico (já prejudicado pelo vírus), podem ser exemplos desses danos. Também afirmam que as relações de poder influenciam na estigmatização das pessoas, sendo uma relação inversamente proporcional, ou seja, quem detém menor poder está sujeito a vivenciar um estigma maior.

Richard e Aggleton na obra escrita em para Abia em 2001 sobre Estigma, discriminação e Aids, expõem que o protagonismo do estigma, nas relações de poder e controle da sociedade, decorre do fato de alguns grupos se priorizarem em detrimento de outros. Os autores consideram o estigma e a discriminação fenômenos sociais e culturais atribuídos a grupos inteiros e não de caráter individual (PARKER; AGGLETON, 2001). Morais *et al.* (2013) afirmam que o estabelecimento de normas legais e morais, pela sociedade, é um intento de prever as ações de seus membros.

Ao citarem as obras de Michel Foucault, os autores destacam que este voltava sua atenção aos regimes de poder presentes nos vários sistemas de conhecimento e suas formas de controle exercidas sobre corpos individuais, com enfoque na diferença a serviço do poder. Para Foucault (1977 *apud* PARKER; AGGLETON, 2001), a violência física ou a coerção, com o passar do tempo, deram lugar à sujeição, enquanto o controle social passou a ser exercido pelo adestramento de sujeitos e corpos dóceis. Richard e Aggleton citam que uma junção da obra de Goffman com Foucault se apreende o conceito de estigmatização culturalmente construída, em que a diferença é valorizada negativamente e utilizada para manutenção da ordem social. A construção do estigma e sua inserção, nas estruturas de poder, dão-se pela sinalização das diferenças entre categorias de pessoas (PARKER; AGGLETON, 2001).

Em seu trabalho mais recente, Richard reafirma sua preocupação com o estigma por culminar com a morte civil do portador de HIV, ainda que o avanço das terapias antirretrovirais

confira a ele longevidade física. Evidencia que, com o surgimento das redes sociais, perdeu-se o receio de falar o que antes era apenas pensado, favorecendo espaços para que o preconceito e a discriminação circulem de forma legitimada (PARKER, 2019).

Cazeiro, Silva e Souza (2021) expõem a recente tentativa do governo de querer vetar o projeto de lei que prevê a dispensação da reavaliação pericial para aposentados por invalidez em decorrência da Aids, situação em que novos desafios, envoltos pela discriminação, estão por vir. Para os autores, isso representa tentativas de reafirmar a morte civil e o caráter necrolítico de algumas ações governamentais.

Parker (2019) afirma que o preconceito transita, facilmente, nas mais altas esferas da sociedade, sendo que, após a última eleição do Brasil, notou-se um aumento dos casos de violência homofóbica, podendo ter sua origem, conforme Silva e Gomes (2020), concomitante ao surgimento da Aids. Para o pesquisador, avançamos muito em quarenta anos de epidemia, mas a violência e a opressão são sinais preocupantes de retrocesso.

No Brasil, diferentes governos, desde o início da epidemia de Aids, construíram uma política pensada para o controle do HIV. No entanto, a crise atual, no enfrentamento à epidemia, possui dimensões sociais, políticas e econômicas, com o marco inicial em 2013, num momento de instabilidade política, sob a insígnia da corrupção, perpassando pela aprovação da emenda constitucional 95, congelando os investimentos em saúde e educação por 20 anos, transformando subfinanciamento do SUS em desfinanciamento (AGOSTINI *et al.*, 2019).

A partir de 2016, ocasião em que foi deposta a presidente Dilma Rousseff, o que se vê é a fragilização ou a redução de políticas sociais que refletem, inclusive, sobre as possibilidades de cuidado integral às PVHIV. Nesse cenário, as eleições de 2018 amplificaram a crise, afetando diretamente as políticas de prevenção ao HIV do Ministério da Saúde, como a campanha de prevenção ao HIV do Carnaval 2019 e às mudanças ocorridas relativas às estratégias de “redução de danos” (AGOSTINI *et al.*, 2019).

Os desdobramentos ocorridos no Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais no Ministério da Saúde, podem resultar até em ameaças à distribuição universal dos antirretrovirais, programa brasileiro reconhecido mundialmente. Somam-se a tudo isso as modificações na política de seguridade social com suspensão de benefícios e enrijecimento dos critérios de concessão afetando muitas PVHIV (AGOSTINI *et al.*, 2019).

O meu prazer agora é risco de vida (CAZUZA; ROBERTO FREJAT, 1988).

2.2 Preconceito Antes e Após a Revelação Sorológica

A emoção acabou.
Que coincidência é o amor
A nossa música nunca mais tocou
(CAZUZA; EZEQUIEL NEVES; REINALDO ARIAS, 1985).

Silva e Gomes (2020) trazem a dificuldade que o estigma representa para execução de estratégias de prevenção e aferição dos índices de contágio, principalmente, entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), tanto pelo medo que eles têm relacionado à exposição da homoafetividade, como pelo medo do diagnóstico “sentencial” da Aids. Os autores citam que o estigma e o preconceito têm atrapalhado até a implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), método preventivo ao vírus do HIV, cuja implementação no SUS foi anunciada com uma série de erros por uma revista de grande circulação nacional em 2018.

Segundo Gomes *et al.* (2021), a culpabilização das PVHIV, fomentada por inverdades publicadas, o julgamento por parte da sociedade por lhes atribuírem comportamento risco, o reforço das ideias morais e religiosas, que sancionam como sentença o contrair a doença, favorecem a postura de ocultação do diagnóstico, inclusive, por vergonha (GOMES *et al.*, 2021). Os autores trazem, ainda, a concepção de que o preconceito e a intolerância favorecem o isolamento, a morte social e a morte civil desses sujeitos, retirando-lhes a sobrevida por prejudicarem o tratamento e o acompanhamento da doença.

Gomes *et al.* (2021), ao pesquisarem sobre a vivência do preconceito após a descoberta do diagnóstico positivo de HIV, evidenciaram através dos pesquisados que há duas situações mais comuns: a propensão à rejeição, por parte de amigos e familiares, ou a ocultação do *status* sorológico, como forma de proteção. Embora os autores entendam que permanecer no anonimato torna o percurso solitário e prejudica o enfrentamento positivo da doença.

O Índice de Estigma em relação às Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Brasil é uma pesquisa de grande relevância denominada como ferramenta cuja finalidade é detectar e mensurar mudanças de tendências em relação ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV, a partir da perspectiva das próprias PVHIV. Sendo uma iniciativa conjunta de várias organizações de apoio às PVHIV, iniciada em 2008, trata-se de uma metodologia global já aplicada em mais de 100 países, a qual chegou ao Brasil, sendo aplicada pela primeira vez em 2019 (BRASIL, 2019).

O estudo documentou as experiências de estigma e discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids em sete localidades chave do Brasil, tendo em vista as suas diversidades

populacionais e epidemiológicas, relativas à incidência de Aids ou de alta mortalidade no País. Revelou que uma das formas de discriminação mais frequente, relatada pelos pesquisados, é aquela em que a PVHIV tem conhecimento que outras pessoas estejam comentando de maneira discriminatória sobre ela ou a investigando (BRASIL, 2019).

Dentre 1778 entrevistados, cerca de 81% consideram a revelação do diagnóstico como algo difícil, devido ao medo do estigma e da discriminação. Alguns atribuíram os sentimentos de culpa e vergonha como preponderantes para essa dificuldade. Outro dado apontado pela pesquisa é que, dentre 1774 pesquisados, 75,5% entenderam como mais viável esconder seu *status* sorológico. E cita, ainda, que muitos desses entrevistados tiveram sua sorologia revelada sem o seu consentimento, ainda que seja esse um direito garantido por lei (BRASIL, 2019).

A revelação do diagnóstico, no local de trabalho, é outro momento conflituoso, uma vez que o trabalho tem seu aspecto benéfico para a PVHIV, favorecendo o enfrentamento positivo da doença, embora seja um local que as deixa vulneráveis, com risco de constrangimento e até de demissão voluntária. Como forma de coibir essas ocorrências, foi sancionada pela presidenta Dilma, em 2014, a Lei n.º 12.984, de 2014 (BRASIL, 2014), caracterizando como crime a discriminação e punindo com multa ou reclusão os casos de demissão, negativa de emprego e segregação por parte da entidade empregadora (GOMES *et al.*, 2021; FREITAS *et al.*, 2012).

Foi constatado, na pesquisa, o Índice Estigma Brasil, que a incidência de casos em que a revelação da condição sorológica foi repassada a terceiros sem o consentimento da PVHIV gera situações negativas. A revelação não autorizada ocorre, frequentemente, por parte de pessoas que não possuem vínculo próximo (como vizinhos, colegas de escola e professores), o que torna a situação ainda mais prejudicial, e a tendência, nesses casos, é que a receptividade da notícia seja ruim (BRASIL, 2019).

A mesma pesquisa, no entanto, revelou que, quando o diagnóstico de HIV positivo é revelado a pessoas mais próximas pela PVHIV, a receptividade da notícia tende a ser melhor, quanto mais próxima a relação, de forma mais solidária ocorre a aceitação, podendo se concretizar numa rede de apoio (BRASIL, 2019).

Gomes *et al.* (2021) citam que o respeito, o apoio e a solidariedade fazem com que vínculos afetivos e de trabalho sejam mantidos, o que favorece o enfrentamento da doença. A família e os amigos são identificados como rede de apoio na mitigação do estigma e preconceito, mas pode haver uma redução desse suporte quando a própria PVHIV sente-se ameaçada em sofrê-lo.

Quanto ao receio da revelação do diagnóstico no local de trabalho, os autores observaram que as consultas frequentes implicam dificuldade para manutenção do sigilo e tem

correlação com índice de abandono de tratamento. A apresentação de recorrentes atestados médicos, ainda que sem estar explícito o HIV, predispõe a questionamentos, estigmatização e dão visibilidade da condição de portador do vírus. Esconder o *status* sorológico, na concepção dos autores, seria para as PVHIV como o apagamento de uma marca indesejável (GOMES *et al.*, 2021).

Suit e Pereira (2008) verificaram que revelar a condição sorológica é uma situação na qual a escolha da pessoa a quem revelar é feita de maneira criteriosa, tendo em vista que a quebra de vínculos, após a revelação, é frequente. A pesquisa traz, ainda, que as mulheres e pessoas com filhos tendem a ser mais discriminados. Por outro lado, aqueles que conseguem constituir família, cônjuge e filhos soronegativos podem atribuir um novo sentido ao estigma e encaram-no mais fortalecidos (CRUZ, DARMONT E MONTEIRO, 2021).

O Índice Estigma apurou que cerca de 75% dos entrevistados optam por esconder de outras pessoas que são soropositivos(as). Ao responderem se concordam ou discordam das frases propostas pela pesquisa, 36,7% concordaram sentir vergonha por ser soropositivo(a), 35,7% concordaram sentir culpa, 23,4% concordaram que, às vezes, sentem-se inúteis e 21,6% se sentem sujos por ser soropositivo (a). Tais dados demonstram o impacto negativo na autoestima dos pesquisados, que denotam sentimentos de depreciação e aversão a si mesmos e demonstram que viver com HIV produz percepções e sentimentos que, além de afetar a relação com os outros, afetam a impressão que a pessoa tem de si mesmo (BRASIL, 2019).

Ainda nessa mesma pesquisa, o número de participantes, que informou atitudes que reduziram seu contato social, foi de cerca de 22,3%, os quais decidiram não participar de eventos sociais; 10,4% decidiram não procurar atendimento de saúde; 19,1% decidiram não candidatar-se para um emprego; 15,5% decidiram não buscar apoio social; 29% optaram por se isolar da família ou amiga(o); e 30,5% decidiram não fazer sexo. Estas respostas correspondem ao período 12 meses anterior à pesquisa (BRASIL, 2019).

Costa *et al.* (2019) evidenciaram, em sua pesquisa, que o estigma influencia na escolha do momento em que os pais/cuidadores precisam revelar aos filhos que eles são portadores do vírus HIV. Geralmente, esses casos acontecem nas situações de transmissão vertical, sendo que alguns pais/cuidadores optam por fazê-lo quando já não conseguem mais esconder da criança o diagnóstico, o que ocorre, muitas vezes, na adolescência. Por ser um momento delicado do desenvolvimento, no qual é comum atitudes de revolta e rebeldia, a descoberta da sorologia positiva para HIV tem repercussões negativas, tanto por postergar a informação como por saber que contraíram a doença dos pais.

Essas crianças e adolescentes ficam sujeitas ao preconceito, na escola, pelos professores, pelos colegas de classe, como exclusão de brincadeiras e até fora da escola quando os pais participantes da pesquisa informam dificuldade em encontrar quem possa cuidar dos menores, sendo, amiúde, referida a opção por ocultar a informação acerca da sorologia (COSTA *et al.*, 2019).

Diante disso, a manutenção do sigilo, a respeito do diagnóstico de HIV, torna-se imprescindível para quem convive com o vírus. Fonseca *et al.* (2020) citam, em sua pesquisa, que a maioria dos entrevistados aponta arrependimento por terem revelado sua condição sorológica frente à reação de pessoas próximas e familiares. Eles destacam a relevância da inclusão do estigma e preconceito na formulação de políticas públicas para o enfrentamento do HIV/Aids.

2.3 Assistência à Saúde e o Preconceito

Brasil! Mostra tua cara
Quero ver quem paga
Pra gente ficar assim
Brasil! Qual é o teu negócio?
O nome do teu sócio?
Confia em mim
(CAZUZA; GEORGE ISRAEL; NILO ROMERO, 1988)

Gomes *et al.* (2019) apontam que a discriminação às PVHIV dos profissionais de saúde pode estar associada ao pouco conhecimento sobre as formas de contágio da doença, o que gera medo e insegurança no atendimento. As ideias de julgamento, que associam a doença a comportamentos não convencionais ou deturpantes e até a negação do próprio preconceito e toda carga de prejuízos oriundos dele, podem ser apontados como fatores que favorecem a estigmatização nos serviços de saúde.

Cruz, Darmont e Monteiro (2021) verificaram em sua pesquisa, situações de hostilidade referidas pelos entrevistados praticadas por profissionais de saúde, o que, como já foi mencionado aqui, remonta do início da epidemia e perpetua até o presente, interferindo na regularidade das consultas e do tratamento pelo medo do julgamento.

No artigo de Gomes *et al.* (2019), são mencionadas situações vivenciadas pelas PVHIV, que, mesmo sendo anti-éticas e não condizentes com os princípios do SUS, acontecem rotineiramente. Em razão disso, 20% da amostra pesquisada informou ser tratada de forma diferenciada em serviços de saúde. Tudo começa pela dificuldade que essas pessoas têm de encontrar atendimento, sendo que, uma vez atendidos, podem ser submetidos à exposição não

consentida de sua sorologia, isolamento físico de outros pacientes sem indicação patológica e até aconselhados ao aborto e esterilização. Há relatos da adoção de ações de biossegurança pelos profissionais de maneira desnecessária.

Dentre os profissionais mais referidos por dispensarem esse tipo de tratamento, estão os médicos e os enfermeiros. 15,4% da amostra referiu ter tido problemas físicos e/ou psicológicos em decorrência dessa situação. Sendo o tipo de preconceito mais citado a antilocução, que, segundo a Escala de Allport utilizada na pesquisa, é a situação em que a pessoa foi alvo de piadas por um grupo de pessoas. Como forma de evitar esses constrangimentos, os entrevistados optam por procurar com maior frequência os serviços especializados (GOMES *et al.*, 2019).

Suto *et al.* (2018) destacam que, dentre dez campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde para o Dia Mundial de Luta contra a Aids, seis tinham o tema preconceito e a discriminação, em virtude de serem estes um dos maiores entraves no combate ao vírus HIV. Segundo as autoras, alguns pesquisadores consideram a epidemia da Aids como uma epidemia de significados, devido à associação histórica feita entre a Aids e a homoafetividade, cujos resultados trazem tamanha devastação quanto à própria epidemia da Aids.

O Índice Estigma Brasil também avaliou a relação entre as PVHIV e os profissionais de saúde, posto que, em alguns casos, foi possível observar que dificuldades nessa relação contribuíram para a demora dos entrevistados em iniciar o tratamento. Cerca de 26,5% informaram ter medo que os profissionais revelassem sua sorologia positiva para o HIV sem o seu consentimento, enquanto 20% relataram experiência ruim enfrentada com profissional da saúde (BRASIL, 2019).

No que tange às práticas incorretas de tratamento, as quais os pesquisados foram submetidos, destacam-se: comentários negativos ou fofocas (6,8%); o profissional evitou o contato físico ou tomou cuidados extras (6,8%); revelou para outras pessoas a sorologia positiva para o HIV sem o seu consentimento (5,8%); desaconselhou a prática do sexo (4,2%); abusou verbalmente (3,8%); recusou atendimento de saúde (2,1%) e abusou fisicamente (0,2%), índices que, segundo a pesquisa, pioram quando os entrevistados procuram serviços para causas não relativas ao HIV (BRASIL, 2019).

Costa *et al.* (2019), ao pesquisarem as dificuldades enfrentadas pela família no cuidado a criança/adolescente com HIV, detectaram que alguns familiares/cuidadores preferem realizar o tratamento de seus filhos em outras localidades como forma de garantir o sigilo, demonstrando a desconfiança com relação à equipe de saúde local.

Gomes *et al.* (2019) alertam que a discriminação e o preconceito prejudicam o controle da epidemia, formando uma barreira que atrapalha na busca pelos cuidados em saúde e postergando diagnóstico. O Índice Estigma Brasil apurou que o estigma e o preconceito também influenciaram os participantes da pesquisa na ocasião da realização do teste anti-HIV, sendo apontados, como fatores responsáveis pela demora na decisão, o medo do resultado e a reação das outras pessoas ao saberem de sua sorologia (BRASIL, 2019).

Fonseca *et al.* (2020) apontam os danos causados à saúde mental das PVHIV decorrentes do estigma e preconceito, destacando a importância das relações sociais e afetivas como determinantes de vida. Na possibilidade de algum tipo de aproximação social, afetiva ou para um relacionamento sexual, ocorre a dificuldade de expor o diagnóstico positivo para HIV por medo da rejeição.

Levando em consideração o alto índice de prevalência de questões psíquicas entre PVHIV, o Índice Estigma Brasil pesquisou os sintomas que os havia incomodado nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, ao que 27,9% responderam que sentiram desinteresse e desprazer em realizar as coisas; 32,2% sentiram-se deprimida(o) ou sem esperança; 38,2% incapacidade em controlar suas preocupações; e 44,9% nervoso/ansioso/no limite, com uma alta frequência ou a maior parte do tempo, verificando que algumas das pessoas entrevistadas, portanto, estavam em sofrimento psíquico pelo acúmulo desses sintomas (BRASIL, 2019).

2.4 Um Novo Tempo?

Pro dia nascer feliz
O mundo inteiro acordar
e a gente dormir, dormir
(CAZUZA; ROBERTO FREJAT, 1983)

Silva, Duarte e Lima (2020) mencionam que, diante das novas evidências de que o paciente com carga viral indetectável seja intransmissível, há maior possibilidade de revelar a condição sorológica, embora ainda haja insegurança e a apropriação da ideia de “pessoas de risco” (algumas PVHIV), dada a construção histórica do termo e em razão de ainda ser principiante para muitos com carga viral indetectável, diminuindo, assim, as chances de transmissão do vírus (BRASIL, 2018).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), por meio de nota explicativa, expõe que as evidências científicas asseguram que o tratamento do HIV reduz a transmissão do vírus e oportunistam aqueles, que tenham carga viral indetectável, a terem relações sexuais sem preservativos com baixo risco de transmissão. Ainda não se sabe por

quanto tempo uma pessoa deve utilizar antirretrovirais para se tornar indetectável. E para ter essa certeza, faz-se necessária a realização do exame de carga viral com frequência (BRASIL, 2018).

É necessário discutir com cada indivíduo acerca da supressão da carga viral, mas também devem ser consideradas para isso a duração da supressão, a adesão à terapia antirretroviral, a vontade de não usar preservativo e a vontade de engravidar. Esse momento pode ser favorável para o reforço da adesão ao tratamento e a garantia de retorno médico para acompanhamento da saúde, além de favorecer orientações sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2018).

Preservativos e outros métodos de prevenção combinada continuam a ter papel indispensável no enfrentamento ao HIV, posto que o uso dele promove a garantia da saúde sexual e reprodutiva no geral. A nota não exclui os casos em que parceiros (HIV negativos) optem a ter relações sexuais com pessoas que não sejam seus parceiros, utilizem preservativos e quando possível Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). A terapia antirretroviral e a carga viral indetectável favorecem a manutenção de vida saudável e funcionam como ferramenta de prevenção combinada (BRASIL, 2018).

A nota destaca ser reconhecido que indetectável = intransmissível pode ser uma resposta ao estigma, de modo a favorecer o alcance de carga viral suprimida e o acompanhamento da saúde das PVHIV. Sugere, ainda, quatro ações chaves para gestores: a expansão da testagem, acesso e adesão; manutenção de testes e tratamentos acessíveis, financeiramente, viáveis e sem estigma (aumentar o acesso aos exames de carga viral); destacar que o estigma, a discriminação e a criminalização injusta impedem o acesso à prevenção, ao tratamento e à assistência; conscientizar ainda mais sobre indetectável = intrasmissível (BRASIL, 2018).

Silva, Duarte e Lima (2020) destacam a importância do desenvolvimento e a retomada de políticas públicas para o enfrentamento do estigma em diversas esferas sociais, assim como a divulgação ampliada dos avanços científicos, tais como: “indetectável = intransmissível”. E ainda encorajam a produção autobiográfica de jovens universitários no combate à sorofobia.

O estudo de Fonseca *et al.* (2020) evidenciam que, no enfrentamento ao estigma social e ao preconceito, a família e os parceiros têm importante papel como agentes atenuadores da vulnerabilidade social das PVHIV.

O artigo elucida que o avanço das tecnologias como a internet e os canais no YouTube, tem contribuído no enfrentamento ao estigma através de reprodução de vídeos retratando as vivências e as falas sobre si mesmo de pessoas que vivem com o vírus, servindo como um

projeto terapêutico, de autocuidado, de encorajamento e de educação em saúde para as faixas etárias mais vulneráveis, dos 15 aos 24 anos (SILVA; GOMES, 2020).

Fermo *et al.* (2021), ao pesquisarem aplicativos móveis, disponíveis no Brasil, que promovam conhecimentos/informações acerca do HIV/Aids, conseguiram localizar aqueles que auxiliam os usuários em seu tratamento, sendo que, nas lojas de aplicativos, foi possível identificar também outros para suporte a profissionais da saúde e para a população em geral.

O artigo de Gomes *et al.* (2019) ressalta a importância da Educação Permanente em Saúde como estratégia de enfrentamento ao preconceito e à discriminação. Destacando, também, a necessidade de se trabalhar a visão de atendimento humanizado com os profissionais em formação desde o estágio até a conclusão. Costa *et al.* (2019) elucidam ser imprescindível que o cuidado oferecido às PVHIV seja pensado de forma a desconstruir o preconceito e favorecer a qualidade e a perspectiva de vida, para tanto apontam o investimento de profissionais da saúde e do governo em campanhas e em práticas para a produção do conhecimento da população.

2.5 O Preconceito e a Formação Médica

Quando falam desses corpos
 Esses corpos que não importam
 Que jazem jogados, abandonados no cemitério do
 silenciamento
 Falam também do meu corpo

Afinal, minha posição profissional e social não
 altera
 Esse que me dá vida, movimento
 Que me faz acreditar e lutar por um mundo melhor

Quando não falam desses corpos
 Se esquecem também de mim
 Eu que aqui estou vivo, com sangue correndo nas
 veias

Se o meu sangue também corre
 O deles também corre
 dando vida, cor, energia e esperança
 E ainda acham que esse sangue está contaminado
 apenas por existir
 Sem perceber as vidas que pulsam em cada
 existência única

Como isso me atravessa?

Como isso me encontra?
 Como isso me (re)produz no palco da minha vida?
 Entro em cena, fecho as cortinas

Aplausos, vaiais
 Em quantos atos cabe a minha vida?
 (Caderno de campo, abril de 2017)
 (RAIMONDI *et al.*, 2019, pág. 17).

O artigo de Raimomnd *et al.* (2019) apresenta cenas que traduzem o simbolismo que ainda mantém atrelados a homoafetividade ao risco de infecção pelo HIV no ensino e na formação médica. O trabalho é uma (auto)etnografia performática que retrata as possibilidades de performance do pesquisador com base na experiência de ser gay, branco, classe média, médico e docente.

O autor ressalta que, assim como o estigma e a discriminação são desafios para o “viver” com HIV, algumas condutas médicas persistem em demarcar o “homossexualismo” como transtorno. Para ele e para outros gays como ele, talvez só haveria reconhecimento na prática médica, dentre algumas posições, a posição de grupo de risco ou ser a performance de um legítimo heterossexual, branco e de classe média (RAIMONDI *et al.*, 2019).

No transcorrer das disciplinas do curso de Medicina, segundo o autor, quando o ensino era relacionado à Aids, ao comportamento de risco e à culpabilização, elucidavam e exemplificavam melhor o tema, o que era realizado de forma sistemática pelos professores. Assim os termos “ser gay” e “ter HIV/Aids” com o disfarce apoiado na epidemiologia, eram articulados nas disciplinas, sustentando a ideia de grupo de risco. O próprio autor afirma ter sua imaturidade alimentada pelo medo de ser reconhecido como agente poluidor por ser gay. Ele se diz tomado pelo discurso que viver com HIV é ruim, não se permitindo reconhecer existir vida para além dos diagnósticos e estigmas (RAIMONDI *et al.*, 2019).

Dentre os exemplos citados no artigo, há um de sua época de estudante, quando, ao examinarem um paciente, um residente levantou a hipótese de ele ter HIV porque era jovem, estava com um quadro infeccioso e usava aliança prata na mão esquerda, símbolo que apenas os gays adotavam, já que não podiam usar aliança dourada. A seguir outro exemplo:

Recordei, imediatamente, o encontro com uma estudante lésbica de outra época, que aos prantos e com punhos cerrados da raiva contida pelo medo de se expressar, me dizia que seu professor branco, heterossexual, de Clínica Cirúrgica disse a ela e a seus colegas – um grupo de aproximadamente dez estudantes, com cinco gays e uma lésbica – que era para terem cuidado com os chamados acidentes biológicos. Isto porque, se “pegassem” HIV/Aids, até que “provassem” o contrário, sofreriam o estigma de serem considerados homossexuais, pois HIV/Aids é “coisa de viado” (RAIMONDI *et al.*, 2019, pág. 21).

Mediante esse último exemplo, fica implícita a preocupação no que tange à manutenção da imagem de pureza do “ser médico” por alguns professores, no que concerne ao fato a hipótese de o outro ser gay, ter HIV/Aids e poderia “contaminar” o médico. D'Ávila (2010) refere que a atividade profissional de Medicina sempre foi acompanhada de “grande preocupação com a conduta moral dos médicos”, cujos códigos, de tão rigorosos, confundiam normas morais com penais para os infratores.

Em outra situação, Raimondi *et al.* (2019) citam que, quando a fala de uma professora é apontada por uma estudante como preconceituosa, a docente responde que só estava ensinando para atentarem-se ao “risco”. Isso levou o pesquisador a refletir ao número de vezes, no passado, em que ele estava na posição de risco, um “vetor” para HIV/Aids, por ser gay (RAIMONDI *et al.*, 2019).

No trabalho de Cazeiro, Silva e Souza (2021), uma das pesquisadoras é descrita como alguém que vivencia tratamento discriminatório em algumas instituições, em virtude de sua identidade de gênero, como “um vetor de transmissão do HIV”. Ela é descrita como pesquisadora, psicóloga, travesti, heterossexual e soronegativa.

Raimondi *et al.* (2019) afirmam que, por vezes, tentaram negar que preconceito pudesse existir em um contexto de universidade e nos locais de ensino do curso de Medicina. E que, portanto uma disputa está aberta e não estão sozinhos, mesmo que alguns estejam emudecidos, e reiterando que muitos estão comprometidos a ressignificar modos de vida em que haja inclusão e resistência com o objetivo de vencer a opressão. Corroborando com o texto a seguir:

Atravesso por entre esses corredores
Aqui me formei médico, aqui me descobri gay
Aqui vivi o amor, o medo, a dúvida da descoberta de mim mesmo

Hoje sou atravessado por esses corredores
Repletos de pessoas, cartazes, histórias e dizeres
Que dizem que eu não deveria estar aqui

Pelo menos não gay

Como seguir em frente caminhando
Se a mata densa do preconceito
É capaz de fechar os olhos daqueles que não querem me ver gay?

E se eu, que surgi daqui, não sou visto se me assumo gay
Como ver outros gays que estão para além desses corredores?
(Caderno de campo, agosto de 2016)
(RAIMONDI *et al.*, 2019, pág. 18).

3 ÉTICA E SIGILO

3.1 Acolhimento, Subjetividades do Atendimento e Humanização

O tema humanização tem ganhado destaque no Brasil em virtude das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde e à baixa qualidade destes. A desumanização e a tecnificação são apontadas como responsáveis por essa precariedade. Marcos como a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, que apontou para a necessidade de reformular a atenção à saúde e impulsionou para que, em 2003, surgisse a Política Nacional de Humanização (PNH), exemplificam os movimentos para melhorar as relações no âmbito da assistência à saúde (GARCIA JÚNIOR, 2020).

A Aids associa-se a fatores afetivos, simbólicos (como medo, sofrimento, preconceito e morte) e à falsa conotação de “grupo de risco”, sendo esse último prejudicial à prevenção da doença, já que alguns se veem como à parte dele. Além disso, prejudica também o tratamento daqueles que possuem o HIV devido à estigmatização. Esses fatores demandam preparo dos profissionais da área da saúde no atendimento específico a esses pacientes desde a sua formação (CUNHA *et al.*, 2020).

Os autores reforçam que o propósito da humanização em saúde reside no respeito, acolhimento e ser empático com o paciente. O respeito deve ser relativo aos seus costumes, desejos, crenças e valores. O acolhimento deve ser feito no sentido de conhecê-lo para além da sua doença, ao passo que a empatia significa ver o mundo com os olhos do outro (CUNHA *et al.*, 2020).

Ao falar sobre a avaliação dos serviços na área da saúde no Brasil, Richard Parker destaca que tivemos avanços e um grande ensinamento deixado pelo Movimento de Combate à Aids, posto que não há como servir as PVHIV sem acolhê-las e abraçá-las de alguma forma. O pesquisador demonstra preocupação com os sinais de retrocesso de ações no acolhimento desses pacientes no SUS, por serem ainda desrespeitados em alguns serviços não especializados (PARKER, 2019).

Garbin *et al.* (2009) afirmam que o atendimento humanizado, alicerçado na sinceridade e confiança, promove a melhoria da qualidade de vida do paciente, assim como o acesso aos serviços de saúde, beneficiando o tratamento da PVHIV. Os autores também citam a garantia da privacidade e o atendimento sem discriminação como fundamentais para a permanência dos usuários nos serviços de saúde. A confiança favorece o vínculo com o serviço, sendo a manutenção do sigilo diretamente relacionada à frequência do usuário (ABDALLA; NICHIATA, 2008).

A melhoria da adesão ao tratamento, os desfechos clínicos favoráveis e o grau de satisfação aumentado dependem da boa relação médico-paciente. Quando o paciente é o centro dos cuidados e o relacionamento é empático, há também melhora na resposta psicológica à dor. Os autores, no entanto, observam que a forma de ensino tradicional, que privilegia o ganho de conhecimento, não promove a avaliação das atitudes dos alunos na relação com o paciente (VIDAL *et al.*, 2019).

O amor ao ser humano é uma habilidade necessária que caracteriza o bom médico, o qual além do conhecimento científico, necessita também de intuição, capacidade de julgamento moral de seus atos e bom senso (D'ÁVILA, 2010). Dar valor ao cuidado humanizado significa tirar o foco, especificamente, da doença para dar destaque à vida humana, tanto que esse ato de cuidado envolve empatia, compaixão, afeto e escuta, atitudes cujo papel também é terapêutico (MARQUES *et al.*, 2020).

Abdala e Nichiata (2008) afirmam que o acolhimento e o bom atendimento favorecem a revelação do diagnóstico por parte da mulher com HIV. Uma vez que essa informação é revelada, o planejamento de ações de cuidados e a discussão das necessidades da usuária, pela equipe de saúde, torna-se mais fácil. O acolhimento se torna essencial para o fortalecimento do vínculo e da confiança e para o acesso à privacidade, no entanto para isso é necessário que haja a garantia da confidencialidade e o sigilo das informações pela equipe de saúde.

O amplo acesso que hoje se tem às informações médicas na internet e o desejo das pessoas de expressar suas vontades, não mais como seres passivos, evidenciam que já não há mais a relação assimétrica entre profissional de saúde e paciente tampouco espaço para o paternalismo médico. Diante disso, faz-se importante a inclusão das questões éticas na formação de profissionais da saúde para o estabelecimento de uma relação permeada pelo respeito mútuo com o paciente, que favoreça uma convivência saudável diante do pluralismo moral da nossa sociedade (FERRARI; SILVA; SIQUEIRA, 2018).

A Medicina tem sua origem no princípio da beneficência, que, inicialmente, não visava a cura, mas, na verdade, o cuidado e o fato de alguém estar presente num momento de dor do outro para lhe oferecer ajuda. Para que um paciente consiga expressar, compartilhar com o médico seus pensamentos, segredos e temores, é preciso solidariedade e uma postura de sensibilidade do profissional, atributos essenciais que contribuem com a boa relação entre médicos e pacientes (D'ÁVILA, 2010).

Requisito importante para formação médica, a relação entre estudante e paciente, deve ser conduzida de maneira que este se sinta confortável na abordagem para expor sua história. Conhecer as percepções do paciente, desse momento, torna-se relevante para o aluno, refletindo

a humanidade nas suas atitudes, propiciando, ainda, avaliar o acolhimento de uma instituição de assistência e ensino (MACIAS; PARAFITA; CALDAS, 2017).

É importante, no início do contato com o paciente, que o estudante se apresente, solicite o consenso quanto à sua participação e explique como será o atendimento, tudo isso sob a orientação do preceptor, conforme orienta o Código de Ética Médica (CEM)(OLIVEIRA *et al.*, 2021). O diferencial do atendimento realizado pelo aluno é o fato de ele apenas visar o aprendizado, sem fins lucrativos, dedicando mais tempo à escuta, resultando em maior atenção dispensada, exame físico mais detalhado e orientação adequada sobre a doença, os tratamentos e os procedimentos realizados (ROSSO; SILVA, 2006).

Em contrapartida, de acordo com Yamaki *et al.* (2014), os estudantes têm maior tendência à quebra da confidencialidade em virtude da impossibilidade de serem punidos e por entenderem que compartilhar casos vivenciados na prática com os amigos é uma postura correta, visto que partilham experiências.

3.2 A Formação Médica Humanística, Ética e Generalista

A Política Nacional de Humanização (PNH) visa à integração entre atenção e gestão e entre o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos indivíduos e sociedade. Junto ao surgimento da PNH, foi incorporado, ao currículo das escolas médicas, as demandas da sociedade e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais orientam sobre a inclusão das questões éticas e humanísticas como eixos transversais na formação dos profissionais (GARCIA JÚNIOR, 2020).

Pode-se observar, na leitura da Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014) que institui as DCN do Curso de Graduação em Medicina, a qual, em todo o texto, coloca as orientações voltadas para a formação de um profissional ético e humano. Ao tratar, por exemplo, sobre a formação do graduado em Medicina, o documento traz, em seu terceiro artigo, que a formação deverá ser geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2014).

Ainda que, de forma tímida, é possível observar a incorporação de estudos humanísticos no currículo de cursos de Medicina nas universidades brasileiras. Ferrari, Silva e Siqueira (2018) enfatizam que os profissionais, formados no século XXI, necessitam de ser imbuídos de

responsabilidade social e decisões pautadas no respeito aos valores e às crenças dos pacientes.

Mesmo que os valores humanos e as virtudes sejam ensinados de forma discreta, mas transversal, ao longo do curso de Medicina, por vezes, desconsidera-se o estudante como pessoa em formação com sentimentos e princípios a serem estimulados e trabalhados. Prevalecendo, ainda, a ideia de reprimir as emoções em detrimento de não prejudicar a capacidade técnica do futuro médico (PETRY; BIASOLI, 2021).

Um dos desafios para a formação médica é a não priorização de conteúdos biológicos e o desmerecimento dos aspectos humanísticos, que favorecem a reflexão sistemático-crítica da atuação médica (PETRY; BIASOLI, 2021). Por formação humanística, Garcia Júnior (2020) entende referir-se à transmissão de valores e atitudes que integram as dimensões psicológicas, etnoraciais, socioeconômicas, culturais e ambientais com a dimensão biológica. Disciplinas que favorecem a reflexão sistemático-crítica da atuação médica.

Para Moura *et al.* (2020), diz respeito à capacidade de compreender (compreensão viabilizada pela empatia) melhor o sofrimento humano e as manifestações socioculturais envolvidas no adoecimento, além da habilidade de comunicar-se e formar vínculos que promovam a interação durante os atos médicos.

A comunicação é uma importante componente na relação médico-paciente, uma vez que, quando não bem desenvolvida, acarreta na insatisfação do paciente, em maior número de queixas, piores resultados, negligência, retornos excessivos, tratamentos desnecessários, muitos testes de diagnóstico, extrapolação de sintomas e chances perdidas de aconselhamento (CUNHA *et al.*, 2020).

Humanidades médicas, portanto, trata-se de uma disciplina com uma diversidade de temas, porém, como aponta Garcia Júnior (2020) com uma carga horária reduzida. Nesse sentido, o pesquisador recomenda que os temas relativos às humanidades sejam discutidos em todo o curso médico e, em especial, nas disciplinas em que ocorra o contato mais próximo com as pessoas e suas experiências de adoecimento.

As estratégias para fomentar uma formação humanística seriam o desenvolvimento da empatia e a melhoria das habilidades de comunicação. Na pesquisa de Moura *et al.* (2020), os autores observaram que as aulas de simulação virtual de atendimento e de atendimento com atores, por exemplo, além aulas com discussão em grupo, favorecem o desenvolvimento da formação humanística (MOURA *et al.*, 2020).

O Conselho Federal de Medicina, em 2018 na ocasião das comemorações ao dia do Médico, iniciou a divulgação do blog “Humanos” da Comissão de Humanidades Médicas, que surge com a finalidade de estimular a sensibilidade, promover o exercício humanístico, além

de refletir e divulgar ensinamentos sobre ética (GARCIA JÚNIOR, 2020).

A formação ética está relacionada ao respeito à vida humana e à busca de soluções prudentes diante dos conflitos morais entre o profissional de saúde, o paciente e os familiares, baseados no juízo de valor, que estabelecem os limites legais da profissão (MOURA *et al.*, 2020).

Código de Ética Médica (CEM), aprovado pela Resolução CFM n.º 2.217/2018 (BRASIL, 2018), em seu capítulo primeiro, estabelece que a Medicina é uma profissão que deve ser exercida sem discriminação, visto que o “médico deve zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão” e este deverá guardar sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções (BRASIL, 2018).

Os princípios da bioética (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia do paciente) embasam a ética do atendimento ao paciente, o que, em relação à formação ética, parece ser o consenso da maioria dos educadores na graduação em Medicina (CUNHA *et al.*, 2020). O conhecimento em bioética deve ser considerado quando se fala em formação de profissionais que cuidarão de pessoas em sua dimensão biopsicossocial. E, nesse sentido, os educadores devem ir além do conhecimento da bioética e filosofia para o repasse de informações teóricas, além disso devem servir de exemplo para seus alunos (FILLUS; RODRIGUES, 2019).

Na pesquisa de Silveira, Goulart e Santos Neto (2021), cerca de 24% dos alunos pesquisados demonstraram-se insatisfeitos ou indiferentes à postura ética de seus tutores. Os autores alertam que os exemplos práticos dos professores influenciam até mais que a teoria. A dicotomia entre conhecimento técnico e qualidades humanísticas induz os alunos a dar menos importância às últimas.

Oliveira e Nunes (2018) destacam que a maioria dos estudantes já presenciou maus-exemplos de conduta dos professores, como situações de conflito envolvendo docentes e outros médicos, estudantes e pacientes. Pode ser verificado pelos autores, na pesquisa, uma alta porcentagem de alunos no último período do curso de Medicina que ignoraram a leitura do CEM, uma publicação normatizadora do exercício da profissão. Ainda que, em situações de conflitos éticos, os alunos dos períodos iniciais consideram e agem de forma mais ética que os alunos do pré-internato no oitavo e nono períodos (OLIVEIRA; NUNES, 2018).

Talvez o que possa explicar isso é que, no início do curso, os estudantes tenham mais uma visão idealista e, desse modo, são mais receptivos ao aprendizado. Já nos últimos anos da graduação, o que se observa é que os interesses se voltam para os conhecimentos técnicos. Eles

alertam que o ensino de ética não deve se restringir apenas ao CEM e, sim, à discussão, à reflexão e à reavaliação dos valores dos profissionais de Medicina (SILVEIRA; GOULART; SANTOS NETO, 2021).

Oliveira e Nunes (2018), ao pesquisarem o ensino da ética médica na graduação de Medicina no Brasil, informam existir uma elevada preocupação social em relação à competência moral dos médicos e que os docentes consideram essencial a formação ética dos alunos. Embora a relevância do tema não seja proporcional à atualização dos docentes sobre ele nem quanto ao conhecimento do CEM. Silveira, Goulart e Santos Neto (2021) concluem, a partir dos dados encontrados, ser necessária a integração entre a teoria e a vivência do estágio para que os alunos saibam como agir, tendo orientação ética por parte dos preceptores.

A formação fragmentada dos profissionais de saúde, cujo foco é a doença, não atende à sociedade, além de não favorecer à humanização do atendimento tampouco à formação generalista do médico (SILVA *et al.*, 2015). A super especialização, a tecnologia, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação são, hoje, alguns dos complicadores da relação médico-paciente. Os visores luminosos e sonoros substituíram o toque. Ganhou-se em tecnologia e perdeu-se em contato humano. No campo humanitário, os avanços científicos e tecnológicos trouxeram questionamentos entre aquilo que é possível fazer e o que deve ser feito, recomendado pela ética e bioética (D'ÁVILA, 2010).

Como alternativa para que a Medicina recupere sua formação generalista em oposição à formação hiper especializada, estão as estratégias pedagógicas de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. De maneira a trabalhar os conteúdos favorecendo a visão generalista da prática médica e o mais precoce possível desde o primeiro período do curso (CUNHA *et al.*, 2020).

Cunha *et al.* (2020), ao pesquisarem acerca da percepção e do conhecimento dos estudantes de Medicina sobre o HIV e a Aids, verificaram que 74% dos pesquisados declararam não possuir treinamento para atender paciente com HIV/Aids, ainda assim, em sua maioria, os estudantes referiram um comportamento respeitoso e de aceitação com eles. Reconhecem, ainda, o preconceito como símbolo muito expresso relacionado à condição de ser portador do HIV (CUNHA *et al.*, 2020).

Esse despreparo pode estar associado à grande necessidade de competências biopsicossociais, envolvidas no atendimento desses pacientes. E os autores reiteram a importância de uma grade curricular, em que os aspectos psíquicos e emocionais sejam valorizados, a fim de favorecer a confiança, o respeito, a segurança e a empatia na assistência. Há que se considerar, também, a cronicidade da Aids que demanda dos profissionais de saúde

uma adequada comunicação para assegurar a adesão ao tratamento, a boa relação-médico paciente e o exercício da cidadania (CUNHA *et al.*, 2020). Afinal,

“O médico que só sabe Medicina, nada sabe de Medicina” (Frase atribuída a D. José Letamendi, catalão pensador da Medicina).

3.3 O Ensino Da Ética

A recomendação das DNC no que se refere à Atenção à Saúde, traz que o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade humana, no sentido de concretizar o acesso universal e a equidade, isentos de preconceito levando em consideração como prioridade a vulnerabilidade e o risco à saúde e à vida. E também tornar possível a integralidade e humanização do cuidado, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, reconhecendo-os como protagonistas ativos de sua própria saúde. Baseando sempre a ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética.

A bioética pode ser entendida como campo da ética aplicada, sendo para alguns autores, prioritário o princípio da proteção para nortear a tomada de decisões na prática clínica. A ética nas escolas médicas deve ser firmada a partir do compromisso de priorizar o diálogo, imperativo para boa relação médico-paciente (FERRARI; SILVA; SIQUEIRA, 2018).

O nascimento da bioética deriva da Medicina de Hipócrates, que estudava a doença para cuidar das pessoas e não simplesmente curá-las. É possível entendê-la como os olhos que cuidam e protegem a vida e permitem-nos ver e sentir o outro. É a fundamentação teórica para o cuidado que será dispensado ao outro nas suas dimensões física, psíquica, emocional, social e familiar (FILLUS; RODRIGUES, 2019).

O ensino da ética, na graduação, visa despertar, no futuro médico, sentidos que estimulem sua empatia, ou seja, sentir a dor alheia, não permitindo que ele se torne indiferente e alheio. O objetivo é que o médico trate o outro como gostaria de ser tratado (PETRY; BIASOLI, 2021).

O estudante de Medicina, ao ingressar na universidade, já possui uma formação moral advinda da família e demais pessoas com quem conviveu, tornando o ensino da ética extremamente complexo (BARBOSA; GUEDERT; GROSSEMAN, 2013). E para além disso, valores humanos e virtudes da profissão são ensinados no convívio professor-aluno e não em uma disciplina formal (PETRY; BIASOLI, 2021). Corroborando com Menezes, *et al.* (2019), que enfatizam que a ética é ensinada também de forma implícita pela observação.

Para D'Ávila (2010), o que sustenta o caráter relacional na interação médico-paciente

são as normas de conduta, baseadas em princípios e valores. Para o autor, o ensino de ética deve ir além de simplesmente ensinar o Código de Ética da profissão, que ainda é majoritariamente proibitivo. Orienta que a disciplina aconteça de forma que atravesse todas as fases do curso de forma hierarquizada.

Ferrari, Silva e Siqueira (2018) apontam que a carga horária da disciplina Ética e Bioética compreende em torno de 0,6% a 15% do total do curso de Medicina, sendo, geralmente, ministradas no período anterior ao internato, quando o aluno tem contato com os pacientes.

Silveira, Goulart e Santos Neto (2021) ao pesquisarem a ética médica na percepção do estudante, obtiveram sugestões dos pesquisados, como: deveriam ser discutidos mais temas práticos para o exercício profissional quanto ao ensino de ética, para tanto a sugestão é que os conteúdos sejam ministrados durante todo o curso e não em apenas um módulo. Na mesma pesquisa, foi observado que a disciplina ocorre, predominantemente, no primeiro e no sexto período, e o tema não é discutido durante o período do internato quando ocorrem as atividades práticas.

Na pesquisa de Barbosa, Guedert e Grosseman (2013), os pesquisados sugerem, como estratégias para desenvolver habilidades e competências com relação a dilemas éticos, a discussão de casos clínicos, o aumento da carga horária e a mudança da disciplina, de modo geral, administrada no primeiro ano do curso, ensinada também próximo ao internato e a inclusão de outros profissionais nas aulas de Ética.

Menezes *et al.* (2019) verificaram que um dos entrevistados menciona a importância da valorização da disciplina de Ética para contribuir, através da reflexão, com a desconstrução de preconceitos dos estudantes ao longo do curso. Para outros, os valores humanos estão se diluindo na atual sociedade, sendo imprescindível estimular as discussões éticas no combate à visão mercantilista de alguns colegas.

Ferrari, Silva e Siqueira (2018) evidenciaram que as universidades privadas trabalham as disciplinas de ética e bioética em mais de um semestre ao longo do curso, ao contrário da maioria das pesquisadas, em que ocorre em apenas um semestre, demonstrando uma carga horária insuficiente. Eles concluem que, mesmo diante dos esforços e recomendações de diversas entidades médicas e da sociedade, a maioria das escolas privilegia a formação técnica em detrimento da humanista.

Os autores verificaram que, em 91,5% das universidades públicas, o ensino de Ética e Bioética acontece de forma isolada, diferente do que ocorre nas instituições privadas, nas quais cerca de 33% delas tendem a distribuir o ensino dessas disciplinas de maneira transversal ao

longo do curso. Mesmo assim, os autores observam que, nas duas modalidades de instituições, as disciplinas são administradas antes que o aluno tenha contato com o paciente e recomendam o estudo delas, até mesmo, durante o internato mediante as situações que surgirem na prática profissional (FERRARI; SILVA; SIQUEIRA, 2018).

3.4 O Curso De Medicina Na Universidade Federal Do Tocantins

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT) evidencia o esforço das Instituições em Educação Superior na construção do SUS e a necessidade de formar profissionais apropriados no que tange ao conceito de saúde integral e humanização a despeito de algumas instituições que ainda privilegiam a formação conservadora. Elucida, ainda, que, por meio de parcerias, a Universidade visa formar profissionais comprometidos com os princípios do SUS e humanizados (BRASIL, 2008).

Ressalta, também, que o curso de Medicina da UFT tem como prioridade a formação de profissionais com qualidades técnicas e humanísticas, de maneira que o egresso ao curso, identificado com valores éticos, reconhecerá e responderá às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2008).

Como se pode observar está em consonância com as DCN, as quais, no capítulo III art. 29 (BRASIL, 2014) esclarecem que o curso de graduação em Medicina deve incluir dimensões éticas e humanísticas, com o fim de desenvolver, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania e para os direitos humanos, além de propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde.

Quando ao perfil do egresso, afirma, em suas linhas, estar voltado à formação geral do médico, “crítico e reflexivo, humanista, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos”, promotor da saúde integral do ser humano. Comprometido com a defesa da vida para desenvolver suas atividades e tomar decisões pautadas em princípios éticos e convicções morais (BRASIL, 2008).

No quesito organização curricular, evidencia que as referências para o desenvolvimento de competências residem na concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem, na integração teórico-prática, na aprendizagem significativa e em metodologias ativas. Afirma, ainda, que o aluno terá aulas práticas nos serviços de saúde desde o primeiro semestre acompanhado por tutores (BRASIL, 2008). Acerca do mesmo tema, as DCN orientam também no capítulo III, art. 24 que a formação em Medicina incluirá o estágio curricular obrigatório em regime de internato supervisionado (BRASIL, 2014).

A ementa da disciplina de Bioética prevê o estudo de conceitos fundamentais de bioética, ética, experiência moral, bioética e ciência, princípio da justiça, Juramento Hipocrático, relação médico-paciente, o Código de Ética Médica, os aspectos jurídicos da prática médica, aborto, esterilização humana, legislação em pesquisa em seres humanos, publicidade médica e trabalhos científicos (BRASIL, 2008).

A carga horária total proposta do curso é de 8.610 horas e a matriz curricular traz que a disciplina de Bioética, aspectos éticos e legais da prática médica deve ser cursada no terceiro período do curso, possuindo carga horária de 60 horas/aula (quatro créditos) e como pré-requisitos as disciplinas de Psicologia e Ciência da Vida e Prática de Saúde (BRASIL, 2021).

Durante o internato no qual o aluno se dedica à prática e à relação médico-paciente, há previsão de horas-aulas teóricas, entretanto, o documento não cita, especificamente, como conteúdos ministrados, nessas aulas, os relativos à Ética. Ao passo que um dos objetivos citados, como o internato médico, é “conscientizar o aluno de suas limitações, responsabilidades e deveres éticos perante o paciente, a instituição e a sociedade”, cuja [...] carga horária teórica será preenchida através das reuniões clínicas e de temas básicos” (BRASIL, 2008).

A Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008) dispõe sobre o estágio de estudantes, tanto que, em seu art. 1º, define estágio como o “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho produtivo de educandos”. Define, ainda, que o estágio deve fazer parte do projeto pedagógico do curso (aqui contemplado) e visa ao aprendizado de competências da atividade profissional para a vida cidadã e para o trabalho. Estabelece, também, que o estágio deverá ter acompanhamento efetivo do professor orientador e do supervisor no local do estágio, cuja comprovação deve ser feita em relatórios. Não é permitida a cobrança de valores aos estudantes, além disso, as atividades que desenvolverem deverão ser compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso.

3.5 Código De Ética Do Estudante De Medicina

A gênese da bioética data de 1970, restringindo-se às universidades e ao estudo da Deontologia (ALMEIDA *et al.* 2008). No final da década de 1920, foi implantado o primeiro Código de Deontologia Médica baseado no código aprovado no II Congresso Médico Latino-Americano, em 1926, em Havana. Onze anos depois, em 1931, foi aprovado pelo Ministério da Educação e Saúde, dando poderes ao Conselho de Disciplina Profissional, o qual passou a julgar e sentenciar as infrações conforme estava estabelecido no código (D’ÁVILA, 2010).

Em 1945, foi criado o Conselho Federal de Medicina provisório, cuja categoria médica à época não apoiou. Somente em 1957, o então presidente Juscelino Kubitschek criou o Conselho Federal de Medicina e os conselhos regionais, os quais tinham a missão de tutelar a sociedade e coibir práticas distorcidas dos profissionais, além de supervisionar, fiscalizar, normatizar e disciplinar a classe médica (D'ÁVILA, 2010).

A Associação Médica Brasileira (AMB) criou, em 1957, o novo Código de Ética Médica que permaneceu em vigor até 1965, quando foi revisado pelo CFM. Outros códigos foram elaborados em 1984, 1988 e 2009 pelo CFM, cujas principais mudanças dizem respeito às conquistas de direitos, às evoluções técnico-científicas, aos princípios bioéticos e às preocupações comerciais. A formação médica e o controle da abertura de novas escolas médicas passaram a ser vistos a partir de meados do século XIX, com o surgimento das sociedades médicas. (D'ÁVILA, 2010).

Data de 2018 a criação do Código de Ética do Estudante de Medicina (CEEM) do CFM, mas instituições como: a Universidade Estadual de Montes Claros, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, a Universidade Estadual de Maringá, a Universidade Federal da Bahia e a Universidade do Extremo Sul Catarinense foram precursores na criação de Código de Ética para estudantes de Medicina no Brasil.

O CFM instituiu, em 2016, a Comissão para elaborar o CEEM, tratou-se de um grupo composto por representantes de diferentes organizações (médicos, professores e estudantes de Medicina), que se dedicou por quase dois anos nesse projeto. O documento deve ser adotado como orientador para a vida dos alunos inscritos nas escolas médicas (BRASIL, 2018).

O CEEM é formado por 45 artigos organizados em seis diferentes eixos, cuja finalidade é ressaltar, de maneira didática e clara, atitudes, prática e princípios morais e éticos, os quais, uma vez observados, produzirão reflexos positivos no ambiente acadêmico, mas também na vida de todos. O intuito do documento é ajudar a formar médicos competentes, não só técnica e cientificamente, mas que também estejam preparados para construir uma nação alicerçada na dignidade humana (BRASIL, 2018).

Lisboa e Lins (2014) citam que o Código de Ética para o estudante de Medicina é importante para estimular a humanização e o exercício cidadão da Medicina, não se restringido apenas à prevenção do exercício ilegal da profissão, mas favorecendo os pacientes, que, muitas vezes, sequer tem conhecimento se estão ou não sendo atendidos por estudantes. As autoras trazem que um dos primeiros Código de Ética para estudantes de Medicina foi criado em 1976 pela Universidade Federal de Goiás e, em 2003, de 103 escolas médicas, existentes no Brasil

100% delas incluíam a disciplina de Ética no currículo. E enfatizam, ainda que, para uma aprendizagem humanística é preciso o envolvimento ativo de vários atores, como professores, alunos e pacientes, num contexto que extrapola simplesmente o entendimento de regras (LISBOA; LINS, 2014).

Os quatro códigos de ética do estudante de Medicina, existentes à época e pesquisados por Lisboa e Lins (2014), já evidenciavam, no art. 38, que a quebra de sigilo só era prevista mediante justa causa quando imposta pela justiça ou autorizada pelo paciente, sem implicar prejuízo a este.

Menezes *et al.* (2019) ressaltam a relevância de os CEEM serem vistos como orientadores do comportamento ético do profissional e não apenas ferramentas punitivas, cuja finalidade é a promoção do bem-estar e da segurança para os pacientes e sociedade. Os autores ressaltam, ainda, a importância dos cursos de Medicina oferecer conteúdos das áreas humanas e não apenas formação técnica com o intuito de fomentar o desenvolvimento moral dos estudantes.

Como instrumento viável para o uso cotidiano dos estudantes, o Código também é uma alternativa para dar visibilidade aos conflitos éticos, dentre os quais: as relações sociais, como respeito à autonomia e à confidencialidade (MENEZES *et al.*, 2019). Em contrapartida, Fillus e Rodrigues (2019), ao pesquisarem o conhecimento sobre Ética e Bioética dos estudantes de Medicina constataram que cerca de 47% dos pesquisados afirmaram nunca terem lido o CEM, ao passo que 42% não sabiam da existência do CEEM. Fica, portanto, o desafio de incentivar também a leitura desses dois instrumentos e conscientizar da importância deles.

3.6 Sigilo

Um dos princípios basilares da Medicina, o sigilo médico é proveniente do Juramento de Hipócrates. Segundo a pesquisa de Lima *et al.* (2020), a leitura do Juramento de Hipócrates, a do CEM e ter cursado a disciplina de Ética favoreceram aos pesquisados o conhecimento sobre confidencialidade. Para tanto, os autores sugerem a reflexão sobre as questões relativas ao sigilo desde a academia.

Recitado ao longo do tempo nas refeições de grau das turmas de Medicina o Juramento de Hipócrates serve como norteador para a maioria dos documentos relativos à ética médica. Em um trecho do juramento, tem-se a responsabilidade quanto ao sigilo médico demonstrada: “Àquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver

visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto” (BRASIL, 2022).

O CEM do CFM, no capítulo IX, que trata do sigilo profissional, afirma que “é vedado ao médico 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”. O parágrafo único mantém a proibição nos seguintes casos:

- “a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;”
- “b) quando de seu depoimento como testemunha 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” (BRASIL, 2018).

Sendo, também, vetado ao médico, conforme art. 78, deixar de “orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido” (BRASIL, 2018).

O art. 448 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015), ao abordar sobre admissibilidade e o valor da prova testemunhal, elucida que a testemunha não é obrigada a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (BRASIL, 2021), ao tratar no art. 9, sobre privacidade e confidencialidade, define que:

[...] “a privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas”. “Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos”.

A confidencialidade é um dever dos profissionais e pode ser entendida como a garantia de que as informações, repassadas pelo usuário, ficarão resguardadas com ele, necessitando de autorização para ser compartilhada com terceiros, em vista disso, o vínculo com o serviço mantém-se com base no sigilo (ABDALLA; NICHATA, 2008). O paciente não escolhe revelar seus segredos e intimidades a um profissional de saúde, na verdade, o que o leva a fazer isso é a sua necessidade e diante disso pretende que suas informações sejam resguardadas somente com aquele profissional (VILLAS BÔAS, 2015).

Quem regula e regimenta o sigilo é a confidencialidade. Sigilo, portanto, é um pacto que, em última decisão, depende de preservá-lo ou não, com base na ética. Diz respeito à subjetividade dos indivíduos envolvidos, enquanto a confidencialidade possui natureza

institucional de caráter objetivo e é relativa à informação (HOKAMA; BONEQUINI JÚNIOR; HOKAMA, 2021).

Sigilo profissional refere-se às informações e aos documentos obtidos em relações interpessoais, um pacto instituído entre pessoas e grupos ou instituições de natureza intersubjetiva. Confidencialidade diz respeito a garantir que sistemas de dados ou informações estejam disponíveis apenas às pessoas ou às instituições autorizadas, sendo que sua natureza é objetiva e passível de ser regulamentada (HOKAMA; BONEQUINI JÚNIOR; HOKAMA, 2021).

O profissional de saúde, que tem conhecimento de um diagnóstico de HIV, tem o dever de confidencialidade para a manutenção da privacidade do paciente. Todos os profissionais que necessitam saber do diagnóstico devem ter acesso ao prontuário/exame, mantendo o compromisso de resguardar a privacidade dele (MORAIS *et al.*, 2013).

O sigilo sobre o prontuário do paciente se estende a todos os profissionais que não tenham extrema necessidade de ter acesso a ele. Em outros casos, cabe ao paciente autorizar, sendo isso previsto também aos acompanhantes. Nos casos de paciente incapaz, parte do responsável legal autorizar. Ficam excluídos do acesso ao prontuário, então, outros profissionais de saúde que não atuam no atendimento nem foram pelo paciente autorizados (VILLAS BÔAS, 2015).

Haverá situações em que o profissional deve julgar a manutenção do sigilo, e essa tomada de decisão implica conhecimento dos preceitos éticos (HOKAMA; BONEQUINI JÚNIOR; HOKAMA, 2021). A ocasião em que um terceiro envolvido está sob o risco de contaminação e o portador de HIV se recusa a revelar sua condição sorológica, a essa pessoa o dever da confidencialidade é superado pelo dever de proteger a vida do envolvido. Nesse caso, é fundamental a proteção à vida de terceiros, considera-se, nesse caso, a quebra da confidencialidade como justa causa (SALVADORI; HAHN, 2019).

A quebra de confidencialidade é prevista para notificação do diagnóstico através do formulário de notificação compulsória às autoridades sanitárias e em razão do preenchimento do atestado de óbito (SALVADORI; HAHN, 2019). Todos os casos diagnosticados de HIV devem ser comunicados às autoridades por dever associado à prática profissional, ao passo que a finalidade reside em fomentar medidas de planejamento de políticas sanitárias de controle e atenção (MORAIS *et al.*, 2013).

A Portaria n.º 264/2020 (BRASIL, 2020), do Ministério da Saúde, define a lista nacional de Notificação Compulsória de doenças (dentre as quais consta HIV/Aids - Infecção pelo Vírus

da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

A confidencialidade deve ser mantida por todos os membros da equipe tanto no que diz respeito às informações confidenciais pelo usuário, quanto às descobertas ao longo do acompanhamento, ainda que ele não saiba que a equipe tem conhecimento. A vontade do usuário sempre deve ser respeitada a despeito da insistência de familiares ou amigos em tentar descobrir seu diagnóstico. É imprescindível a criteriosa manipulação dos prontuários, formulários de encaminhamentos e comunicação entre os serviços como o envio de exames e documentos, de maneira que haja a manutenção do sigilo (ABDALLA; NICHATA, 2008).

Em vista do estigma social, o paciente deve ser o protagonista na situação de eventual necessidade de revelação de sua sorologia a terceiros, tendo apoio e aconselhamento de equipe multiprofissional (MORAIS *et al.*, 2013). Nessas situações, a atitude do profissional deve ser a de sensibilizar o portador de HIV e disponibilizar-se a estar presente, nesse momento, junto com ele (ABDALLA; NICHATA, 2008). O parceiro sexual da PVHIV deve ser informado pelo médico quando há recusa do próprio paciente em fazê-lo, mesmo após ter sido informado dos riscos a que submete seu parceiro (HOKAMA; BONEQUINI JÚNIOR; HOKAMA, 2021).

A privacidade é um direito assegurado pela Constituição da República (BRASIL, 1988) em seu artigo quinto, cuja redação diz:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:” “X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL 1988).

Nesse sentido, o Código Penal Brasileiro estabelece o descumprimento da preservação das informações relativas ao paciente como crime cometido pelo profissional, previsto no art. 154 com Pena de detenção de três meses a um ano, ou multa em razão de “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” (BRASIL, 1940).

Conforme observado na pesquisa de Abdalla e Nichiata (2008), uma vez orientado sobre o dever do sigilo e a privacidade, surge, por parte do paciente, uma segurança e confiança no profissional. As autoras enfatizam a relevância de haver o consentimento para que o diagnóstico da PVHIV seja repassado a outros membros da equipe de saúde, fato que, às vezes, não é observado. Ao manter o sigilo, mantém-se o respeito pelas decisões do paciente.

Salvadori e Hahn (2019) constataram, em sua pesquisa, que, na maioria dos estudos analisados, havia desconfiança dos pacientes quanto à sua confidencialidade devido à possibilidade de comunicação dos seus dados através da notificação compulsória, assistência em equipe ou falhas nos processos de trabalhos e pelas informações serem fáceis de acessar.

Situação comum a muitos Hospitais de Ensino, trata-se de uma complexa situação relacionada ao sigilo, porque um atendimento, às vezes, envolve estudantes, residentes e preceptores. As informações do prontuário também serão disponibilizadas a outros profissionais, que têm autorização institucional para acessá-las. Sendo que acontecem nas enfermarias, as discussões de casos, em que dados clínicos serão compartilhados. As solicitações de avaliação a outros profissionais, via encaminhamento, devem ser protegidas da leitura de terceiros (HOKAMA; BONEQUINI JÚNIOR; HOKAMA, 2021).

Nesse sentido, as DCN reforçam, na subseção que trata da atenção às necessidades individuais de saúde, art. 12, ao citar a realização da história clínica, que seja livre de julgamentos e, na formulação de hipóteses e priorização de problemas, que a informação e o esclarecimento das hipóteses estabelecidas ocorram de forma ética e humanizada (BRASIL, 2014).

O mau uso dos sistemas informatizados, nas instituições de saúde, podem favorecer à violação da privacidade do paciente e à quebra do sigilo por facilitar o acesso a informações privadas (SALVADORI; HAHN, 2019). Vilas Bôas (2015) entende que a informatização diminui o risco de exposição dos prontuários, mas vê que ainda é difícil a quem atribuir o acesso e também protegê-lo de interferências externas.

Mesmo o sigilo sendo um preceito ético antigo na área da saúde, é um dos compromissos éticos mais descumpridos nas unidades hospitalares. Um exemplo disso é a disposição de prontuários, frequentemente, encontrados sobre balcões com a identificação dos pacientes e a exposição do seu diagnóstico (VILLAS BÔAS, 2015). Hokama, Bonequini Júnior e Hokama (2021) enfatizam a importância, nas instituições de ensino como Hospital Universitário, de que o sigilo seja ensinado, citado, lembrado e preservado constantemente a alunos, residentes e profissionais, como forma de educação contínua.

Guimarães *et al.* (2019) evidenciam, em sua pesquisa, que o dever do sigilo do estudante de Medicina não começa no seu primeiro dia como médico, mas, sim, quando tem o seu primeiro contato com o paciente enquanto aluno. O dever do sigilo é o mesmo para médico e estudante.

O Código de Ética do Estudante de Medicina, em seus princípios fundamentais, prevê que: “O estudante de Medicina deve estar a serviço da saúde do ser humano e da coletividade,

exercendo suas atividades sem discriminação de nenhuma natureza”, a proporção que “o estudante guardará sigilo a respeito das informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde” (BRASIL, 2018).

O segredo do estudante de Medicina é o precursor do segredo médico, cuja finalidade é garantir a privacidade do paciente. A Medicina é uma profissão que, desde a sua formação, adentra a intimidade do ser humano, tanto que o contato com o doente é fundamental para a formação, sendo o evento em que a aprendizagem acontece e ele se tornará médico (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

O sigilo deve ser observado nas atividades de ensino com o paciente sendo informado previamente e solicitado seu consentimento antes da visita à beira leito. Comentários sobre seu diagnóstico, prognóstico e demais dados pessoais não devem ser feitos na presença dos demais pacientes ou acompanhantes. Aos profissionais em formação, é importante ensinar o respeito aos pacientes que não devem ser tratados como “casos clínicos interessantes” e não deve ser esquecida a condição de vulnerabilidade em que esses se encontram, a qual requer particular atenção (VILLAS BÔAS, 2015).

O Código de Ética Médica do CFM no capítulo XII, que trata do Ensino e Pesquisa Médica, no art. 110, diz que é vedado ao médico “praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado” (BRASIL, 2018).

3.7. Outros Aspectos Legais

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), ao tratar, no art. 11, da não-discriminação e não-estigmatização, estabelece que “nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais” (BRASIL, 2021).

A Resolução n.º 553/2017 (BRASIL, 2017) que aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, em sua primeira diretriz, esclarece que toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços de saúde. E reforça, em seu art. 5º, que, na ocorrência de alguma dificuldade em atender essa pessoa, a instituição deve acolhê-la e encaminhá-la sem discriminação e privilégios.

A segunda diretriz cita que toda pessoa tem direito ao atendimento ético e humanizado, sendo assegurado o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2017).

A terceira diretriz (BRASIL, 2017) defende que toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de orientação sexual, identidade de gênero, patologia, garantindo-lhe:

[...]identificação pelo nome e sobrenome civil ou nome social, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2017).

Quanto às consultas e procedimentos, tem o direito garantido da sua privacidade e conforto, de confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e o respeito aos seus valores éticos, culturais, religiosos e espirituais (BRASIL, 2017).

A quarta diretriz diz que toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, sendo estes garantidos por meio de: sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública; o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões, sendo respeitado sempre na privacidade, no sigilo e na confidencialidade (BRASIL, 2017).

Criada em 1989, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (BRASIL, 2022) traz em seus artigos que:

[...] ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/Aids, sem o consentimento da pessoa envolvida".
"A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais (BRASIL, 2022).

Cita ainda que "todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes", assim como "toda pessoa com HIV/Aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania" (BRASIL, 2022).

A Resolução do CFM n.º 1665/2003 (BRASIL, 2003), que trata da responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do HIV/Aids, afirma em seu primeiro artigo, que "o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo" (BRASIL, 2003).

Recomenda, também, ao médico a adoção das medidas de biossegurança em todos os atendimentos independentemente da patologia. Afirma, ainda, que o diagnóstico de HIV, por si só, não justifica o isolamento ou o confinamento do paciente, vedando a realização compulsória de exame para o HIV (BRASIL, 2003).

E em seu nono artigo, aborda a questão do sigilo profissional e elucida que o médico não poderá transmitir informações sobre a condição da PVHIV, salvo nos casos previstos em lei. Recomendando, ainda, no art. 10, que o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação às PVHIV, salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente (BRASIL, 2003).

A Carta de Serviços ao Cidadão do HDT-UFT (BRASIL, 2021) em suas páginas iniciais, traz a mensagem da governança com o esclarecimento ao usuário, quanto à vocação para o ensino, do hospital, cujo desenvolvimento institucional está pautado na troca de saberes e integração, incluindo os usuários e cidadãos. Menciona, ainda, que o propósito do HDT-UFT “é garantir atendimento de qualidade, respaldado na ética, sigilo e humanização” resumido na frase: “Inovar o ensino para humanizar o cuidado”, ao passo que dentre os valores do hospital, estão a ética, a humanização e o respeito à vida (BRASIL, 2021, pág. 09 e 11).

Há menções, também, acerca dos direitos e deveres do usuário do HDT-UFT, documentando que “todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” (BRASIL, 2021, pág. 14).

Quanto ao prontuário médico, afirma pertencer ao usuário, embora seja mantido sob a guarda legal da instituição, sendo possível, ser solicitar acesso a ele em qualquer tempo, assim como a cópia dele e de seus arquivos de acordo com fluxograma estabelecido no hospital (BRASIL, 2021, pág. 20).

No que tange à estrutura organizacional, afirma que instituição possui a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), que, dentre os objetivos, tem a função de organizar e supervisionar os estágios curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, tanto da UFT como de instituições de ensino conveniadas. Conta, ainda, com Programa de Residência Médica, a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) e a Unidade E-saúde, que assessora a GEP em relação à oferta de atividades de tele-educação, direcionadas aos acadêmicos e profissionais (BRASIL, 2021, pág. 37 a 39).

O documento oferece, também, orientações aos usuários quanto ao serviço de Ouvidoria, o qual se trata de que um canal de comunicação direto entre o cidadão e a instituição, para a qual, faz mais esclarecimentos sobre as formas de manifestação e afins (BRASIL, 2021, pág. 41 e 42).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com referencial fenomenológico e exploratória.

Segundo Minayo a pesquisa qualitativa se preocupa com nível de realidade não mensurável trabalhando um universo de significados, pertencente a um espaço mais profundo das relações (MINAYO *et al.*, 2002).

A pesquisa qualitativa objetiva a compreensão e o conhecimento aprofundado dos fenômenos, com o intuito de exprimir de seus participantes suas subjetividades. O caráter exploratório e indutivo dessa metodologia de pesquisa inclui os aspectos subjetivos e alcança motivações não-explicitas. (SILVA *et al.*, 2018)

4.2 Participantes do estudo

- Foram convidados a participar do estudo os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico positivo de HIV que já haviam expressado no SAE a recusa do atendido com a presença de alunos no consultório médico.

4.3 Local e período

A pesquisa foi realizada no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins, Araguaína, Tocantins, Brasil, nos meses de maio a outubro de 2021.

4.4 Critérios

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Ter diagnóstico positivo de HIV;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A).
- Estar em condições clínicas e cognitivas de responder às perguntas do instrumento de estudo;

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Menores de 18 anos;
- Pacientes que não possuam o diagnóstico de HIV;
- Usuários que não comparecerem às consultas ambulatoriais;
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Desistir no decorrer do processo;

4.5. Procedimentos para coleta de dados

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins via Plataforma Brasil conforme Parecer nº 4.622.689.

Os participantes foram convidados via ligação telefônica realizada por um colaborador do SAE, visto que, em observação ao que constava no Parecer de Aprovação do CEP, a pesquisadora não poderia abordar os candidatos. Foi informado pelo colaborador do SAE que tratavam-se de cinco possíveis candidatos, dos quais apenas dois atenderam às ligações. Foram realizadas várias tentativas semanais e diárias, sem êxito.

Aqueles que aceitaram contribuir com a pesquisa, compareceram ao SAE, em data e horário escolhidos a critério deles e lhes foi explicado as motivações da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ambos concordaram em assinar o termo.

Somente após essa etapa a pesquisadora pôde apresentar-se e conduzir o participante a uma sala privativa para entrevista. Essas foram conduzidas com auxílio de um Roteiro de Entrevista e as falas foram gravadas com o recurso de um aplicativo para celular.

4.6 Análise dos dados

O tempo obtido das gravações foi de 38 minutos do primeiro entrevistado e 10 minutos e 50 segundos do segundo entrevistado, gerando uma transcrição de 11 e 6 páginas respectivamente. As gravações foram transcritas na íntegra em arquivos do Microsoft Word.

Para preservar o anonimato dos participantes as falas foram transcritas e serão apresentadas com codinome Entrevistado, seguido dos números 1 e 2 conforme ordem das entrevistas.

Para análise dos dados utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, técnica essa que prima pela valorização das comunicações e por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados extrai o conteúdo das mensagens (LUIZ et

al., 2017). Analisa os significados e os significantes e considerando tanto rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (BARDIN, 1977).

Após a identificação dos temas mais recorrentes, os trechos foram agrupados, sendo possível evidenciar cinco categorias temáticas (A, B, C, D e E) e duas subcategorias (B1 e C1).

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins e obteve aprovação sob número de parecer n.º 4.622.689, 30 de março de 2021 e cada participante recebeu uma cópia do TCLE.

4.7.1 Riscos

Conforme Resolução 466/12 no seu inciso II-22 que define risco da pesquisa como a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente, destaca-se aqui os riscos e as medidas de precaução/prevenção para minimização destes, decorrentes da participação nessa pesquisa.

Os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre sua participação voluntária na pesquisa, podendo optar pela desistência em qualquer momento da ocorrência desta. Serão esclarecidos previamente quanto ao TCLE e quanto a possíveis dúvidas advindas da leitura do mesmo.

A pesquisa a que se propõe implica na possibilidade de exposição, inibição, medo, vergonha, receio de revelar informações, retaliação, sentimento de invasão de privacidade, constrangimento ou desconforto, dentre outros, ao responder as perguntas norteadoras (entrevista semiestruturada) e também na ocasião da gravação da entrevista. Objetivando diminuir os riscos acima citados a entrevista ocorrerá em espaço privativo, fechado, com a presença apenas da pesquisadora e do entrevistado.

A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado que não se sentir à vontade pra responder as perguntas; Será garantida a privacidade e o anonimato do participante quanto a reprodução e a gravação das falas, pois em nenhum momento da pesquisa será registrado o nome do entrevistado, em meio físico ou digital (papel ou áudio). A identificação do participante pelo pesquisador se dará através da palavra “entrevistado” seguindo de um numeral.

Quanto à possibilidade de quebra de sigilo e confidencialidade dos dados, afirmamos

que as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 a pesquisadora se compromete em manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. O acesso aos dados coletados será exclusivo da pesquisadora envolvida.

Em relação a eventuais riscos de danos de natureza psicológica e/ou moral devido a discriminação e/ou estigmatização pelo diagnóstico a pesquisadora fará cumprir o Código de Ética de Enfermagem, que prevê em seu artigo 85, como proibido ao Enfermeiro: “Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados”. E o que consta na Resolução CNS 466/2012 em seu inciso III-1, que trata da implicação da pesquisa em prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Será garantido ao participante da pesquisa o direito de ressarcimento, devido à possíveis despesas pela sua participação no estudo, porém pretende -se realizar as abordagens com aqueles que estejam aguardando consulta ambulatorial agendada pelo mesmo, nas dependências do hospital.

Os critérios de encerramento da pesquisa, serão: a ocorrência de risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, não previsto no termo de consentimento e quando solicitado pelo CEP ou CONEP conforme prevê a resolução CNS 466/2012. Em caso de eventuais danos sofridos durante a pesquisa é assegurado o direito a indenização aos participantes da mesma.

4.7.2 Benefícios

Como resultados desta pesquisa almeja-se subsidiar a construção de protocolos de abordagem inicial a PVHIV no âmbito dos serviços de referência e do HDT-UFT, sensibilizar a comunidade quanto ao papel do hospital universitário, contribuir para boa relação paciente/aluno dando ênfase na importância do paciente para formação dos estudantes. Assim os benefícios se estenderão tanto aos participantes (diretos) bem como toda comunidade (indiretos) e os atuais e futuros acadêmicos não só de Medicina como dos demais cursos que por ali passarem.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados dois pacientes que após convite do colaborador do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do HDT-UFT, leitura, explicação e assinatura do TCLE concordaram em participar da pesquisa. Segundo informações do serviço, eram cinco pacientes em potencial, que regularmente informam recusa à presença de estudantes no consultório médico, mas três deles não atenderam às ligações. Conforme parecer do CEP-HDT os pesquisados não poderiam ser abordados pela pesquisadora, apenas pelos colaboradores do próprio hospital.

Quanto as características dos participantes, ambos são do sexo masculino, relativamente jovens com idades de 23 e 35 anos, pardos, alto grau de instrução, um com ensino superior completo e o outro com ensino superior incompleto, com um curto período de descoberta e tratamento da doença, período entre 3 e 5 anos.

Ambos estão em processo de aceitação do diagnóstico e pode-se apreender das falas que as estratégias de enfrentamento utilizadas são: fé, psicoterapia, rede de apoio (amigos e família). Conforme se observa nas frases:

“Eu tenho... Eu estou... de alguma forma nas entrelinhas estão falando da minha nudez, né? Eu estou expondo minha nudez, eu expus minha intimidade. É como se ninguém transasse cê ta entendendo? E... todo mundo transa todo mundo está sujeito a ter algum tipo de IST mas, eu fui o escolhido, né? E aí lidar com isso... é complicado” (Entrevistado 1).

“Eu não sabia lidar, como ainda tô, estou aprendendo a lidar com o vírus e com... com... a... questão de... de... ter a... a... a... habitando em mim esse vírus, né?” (Entrevistado 1).

“Que é uma coisa que a gente tem que... saber lidar... e aceitar. Mas momento não... aceitei assim completamente” (Entrevistado 2).

“É porque eu sou uma pessoa de muita fé. Minha terapeuta perguntou, a primeira pergunta que ela fez é como eu suportei as coisas, né, porque eu contei. E aí ela... eu falei assim, é porque eu tenho fé. Foi só o que me segurou. Porque apoio nesse sentido...” (Entrevistado 1).

“Só que é a, a minha mãe conversou comigo ... se não fosse por ela não tinha voltado não” (Entrevistado 2).

Esses achados são compatíveis com a pesquisa de Suit e Pereira (2008) que também puderam evidenciar que quem vivencia estigma em maior grau, utiliza de estratégias de enfrentamento relacionadas às suas emoções e práticas religiosas e ainda, que o suporte familiar também contribuiu para uma menor estigmatização.

Na pesquisa de Silva et al. (2020) acerca da esperança de vida e depressão em PVHIV, 76,5% dos participantes afirmaram “ter uma fé que os conforta”. Apontando que a esperança, religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais favorecem o processo de adaptação e enfrentamento da doença e uma melhor compreensão das situações dolorosas. Outro dado importante da pesquisa é que 52,9% dos pesquisados apresentavam depressão leve ou moderada, corroborando que o transtorno é de alta incidência nesses pacientes e além de ser uma das principais causas de suicídio.

Nesse sentido é possível observar nas falas dos entrevistados sinais de extrema desesperança em dado momento do transcurso da doença:

“Vontade de morrer, todos os dias, durante alguns dias, né, e...” (Entrevistado 1).

“...aí parei de ... de tomar a medicação, parei de fazer exame, parei de tudo” (Entrevistado 2).

Eles citam características positivas do atendimento no HDT, como: a naturalidade com que as pessoas lidam com pacientes com essas doenças e o carinho dispensado a eles. Como aspectos que ainda necessitam melhorias seria: a recepção, pela impessoalidade e a falta de acolhimento, o estigma do próprio hospital, a relação com alguns profissionais e a falta de privacidade em alguns momentos.

“Eu vejo uma naturalidade, em muitos casos talvez porque vocês estão muito habituados aqui a... a... lidar com pessoas como eu e com outras demandas, talvez iguais ou piores do que a minha” (Entrevistado 1).

“... 90% eu sinto que eles, têm... entre aspas, assim, um carinho, pela, pelas pessoas que tem o vírus, assim eles sabem que é complicado, sabe que envolve muita questão psicológica...” (Entrevistado 2).

“uma residente doutora... não vou lembrar o nome dela... uma loirinha, muito gente boa” (Entrevistado 1).

“Quando eu ouvi uma histórias desse psicólogo daqui, ou que atendia aqui, eu não sei se é daqui ou atendeu aqui, eu não sei como é... É... de culpabilizar o... o... soropositivo do diagnóstico, ele dava o diagnóstico né... da pessoa e culpabilizou... a... a... culpabilizava os pacientes, né, que vinham naquelas condições. E aí no viés religioso e moralista, a... a... trazia como... como... maldição ou pecado ou coisas do tipo, que nós estávamos, em virtude de nossa promiscuidade, né, segundo, ele... é... recebendo o castigo de Deus, né?” (Entrevistado 1).

“... porque assim os profissionais, eu sinto... assim... eu só tive impasse com uma, só com uma pessoa aqui” (Entrevistado 2).

“Mas eu confesso para ti, é... que eu acho que no atendimento na... na recepção, não na parte da enfermagem, nem dá dá dá... dos guardas, das pessoas que ficam ali na frente, não, é no atendimento ali, eu acho, talvez, que existe uma impessoalidade em excesso. Que beira a falta de educação, sabe? É... não há um sorriso, não há um olhar no olho, não se talvez seja uma orientação pra isso, mas eu sinto falta... de, de um acolhimento,

eu sou bem recebido, mas eu não sou acolhido, né? E eu estou no momento de fragilidade quando eu venho para cá e... eu sinto que isso me deixa um pouco incomodado” (Entrevistado 1).

“...porque eu tomei a injeção numa sala onde tinha outro pacientes, rrsrrsrs... com o bumbum de fora, com todo mundo vendo, rrsrrsrs.... tomando a inje... benze... a benzentacil... que é dolorida, mas eu não não posso nem gritar e xingar f***a da p***a, porque eu estou exposto, né? Vou chamar a atenção pra mim...” (Entrevistado 1).

Quanto ao termo hospital de ensino é por eles definido como local onde as aulas práticas acontecem, uma extensão da faculdade/universidade, onde os pacientes terão contato com os profissionais já formados e os acadêmicos. Demonstrando que ambos têm uma boa referência do termo, quem sabe em virtude de um deles ser da área da educação conforme diz abaixo e o outro por estar cursando nível superior.

“Eu sou da educação, né. Então, por ser da educação eu me faz ter mais conhecimento acerca disso, né. Eu já tenho... a, a... cursos em nível de pós-graduação, já tenho mestrado e tal, então isso me dá um pouco mais conhecimento... Mas eu entendo que é um hospital, que as aulas, sobre todas as práticas acontecem. Né? Então... eu entendo isso aqui como um espaço de formação educacional, de formação profissional, e claro, formação humana, né? Então, esse hospital-escola que nós estamos agora, ele é uma extensão da faculdade. Ele é uma faculdade, ele é uma universidade. Ele é uma provedora de profissionais dentro dos elementos práticos, por isso alunos assistem exames, consultas e afins, acompanham isso tudo.” (Entrevistado 1)

“Eu compreendo que eles são acadêmicos, já passei por isso...” “Eu entendo que um hospital-escola é onde, é... os pacientes, podem ter contato, tanto... vai ter contato, com os profissionais que já são formados e com os acadêmicos. É o que eu... entendo”. (Entrevistado 2)

Mesmo tendo uma boa referência sobre hospital de ensino ao falar da presença de alunos durante a consulta médica citam os sentimentos de desconforto e desconfiança. Um deles expressa saber que os acadêmicos são orientados quanto ao sigilo, mais ainda assim não se vê convencido, como pode ser analisado nas frases abaixo:

“Então, se você me perguntar, se eu acredito que esses meus alunos que me conhecem, conhecem outros alunos, então são pais, e tem irmãos deles que... que eu dou aula hoje, se você perguntar que eu acredito que eles não vão contar e vão ter o exercício da ética, vou te falar que não, não acredito. Né? Porquê? Porque tenho leitura a respeito de moral, eu sei que o nosso país ele é mais moralista do que ele é ético” (Entrevistado 1).

“E entrar num... num... num consultório onde tenha alunos... é possivelmente encontrar com conhecidos ...” (Entrevistado 1).

“E aí quando... já na quarta consulta o... o médico me avisou: “essa doutora fulana, assim, assim assim... ela é interna em... em... em Infectologia, tarará... vai acompanhar” ou seja eu não tive opção também, né? E aí como já estava em outra condição, eu não tinha como correr, eu pensei... eu to aqui frágil, né? Porque a gente se sente muito frágil, né? Eu me sinto realmente muito, muito... exposto, né?” (Entrevistado 1).

“É... é... então não foi meu prontuário, mas eu era a pessoa que me relacionava afetivamente e sexualmente, né? Então eu fui exposto. E por isso eu fico nesses receios com esses alunos, né? Porque já foram profissionais da saúde que me expuseram e expuseram a... a... o caso do meu falecido companheiro” (Entrevistado 1).

“É. Mas se essa, se essa pergunta que você fez for relacionado a... por exemplo, se eu tenho uma consulta hoje e... vou ter que ter contato com a acadêmico, eu não me sinto confortável...” (Entrevistado 2).

“Eu não me sinto confortável... suficiente, por exemplo, dependendo da consulta o médico pode me abordar, fazer, vá... várias perguntas e às vezes são perguntas íntimas e eu não me sinto confortável pra tá falando... com um... essas pessoas. Eu compreendo que eles são acadêmicos, já passei por isso, mas eu... não me sinto confortável. Independente se... se... porque assim eu sei que eles, que eles têm um preparo, que é conversado, não pode levar reclamação, tal, que é delicado, mas mesmo assim, eu não me sinto confortável...” (Entrevistado 2).

“Só que... por mais que o médico me explicou tudo certinho, eu não senti confortável com... com aquilo, e se eu pudesse... falar, que eu não queria, ía ser melhor, mas eu fiquei... desconfortável e não consegui falar. Mas entre optar, entre cons..., entre consultar só com o médico e o acadêmico, eu preferia só com o médico” (Entrevistado 2).

Como forma de se desvencilhar da situação lançam mão de atitudes como silenciar-se na presença dos alunos durante a consulta, se esconder em outros locais que não o consultório, pedir para que sejam atendidos somente pelo médico e escolher dias e horários em que os alunos não estariam presentes para ir ao hospital. E ainda em algumas ocasiões citam terem optado pelo serviço privado, dado também evidenciado na pesquisa de Salvadori e Hahn(2019) utilizados por alguns pacientes em virtude do estigma.

“também muito provavelmente eu nem reportaria. Se eu tiver um... uma verruga, eu não vou falar” (Entrevistado 1).

“Não, mas... não, não consigo. Eu, eu ... Tipo assim nas... nas... nas minhas consultas que eu tive, eu sempre ficava calado. Eu não tava bem, por exemplo, na minha última consulta eu não tava bem, quando, quando eu tive recaída, não tava bem, o médico perguntou várias perguntas e eu não consegui falar. Eu guardei tudo pra mim. E que se, eu, eu tivesse tido a consulta só eu e o médico, eu não teria parado o tratamento, eu não tomado, não teria parado de tomar as medicações, certinho, e isso refletiu no meu tratamento” (Entrevistado 2).

“ e eu... tentei me esconder mesmo com meu tamanho, de forma que eles não me vissem” (Entrevistado 1).

“eu pedi pra ser atendido noutra espaço e me esconderam lá naquele atendimento teste rápido que tinha ou tem ali na outra entrada, né? E eu fiquei escondido lá numa outra sala, isso aconteceu por três vezes” (Entrevistado 1).

“Tanto que eu sempre pedia pra ser atendido por ele, né? E na ausência, era... me falavam os nomes dos... dos infectos disponíveis ...” (Entrevistado 1).

“... as outras vezes eu comecei buscar dias, onde... e horários onde eu sabia que os alunos não tinham aula e eu fui me informar... que dia os alunos tinham menos aulas, que tinham menos práticas, não sei o quê, não sei o quê... eu descobri, por exemplo, que às sexta feiras era mais tranquilo pra eles e eu organizei minha vida pra na sexta

feira à tarde estar disponível, pra quando eu precisasse vir, fazer as consultas, os retornos, eu estivesse com menos contato com eles” (Entrevistado 1).

“Já aconteceu, por exemplo de, de... de ter problemas, que eu poderia ter passado aqui, com... por exemplo... problema de, de proctologia, né? E eu prefiro pagar, ir no particular para não correr riscos de ninguém, ter contato, acesso, com, também, intimidade física, né? ... Eu mesmo não traria pra cá. Eu teria... tentaria tratar fora daqui, com uma pessoa que paguei pra ficar calado, cego, qualquer coisa eu podia meteria um processo nela, entende. Aqui não, não faria. Acho talvez primeiro pensamento de ser favor... em pensar isso... aqui tá fazendo favor, e que tô... ah... ah... Eu sou obrigado a fazer isso aqui. Eu não tenho opção” (Entrevistado 1).

“Eu tenho condições de ir lá fora, porque eu tenho plano de saúde, se necessário for, correr atrás de um outro médico, né?” (Entrevistado 1).

“Porque assim eu tive um tempo que... eu comecei com o tratamento, aí eu não tava, não tava conseguindo acostumar até hoje, não gosto de vir aqui, aí comecei a consultar... ali na frente, no particular, eu acho que eu fiquei quase, dois anos ou foi um ano, aí eu tive que parar, aí depois vim para cá e aí quando que eu vim pra cá que no aconteceu isso.” (Entrevistado 2).

Na pesquisa de Jardim (2008) sobre o estudante de Medicina em um hospital de ensino, 10,14% das respostas dos entrevistados apontaram sentimentos negativos quanto a presença de alunos nos atendimentos nas enfermarias, dentre esses sentimentos a insegurança e incômodo.

A presença do estudante de Medicina durante as consultas médicas culmina em um atendimento diferente daquele com o médico usual. Geralmente as percepções desses atendimentos, são positivas, no entanto há relatos de experiências negativas em uma minoria dos casos, relacionados ao constrangimento, incômodos, falta de privacidade e desrespeito a aspectos éticos e legais (OLIVEIRA *et al.*, 2021). No estudo de Silva *et al.* (2015) também foi apontado pelos pesquisados os sentimentos de perda da privacidade, vergonha e falta de confiança na capacidade do aluno de Medicina.

Quando perguntados como se sentiriam ao ser examinado ou consultado com a presença de mais pessoas no consultório, as respostas são negativas sobre essa possibilidade, conforme se observa:

“Pra mim é complicado eu ainda não passei por isso acho que eu pediria pra pessoa sair, não aceitaria o atendimento e nesses casos eu sei que existe uma... uma... pergunta: “Tudo bem a pessoa assistir?” (Entrevistado 1).

“E recusei porque eu... eu já fui exposto uma vez” (Entrevistado 1).

“É... eu já tive uma consulta... com acadêmico, só que antes eu não sabia ... eu não senti confortável com... com aquilo, e se eu pudesse... falar, que eu não queria, ía ser melhor, mas eu fiquei... desconfortável e não consegui falar” (Entrevistado 2).

Ao falar de como ele achava que as pessoas o viam dentro do hospital, um dos entrevistados cita seu próprio olhar preconceituoso com relação ao outro, um aspecto também citado na pesquisa de Fonseca *et al.* (2020) quando trazem que o estigma pode ser de duas

formas: externo e internalizado. Esse último deriva das construções externas em torno da doença, que são internalizadas por quem convive com ela.

“eu ainda tenho preconceitos comigo mesmo, né?” (Entrevistado 1).

“Eu acho que, o que mais é problemático, aí, talvez seja minha visão... acerca das pessoas, por exemplo, o pré conceito que eu tenho, né, nesse sentido é o conceito prévio que eu tenho, de que as pessoas vão me olhar com olhar de julgamento. Como eu tô acostumado com olhar ali fora, né? Que é um olhar de julgar, né, por questão da homoafetividade, porque questão, a... a... hoje menos, mas de obesidade, por questões vinculadas aí a outras demandas, religiosas... Eu acho que... que... eu já venho com esse filtro para cá pensando que as pessoas vão fazer da mesma forma.” (Entrevistado 1).

O Índice Estigma Brasil ao pesquisar sobre estigmas e preconceitos sofridos por motivos que não a sorologia positiva para o HIV evidenciou que dentre 915 homens gays/Homens que fazem sexo com homens (HSH)/bissexuais, 685 (74,9%) relataram ter sofrido discriminação e estigmatização em virtude de sua orientação sexual. Os resultados da pesquisa também demonstram que a experiência de discriminação é reiterada no cotidiano das pessoas (BRASIL, 2019).

Esse mesmo entrevistado citou acompanhar perfis em redes sociais, no início da sua descoberta sobre a soropositividade para o HIV, para entender como era viver com esse vírus e descobriu que pode-se viver com qualidade de vida e que ele não está sozinho.

Silva e Gomes (2020) mencionam exemplos de canais no Youtube como Super indetectável, de João Geraldo Netto e Confissões de um soropositivo, de Leonardo Cezimbra como promotores de visibilidade para pessoas que descobrem a sorologia positiva para o HIV. Para os autores as iniciativas se dão como processo terapêutico, além de projeto de educação em saúde sexual.

“e claro, eu fui buscar entender um pouco mais, né, acompanhando nos perfis nas redes sociais que tratam disso, é... é... que falam mais naturalmente são pessoas soropositivas e... e... vivem bem, né? Eu acho que né nem... elas convivem com esse vírus e conseguem viver com qualidade e com de forma que ele não as inibe de viver nada, né. E aí eu sou ah... ah... uma pessoa numa condição diferente, mas essa condição diferente começa a perceber que eu não estou sozinho...” (Entrevistado 1)

Ele ainda cita a tranquilidade ao dizer que na sua segunda consulta já estava indetectável, demonstrando o seu conhecimento sobre o controle do vírus e a importância que ele atribui ao tratamento, de certa forma concordando com o que afirmam Silva et al. 2020 o conhecimento sobre o significado de “indetectável = intransmissível”, pode diminuir o sofrimento da PVHIV. Ele ainda expressa seu contentamento em relação a adaptação do seu

organismo às medicações, demonstrando ter conhecimento dos efeitos colaterais da TARV sobre o organismo.

“Logo a primeira consulta na segunda, já comecei o uso da medicação e na segunda já estava indetectável... Então para mim tava bem tranquilo, né?” (Entrevistado 1).

“Estou feliz com meus resultados, porque eu to tendo boa... boa... boa... boa recepção com... física, né? Fisiológica, dos da medicação, não tenho problema com ela...” (Entrevistado 1).

Ainda faz referências a situações de violação do prontuário do então companheiro dele, concretizada através de fotos e mensagens em redes sociais em descumprimento a várias resoluções e normativas demonstradas aqui sobre a quebra de sigilo. O fato repercutiu negativamente para ele, levando-o a ter desconfianças a respeito do seu próprio prontuário.

O Índice Estigma Brasil ao pesquisar sobre o assunto evidenciou que para 12,4% dos 1.777 entrevistados era claro que o seu prontuário ou registros médicos não estavam sendo mantidos em sigilo e que 39,5% não sabiam se o seu prontuário ou registros médicos são confidenciais (BRASIL, 2019).

“Porque aí eu vou me expor muito né, eu estarei aqui andando e as pessoas estarão com meu prontuário...” (Entrevistado 1).

“É... é... então não foi meu prontuário, mas eu era a pessoa que me relacionava afetivamente e sexualmente, né? Então eu fui exposto”. (Entrevistado 1).

“...quando meu... companheiro faleceu, porque ele... ele também era uma pessoa muito conhecida, e dentro do... do Hospital Y tinham pessoas que eram conhecidas e tiveram acesso ao prontuário e o prontuário teve acesso a sociedade, né? Porque as pessoas não foram éticas e divulgaram o que ele tinha pra todo mundo e estava um com... com... inúmeros problemas, já pela Aids, né? E... e isso fez com que ele fosse exposto e claro eu como companheiro dele, a... fui exposto”. (Entrevistado 1).

“Não. Não, é porque o prontuário do meu falecido marido passou por outras mãos”. (Entrevistado 1).

“Porque assim, a esposa de um colega meu que dá aula comigo, trabalha como enfermeira lá, teve acesso ao prontuário. E aí, andou com esse... essa notícia... É... a... uma amiga, irmã de uma amiga minha, colega minha, não é amiga, mas uma colega minha, que trabalha no Hospital xxxxx, que tem amiga lá no Hospital xxxxx, teve acesso ao prontuário com foto, com isso e aquilo, aquilo... já sabe né? Então, assim, realmente houve uma exposição, aí eu não tinha que fazer, pra... pra... O negócio assim, ferrou tudo na minha vida, acabou”. (Entrevistado 1).

Entendendo que o cuidado deve ser estendido do paciente ao prontuário e que essa violação desencadeia uma série de transtornos tanto físicos como emocionais esse entrevistado sente que houve uma falha por parte daqueles que deveriam cuidar.

“Então o que me incomodou tendo essa consciência é que foram pessoas que deveriam

cuidar. E não cuidaram” (Entrevistado 1).

Outro dado interessante observado foi que o segundo entrevistado expressar preferir ser atendido por profissionais do sexo feminino:

“Tinha uma aqui (médica), mas eu acho que ela saiu. Não lembro mais o nome dela... Acho mulher mais compreensível” (entrevistado 2)

Vidal *et al.* (2019) citam que o que vem ocorrendo é uma feminilização da Medicina, onde é possível perceber que as mulheres dispensam mais tempo aos pacientes e tem mais propensão em lidar com problemas sociais, psicológicos, educação em saúde e aconselhamento deles, corroborando com o estudo de Silva *et al.* (2015) que observaram a preferência das pacientes pelas estudantes do sexo feminino.

A partir análise dos dados, foi possível chegar às seguintes categorias temáticas:

5.1. Categoria A - Subjetividade do viver com HIV

Em resposta à primeira pergunta do formulário de entrevista semiestruturado: “Como é pra você viver com o vírus da Aids?” Os dois entrevistados citam os aspectos emocionais e psicológicos do conviver com o vírus.

“Mas... é um pouco mais fácil, porque estou terapia, né. E pra lhe dar também com essas demandas né então eu busquei terapia porque eu descobri o vírus numa condição é ruim né” (Entrevistado 1).

“E aí assim ainda tem as minhas crises, né, existenciais por conta disso, hoje em menos quantidade embora faça apenas três anos, né?” (Entrevistado 1).

“Na exceção das três primeiras que eu realmente estava muito, muito... muito ruim, assim, emocionalmente,...” (Entrevistado 1).

“Mas por... atualmente faço meu tratamento certinho, teve um tempo que eu não tava fazendo correto, por conta de problema psicológico, aí refletiu no meu tratamento, ...” (Entrevistado 2).

“Mas 90% eu sinto que eles, têm... entre aspas, assim, um carinho, pela, pelas pessoas que tem o vírus, assim eles sabem que é complicado, sabe que envolve muita questão psicológica...” (Entrevistado 2).

Nas respostas podemos observar as palavras terapia (entende-se psicoterapia), crises existenciais, problema psicológico e questão psicológica expressas como formas de exemplificar as questões emocionais envolvidas na subjetividade do viver com HIV e com Aids. Aparecem, inclusive, como questões que promoveram a descontinuidade do tratamento.

A rejeição e os preconceitos e estigmas da sociedade favorecem na PVHIV o surgimento de adoecimento mental prejudicando a qualidade de vida. O transtorno psiquiátrico mais identificado é a depressão, que quando não adequadamente tratada pode levar o indivíduo a comportamentos de risco e a falha na adesão ao tratamento. A pessoa com HIV tem sua forma de se relacionar com o mundo alterada, é preciso reavaliar conceitos, valores e crenças além de rever posturas e comportamentos. O sofrimento advindo dessas mudanças gera incertezas sobre o futuro, a morte e o estigma da doença, gerando ansiedade (SILVA *et al.*, 2020).

5.2. Categoria B - Estigma e preconceito da sociedade, alunos, profissionais e o meu próprio

Quando perguntados sobre: “Como você acha que as pessoas te veem dentro do hospital?” As impressões foram permeadas pelo estigma presente na sociedade, nas instituições de saúde, no meio acadêmico, como vemos abaixo:

“É... então assim, quando encontro alguém rsrs... , conhecido aqui dentro é um pavor, né?” (Entrevistado 1).

“...eu morro de medo de encontrá-lo aqui dentro, né?” (Entrevistado 1) (Pergunta 05)
 “Acho grande a grande questão é o medo da descoberta, mas não a minha, é a do outro, né. E aí por exemplo em novos relacionamentos, essas questões, isso pega, na sociedade, isso pega, para o trabalho, isso pega, ainda mais aonde o trabalho, com o tipo de pessoa que eu trabalho, isso é um problema, então as pessoas não entendem o que, que conviver com isso, né...” (Entrevistado 1).

“É... é... tenho medo do olhar do outro, do julgamento, né, e enfim daquelas inúmeras falas sorofóbicas que a gente sabe que existe” (Entrevistado 1).

“Já falaram pra uma pessoa que eu tava conhecendo, pra ter um cuidado comigo, porque eu tinha HIV porque o meu falecido companheiro morreu de Aids”. (Entrevistado 1)
 “Agora, os pacientes... eu sinto que, por exemplo, eu já vi pessoas conhecidas aqui, aí é totalmente desconfortável, muito confortável, porque às vezes a pessoa... não sabe nem o que você tem, e às vezes já te olha já te julgando, tipo assim... Ah! Tá fazendo... Tá aqui... Tá fazendo tal coisa... Entende? Eu penso dessa forma, agora não sei se eu tô errado...” (Entrevistado 2).

“Um outro psicólogo... que dava aula comigo ele trabalhava no mesmo hospital que estava o meu falecido companheiro, não tô citando nome não... É ele... Como nós eramos muito conhecidos, eu sou muito conhecido na instituição e tal... E nós nos relacionávamos, como de ir em festa, nós saíamos juntos. E aí perguntavam... “gente e aí, o boletim de Fulano, como é que tá hoje?” E aí ele falou... foi passando, né? As notícias, né? E uma delas quando... quando ele descobre a sorologia, ele coloca no grupo, do meu trabalho onde tem, 30 professores e professoras, que ele estava a... a... padecendo de Aids, né? E as imuno... às doenças imunossupressoras, aí e tal... E todo mundo se choca, tal, com a situação dele estar doente, mas não com a situação do outro ter feito... Preciso dizer que também é um psicólogo da linha hospitalar” (Entrevista 1).

As dúvidas vinculadas à revelação de seu status sorológico vem a ser uma fonte de medo e ansiedade para PVHIV e vem a influenciar no acesso ao tratamento e a assistência médica em sua própria comunidade (PARKER E AGGLETON, 2001).

Subcategoria B.1. O Estigma do Hospital de Doenças Tropicais (HDT)

“... o fato de eu estar aqui já sabe que não é coisa boa, né? Que ninguém vem a passeio, ainda mais no HDT, né?” (Entrevistado 1).

“... porque às vezes a pessoa... não sabe nem o que você tem, e às vezes já te olha já te julgando, tipo assim... Ah! Tá fazendo... Tá aqui...” (Entrevistado 2).

Zambenedetti e Silva (2015) ao escreverem sobre os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na Atenção Básica, retratam o receio de uma equipe de saúde que em virtude ao estigma do HIV, a unidade não seja procurada. Relatam também o receio da população em ter sua sorologia questionada por ir a esta unidade fazer o teste. Os autores citam ainda que o estigma leva usuários de saúde a procurarem serviços disponíveis em seu município, em outro, devido ao medo da divulgação de seus dados confidenciais.

5.3. Categoria C - O não consentimento

Quando perguntados: “Você foi orientado da possibilidade da presença de alunos durante a consulta?” Os dois entrevistados responderam que não, como se observa nas frases abaixo:

“Não.” “... Não me orientou se eu queria... se eu aceitava... né?” “...ou seja eu não tive opção também, né? E aí como já estava em outra condição, eu não tinha como correr, eu pensei... eu to aqui frágil, né? Porque a gente se sente muito frágil, né? Eu me sinto realmente muito, muito... exposto, né?” (Entrevistado 1).

“Não. Antes não, por exemplo, tô indo pra consulta... aí... só cheguei, os acadêmicos já tava aí e...” (Entrevistado 2).

“Em resposta a sua pergunta, não há um aviso... né... é... prévio... há na hora que você entra” (Entrevistado 1).

Ainda assim são surpreendidos ao chegar no consultório com a presença de alunos de forma inesperada sem lhes ser ofertada a oportunidade de escolha. Nesse aspecto ambos mencionam que não foram previamente orientados sobre a presença de alunos no consultório.

Macias, Parafita e Caldas (2017) ao pesquisarem sobre a visão do paciente atendido pelo acadêmico de Medicina em um hospital de ensino verificaram que a maioria dos entrevistados sabiam que estavam sendo atendidos em um hospital-escola, no entanto, somente 47,8% dos

foram informados que seriam atendidos por alunos. Os autores alertam que a situação pode agravar se dentro do consultório aluno e professor, não informarem ao paciente a presença do estudante, por contrariar o artigo 110 do CEM. Cujas redações constam:

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Na pesquisa de Rio et al. (2013) 57,3% das entrevistadas (que responderam sim quanto ao receio de fazerem o exame ginecológico na presença de estudantes de Medicina) relataram não terem sido informadas da presença do aluno e 94,5 % informaram que gostariam de ser informadas.

Subcategoria C1 - Já estão acostumados

Ambos citam que tiveram a percepção de num primeiro momento serem poupados/privados da presença de alunos na consulta, mas que depois de algum tempo em tratamento, é como se já tivessem acostumados ao fato e não seria mais necessário explicar ou perguntar se aceitam ou não.

“Eu acho que quando já existe uma esfera humana do próprio hospital, né... do próprio HDT, que já olha para gente, fala não... já está mais acostumado, já dá para ficar um pouco mais natural, já põe junto com todo mundo, né...” (Entrevistado 1).

“Não. Eu vim ter consulta, consulta com... acadêmico, acho que depois de três anos” (Entrevistado 2).

“Eu acho que é... é mais complicado pra quem começou e não tinha e agora para quem já veio, já tem, acho que aí já se acostuma, assim” (Entrevistado 2).

5.4. Categoria D - Desconfiança aumentada depois do HIV

Como você se sente ao adentrar o consultório médico e perceber que há alunos dentro do consultório? Como você se sentiria ao ser examinado/consultado com a presença de mais pessoas no consultório?

“Então eu sou desconfiado e a condição da sorologia, neste campo, me trouxe mais desconfiança” (Entrevistado 1).

“... dependendo da índole da pessoa ela pode falar pra outra pessoa, a gente nunca sabe, por mais que seja um profissional da saúde, a gente sabe que tem esse risco, e pra uma pessoa que tem isso, tem HIV, parece que isso aumenta 50% do que para uma pessoa normal, sabe” (Entrevistado 2).

O Índice Estigma Brasil ao questionar os entrevistados se a satisfação de suas necessidades melhorou, não mudou ou piorou nos últimos doze meses antecedentes à pesquisa pelo fato de viverem com HIV/Aids, pode apurar que a capacidade de se apaixonar, lidar com o estresse e de estabelecer relações de confiança declinou para os entrevistados demonstrando a dificuldade estabelecer relações com outras pessoas (BRASIL, 2019).

5.5. Categoria E - A importância da rede de apoio para PVHIV

“Só que é a, a minha mãe conversou comigo e disse que as coisas não eram assim, e tal, se não fosse por ela não tinha voltado não.” (Entrevistado 2).

“É do meu patrão entrar em contato com a minha coordenadora, né? E perguntar: “É verdade isso?”, né? E aí ela falar assim... ela sabia da verdade, eu tinha corrido e contado pra ela, porque nós somos próximos. E aí... e... Isso logo nos dias que eu descobri. Descobri num dia, noutro dia tava na casa dela, conversando com ela, porque eu precisava de alguém pra me ajudar, eu tava sozinho. E aí... ela falou que não. Que uma outra amiga tinha me acompanhado até uma Unidade Básica de Saúde e lá tinha feito exame e tinha dado negativo” (Entrevistado 1).

Freitas *et al.* (2017) afirmam que é comum diante de dificuldades no tratamento os pacientes se voltarem para pessoas do seu convívio social criando uma rede necessária para o enfrentamento das situações desgastantes. Que as famílias passam a ser fonte de solidariedade, um alívio nas lutas diárias da vida e com isso também favorecem a adesão ao tratamento. O apoio pode vir também de um amigo, pessoa de confiança, com quem se pode contar para confidenciar assuntos relacionados à doença e o tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais sentimentos relatados da percepção da PVHIV quanto a presença do aluno no consultório médico são o desconforto, o constrangimento, a vergonha, o medo de encontrar alguém conhecido e a desconfiança quanto ao sigilo das informações.

O desconforto, constrangimento, vergonha são principalmente vinculados com presença inesperada do aluno no consultório médico sem um prévio consentimento e o impasse em pedir para eles se retirarem do consultório. A perda da privacidade é expressa através da sensação de exposição, de si ou do seu prontuário. A desconfiança advém da jovialidade dos alunos, com a

possibilidade de compartilharem os mesmos locais de lazer e primarem pelos conceitos moralistas em detrimento da ética na ocasião da manutenção do sigilo. O medo é suscitado a partir da possibilidade de um encontro com alguém conhecido, na consulta e fora da consulta, nos espaços do hospital.

As atitudes referidas diante da possibilidade e na presença do estudante no consultório médico foram o silêncio, o abandono do tratamento, o tentar esconder-se, pedir para ser atendido em outro espaço somente com a presença do médico, optar por dias e horários em que os alunos não estejam presentes e fuga para o serviço privado.

É importante frisar que o paciente tem o direito de ser informado e de consentir ou não quanto a participação do aluno na consulta médica ou visita ao leito, ainda que se pense que essa informação está implícita no termo hospital universitário, hospital-escola ou hospital de ensino. A maioria dos trabalhos demonstram que de uma forma geral a presença do aluno é bem aceita e que o paciente se sente valorizado quando orientado sobre a sua contribuição para formação de futuros profissionais.

Faz-se necessário trabalhar educação em saúde na sociedade a fim tentar desconstruir estigmas e preconceitos, podendo isso ser feito através dos alunos cada vez mais inseridos nas ações de extensão da universidade servindo a comunidade local desde o início da sua formação, o que pode trazer benefícios inclusive para eles mesmo, visto que o estigma e o preconceito é entrave também para as atividades de ensino-aprendizagem.

A educação permanente em serviço torna-se pertinente como forma de conscientizar e educar os profissionais sobre a importância da confidencialidade e do sigilo para a manutenção do vínculo com os pacientes e a adesão ao tratamento. E que este compromisso se estende também ao prontuário, e não começa e termina apenas no território do hospital.

Ao adentrar o hospital o paciente receba esclarecimentos prévios quanto a possibilidade de aceitação ou recusa da presença do aluno com o apoio de material explicativo que reforce o compromisso do hospital enquanto instituição de formação e serviço de assistência à saúde vinculado ao SUS. E ainda que saibam qual a função de um Hospital de Ensino, qual a sua missão e o quão imprescindíveis eles são, para a formação dos futuros profissionais da saúde.

O acolhimento às PVHIV deve ser priorizado através das estratégias de humanização do cuidado e que sejam valorizados os aspectos subjetivos do conviver com HIV e adoecer em virtude das doenças oportunistas da Aids. O estigma e o preconceito devem ser amplamente combatidos nas instituições e que as consequências para o tratamento do paciente, sejam amplamente conhecidas por todos os profissionais e estudantes.

Idealmente que o ensino de ética aconteça na graduação de forma transversal ao longo do curso de Medicina e que questões éticas sejam discutidas durante o internato médico conforme forem surgindo as demandas, não havendo separação entre a prática e a teoria ou a valorização apenas das questões técnicas nos últimos anos do curso. É preciso que os docentes tenham consciência do papel que exercem para os seus alunos, que aprendem pela observação tanto quanto com o conhecimento transmitido.

Quanto ao ensino das Humanidades médicas que seja trabalhada a importância da empatia e outros sentimentos e valores humanos tão necessários para o exercício da Medicina como o amor, respeito, responsabilidade, paciência, humildade, prudência, confiança, compaixão, temperança e justiça. Que outras iniciativas surjam como a da Universidade Federal de Pernambuco e que mais laboratórios de sensibilidades, habilidade e expressão sejam criados no sentido de também valorizar a formação de vínculos como forma de cuidar.

É imprescindível que o aluno conheça os instrumentos legais relativos a suas atividades enquanto estudante e futuro profissional, como o CEM-CFM e o CEEM-CFM, mas acima de tudo que tratem como gostariam de ser tratados, sendo conhecedores das fragilidades e subjetividades envolvidas no viver com HIV.

Uma das limitações dessa pesquisa pode ser relativa à quantidade de entrevistados, e o fato da pesquisa ter sido realizada em um serviço especializado no atendimento a PVHIV há mais de trinta anos. Outros serviços vinculados ao SUS e que não sejam especializados no atendimento a esses pacientes carecem de também serem pesquisados. Espera-se que a presente pesquisa incentive outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, F. T. M.; NICHATA, L. Y. I. A Abertura da Privacidade e o Sigilo das Informações sobre o HIV/Aids das Mulheres Atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HzFrYFXWpFj5kF5Ycz56Sjq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11/11/2021.

AGOSTINI, R. et al. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwrB4KL/?lang=pt>. Acesso em: 15/01/2022.

ALMEIDA, A. M. et al. Conhecimento e Interesse em Ética Médica e Bioética na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/mgkJVSZB8sPQWW5KRLGvfm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11/11/2021.

BARBOSA, M. M.; GUEDERT, J. M.; GROSSEMAN, S. Problemas Éticos Relatados por Internos com Ênfase na Saúde da Criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/G6x3gPdnmbZsmPwqmGk8kRK/?lang=pt#:~:text=As%20situa%C3%A7%C3%B5es%20reportadas%20pelos%20participantes,psicol%C3%B3gica%3B%20fragilidade%20no%20processo%20de> Acesso em: 14/01/2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERWANGER, J.; GERONI, G. D.; BONAMIGO, E. L. Estudantes de medicina na percepção dos pacientes. **Revista Bioética**. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/fP69Fnmrrj5GrDy7vcjHVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12/12/2021.

BRANCO, B. B. et al. Reflexões humanísticas em serviço de atendimento especializado em HIV. **Revista Bioética**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XrgZ6s4VRqGcMvmkZY4CDFB/?lang=pt#:~:text=A1%C3%A9m%20de%20despertar%20o%20interesse,o%20impacto%20da%20TARV%20na>. Acesso em: 11/11/2021

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética do Estudante de Medicina**. 2018. Disponível em: https://www.fm.usp.br/biblioteca/conteudo/biblioteca_1622_ceem.pdf. Acesso em: 02/12/2021.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo- CREMESP. **Juramento de Hipócrates**. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 18/02/2022.

BRASIL. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO. 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 12/08/2021.

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria da Saúde. **Informativos Epidemiológicos IST/HIV/AIDS**. 2020. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/dst-Aids/informativos-epidemiologicos-isthivAids-tocantins/> Acesso em: 10/06/2020.

BRASIL. Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. **Carta de Serviços ao Cidadão do HDT-UFT**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/carta->

de-servicos. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS. **Indetectável = Intransmissível**. 2018. Disponível em: <https://unaid.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL**. 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/indice-estigma/>. Acesso em: 30/03/2021.

BRASIL. Lei n.º 12.984 de 02 de junho de 2014 – Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Presidência da República**. 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/12984.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.984%2C%20DE%20,HIV\)%20e%20doentes%20de%20aids](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/12984.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.984%2C%20DE%20,HIV)%20e%20doentes%20de%20aids). Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. **Dispõe sobre o estágio de estudantes**. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Ministério Da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital de doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. Disponível em: <http://www2.EBSERH.gov.br/web/hdt-uft/ensino-e-pesquisa/ensino> Acesso em: 12/06/2020.

BRASIL. Ministério Da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital de doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins. Disponível em: <http://www.EBSERH.gov.br/web/hdt-uft/nossa-história> Acesso em: 12/06/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 02/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids**. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha#:~:text=I%20%2D%20Todas%20as%20pessoas%20t%C3%AAs,sua%20melhor%20qualidade%20de%20vida>. Acesso em: 18/01/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. 2019**. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivAids-2019> Acesso em: 13/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT)**. 2018. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>> Acesso em: 13/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. **Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE)**. 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,Hospitais%20de%20Ensino%20\(HE\).&text=XII%20%2D%20C3%A1reas%20priorit%C3%A1rias%3A%20cl%C3%ADnica%20m%C3%A9dica,%C3%A9nico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,Hospitais%20de%20Ensino%20(HE).&text=XII%20%2D%20C3%A1reas%20priorit%C3%A1rias%3A%20cl%C3%ADnica%20m%C3%A9dica,%C3%A9nico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso em: 02/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 264 de 17 de fevereiro de 2020. **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional**. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 553, de 09 de agosto de 2017. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/282-cns-apresenta-nova-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude>. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Resolução CFM n.º 1.665/2003 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. **Conselho Federal de Medicina**. 2003. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1665>. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Resolução n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, aprova o Código de ética Médica. **Conselho Federal de Medicina**. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 11/11/2021.

BRASIL. Universidade Federal do Tocantins. **Matriz Curricular do Curso de Graduação em Medicina**. 2021. Disponível em: <https://docs.uft.edu.br/share/s/CFurosoMRXCTCbDskSSw8g>. Acesso em: 13/08/2021.

BRASIL. Universidade Federal do Tocantins. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. 2008**. Disponível em: https://docs.uft.edu.br/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/okWN9dpeSh6z8K3NlwE_kw/content/ppc_medicina_nov_2008_2187.pdf. Acesso em: 13/08/2021.

CÂMARA, P.A.D. et al. Percepção dos usuários do sistema único de saúde quanto à presença

de acadêmicos de medicina nas clínicas escola: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2019. Disponível em:

<https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/61>. Acesso em: 28/02/2022

CAZEIRO, F.; SILVA, G.S.N.; SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WgVQktqZ8VtzLxk4Vxf3wPt/>. Acesso em: 12/01/2021.

BRASIL. Lei N.º 13.105 de 16 de março de 2015 que sanciona o Código de Processo Civil. Seção IX – Da Prova Testemunhal, Subseção I - **Da Admissibilidade e do Valor da Prova Testemunhal**, Artigo 448. Presidência da República. 2015. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 15/02/2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Presidência da República** 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15/02/2022

BRASIL. Decreto-lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Presidência da República** 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 15/02/2022

COSTA, A. R. et al. Dificuldades encontradas pela família no cuidado à criança/adolescente com HIV. **Revista de Enfermagem da UERJ**. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42264>. Acesso em: 30/03/2021.

CRUZ, M. L. S.; DARMONT, M. Q. R.; MONTEIRO, S.S. Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/fHZVXvFPMZMLQ6vkxgkr9xf/?lang=pt#:~:text=Resignifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20estigma%20da%20aids,que%20o%20G2%20\(59%25\)](https://www.scielo.br/j/csc/a/fHZVXvFPMZMLQ6vkxgkr9xf/?lang=pt#:~:text=Resignifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20estigma%20da%20aids,que%20o%20G2%20(59%25)). Acesso em: 12/08/2021.

CUNHA A. C. S. et al. Percepção e conhecimento dos estudantes de medicina acerca do HIV e da AIDS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5704/570467613004/html/> Acesso em: 02/12/2021.

D'AVILA R. L. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/r9tLtSWj5Nnm4PWR9BQXfSJ/?lang=pt#:~:text=A%20codifica%C3%A7%C3%A3o%20moral%20da%20profiss%C3%A3o,fidelidade%20%C3%A0s%20tradi%C3%A7%C3%B5es%20da%20profiss%C3%A3o>. Acesso em: 02/12/2021.

Dicionário Michaelis versão online. **Editora Melhoramentos**. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em: 12/08/2021

DORIGATTI, A. E. et al. Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/C8PhJ6N9XtZcqZbh9FRC69R/abstract/?lang=pt#:~:text=Pacientes%20manifestam%20uma%20rela%C3%A7%C3%A3o%20um,como%20lidar%20com%20situa%C3%A7%C3%B5es%20mobilizadoras>. Acesso em: 28/02/2022.

FERMO, V. C. et al. Aplicativos móveis sobre o HIV/AIDS: uma prospecção tecnológica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2021. Disponível em: <http://200.156.24.158/cuidadofundamental/article/view/9759>. Acesso em: 05/05/2021.

FERRARI, A. G.; SILVA, C. M.; SIQUEIRA, J. E. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QrsFhSZP9KHVWDcxQzZTQbw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02/12/2021.

FILLUS I. C., RODRIGUES, C. F. A. Conhecimento sobre ética e bioética dos estudantes de medicina. **Revista Bioética**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/5gSVYGfkcQncCK6vTG9VMp/?lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

FONSECA, L. K. S. et al. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200007#:~:text=Constatou%2Dse%20que%2C%20apesar%20de,do%20julgamento%20moral%20da%20sociedade. Acesso em: 30/03/2021.

FREITAS, J. G. et al. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZMPy4YHzkVmxkmtmC68jt8F/?format=pdf&lang=>. Acesso em: 12/08/2021.

FREITAS, M. I. F. et al. Interações sociais e a adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2017. **Revista Mineira de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1137>. Acesso em: 15/02/2022.

GABE, M. B. et al. Avaliação do grau de satisfação de pacientes atendidos no serviço de medicina de uma clínica escola. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/462> Acesso em: 02/12/2021.

GARBIN, C. A. S. et al. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**. 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/514. Acesso em: 14/01/2022.

GARCIA JÚNIOR C. A. S. Humanidades: ensino de “nova” dimensão ética na educação médica. **Revista Bioética**. 2020 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SmfLRX7VkHcVRnRH6yCLVng/?lang=pt> Acesso em: 02/12/2021.

GERKEN, I. B. et al. Conhecimento e Opinião de Pacientes sobre Prática Docente-Assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DyjvzXGdByNw8ycjJJqCQ3L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28/02/2022.

GOFFMAN, E. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª Edição. LTC, 1988.

GOMES, H. N. et al. Análise do atendimento nos serviços de saúde entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Journal of Health & Biological Sciences**. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336176483_Analise_do_atendimento_nos_servicos_de_saude_entre_pessoas_vivendo_com_HIVAIDS/fulltext/5d937d38a6fdcc2554ab942b/Analise-do-atendimento-nos-servicos-de-saude-entre-pessoas-vivendo-com-HIV-AIDS.pdf. Acesso em: 30/03/2021.

GOMES, M. P. G. et al. A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. **Revista Rede de cuidados em saúde**. 2021. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/6112> Acesso em: 10/09/2021.

GUIMARÃES, R. et al. O Segredo do Estudante de Medicina, a Sua Vinculação ao Dever de Sigilo e o Direito em Aceder e Reutilizar Informação de Saúde. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**. 2019. Disponível em: https://www.uc.pt/protecao-de-dados/suporte/20190101_artigo_ata_medica_o_segredo_estudante_medicina_vinculacao_dever_sigilo_direito_aceder_reutilizar_informacao_saude. Acesso em: 14/01/2022.

HAMAMOTO FILHO, P.T. et al. Feedback de Usuários como Subsídio para Avaliação do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/fYZwdBzX6nS9bnFmGr4gswk/abstract/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20mostraram%20boa%20avalia%C3%A7%C3%A3o,podem%20trazer%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica%20profissional>. Acesso em: 28/02/2022.

HOKAMA, N. K.; BONEQUINI JÚNIOR, P.; HOKAMA, P. O. M. Sigilo, anonimato e confidencialidade de doadores de sangue com HIV. **Revista Bioética**. 2021. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2536 Acesso em: 11/11/2021.

ISOLDI, D. M. R.; CARVALHO, F. P. B.; SIMPSON C. A. Análise contextual da assistência de enfermagem à pessoa com HIV/Aids. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4119>. Acesso em: 20/05/2020.

JARDIM, P. C. B. V. O papel do aluno de graduação em Medicina no atendimento a pacientes de enfermarias de longa permanência de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BVr6BsbFZQ59GnmbhBFbkmD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02/12/2021.

LEANDRO, J. A.; BARSZCZ, M. V. A AIDS personificada no jornal Correio de Notícias (PR), 1987 a 1992. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2185>. Acesso em: 11/11/2021.

LIMA, S. M. F. S. et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de Medicina sobre sigilo médico. **Revista de bioética**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tnHktPZVqQzN8qBwth5mpRn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14/01/2021.

LIRA, G. V; NOGUEIRA D. L. Teoria e Método para um Modelo de Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4jks97DtgQ6KCNvCxD9FtQL/?lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

LISBOA, L; LINS L. Código de ética do estudante de medicina: uma análise qualitativa. **Revista de Bioética**. 2014. Disponível em: Lins <https://www.scielo.br/j/bioet/a/hYQDbt5LC5VkyKQxPK6bwLP/?lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

MACIAS L. L. M.; PARAFITA, R. M.; CALDAS, C. A. M. A visão do paciente atendido pelo acadêmico de medicina em um Hospital-Escola. **Pará Reseach Medical Journal**. 2017. Disponível em: <https://prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2017.012>. Acesso em: 02/12/2021.

MAGNO, L. Estudos qualitativos sobre caminhoneiros e HIV/aids: contribuições para análise de vulnerabilidade. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HWYR97YkDhXkzjScywCQ4Zn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12/08/2021.

MARQUES L. M. N. S. R. et al. **Quais são os valores morais essenciais para a formação médica?** *Revista Bioética*. 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2333 Acesso em: 02/12/2021.

MENEZES, M. M. et al. Percepções sobre o ensino de ética na medicina: estudo qualitativo. **Revista Bioética**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/fy6fCqsxvcn6xnWRXjJrTdd/?lang=pt>. Acesso em: 12/01/2022.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social**. 21ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes. 2002.

MORAIS et al. Revelação de diagnóstico de AIDS para terceiros: aspectos éticos, morais, legais e sociais. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**. 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158794> Acesso em: 14/01/2022.

MOURA, A. C. A. et al. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Revista Bioética**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14/01/2022.

OLIVEIRA, C. C.; NUNES, C. P. O Ensino da Ética Médica na Graduação de Medicina no Brasil: A Revisão Ética de uma Década. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**. 2018. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculadadedemedicinadeteresopolis/article/view/>

687/0. Acesso em: 12/01/2022.

OLIVEIRA, M. et al. **Avaliação dos pacientes em relação à presença do estudante de medicina durante os atendimentos ambulatoriais.** Revista Brasileira de Educação Médica. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4RhG88H7M543dtv4cPhBsvL/?lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

PARKER, R. Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde.** 2019. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/download/133877>. Acesso em: 30/03/2021.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e Aids. Cidadania e Direitos n.º 1. **Coleção Abia.** 2001. Disponível em: <https://abi aids.org.br/colecao-abia-cidadania-e-direitos-no-1-estigma-discriminacao-e-aids/32385>. Acesso em: 12/09/2021.

PEREIRA, F. W. et al. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.** 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947013.pdf>. Acesso em: 02/05/2020.

PETRY A. U. S; BIASOLI, L. F. **Desafios bioéticos na formação médica: uma perspectiva teleológica e axiológica.** Revista Brasileira de Educação Médica. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BpFcX3QDY4RRPF4nwHKp3jK/?lang=pt>. Acesso em: 02/12/2021.

RAIMONDI, G. A. et al. Corpos (Não) Controlados: Efeitos dos Discursos sobre Sexualidades em uma Escola Médica Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/BdL7G5m4m859Hrk8MPSmfNp/?lang=pt>. Acesso em: 11/11/2021.

RAMOS COSTA, M. A. et al. Qualidade de vida sob a ótica de portadores de HIV/aids: perspectivas futuras nas práticas educativas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental.** 2019. Disponível em: <https://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P13261332>. Acesso em: 02/05/2020.

RIO, S. M. P. et al. Vivência das Mulheres Atendidas por Alunos de Medicina em Consulta Ginecológica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sPZfg6RskSkynNZCTxw3ZvB/?lang=pt>. Acesso em: 15/02/2022.

RIO, S.M.P. et al. Vivência das Mulheres Atendidas por Alunos de Medicina em Consulta Ginecológica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sPZfg6RskSkynNZCTxw3ZvB/?lang=pt>. Acesso em: 28/02/2022.

ROCHA, G. S. A. et al. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. **Revista Mineira de Enfermagem.** 2015. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1020>. Acesso em: 02/12/2021.

ROSSO, J. A.; SILVA R. M. Avaliação da qualidade do atendimento em Unidades Primárias de Saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de Acadêmicos de Medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2006 Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/368.pdf> Acesso em: 02/12/2021.

SALVADORI, M.; HAHN, G. V. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. *Revista Bioética*. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/KBgtFgrfLDC34KdxYHrxvhF/?lang=pt#:~:text=Para%20os%20autores%2C%20o%20teste,devido%20ao%20medo%20da%20discrimina%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 14/01/2022.

SILVA JÚNIOR, G. B. et al. Percepção dos Pacientes sobre Aulas Práticas de Medicina: uma Outra Ausculta. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/zZ6mNh6mcwSbyQC7v4XBZyR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28/02/2022.

SILVA L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. “Eu acho que a química entrou em reprovação” Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/kKMVjt9LpqbP6g4VX7QStnC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02/08/2021.

SILVA L. M. S. et al. Sentimentos envolvidos no atendimento ginecológico prestado pelo estudante de medicina: análise pré e pós consulta. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/24681>. Acesso em: 02/12/2021.

SILVA, A. M.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VkXTMSXvdj9zgDLyVqqRFD/?lang=pt>. Acesso em: 30/03/2021.

SILVA, F.J.C.P. et al. Grau de satisfação dos usuários de um hospital universitário: a influência da presença de alunos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DyjevzXGdByNw8ycjJJqCQ3L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28/02/2022.

SILVA, I. B. N. et al. Esperança de vida e depressão: pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7103>. Acesso em: 15/02/2022.

SILVA, P. R.; GOMES, I. M. Disputas pela significação no discurso do HIV/aids: um percurso na ciência, na literatura, na militância LGBTI e nos canais do YouTube. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2199>. Acesso em: 30/03/2021.

SILVA, R. M. et al. **Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral: Edições UVA.2018.

SILVEIRA, D. G. P. X.; GOULART, R. C. L.; SANTOS NETO, P. E. Ética médica nas Faculdades Integradas do Norte de Minas: percepção do estudante. **Revista Bioética**. 2021.

Disponível em: Acesso em: 12/01/2021.

SUIT, D.; PEREIRA, M.E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Revista Psicologia USP**. 2008 Disponível em: [SUTO, C.S.S. et al. Relação intertextual entre slogans e produção científica no campo do HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2018. Disponível em: \[VIDAL C. E. L. et al. Atitude de estudantes de medicina a respeito da relação médico paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2019. Disponível em: \\[VILLAS-BÔAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**. 2015. Disponível em: \\\[YAMAKI, V. N. et al. Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética**. 2014. Disponível em: \\\\[ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na Atenção Básica em saúde. **Revista Estudos de Psicologia**. 2015. Disponível em: \\\\\[## ANEXO A:\\\\\]\\\\\(https://www.scielo.br/j/epsic/a/vydFHV6RjCkfhXYsKdT8zmt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15/02/2022.</p>
</div>
<div data-bbox=\\\\\)\\\\]\\\\(https://www.scielo.br/j/bioet/a/C7yVqd5CHK3nWKFtstg4yYD/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 14/01/2022.</p>
</div>
<div data-bbox=\\\\)\\\]\\\(https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14/01/2022.</p>
</div>
<div data-bbox=\\\)\\]\\(http://rmmg.org/artigo/detalhes/2557#:~:text=O%20resgate%20da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20deve,experi%C3%Aancia%2C%20confian%C3%A7a%20m%C3%BAtua%20e%20responsabilidade. Acesso em: 02/12/2021.</p>
</div>
<div data-bbox=\\)\]\(https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948020. Acesso em: 11/11/2021.</p>
</div>
<div data-bbox=\)](https://www.scielo.br/j/pusp/a/fHL7RdSt9gkPGGY8YVbYXvm/?lang=pt#:~:text=O%20estigma%20que%20os%20portadores,ou%20n%C3%A3o%20a%20sua%20condi%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 30/03/2021.</p>
</div>
<div data-bbox=)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
Av: NS15 ALCNO14, 109Norte, 77001-090, Bloco BalaISala04 | 77001-090 |
Palmas/TO
(63) 3229-4806 | www.uft.edu.br | ppgecs@uft.edu.br



ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____

Há quanto tempo você foi diagnosticado? _____

Primeira consulta? () Sim () Não

2- CONTEMPLAÇÃO DOS OBJETIVOS:

1. Como é pra você viver com vírus da Aids?
2. Como você acha que as pessoas te veem dentro do hospital?
3. O que você entende sobre hospital-escola?
4. Como você se sente ao adentrar o consultório médico e perceber que há alunos dentro do consultório?
5. Você foi orientado da possibilidade da presença de alunos durante a consulta?
6. Como você se sentiria ao ser examinado/consultado com a presença de mais pessoas no consultório?
7. Você recusou passar por consulta com a presença de alunos, porquê?

ANEXO B:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **A PERCEPÇÃO DA PESSOA VIVENDO COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA QUANTO A PRESENÇA DO ALUNO NO CONSULTÓRIO MÉDICO**. Esta pesquisa será realizada pela pesquisadora Tallyta Barros Ribeiro, do Curso de Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Palmas, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.º Carlos Mendes Rosa. Nesta pesquisa, pretendemos: identificar o que sentem os Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana, ao saber da presença do aluno no consultório médico; Apresentar opções de melhoria do atendimento realizado através dos alunos e professores; Estabelecer normas para um melhor acolhimento dos pacientes atendidos neste hospital universitário. O motivo que nos leva a pesquisar esse tema é o interesse de conhecer o que sentem os pacientes quando se deparam com a presença do aluno no consultório médico, se isso traz sensações boas ou ruins e se devemos e o quê devemos melhorar no atendimento. Para esta pesquisa adotaremos o procedimento de entrevista. A sua participação consistirá

em responder as perguntas, as quais, serão gravadas em aparelho celular e posteriormente serão analisadas e transcritas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em possibilidade de exposição, inibição, medo, vergonha, receio de revelar informações, retaliação, sentimento de invasão de privacidade, constrangimento ou desconforto, dentre outros, ao responder as perguntas norteadoras (entrevista semiestruturada) e também na ocasião da gravação da entrevista. Objetivando diminuir os riscos acima citados a entrevista ocorrerá em espaço privativo, fechado, com a presença apenas da pesquisadora e do entrevistado. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado que não se sentir à vontade pra responder as perguntas. Será garantida a privacidade e o anonimato do participante quanto a reprodução e a gravação das falas, pois em nenhum momento da pesquisa será registrado o nome do entrevistado, em meio físico ou digital (papel ou áudio). A identificação do participante pelo pesquisador se dará através da palavra “entrevistado” seguindo de um numeral. Quanto à possibilidade de quebra de sigilo e confidencialidade dos dados, afirmamos que as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012. A pesquisadora se compromete em manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. O acesso aos dados coletados será exclusivo da pesquisadora envolvida. Em relação a eventuais riscos de danos de natureza psicológica e/ou moral devido a discriminação e/ou estigmatização pelo diagnóstico a pesquisadora fará cumprir o Código de Ética de Enfermagem, que prevê em seu artigo 85, como proibido ao Enfermeiro: “Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados”. E o que consta na Resolução CNS 466/2012 em seu inciso III-1, que trata da implicação da pesquisa em prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Será garantido ao participante da pesquisa o direito de ressarcimento, devido à possíveis despesas pela sua participação no estudo, porém pretende-se realizar as abordagens com aqueles que estejam aguardando consulta ambulatorial agendada pelo mesmo, nas dependências do hospital. Os critérios de encerramento da pesquisa, serão: a ocorrência de risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, não previsto no termo de consentimento e quando solicitado pelo CEP ou CONEP conforme prevê a resolução CNS 466/2012. Em caso de eventuais danos sofridos durante a pesquisa é assegurado o direito a indenização aos participantes da mesma.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala da administração do Curso de Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a

sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa A PERCEPÇÃO DA PESSOA VIVENDO COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA QUANTO A PRESENÇA DO ALUNO NO CONSULTÓRIO MÉDICO, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Concordo que o meu registro sonoro (gravação da minha fala) seja utilizado somente para esta pesquisa.

Concordo que o meu (citar se será material biológico, registro fotográfico, sonoro e/ou audiovisual) possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome do Pesquisador Responsável: **TALLYTA BARROS RIBEIRO**

Endereço: Rua Mato Grosso, qd. P, lote 02, apto 03

Bairro: São Pedro

CEP: 77818-250
Telefone Fixo: (63) 3413-8642
E-mail: tallyta.ribeiro@uft.edu.br

Cidade: Araguaína-TO
Celular: (63) 99997-1343

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Hospital de Doenças Tropicais - UFT
Rua José de Brito, nº 1015 - Setor Anhanguera
CEP 77.818-530
Araguaína-TO

Tel.: (63) 3413-8642
E-mail: cep.hdt@EBSERH.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA PESSOA VIVENDO COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA QUANTO A PRESENÇA DO ALUNO NO CONSULTÓRIO MÉDICO

Pesquisador: TALLYTA BARROS RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42633221.6.0000.8102

Instituição Proponente: Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.622.689

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, com referencial fenomenológico, e versa sobre os motivos que levam as PVHIV a rejeitarem a presença do acadêmico durante a consulta médica. A pesquisa será realizada no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT- UFT), onde serão convidados para participar do estudo cerca de 10 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico positivo de HIV e que expressarem o desejo de serem atendidos sem a presença de acadêmicos. Os dados pretendidos para o estudo serão coletados por meio de uma entrevista, as quais serão gravadas e transcritas para posterior análise por meio do método de Análise de Conteúdo de Bardin. Em nenhum destes processos será possível identificar o nome do participante da pesquisa. De acordo com o cronograma apresentado, a pesquisa ocorrerá no período de agosto de 2020 a março de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é compreender qual a percepção da PVHIV quanto a presença de alunos no consultório médico. Os objetivos específicos são: (1) Identificar quais os sentimentos que emergem na PVHIV ao saber da presença do aluno no consultório médico; (2) apresentar opções de melhoria do vínculo aluno-paciente-preceptor frente a recusa da PVHIV aos alunos e (3) estabelecer protocolos de acolhimento a PVHIV sensibilizando-as quanto a finalidade do hospital

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3413-8642

CEP: 77.818-530

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br

Continuação do Parecer: 4.622.689

universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que a realização deste estudo poderá gerar riscos de natureza física, psicológica, moral, dentre outros aos participantes da pesquisa, visto que os mesmos deverão responder a perguntas sensíveis durante a realização da entrevista e pelo fato deste momento também ser gravado pelo pesquisador. Assim, a sua participação nesta etapa da pesquisa poderia ser acompanhada de sentimentos de exposição, inibição, medo, vergonha, receio de revelar informações, retaliação, sentimento de invasão de privacidade, constrangimento ou desconforto, dentre outros. Além disso, os pesquisadores também descrevem que outro risco do estudo está relacionado com a quebra de sigilo e confidencialidade dos dados. Além de descrever grande parte dos riscos associados a pesquisa, os pesquisadores também descreveram as medidas de cautela que serão empregadas para minimizar e/ou evitá-los. Por exemplo, não haverá a identificação dos participantes do estudo no instrumento de coleta de dados utilizado na entrevista nem nos áudios gravados durante as entrevistas. Os pesquisadores também descreveram no protocolo de pesquisa todas as garantias éticas aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios, os pesquisadores informam que os resultados servirão para subsidiar a construção de protocolos de abordagem inicial a PVHIV no âmbito dos serviços de referência e do HDT-UFT, além de contribuir para sensibilizar a comunidade quanto ao papel do hospital universitário. Relatam ainda que a pesquisa contribuirá para potencializar a boa relação paciente/aluno. Dessa forma, os benefícios se estenderão tanto aos participantes (diretos) quanto aos acadêmicos e a toda comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa contém todos os campos de apresentação obrigatória estabelecidos pela Norma Operacional nº 001/2013 do CNS/MS. Além disso, todas as garantias éticas aos participantes da pesquisa estão descritas no protocolo, inclusive no próprio TCLE. Os critérios para o encerramento da pesquisa também foram especificados no protocolo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as declarações e termos de apresentação obrigatória foram anexados no protocolo de pesquisa e elaborados de acordo com as orientações descritas nas resoluções e normas operacionais do Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

A abordagem inicial aos voluntários da pesquisa para avaliar o seu interesse (ou não) em participar da pesquisa deverá ser realizada por um profissional do hospital responsável pelo atendimento

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

UF: TO

Município: ARAGUAINA

CEP: 77.818-530

Telefone: (63)3413-8642

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.622.689

dos pacientes PVHA na instituição. Somente após o mesmo manifestar interesse em participar do estudo, o paciente poderá então ser abordado pela pesquisadora, a qual realizará o esclarecimento mais detalhado da pesquisa para apresentação do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1649687.pdf	21/03/2021 23:12:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_modificado.docx	21/03/2021 23:12:32	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_4550689.docx	21/03/2021 23:00:48	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados_modificado.docx	21/03/2021 23:00:19	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Outros	Riscos_modificado.docx	21/03/2021 22:56:10	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma_modificado.docx	21/03/2021 22:55:52	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	21/03/2021 22:55:26	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_dos_pesquisadores.pdf	18/11/2020 15:53:09	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/11/2020 15:20:45	TALLYTA BARROS RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

UF: TO **Município:** ARAGUAINA

Telefone: (63)3413-8642

CEP: 77.818-530

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.622.689

ARAGUAINA, 30 de Março de 2021

Assinado por:
DIOGENES DE SOUSA NETO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

UF: TO **Município:** ARAGUAINA

Telefone: (63)3413-8642

CEP: 77.818-530

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br