

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

IAPONIRA CORTEZ COSTA DE OLIVEIRA

**DISCURSOS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE
DIREITOS E DEVERES DE GESTANTES COM HIV/AIDS NO
ÂMBITO ASSISTENCIAL: uma abordagem bioética**

JOÃO PESSOA-PB

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IAPONIRA CORTEZ COSTA DE OLIVEIRA

**DISCURSOS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE DIREITOS
E DEVERES DE GESTANTES COM HIV/AIDS NO ÂMBITO
ASSISTENCIAL: uma abordagem bioética**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área de concentração: Enfermagem Fundamental e à linha: Ética em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORAS: Prof^ª.. Dr^ª. Solange Fátima Geraldo da Costa

Prof^ª .Dr^ª. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares

JOÃO PESSOA - PB

2005

O48d Oliveira, Iaponira Cortez Costa de.

Discursos de médicos e enfermeiros sobre direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS: uma abordagem bioética./Iaponira Cortez Costa de Oliveira. – João Pessoa, 2005.

138p.il.

Orientadora: Solange Fátima Geraldo da Costa e Maria Julia Guimarães Oliveira Soares

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Mulheres grávidas HIV/AIDS 2. Bioética. 3. Direitos Humanos

UFPB/BC

CDU: 618.2:616.97(043)

IAPONIRA CORTEZ COSTA DE OLIVEIRA

**DISCURSOS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE DIREITOS E
DEVERES DE GESTANTES COM HIV/AIDS NO ÂMBITO
ASSISTENCIAL: uma abordagem bioética**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.. Dr^a.. Solange Fátima Geraldo da Costa – Orientadora/UFPB

Prof^a.. Dr^a.. Marize Raquel Diniz da Rosa – Membro/UFPB

Prof^a.. Dr^a.. Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro/UFPB

Prof^a.. Dr^a.. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares – Orientadora/UFPB

JOÃO PESSOA - PB

2005

DEDICATÓRIA

Aos valiosos tesouros: meus filhos, Luiza Iolanda P.Cortez de Oliveira, Júlio César Cruz de Oliveira II e ao esposo, Júlio César Cruz de Oliveira.

Aos meus pais: Pedro Alves da Costa e Creuza Cortez Costa (in memoriam) e a todos os meus irmãos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, Pai Glorioso, por considerar-me uma filha especial, e aos anjos e santos, por guiarem a minha vida;

À Professora Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, pelo carinho, apoio e pela reconhecida capacidade profissional que propiciou a construção deste estudo;

À Professora Dr^a. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares, pelo carinho dispensado e pelas valiosas orientações que conduziram ao êxito deste trabalho científico;

Aos profissionais de saúde, participantes desta pesquisa, pela valiosa colaboração para a concretização desta investigação;

Às gestantes que convivem com o HIV/AIDS, pela contribuição com a experiência profissional que venho adquirindo ao longo dos anos;

Ao Professor Dr. Alcides da Silva Diniz pela imensa e enriquecedora contribuição no momento oportuno;

Aos colegas de trabalho do SAE/HULW, pelo incentivo, apoio e contribuição para a realização desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com carinho, àqueles que me ajudaram na realização desta dissertação:

Ao coordenador do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Prof^o. Dr. César Cavalcante da Silva, pela dedicação e pelo apoio na trajetória do Curso de Mestrado;

À vice-coordenadora, Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelos imensos conhecimentos transmitidos e por ter aceitado participar da Banca Examinadora;

À Prof^a. Dr^a. Marize Raquel Diniz da Rosa, pelas sugestões e pelo carinho demonstrado ao aceitar participar da Banca Examinadora;

À Prof^a. Dr^a. Telma Ribeiro Garcia, pela paixão transmitida durante as aulas, na defesa das mulheres;

A todos os professores, pelas suas brilhantes aulas;

À equipe de apoio do Mestrado, Sr^a. Penha e Sr. Ivan;

Às bibliotecárias da UFPB, Débora, Fátima e Lusara;

À prof^a. Rejane Maria, pela revisão lingüística;

À Elizalva, pela colaboração;

A todos os que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

OLIVEIRA, I.C.C. **Discursos de médicos e enfermeiros sobre direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS no âmbito assistencial:** uma abordagem bioética. João Pessoa, 2005. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João pessoa, 2005.

A Bioética deve ter como princípio fundamental o respeito ao ser humano. Por ser interdisciplinar, possibilita a reflexão do agir de profissionais de saúde no campo assistencial. Este estudo teve como objetivos: investigar a compreensão de médicos e enfermeiros sobre os direitos e deveres relacionados à assistência de gestantes portadoras de HIV/AIDS; identificar os direitos que são levados em consideração na assistência prestada; verificar quais são os deveres recomendados às gestantes com HIV/AIDS pelos participantes do estudo e analisar os discursos de médicos e enfermeiros participantes do estudo à luz da Bioética. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, do qual participaram vinte profissionais de saúde – dez médicos e dez enfermeiros do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2005, por meio da técnica de entrevistas, com a utilização do sistema de gravação às quais foram analisadas qualitativamente, à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC. Da análise realizada, emergiram as seguintes idéias centrais: direito a uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal; direito a um atendimento fundamentado nos princípios éticos e nas normas de biossegurança, pela equipe de saúde; direito à informação sobre a doença, tratamento e garantia de medicamentos pelo SUS; direito a uma assistência humanizada priorizando o acolhimento e o aconselhamento; deveres de adesão ao tratamento da mãe/bebê, sexo seguro e de comunicar o diagnóstico a outros profissionais de saúde e ao parceiro. O estudo evidenciou que as gestantes com HIV/AIDS devem ser respeitadas na sua singularidade e ter os seus direitos assegurados igualmente a qualquer pessoa, no âmbito assistencial, conforme assegura a Constituição da República Federativa Brasileira. Os resultados mostraram também que médicos e enfermeiros reconhecem a importância de exercer uma postura ética ao assistir a gestante com HIV/AIDS. Foi ressaltada ainda, a importância da observância dos deveres por parte das gestantes com HIV/AIDS para uma adequada adesão ao tratamento. A partir da compreensão do fenômeno investigado, este estudo enfocou a assistência de saúde pautada na observância dos princípios da Bioética, ou seja, da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e na garantia dos direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS. Portanto, visualizou a necessidade de uma postura crítico-reflexiva de profissionais de saúde frente à assistência de gestantes com HIV/AIDS no ciclo gravídico-puerperal. Esta dissertação abre horizontes para outras pesquisas no campo da assistência de saúde envolvendo a Bioética e direitos de gestantes com HIV/AIDS.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres grávidas HIV/AIDS. Bioética. Direitos humanos.

ABSTRACT

OLIVEIRA, I.C.C. Speeches of medical doctors and nurses focus on the rights and duties of pregnant women with HIV/AIDS about health care: a bioethical approach. João Pessoa, 2005. 138f. Dissertation (Master's degree in Nursing)–Centre of Health Sciences, Federal University of Paraíba. João Pessoa, 2005.

The bioethics must have as basic principle the respect to the human being. Due to its interdisciplinary approach, it enables the reflection of action among health professionals during the health care. This study had as objectives: to investigate the understanding of medical doctors and male nurses about the rights and duties related to the health care provided to pregnant women with HIV/AIDS; to identify the rights that are taken into account during the health care; to verify which are the duties recommended to pregnant women with HIV/AIDS; and to analyze the speeches of medical doctors and nurses in the lights of bioethics. An exploratory study was carried out, using a qualitative methodology involving twenty health professionals—ten medical doctors and ten nurses of the University Hospital Lauro Wanderley of the Federal University of Paraíba. The data were collected from February to March 2005, through the interview technique, by using the recorder system. The interviews were analyzed in a qualitative approach, grounded in the technique of the Collective Subject's Speech - DSC. The main ideas arose by the analysis were as following: right to a comprehensive health care, provided by a multidisciplinary team during the pregnancy-postpartum cycle; right to a health care based on the ethical principles and bio safety recommendations; right to the information about the disease, treatment and the warranty to receive the adequate medicines from the SUS; right to a humanitarian care, prioritizing the reception and the advisory; duties to the compliance to treatment by the mother/infant, safe sex and to communicate the diagnosis to other health professionals as well as to the partner. The study evidenced that pregnant women with HIV/AIDS should be respected in its singularity and its equity preserved, in terms of health care, according to the Brazilian Federative Constitution. The results also showed that medical doctors and male nurses recognize the importance of their behaviour in an ethical basis, when practicing the health care to pregnant woman with HIV/AIDS. It was further pointed out, the importance of the observance of the duties by pregnant women with HIV/AIDS for an appropriate adherence to treatment. Summarizing this study focused the health care provided based on the observance of the bioethical principles, ensuring the autonomy, charity, non-injury, justice and in a comprehensive way the rights and duties of pregnant women with HIV/AIDS. Therefore, it visualized the need of a critical-reflexive posture of health professionals facing the health care provided to women living with HIV/AIDS in the pregnancy-post partum cycle. This dissertation opens horizons for new researches in the field of health care provided to pregnant women with HIV/AIDS, involving bioethical aspects.

KEYWORDS-: Pregnant Women HIV/AIDS. Bioethics. Human rights.

RESUMEN

OLIVEIRA, I.C.C. Discurso de los doctores y enfermeros sobre los derechos y deberes de las mujeres embarazadas con HIV/AIDS en el ámbito asistencial: una abordaje bioética. João Pessoa, 2005. 138f. Disertación (maestría en Enfermería)-Centro de las Ciencias de la Salud, Federales Universidad de la Paraíba. João Pessoa, 2005.

La Bioética debe tener como principio fundamental el respecto al ser humano. Siendo interdisciplinar, hace posible la reflexión de actuar de profesionales de la salud en el campo de la asistencia. El estudio tuvo los objetivos: investigar la comprensión de los doctores y del enfermeros sobre los derechos y los deberes relacionados con la atención de mujeres embarazados con HIV/AIDS; identificar los derechos que son llevados en la consideración en la atención de salud; verificar qué deberes recomendaron a las mujeres embarazadas con HIV/AIDS por los participantes del estudio y analizar los discursos de doctores y enfermeros participantes del estudio a la luz de la Bioética. Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Participaron del estudio veinte profesionales de la salud - diez doctores y diez enfermeros del Hospital Académico Lauro Wanderley, de la Universidad Federal de la Paraíba. Las fechas fueron recogidas los meses de febrero y del marzo de 2005, con técnica de entrevista, con él aplicaciones del sistema de la grabación. Estas fueran analizadas calitativamente, a la luz de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo - DSC. De la análisis realizada, fueran emergidas las siguientes ideas centrales: derecho a una atención integral, va el equipo multidisciplinar, en ciclo del embarazo; derecho a una atención basada en los principios éticos y en las normas de la biossegurança, por el equipo de la salud; derecho a la información sobre la enfermedad, el tratamiento y la garantía de medicinas de lo sus; derecho a la atención humanizada con prioridad a la recepción y para aconsejar; los deberes de la adherencia al tratamiento de la madre/hijo, quitan el sexo y de comunicando la diagnosis los otros profesionales de la salud y a socio. El estudio evidenció que las mujeres embarazadas con HIV/AIDS deben ser respetadas en su singularidad y ellas deben tener sus derechos asegurados igualmente a la cualquiera persona, en el ámbito asistencial aunque asegura la Constitución de la República Federal Brasileña. Los resultados también demostraron eso, doctores y los enfermeros reconocen la importancia de ellos ejercitan una postura ética al atender la mujer embarazada con HIV/AIDS. Todavía fue precisado, la importancia de la observancia de los deberes de parte de mujeres embarazadas con HIV/AIDS para una apropiada adherencia al tratamiento. La licencia de la comprensión del fenómeno investigado, este estudio enfocó la atención de la salud gobernada en la observancia de los principios del bioética, es decir, de la autonomía, caridad, no-maleficência, justicia y en la garantía de los derechos y deberes de las mujeres embarazadas con HIV/AIDS. Por lo tanto, visualizó la necesidad de la postura critico-reflexiva de profesionales frente de la atención de salud de las mujeres embarazadas con HIV/AIDS en el ciclo del embarazo. Esta la disertación abre horizontes va otras investigaciones en el campo de la atención de la salud que implica el bioética y los derechos de las mujeres embarazadas con HIV/AIDS.

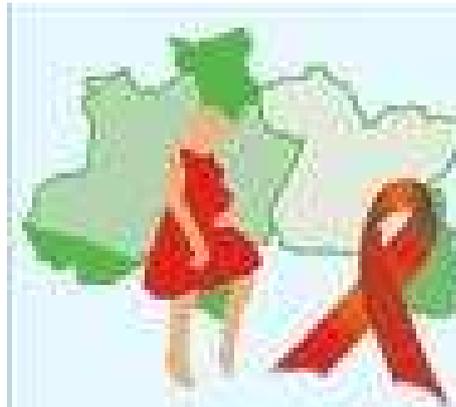
PALABRAS CLAVE: Mujer embarazada HIV/AIDS. Bioética. Humanos derechos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 —	Representação esquemática da partícula do HIV 1 e 2	26
Quadro 1 —	IDÉIA CENTRAL 1 – Direito a receber uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal	83
Quadro 2 —	IDÉIA CENTRAL 2 – Direito a um atendimento fundamentado nos princípios éticos e nas normas de biossegurança, pela equipe de saúde.	88
Quadro 3 —	IDÉIA CENTRAL 3 – Direito à informação sobre a doença, tratamento e à garantia de medicamentos pelo SUS.	98
Quadro 4 —	IDÉIA CENTRAL 1 – Direito a uma assistência humanizada, priorizando o acolhimento e o aconselhamento.	103
Quadro 5 —	IDÉIA CENTRAL 1 – Deveres de adesão ao tratamento da mãe/bebê, de sexo seguro, e de comunicar o diagnóstico a outros profissionais de saúde e ao parceiro.	111

SUMÁRIO

1	REFLEXÕES INICIAIS	12
2	DISCURSO DA LITERATURA	22
	2.1 AIDS/HIV	23
	2.2 Bioética: direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS no âmbito assistencial	53
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	75
4	ANÁLISE DOS DADOS	81
5	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO	117
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	
	Apêndice B – Roteiro de entrevista	
	ANEXO	
	Anexo A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	



Reflexões iniciais

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou SIDA, conhecida pela sigla AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), cada vez mais é considerada um grande problema de saúde pública no cenário mundial em face da sua gravidade e do seu caráter pandêmico. É um processo viral que ataca o sistema de defesa do organismo e proporciona condições para o surgimento de infecções e doenças oportunistas, sendo notório o avanço em todas as regiões do globo.

Para Gómez e Chalub (2005), o aumento da doença vem ocasionando, no mundo todo, mudanças na dinâmica da transmissão do HIV. O crescimento no número de casos dá-se de forma assustadora, principalmente em heterossexuais, mulheres e crianças. Isso desmistifica a AIDS como uma doença vinculada a um determinado grupo de risco.

O crescimento da transmissão do HIV via relações heterossexuais ocasiona a heterossexualização da AIDS. Esse fator é preocupante visto que se faz acompanhar de uma proporção cada vez maior de mulheres, principalmente daquelas em idade fértil, aumentando os riscos da transmissão vertical e caracterizando, por sua vez, a feminilização da AIDS.

Evidentemente, as mulheres são mais vulneráveis. Isso ocorre especialmente àquelas com uniões estáveis e monogâmicas devido a diversos fatores, tais como: a crença de que o parceiro é fiel, considerando irrelevante o uso do preservativo; a dificuldade de sensibilizá-lo a adotar o preservativo nas relações sexuais e em muitos casos, a falta de informação sobre a doença.

Esse fato é comprovado por vários estudos, como os realizados por Deutner (2001) e Soares (2003), com mulheres portadoras de HIV/AIDS, revelando que mais de 80% dessas mulheres foram infectadas pelo esposo/companheiro.

Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde explica que as mulheres são mais vulneráveis devido a fatores socioeconômicos e culturais, como a dificuldade de acesso à educação, ao emprego e à informação, além da dificuldade na negociação do uso do preservativo (BRASIL, 2004b).

Ainda sob a ótica da vulnerabilidade da mulher, a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, de 1979, Art.s. (12, 1º, 2º, 10), no Eixo Temático Saúde: universalidade, integralidade e eqüidade, ratificam que

a feminilização da epidemia atinge especialmente as mulheres dos grupos sociais mais vulneráveis. O nível de escolaridade das mulheres infectadas vem diminuindo ao longo dos anos. Tomando a escolaridade como indicador da situação sócio-econômica, percebe-se que o empobrecimento crescente acompanha a mudança do perfil de transmissão. Embora acometam todos os grupos populacionais, a exemplo da história mundial das demais DSTs, quem paga o maior tributo são os grupos vulneráveis. (BRASIL, 2003c, p.37).

Em decorrência dessa realidade, entende-se que o papel da mulher na sociedade, no caso específico da brasileira, ainda é de dependência, sobretudo motivada pelas relações de gênero, dificultando a inclusão nas escolas e o acesso a uma assistência de saúde. Esse cenário revela o grande desafio de enfrentar a doença. Mesmo com todo o investimento no combate à AIDS, no mundo, faz-se necessário repensar as dificuldades que interferem na política de saúde utilizada na prevenção de controle da doença.

Nesse sentido, o secretário geral da ONU, Kofi Annan, afirma com preocupação que, mesmo com tanto dinheiro no mundo investido em 2005 para combater a AIDS – US\$ 8 Bilhões – a pandemia avança mais rapidamente do que as

formas de controlá-la, principalmente entre mulheres e adolescentes ocasionando a feminilização e a jovinilização, respectivamente (DADOS..., 2005).

Cumprе ressaltar que a epidemia mundial de HIV/AIDS apresenta os seguintes dados: até dezembro de 2004, foram registrados cerca de 37,2 milhões de adultos, 17,6 milhões de mulheres e 2,2 milhões menores de 15 anos. É notório o aumento progressivo do HIV/AIDS na população feminina, que vem adquirindo cada vez mais essa infecção, principalmente na faixa etária de 15 a 49 anos, com um número de notificação de 217.641 casos. Isso acarreta uma grande ameaça para a saúde da mulher, tanto pelo aspecto bio-psico-social quanto pela possibilidade de transmissão vertical do vírus (WORLD ..., 2005).

Em relação ao Brasil, o primeiro caso de AIDS identificado foi em 1980, tornando-se doença de notificação compulsória a partir de 1986. O crescimento da epidemia revela-se com o registro de 362.364 casos, no período de 1980 a 2004, sendo 111.314 diagnosticados em mulheres entre 30-34 anos (BRASIL, 2002a; AIDS..., 2005).

O número de gestantes soropositivas também tem aumentando significativamente. Estima-se que no país, até junho de 2005, existiam aproximadamente 17 mil gestantes portadoras de HIV/AIDS. Conseqüentemente, os riscos da transmissão vertical, ou seja, da mãe para o filho, crescem consideravelmente (AGÊNCIA..., 2005).

Por sua vez, a transmissão vertical, também denominada materno-infantil, é o principal meio de infecções em crianças sendo responsável, no Brasil, por cerca de 83,6 % dos casos notificados de 1983 a 30 de junho de 2004, em menores de 13 anos (BRASIL, 2004a).

Considerando os dados da epidemia da AIDS no Estado da Paraíba, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, de junho de 1985 a agosto de 2005, foram registrados 2.596 casos, ocorrendo um aumento do número de mulheres infectadas - 689 casos. Quanto ao número de gestantes e crianças expostas, de 1999 até junho de 2005, foram notificados 161 casos. No que diz respeito às crianças, 58 foram infectadas por meio da transmissão vertical (PARAÍBA, 2005a).

Em face da feminilização e jovinilização da AIDS, urge lembrar que o *ser* mulher está contemplado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que está inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1983 e, como diretriz nacional, a partir de 1985, com propostas para atender às necessidades das mulheres. Mesmo assim, ainda não funciona satisfatoriamente nos Estados da Federação devido à insensibilidade e negligência dos sucessivos governos em garantir obrigatoriedade de sua implementação em âmbito estadual e municipal (BRASIL, 2003c).

Esse cenário torna-se mais agravante quando a mulher, na condição de gestante e portadora de HIV/AIDS, precisa ser atendida nos Serviços de Saúde. Além do sofrimento pelo impacto do diagnóstico, elas se deparam com atitudes preconceituosas e discriminatórias, com a falta de solidariedade, a demora no atendimento e, conseqüentemente, a não-garantia de direitos básicos de cidadã que devem ser assegurados pelo Sistema Único de Saúde.

Segundo Marin; Paiva e Barros (2000), prestar assistência a uma mulher grávida já é motivo de preocupação. Quando se trata de gestante HIV positiva, profissionais de saúde, em geral, têm uma maior gama de tensão que o medo da transmissão acarreta, levando-os a expressar rejeição às portadoras de HIV/AIDS.

Ante esse contexto, observa-se que, para conquistar o respeito aos direitos humanos, dentre eles, uma assistência de qualidade e o próprio direito à vida, ainda há um longo caminho a trilhar. Para Rocha e Rocha (2002), o direito à saúde, apesar de inscrito como direito na Constituição, requer ainda mudanças importantes na forma de organização dos sistemas de assistência em todo o país.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, visando reordenar os serviços já existentes e buscando reordenar as formas de assistência, desenvolveu o Programa Integração da Assistência Adequada aos Portadores de DST/HIV/AIDS, incluindo as modalidades assistenciais em nível das Unidades Básicas de Saúde aos portadores de DST e portadores assintomáticos do HIV; Serviço de Assistência Especializada (SAE); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT); Hospital Dia (HD) e credenciamento de leitos hospitalares para internação tradicional com pagamento diferenciado (SERVIÇO..., 2004).

Dentre essas modalidades, foi implantado em 2002, no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa - Pb, o Serviço de Assistência Especializada – SAE, direcionado à assistência materno-infantil em transmissão vertical do HIV (SAEMI), na perspectiva de atender à demanda de gestantes do Estado da Paraíba e demais cidades circunvizinhas. Esse serviço, pioneiro no Brasil, é referência em todo o Estado da Paraíba e tem como objetivo reduzir os riscos de transmissão vertical, através do acompanhamento do par mãe/bebê por uma equipe multidisciplinar.

A clientela do SAEMI/HULW é composta por gestantes no ciclo gravídico-puerperal, crianças e familiares. Foi a partir da minha experiência como enfermeira no SAEMI, desde 2002, com esse grupo especial de gestantes portadoras de HIV/AIDS, que surgiu a aproximação com o tema.

À proporção que essa experiência aumentava, tornava-se mais clara a necessidade da reflexão ética por parte de profissionais de saúde no atendimento às gestantes. Durante as consultas de enfermagem, observava constantemente que elas chegavam ao serviço, muitas vezes, chorando, fragilizadas com o impacto do diagnóstico, o medo de morrer e da exclusão familiar e social.

Diante desse quadro, buscava demonstrar solidariedade, carinho e promovia o acolhimento, o diálogo baseado no processo de comunicação verbal e não-verbal para, através da empatia, assegurar o vínculo profissional-paciente e um ambiente seguro, livre de julgamentos de valores.

À medida que esse vínculo se fortalecia, as gestantes exteriorizavam seus sentimentos, especialmente no momento da consulta de enfermagem. Muitas delas expressavam as hostilidades a que são submetidas por serem portadoras do vírus HIV/AIDS como o sofrimento causado pela discriminação e o desrespeito aos seus direitos enquanto cidadã. Por outro lado, revelavam a imensa angústia de gerar um filho com o risco de contrair o vírus HIV e não poder amamentá-lo, e ainda, o medo de perder o parceiro ao contar sobre o seu status sorológico positivo para o HIV.

Nessa perspectiva, é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam que a vida de todo ser humano é dotada de especial dignidade, devendo se colocar em defesa dos direitos e deveres, especialmente de gestantes portadoras de HIV/AIDS utilizando como fio condutor a Bioética. Esta, como ciência da vida, apresenta caráter multidisciplinar, tendo em vista que compreende o “estudo das questões éticas, sociais, legais, filosóficas e outras relacionadas com a assistência à saúde e com as Ciências Biológicas” (MOLINA; ALBUQUERQUE; DIAS, 2003, p.16).

Assim, nesse universo permeado por tantos conceitos e *pré-conceitos* em relação à exclusão, às relações de gênero e aos medos dessas mulheres, adquiri mais motivação para a busca de informações científicas sobre bioética, direitos e deveres que direcionam a assistência de saúde à gestante com HIV/AIDS, na tentativa de fazer algo mais concreto para contribuir com a reversão desse quadro.

Como mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, compreendi que a ciência precisa ter uma visão mais abrangente, pluralista, integrando conhecimentos biológicos, filosóficos e jurídicos. Com essa visão, procurei concretizar o ideário de contribuir para uma reflexão no campo da Bioética, enfocando, em particular, os direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS.

A opção pelos direitos e deveres calcados na Bioética estabelece relação com a minha visão de mundo, haja vista que essa ciência oferece reflexões sobre uma assistência isenta de preconceitos, interferência de valores pessoais e estabelecida nas relações éticas de respeito aos direitos e deveres, no acolhimento e na solidariedade.

Dessa forma, cada vez que descortinava esse universo, encantava-me mais pelo tema. E esse passeio pelo mundo do processo de bem viver, do exercício da cidadania motivou-me a uma caminhada pelo entrelaçamento da saúde com o Direito e a Bioética. Mergulhando nesse mundo jurídico tão pouco conhecido por nós, das Ciências da Saúde, procurei pesquisas científicas relacionadas aos direitos e deveres de gestantes portadoras de HIV/AIDS. Constatei que, na língua portuguesa, muitos trabalhos são produzidos no âmbito da AIDS, tais como: Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida (GALVÃO, 2003); Cuidado à mulher soropositiva no ciclo gravídico-puerperal: percepções de enfermeiras (COELHO; MOTA, 2002). Porém, são raríssimos os

publicados com enfoque na Bioética, nos direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS.

Diante dessa constatação e considerando também a condição de discriminação social, o estigma e o sofrimento que afetam a gestante portadora de HIV/AIDS, senti a necessidade e a importância de aprofundar os conhecimentos sobre a temática em foco.

Na tentativa de estabelecer uma política assistencial integral e humanizada as gestantes portadoras de HIV/AIDS, compactuo com as idéias de Gouveia e Camurça (1999), que aconselham que se olhe a mulher com base no conceito de gênero, isto é, nas representações sociais elaboradas a partir das diferenças sexuais, a fim de garantir as medidas necessárias para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera da assistência de saúde durante a gestação, o parto e pós-parto.

Mediante tais considerações, busquei realizar este estudo com base nas seguintes questões norteadoras: qual a compreensão de médicos e enfermeiros¹ sobre os direitos e deveres de gestantes² com HIV/AIDS no campo assistencial? Quais os direitos que médicos e enfermeiros levam em consideração ao assistir gestantes portadoras de HIV/AIDS? Quais são os deveres recomendados às gestantes portadoras de HIV/AIDS pelos participantes do estudo no âmbito assistencial?

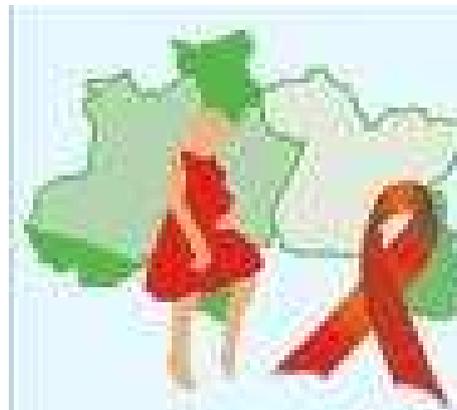
Na tentativa de responder a esses questionamentos, o estudo se propôs ao alcance dos seguintes objetivos:

¹ As palavras médicos e enfermeiros designam, neste estudo, tanto o sexo feminino como o masculino.

² A palavra *gestante* é utilizada, neste estudo, considerando a mulher no período gravídico-puerperal (gravidez, parto e pós-parto).

- Investigar a compreensão de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa sobre os direitos e deveres relacionados à assistência de gestantes com HIV/AIDS;
- Identificar os direitos de gestantes com HIV/AIDS que médicos e enfermeiros levam em consideração na assistência prestada;
- Verificar quais os deveres recomendados às gestantes com HIV/AIDS, pelos participantes da investigação, no âmbito assistencial;
- Analisar os discursos dos participantes inseridos no estudo à luz da Bioética.

Tendo em vista a necessidade de enriquecer os conhecimentos relacionados com a temática abordada, considerou-se fundamental elaborar um capítulo consubstanciado na literatura sobre *HIV/AIDS* e *Bioética: direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS, no âmbito assistencial*, apresentado a seguir.



Discurso da Literatura

Para uma melhor compreensão deste capítulo, far-se-á inicialmente uma abordagem sobre o HIV/AIDS: histórico, características do vírus HIV, transmissão, epidemiologia, testes para detectar o HIV 1 e 2, tratamento e, em seguida, sobre a Bioética: direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS.

2.1 HIV/AIDS

Historicamente, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida surgiu como entidade clínica em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) os primeiros casos de *Sarcoma de Kaposi* e pneumonia por *Pneumocystis carinii* em indivíduos jovens homossexuais. Contudo o agente etiológico - o vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV) - somente foi identificado em 1983, por cientistas franceses e americanos (RACHID; SCHECHTER, 2001).

Os cientistas Barré-Sinoussi, Chermann e Luc Montagnier (Institute Pasteur, Paris, França) e Robert Gallo (University of Maryland Institute of Human Virologi, EUA) isolaram um retrovírus a partir de células de um linfonodo extraído de um paciente com linfadenopatia. Esse retrovírus foi denominado de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e apontado como o responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS (BRASIL, 2001; MORTENSEN; AZEVEDO; NUMERATO, 2002).

O vírus HIV foi introduzido como doença, em humanos, na África subsaariana, antes da década de 1950, mantendo-se com alguns casos isolados na década de 1970 e início dos anos 1980, quando surgiu, em pouco tempo, um aumento acentuado de casos (CAMPOS, 2004).

Os autores Fauci e Lane (2005) mostram também que a epidemia da AIDS teve início na África subsaariana, alcançando a China e a Índia, com algum atraso. Ela apresenta aumento crescente nos antigos países comunistas da Europa Oriental e Rússia, com tendência a se espalhar por todo o globo terrestre.

Assim, para explicar o surgimento do HIV, existem algumas hipóteses. Uma delas é de que o vírus HIV surgiu na África através de um tipo de macaco africano, o macaco verde, que, diferentemente de outras espécies, aloja o vírus SIV (Vírus da Imunodeficiência Símia) muito parecido com o HIV, mas que não desenvolve a doença neles. O vírus teria passado do macaco para o homem, há muitas décadas, através de ritos religiosos, quando o continente africano possuía uma vida predominantemente rural. Ao ser transmitido ao homem, sofreu mutações e passou a atacar a espécie humana. Através das *migrações* das populações africanas a partir da década de 1970, ganhou o mundo (GAPA, 2003).

Outra hipótese é a de que o vírus tenha sido criado em laboratório, através de pesquisas para a vacina contra poliomielite realizada em 1950. De acordo com a tese, a vacina teria sido produzida com rins de chimpanzés portadores do vírus SIV, o vírus da imunodeficiência símia, de conteúdo genético muito parecido com o vírus HIV. O imunizante teria sido aplicado em um milhão de africanos, entre 1957 e 1961, dando origem à epidemia da doença (MELO, 2003; UNAIDS, 2005).

De acordo com Campos (2004), o processo inicial de contaminação do vírus HIV possivelmente teria ocorrido através de um comissário de bordo de empresa aérea canadense, homossexual, que, em rotas, especialmente a de Londres-Nova Iorque-São Francisco, participava de festas com sexo grupal, disseminando a doença nas três cidades, gerando uma cadeia de novos infectados.

É importante explicar que o vírus HIV tem como característica ser um retrovírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com 2 tipos conhecidos: o HIV-1 e o HIV-2. Pertence à família *Retroviridae*, caracterizando-se por um fragmento de RNA, circundado por um envelope. Infecta principalmente animais vertebrados, podendo provocar várias doenças como tumores malignos, imunodeficiência, doenças neurológicas e também se apresentar como uma infecção assintomática. Isto é, o vírus pode estar no organismo sem causar problemas de saúde no hospedeiro. A estrutura da partícula viral é comum à dos demais retrovírus, possuindo genoma (conjunto de genes de um organismo), composto de RNA de fita simples, com duas cópias (PENNA et al., 2000).

O genoma está associado às enzimas transcriptase reversa, integrase e protease. O RNA e essas enzimas ficam dentro do capsídeo viral e de uma matriz protéica, constituída pelas proteínas p24 e p19. Cada partícula possui uma camada externa, o envelope viral, onde se encontram as proteínas gp21 e gp46. A base da patogenia da AIDS consiste na depleção das células T auxiliares CD4+. O antígeno CD4, também presente em níveis mais baixos nos monócitos e macrófagos, é o receptor de alta afinidade da proteína gp 120 do HIV-1 (MORTENSEN; AZEVEDO; NUMERATO, 2002).

O HIV é um retrovírus citopático que induz imunodeficiência ao destruir as células T-alvo. O RNA necessita da enzima transcriptase reversa para transcrever o RNA viral em DNA e integrar-se ao genoma do hospedeiro. A estrutura do HIV é composta pelos genes *gap* (codifica proteínas do cerne viral), *pol* (codifica as enzimas envolvidas na replicação e na integração do vírus) e *env* (codifica glicoproteínas do envelope). O vírus está em constante processo de multiplicação em todas as fases da infecção, incluindo a assintomática. Tem como alvo principal

as células T CD₄⁺, que se mantêm em níveis baixos, ocasionando uma diminuição da competência imunológica do paciente. A replicação do vírus contribui também para uma alta taxa de mutação, gerando as muitas variedades do HIV que emergem em um paciente ao longo da infecção, fazendo com que o sistema imunológico, já debilitado, não controle e não reconheça o vírus HIV (ROBINS et al., 2001).

Para tornar mais claras essas informações, apresenta-se a partícula viral, mostrada na figura 1, a seguir.

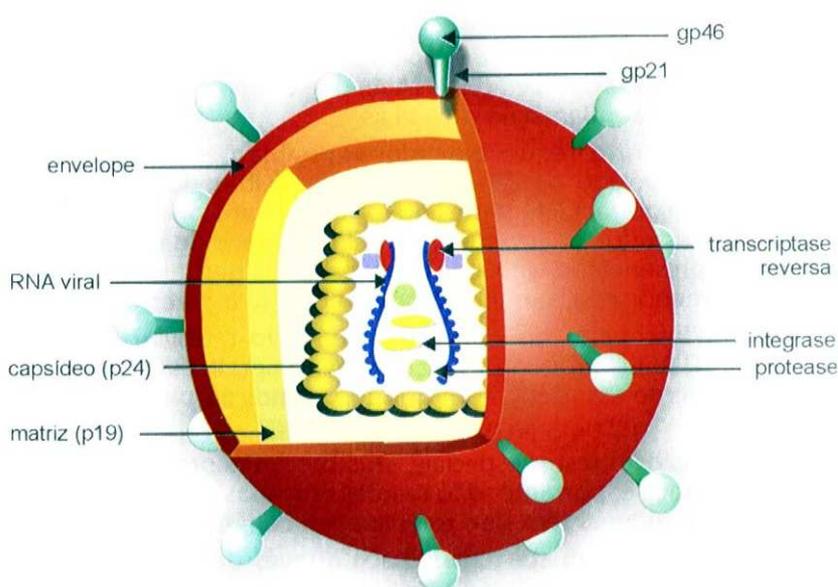


Figura 1 — Representação esquemática da partícula do HIV 1 e 2

Fonte: BEZERRA et al., (1998)

São exemplos de retrovírus: os vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), o vírus da leucemia de Bovinos (BLV), o vírus da imunodeficiência dos felinos (FIV), o vírus linfotrófico humano tipo 1 e 2 (HTLV -1 e 2 – Human T Lymphotropic Vírus Type 1 e 2. Após a descoberta do HTLV – 1, um segundo retrovírus foi isolado e denominado HTLV – 2 - Vírus Linfotrófico Humano tipo 2. Esse vírus ainda não foi conclusivamente associado a qualquer condição patológica. Embora o HTLV-1 e o HTLV- 2 tenham antígenos específicos, podendo ser

diferenciados com testes especiais, seus produtos protéicos apresentam grande semelhança, dando, portanto, reações cruzadas em testes sorológicos. Por isso, os vírus tem sido referidos em conjunto, HTL-1 e 2. Ambos são retrovírus (vírus que usam uma enzima transcriptase reversa para copiar seu genoma de ácido ribonucléico – RNA para a forma de ácido desoxirribonucléico- DNA) que infectam linfócitos T maduros, CD4+ (BEZERRA et al., 1998).

O HIV-1 é um retrovírus humano tipo C, que pertence à mesma família dos lentivírus animius. O HIV-1 também está muito ligado ao HIV-2, que causa uma doença semelhante, surgida primariamente na África Ocidental (ROBINS et al., 2001).

A replicação do vírus ocorre após a entrada no Linfócito T. Seu genoma é copiado pela enzima transcriptase reversa para a forma de DNA (ácido desoxirribonucléico) que é posteriormente integrado ao genoma da célula hospedeira, pela ação da enzima integrase. Essa forma integrada do genoma viral é chamada de provírus (LOPES, 2001).

Após a integração, a síntese do RNA viral é feita por enzimas das células hospedeiras usando o provírus como modelo. Essas novas moléculas e RNA podem ser incorporadas às partículas virais em formação ou são processadas para formar as proteínas da estrutura do vírus, bem como as enzimas virais. As partículas virais saem das células por brotamento, a partir da membrana celular, e infectam novas células. O organismo identifica essas partículas como estranhas e inicia a produção de anticorpos, que poderão ser detectados por testes sorológicos (AIDSPORTUGAL..., 2005).

Quanto à transmissão do HIV, pode ocorrer primariamente em três situações: contato sexual com pessoa infectada, exposição a sangue ou derivados

contaminados e transmissão vertical ou perinatal, de mãe para filho. A transmissão sexual pode ocorrer durante as relações sexuais (homo e heterossexuais), com uma pessoa infectada, sem o uso da camisinha. A presença do vírus comprovadamente no sêmen e nas secreções vaginais e cervicais de pessoas infectadas possibilita a transmissão nas relações com penetração anal e/ou vaginal, como também pelo sexo orogenital (felação e *cunnilingus*). A transmissão através de exposição ao sangue acontece por transfusão de sangue ou hemoderivados infectados, exposição a agulhas e seringas contaminadas ou através de instrumentos pérfuro-cortantes, talvez pelo fato de uma enfermeira britânica ter se infectado ao cuidar de um paciente com AIDS, logo após a descoberta do vírus. Segundo Rocha, Rigotto e Buschinelli (1993), em maio de 1987, o CDC toma conhecimento de três casos de transmissão por contato cutâneo-mucoso com sangue contaminado, sendo recomendada a adoção das precauções universais para evitar a transmissão a profissionais de saúde.

A transmissão vertical ou perinatal pode ocorrer da mãe infectada para seu filho, durante a gravidez, o parto e a amamentação (RACHID; SCHECHTER, 2001).

Penna et al. (2000) acrescentam que o vírus HIV pode ser transmitido pelo indivíduo infectado durante todas as fases da infecção, sendo esse risco proporcional à magnitude da viremia. Cumpre ressaltar o paradoxo da pessoa infectada pelo vírus HIV, segundo Rocha, Rigotto e Buschinelli (1993) – antes do diagnóstico, ele podia ser risco, mas não era problema. Após o indivíduo ter a infecção diagnosticada, ele torna-se um problema, surgindo os preconceitos e estigmas.

A transmissão do HIV em mulheres ocorre principalmente pela via sexual (86%), tendo como consequência a transmissão vertical, em mulheres na idade fértil; segundo, por uso de drogas injetáveis (UDI), 12,4%. As demais formas de transmissão em ambos os sexos acontecem por transfusão sanguínea, transmissão materno infantil ou ignoradas pelos pacientes (MULHERES..., 2005).

Nesse sentido, Berer (2002) relata que o HIV pode ser transmitido verticalmente para as crianças, sendo a maneira mais freqüente de aquisição dessa infecção na população infantil. Cerca de 1.600 lactentes são infectados diariamente pelo HIV no mundo, principalmente em países em desenvolvimento, pois, nos países desenvolvidos, tem havido uma drástica redução no número de crianças infectadas, devido à testagem de gestantes na gravidez (pré-natal) e seu tratamento adequado.

O vírus HIV pode ser transmitido intra-útero, durante a gestação, no intraparto, durante o trabalho de parto ou pós-parto, e através da ingestão do HIV presente no leite materno. Vinte por cento da infecção em crianças ocorre por transmissão intra-útero, via transplacentária. Cerca de 80% das crianças se infectam no período intraparto, através da mucosa, de lesões de pele e subsequente exposição direta ou ingestão de sangue e secreções genitais maternas. No período pós-parto, elas podem ser infectadas durante a amamentação, pelo leite materno ou sangue (fissuras dos mamilos, abscessos mamários), o que pode adicionar um risco de 4 a 14% da transmissão (TEIXEIRA et al., 2003; BRASIL, 2004b).

Na concepção de Nogueira, Reis e Lambert (2002), outros fatores associados, como lesões da mucosa oral, monilíase ou agentes mecânicos, aumentam a chance de contaminação por essa via, o que corrobora a recomendação do Ministério da Saúde, ao contra-indicar a amamentação nas mães infectadas pelo HIV. Isso pode explicar porque as taxas de transmissão são menores

em países desenvolvidos (onde o aleitamento materno é menos freqüente), quando comparadas aos países em desenvolvimento.

O período exato em que o HIV infecta o concepto é desconhecido. O vírus foi isolado em tecidos fetais, líquidos amnióticos e placentas durante os três trimestres da gravidez, validando a transmissão intra-uterina. Contudo, estudos sugerem que o risco maior da transmissão do HIV verifica-se no final da gestação e no período intraparto (neonatos podem ser expostos ao HIV do sangue materno, da secreção cervical e vaginal). Por outro lado, o diagnóstico da transmissão vertical intrauterina e intraparto é de difícil determinação, pela dificuldade de se estabelecer o *status* infeccioso no recém-nascido. Foram identificados muitos fatores que predizem um risco aumentado de transmissão perinatal. Em relação à mãe: doença mais avançada (baixo CD4); alta carga viral no plasma; ser fumante; usar droga endovenosa e ter Doença Sexualmente Transmissível – DST (BRASIL, 2004b).

Estudo desenvolvido por Mortenson et al. (2002) sobre os fatores de risco na gestação para o HIV/AIDS mostrou que, em 84 mulheres com carga viral indetectável, na entrada do estudo, e 107 mulheres com carga viral, indetectável no parto, nenhum dos bebês foi infectado. Esse estudo enfatiza a importância de um bom controle da replicação viral do HIV durante a gravidez, tanto para a saúde materna quanto para a saúde do filho. Em termos de fatores obstétricos, como a ruptura prolongada das membranas (>4 horas), a presença de corioamniotite, o parto vaginal, em comparação com cesariana eletiva, têm sido associados a maior nível de transmissão intraparto.

Nesse sentido, Rodrigues (2003) ressalta que o Ministério da Saúde assinala como fatores de risco que: mulheres com infecção recente apresentam altos níveis de HIV circulante; mulheres infectadas há alguns anos também podem

apresentar níveis elevados de HIV circulante (refletidos pela baixa contagem de linfócitos - CD4, aumento nos níveis de linfócitos T8 - CD8; mulheres com manifestações clínicas da AIDS; processo inflamatório placentário; DSTs ou outras infecções virais; a condição de fumante e usuária de drogas injetáveis.

Conseqüentemente, os efeitos da infecção pelo HIV sobre o ciclo gravídico puerperal, em gestantes sintomáticas, determinam: aborto espontâneo, prematuridade, rotura prematura das membranas, retardo de crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer. Nas gestantes assintomáticas, os estudos são divergentes, não se podendo afirmar que as intercorrências sejam conseqüência direta da infecção pelo HIV (MULHERES ..., 2005).

Sendo o número de casos de HIV/AIDS cada vez maior em mulheres, o Ministério da Saúde revela que as causas estão relacionadas às relações sexuais desprotegidas (sem preservativos), refletindo as desigualdades de gênero que impedem uma mudança de conduta das mulheres, especialmente em relação à dificuldade em negociar o uso de preservativo com o parceiro. Além disso, as condições biológicas, as diferenças culturais e sócio-econômicas acentuam a vulnerabilidade à infecção do HIV (MULHER, 2004; FIGUEIREDO, 2005).

A vulnerabilidade de gênero é outro fator que influencia no crescimento da transmissão do HIV em mulheres. De acordo com Adrianyce et al., (2003), no Brasil, as mulheres têm dificuldade de negociar o uso de preservativos com o parceiro por várias razões: acham que estão protegidas em virtude de relações conjugais estáveis; têm medo da violência do parceiro ou rompimento da relação, explicado pela cultura machista do homem, além de se submeterem ao risco por amor.

Além desses aspectos, outro que merece influência é a fisiologia feminina. As mulheres apresentam quatro vezes mais risco da infecção em relação ao homem. Isso acontece pelo fato de a vagina apresentar uma área de tecidos mais susceptíveis à infecção em face dos micro traumatismos ocorridos durante a relação sexual, colocando a mulher mais vulnerável ao vírus, uma vez que a concentração viral no esperma é maior do que nas secreções vaginais (BRASIL, 2003b).

Considerando esse aspecto, Wilza e Marisa (2003) mostram que a maioria das mulheres brasileiras descobre o *status* do HIV positivo no período gestacional, ao realizar o pré-natal ou quando surgem os sinais e sintomas de doença oportunista, sua ou do parceiro, situações em que essa fragilidade é agravada pela suspeita da infidelidade, dor e insegurança daí decorrentes, sentimento de culpa pela infecção e, no caso das grávidas, pela preocupação com a saúde do bebê.

Diante dessas considerações, Fauci e Lane (2005) alertam para a questão da heterossexualidade como a principal forma de transmissão do HIV/AIDS. A importância da transmissão homossexual masculina, que está diminuindo, ainda se reflete na desproporção entre homens e mulheres nos EUA, na Europa e no Brasil. Os usuários de drogas também vêm perdendo a importância relativa.

Embora a presença do HIV/AIDS tenha sido descrita inicialmente em homo e bissexuais, viciados em drogas e receptores de sangue e derivados, hoje a maioria dos pacientes do mundo e do Brasil adquire o HIV através da relação sexual (DADOS ..., 2005).

Tão importante quanto saber as formas de transmissão do HIV é também saber como não se transmite: uso compartilhado de banheiros, telefones e piscinas; contato social como abraço, aperto de mão; picadas de mosquitos ou outros insetos;

contato com lágrima, suor, saliva de uma pessoa infectada pelo HIV; tosse ou espirro (HUDSON, 1999).

Por sua vez, Rodrigues (2003) ressalta que o Ministério da Saúde, visando propagar medidas para interromper a cadeia de transmissão vertical do HIV/AIDS, oferece as ações de testagem anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, no contexto da gestação, dentro do espírito de resgate de oportunidades perdidas. Essas ações devem ser interpretadas como substancialmente capazes de: reduzir a transmissão vertical do HIV; oferecer às mulheres a chance de tratamento de sua infecção e possibilitar o entendimento do significado dos resultados da testagem anti-HIV nessas condições.

Para evitar a contaminação do recém-nascido, o Ministério da Saúde, através do protocolo 076, aponta ser mais seguro, para evitar o contágio do recém-nato, a via de parto abdominal cirúrgica (cesariana). Deve-se sempre evitar que as parturientes portadoras do HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas ou em trabalho de parto prolongado. A taxa de transmissão aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota (cerca de 2% a cada hora até 24 horas). Nesses casos, é indicado o uso de ocitócitos na condução do trabalho de parto, respeitando as contra-indicações para seu uso e correto manuseio (BRASIL, 2004b).

No tocante à epidemiologia, urge acrescentar que, apesar dos avanços científicos e do conhecimento dos diversos aspectos da doença, os casos de AIDS continuam aumentando. A Organização Mundial de Saúde relata que as estatísticas do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS) registraram, somente em 2003, 5 milhões de pessoas infectadas e 3 milhões de mortes. Em 2004, 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo. Estima-se

que, em 2015, mais de 129 milhões de pessoas morrerão em consequência da epidemia do HIV/AIDS (AGÊNCIA ..., 2005).

De acordo com os informes do relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), divulgado como *Batizado de Situação da População Mundial 2003*,

a cada 14 segundos, um jovem é infectado pelo vírus da AIDS, o HIV; cerca de seis mil pessoas entre 15 e 24 anos se contaminam todos os dias. A maioria é de mulheres. Mais de 13 milhões de crianças com menos de 15 anos perderam um ou os dois pais por causa da AIDS. A falta de informação é um dos obstáculos à prevenção. Na Somália, por exemplo, apenas 26% das mulheres já ouviram falar da doença e somente 1% sabe como se proteger (CASTELLÓN, 2003, p.55).

Tais informações, apresentadas através do relatório do programa conjunto das Nações Unidas para a AIDS, o UNAIDS, confirmam, mundialmente, o avanço da epidemia do HIV/AIDS em mulheres e, conseqüentemente, a mudança de perfil dos infectados. Dos atingidos pela doença, 50% são mulheres, principalmente na faixa etária de 25 a 39 anos (GALVÃO, 2003; DADOS ..., 2005).

No Brasil, a resposta à epidemia da AIDS iniciou-se no final da década de 80, com a construção de uma política nacional para enfrentamento das DST/AIDS. A preocupação era cada vez maior, haja vista que, pelas estimativas do Ministério da Saúde, em 2003, cerca de 400 mil brasileiros não sabiam que eram portadores do vírus HIV. Isso é um fator que contribui para a possibilidade de o indivíduo adoecer mais rápido e transmitir o vírus. Por isso, foi lançada a Campanha **Fique Sabendo**, a fim de detectar precocemente o portador do HIV, dar-lhe suporte em termos de saúde e fazer as pessoas adotarem uma prática de prevenção efetiva (BRASIL, 2003a).

Analisando a distribuição da AIDS no Brasil, segundo a área de concentração, observa-se que, inicialmente, era restrita às grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo. Porém vem se interiorizando, em ritmo de crescimento entre municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes, com registro de pelo menos um caso de AIDS. Diante do crescimento da interiorização, a AIDS também apresenta outras realidades como a heterossexualização (casais com união estável), feminilização (mulheres), a pauperização, isto é, o aumento progressivo no registro de casos em indivíduos com menor grau de instrução e a juvenilização (jovens) (SOUZA; MENEZES, 2002; PIMENTA; SOUTO, 2003; AIDS..., 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a AIDS, no Brasil, até dezembro de 2002, atingiu cerca dos 257.780 casos, sendo que 185.061 foram verificados em homens, e 72.719, em mulheres. Os indicadores epidemiológicos mostram que o padrão de transmissão da AIDS vem mudando no Brasil. O aumento do número de casos associados à subcategoria de exposição heterossexual, verificado principalmente a partir de 1991, faz-se acompanhar de uma proporção cada vez maior de mulheres, constatada na redução da razão de sexo, que atinge, gradualmente, 3:1 entre 1993 e 1996 e 2:1 a partir de 1997, sendo que, no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1996, a razão é de 1:1 (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2005).

De 1980 até dezembro de 2004, foram notificados, no País, 362.364 casos ao Programa Nacional de DST/AIDS. Do total, 71,1% são homens. No início dos anos 1980, o número de homens, para cada mulher com AIDS, chegou a 28:1. Até dezembro de 2004, esse número é de 1,8 para 1. Em muitos lugares do Brasil, as mulheres acometidas pela doença já são maioria. A tendência para o crescimento da epidemia foi observada em todas as regiões geográficas, porém ocorrendo uma

estabilização na região Sudeste. A julgar pelas tendências, a infecção pode estar crescendo em velocidade muito maior em mulheres (AIDS..., 2005).

O número de casos de AIDS aumenta entre homens e mulheres com tempo de estudo inferior a dois anos. Contudo, entre os homens com mais de 8 anos de instrução, a incidência diminui, ao contrário das mulheres. Independentemente do nível de escolaridade e da situação sócio-econômica, a incidência entre elas vem crescendo de forma assustadora, havendo mais “mulheres infectadas no grupo etário de 13 a 19 anos” (CASTELLÓN, 2003, p.55), ocasionando, conseqüentemente, aumento dos casos de HIV em crianças.

O nível de escolaridade mais expressivo foi o fundamental (menos de 7 anos de estudo), tanto para homens (103.793) quanto para mulheres (48.280). A etnia mais atingida de 2000 a 2004 foi a branca: nos homens—1.930 casos (62,0%), e em mulheres, - 1.036 casos (56,7%). Com relação à Transmissão Vertical, de 1983 a 2004, foram diagnosticados 9.122 casos (83,6%), com um percentual maior em crianças menores de 1 ano = 3.502 (37,9%) (DADOS ..., 2005).

A primeira ocorrência de transmissão perinatal do HIV registrada no Brasil foi em 1985, quando, no Estado de São Paulo, foram notificados três casos. A transmissão vertical tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados ocorridos com menores de 13 anos. Até agosto de 1999, foram notificados, nessa categoria de exposição, 4.630 casos, com cerca de 40% de óbitos (AIDS ..., 2005).

Em relação aos casos de AIDS na Paraíba, citando-os de forma mais detalhada, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, de junho de 1985 a junho de 2005, foram notificados 2.538 casos de AIDS, sendo acometidas pessoas do sexo masculino (1.816 adultos) e crianças (25). Do sexo feminino, contraíram a doença 664 adultos e 33 crianças – estas, via transmissão vertical. Quanto à faixa

etária, a mais atingida situa-se entre 20-34 anos, com 1.333 casos, seguindo-se a faixa etária entre 35-49 anos, com 927 casos. As cidades mais atingidas pela AIDS são: João Pessoa (753 casos); Campina Grande (536 casos); Bayeux (117 casos); Santa Rita (101 casos) e Cabedelo (86 casos) (PARAÍBA, 2005a).

No que se refere aos dados sobre gestantes e crianças expostas no Estado da Paraíba, de acordo com os dados do Serviço de Assistência Especializada - SAE (2005), de novembro de 2002 até junho de 2005, existiam 105 casos de gestantes portadoras de HIV/AIDS, usuárias do SAEMI/HULW, e 115 de crianças expostas acompanhadas no SAE. Nenhuma delas, até o presente momento, apresentou soroconversão.

Diante desse quadro, vale ressaltar que, do ponto de vista epidemiológico, a AIDS é considerada uma pandemia que se revela sob duas epidemias distintas: a epidemia invisível - de maior magnitude, subjacente - e a epidemia propriamente dita, deduzida a partir dos dados obtidos, mas nem sempre mensuráveis na sua total realidade, em virtude da subnotificação. Pode-se acrescentar que os dados mensuráveis confirmam a mudança de eixo epidemiológico da doença, à medida que acometem as mulheres, pessoas vulneráveis e, conseqüentemente, as crianças, através da transmissão vertical. Possivelmente essas mulheres, cujas crianças estão infectadas, não realizaram um acompanhamento pré-natal adequado.

É importante acrescentar que as gestantes brasileiras portadoras de HIV/AIDS têm apresentado uma redução 67,5% na transmissão vertical desse vírus, a partir de 1994, com o tratamento do binômio mãe/bebê instituído pelo uso de anti-retrovirais – Zidovudina (AZT), conforme o protocolo 076 do Aids Clinical Trial Groups (PACTG 076), durante a gestação, parto e ao recém-nascido, além da

contra-indicação do aleitamento materno (BRASIL, 2004b). Ainda como orientação do mesmo protocolo, as crianças verticalmente expostas, isto é, nascidas de mães portadoras do vírus HIV, deverão ser atendidas em unidades especializadas, pelo menos até a definição do seu diagnóstico (BRASIL, 2004c).

Portanto, caso haja a confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV, durante a gestação, a paciente deverá ser encaminhada imediatamente para o serviço de referência (Serviço de Assistência Especializada – SAE), que fará o seu acompanhamento por uma equipe multidisciplinar durante toda a gestação, igualmente formalizando a referência para o parto e pós-parto. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, devem ser solicitados, o mais breve possível, os exames T-CD4 e Carga Viral, pois os mesmos serão fundamentais para a decisão quanto ao esquema profilático ou terapêutico a ser prescrito (BRASIL, 2004b).

Diante dessa observação, Parker e Aggleton (2002) salientam que, em qualquer comunidade, a epidemia da AIDS pode ser identificada através de pelo menos três fases: a primeira, a epidemia da infecção pelo HIV, que se caracteriza por atingir silenciosamente a comunidade, passando muitas vezes despercebida; a segunda, a epidemia da própria AIDS, a síndrome das doenças infecciosas instalada em consequência da imunodeficiência provocada pelo HIV; e a terceira, a epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS.

Quanto ao diagnóstico laboratorial, desde a descoberta do agente etiológico do HIV, os métodos para detectar os anticorpos têm progredido rapidamente. Os testes para identificar o vírus HIV, em geral, pesquisam anticorpos no sangue, na saliva ou na urina. O sistema imune produz anticorpos contra o HIV, mas podem ser necessários mais de três meses para que eles sejam detectados.

Durante esse *período de janela*, os testes poderão apresentar resultados negativos para o HIV, mas o indivíduo pode estar infectado. Os testes normais não são usados para recém-nascidos de mães infectadas (AIDS Portugal, 2005).

Os testes sorológicos mais utilizados para a detecção da infecção pelo HTLV- 1 e 2, para fins de triagem ou confirmação, são: ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) - Triagem; Ensaio Imunoenzimático (*Enzyme Immuno Assay*, EIA) – Triagem; Ensaio Imunoenzimático com micropartículas – MEIA (*Microparticle Enzyme Immuno Assay*) – Triagem; Ensaio Imunoenzimático com quimioluminescência – Triagem; Teste Rápido - Triagem; Imunofluorescência Indireta (IFI) – Confirmatório; Immunoblot – Confirmatório; Western Blot (WB) – Confirmatório; Teste de amplificação de ácidos nucléicos como a Reação em Cadeia da Polimerase - *Polimerase Chain Reaction* (PCR) e a Amplificação Seqüencial de Ácidos Nucléicos (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*, NASBA) (BRASIL, 2004a; VAZ et al., 2005).

Conforme afirmam Bezerra et al. (1998), os testes para o HTLV – 1 e 2 foram introduzidos inicialmente no Japão, em 1986, nos Estados Unidos, em 1988, e no Brasil, em 1993, devido ao risco de transmissão parenteral pelo sangue doado e seus derivados. Os testes para detecção da infecção pelo HIV são divididos basicamente em quatro grupos: detecção de anticorpos; detecção de antígenos; cultura viral e ampliação do genoma do vírus.

As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Essas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas, sendo de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Porém detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não, o próprio vírus diretamente. As outras três técnicas detectam

diretamente o vírus ou suas partículas. São menos utilizadas rotineiramente, sendo aplicadas em situações específicas, tais como: exames sorológicos indeterminados ou duvidosos, acompanhamento laboratorial de pacientes, mensuração da carga viral para controle de tratamento (DIAGNÓSTICO..., 2005).

Segundo Penna et al. (2000), alguns laboratórios utilizam também testes de amplificação de ácidos nucléicos, baseados em técnicas de biologia molecular. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 6 a 12 semanas da infecção inicial. Esse intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos por testes laboratoriais chama-se *janela imunológica*. Por isso, podem ocorrer provas sorológicas *falso-negativas*.

Para maiores esclarecimentos, alguns desses testes laboratoriais são explicados com maiores detalhes. O Teste ELISA (teste imunoenzimático) - Enzyme - Linked Immunosorbent Assay - utiliza antígenos virais (proteínas) produzidos em cultura celular (testes de primeira geração) ou através de tecnologia molecular recombinante. Os antígenos virais são adsorvidos por cavidades existentes em placas de plástico. A seguir, adiciona-se o soro do paciente. Se o soro possuir anticorpos específicos, estes serão fixados sobre os antígenos. Tal fenômeno pode ser verificado com a adição de uma antiimunoglobulina humana conjugada a uma enzima como, por exemplo, a peroxidase. Em caso positivo, ocorre uma reação corada, ao se adicionar o substrato específico da enzima. Essa técnica é amplamente utilizada como teste inicial para detecção de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação e custo relativamente baixo. Apresenta atualmente alta sensibilidade e especificidade (VAZ et al., 2005).

Outro teste laboratorial é o Teste Rápido – teste de triagem de uso único, em que se usa um coquetel de antígenos para detectar anticorpos para HIV 1 e 2,

em soro, plasma e sangue total humanos. Baseia-se nas tecnologias de imunocromatografia e fluxo lateral. Resultados reativos são evidências de exposição ao HIV 1 e 2, podendo ser usados como suporte ao diagnóstico clínico (FIOCRUZ..., 2005; A Necessidade..., 2005).

Há testes de detecção de antígeno viral, dentre os quais, o de Pesquisa de Antígeno p24 que quantifica a concentração da proteína viral p24 presente no plasma ou no sobrenadante de cultura de tecido. Embora essa proteína esteja presente no plasma de pacientes em todos os estágios da infecção pelo HIV, sua maior prevalência ocorre antes da soroconversão e nas fases mais avançadas da doença. O teste é realizado mediante a utilização da técnica de ELISA (imunoenzimático) (VAZ et al., 2005).

Por sua vez, o teste de Imunofluorescência indireta é feito da seguinte forma: fixadas em lâminas de microscópio, as células infectadas (portadoras de antígenos) são incubadas com o soro que se deseja testar. Depois, são tratadas com outro soro que contenha anticorpos específicos para imunoglobulina humana (antilg) conjugados a um fluorocromo. A presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência. Também é utilizada como teste confirmatório (BEZERRA et al., 1998).

Já o teste Western-Blot envolve inicialmente a separação das proteínas virais por eletroforese em gel de poliacrilamida, seguida da transferência eletroforética dos antígenos para uma membrana de nitrocelulose. Em um terceiro momento, a membrana é bloqueada com proteínas que são adsorvidas por sítios não ocupados pelos antígenos. Posteriormente, a membrana é colocada em contato com o soro que se deseja pesquisar. As reações antígeno-anticorpos são detectadas por meio da reação com antiimunoglobulina humana, conjugada com um

radioisótopo ou uma enzima. A revelação é feita por auto-radiografia ou por substrato cromogênico. Geralmente esse teste é utilizado para confirmação do resultado reagente ao teste ELISA (ou seja, teste confirmatório da infecção), devido à sua alta complexidade e custo. Tem alta especificidade e sensibilidade (DIAGNÓSTICO..., 2005).

Os testes de amplificação do genoma do vírus (carga viral), são caracterizados pela Análise Quantitativa Direta da Carga Viral através de técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucleicos, tais como a reação de polimerase em cadeia (*PCR*) quantitativa, amplificação de DNA em cadeia ramificada (*branched-chain DNA* ou *bdNA*) e pela amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (*nucleic acid sequence-based amplification* ou *NASBA*) (BRASIL, 2004a).

Embora as técnicas sejam diferentes, o *PCR* quantitativo e o *NASBA* apresentam alta sensibilidade, permitindo o acompanhamento da resposta terapêutica anti-retroviral. Além disso, valores elevados de partículas virais detectados ao *PCR* quantitativo ou *NASBA* parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independentemente da contagem de células TCD4+. Sugere-se sua monitorização a cada 3-4 meses. Em caso de início ou mudança de terapia anti-retroviral, alguns autores recomendam uma dosagem da carga viral com 2 a 3 meses de tratamento, para avaliação da resposta ao esquema (AIDSPortugal..., 2005).

Os resultados devem ser interpretados da seguinte maneira: carga viral abaixo de 10.000 cópias de RNA por ml - baixo risco de progressão ou de piora da doença; carga viral entre 10.000 e 100.000 cópias de RNA por ml - risco moderado de progressão ou de piora da doença; carga viral acima de 100.000 cópias de RNA por ml - alto risco de progressão ou de piora da doença (VAZ et al., 2005).

Cumprir acrescentar que a contagem de células T CD4+ em sangue periférico tem implicações prognósticas na evolução da infecção pelo HIV, pois é a medida de imunocompetência celular. É mais útil no acompanhamento de pacientes infectados pelo HIV (PENNA et al., 2000).

A contagem de células T CD4+ em sangue periférico pode ser dividida em quatro faixas: 1) maior que 500 células/mm³: estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença; boa resposta às imunizações de rotina e confiabilidade nos testes cutâneos de hipersensibilidade tardia, como o PPD; e casos de infecção aguda podem apresentar esses níveis de células T CD4+, embora, de modo geral, esses pacientes tenham níveis mais baixos. 2) entre 200 e 500 células/mm³: surgimento de sinais e sintomas menores ou alterações constitucionais; risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas. Podem aparecer candidíase oral, herpes simples recorrente, herpes zoster, tuberculose, leucoplasia pilosa, pneumonia bacteriana. 3) entre 50 e 200 células/mm³: estágio com alta probabilidade de surgimento de doenças oportunistas como pneumocistose, toxoplasmose de SNC, neurocriptococose, histoplasmose, citomegalovirose localizada. Está associado à síndrome consumptiva, leucoencefalopatia multifocal progressiva, candidíase esofágica; 4) menor que 50 células/mm³: estágio com grave comprometimento de resposta imunitária; alto risco de surgimento de doenças oportunistas como citomegalovirose disseminada, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e infecção por micobactérias atípicas; alto risco, com baixa sobrevida (DIAGNÓSTICO.. , 2005).

Segundo Bezerra et al. (1998), esses valores levam em conta apenas a avaliação quantitativa. Alterações qualitativas na função dos linfócitos podem permitir o surgimento de condições oportunistas em pacientes com níveis diferentes de células T CD4+. Em crianças, a contagem de células T CD4+ tem níveis

diferentes de interpretação. Quando não há disponibilidade de quantificação da carga viral, pode-se basear na contagem de células T CD4+ para iniciar ou alterar terapêutica anti-retroviral.

Com relação ao teste de Radioimunoprecipitação, a detecção dos anticorpos decorre de reações com antígenos radioativos, os quais são obtidos de células infectadas, mantidas na presença de radioisótopos durante a síntese de proteínas virais. Precipitados formados da reação desses antígenos com anticorpos específicos são sedimentados, dissociados com detergente e, depois, analisados por eletroforese em gel de poliacrilamida. Segue-se a auto-radiografia. É uma técnica menos conhecida, mas que pode ser utilizada para confirmação de diagnóstico (AIDSPortugal, 2005).

Bezerra et al. (1998) apontam outros métodos utilizados para o diagnóstico laboratorial do HIV como as técnicas de cultura viral:

a) cultura de células mononucleares de sangue periférico para isolamento do HIV: essa técnica foi inicialmente utilizada para caracterizar o HIV como agente causador da AIDS. As culturas são observadas quanto à evidência de formação sincicial (células gigantes multinucleadas), presença de atividade da transcriptase reversa e produção de antígeno p24 em sobrenadantes. São consideradas positivas quando dois testes consecutivos detectam a presença dos achados acima descritos em valores superiores ao limite de corte (*cut-off*);

b) cultura quantitativa de células: é uma técnica que mede a carga viral intracelular, mediante a diluição seriada decrescente de uma população de 10^6 células do paciente infectado. Considera-se como positiva a menor diluição capaz de isolar alguma célula infectada; c) cultura quantitativa de plasma: técnica semelhante à anterior, porém utilizando-se alíquotas decrescentes de plasma. Considera-se

como positiva a menor diluição capaz de infectar células mononucleares. É um teste confirmatório.

Diante do exposto, considera-se importante apresentar as definições dos termos científicos *seroconversão* e *janela imunológica*.

Segundo AIDSPortugal (2005), *seroconversão* é a positividade da sorologia para o HIV. A *seroconversão* é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Essa recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nessa fase, observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T-CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis por nossa imunidade, particularmente os linfonodos.

Define-se por *Janela imunológica* o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a *seroconversão* (também chamada de *janela biológica*). O tempo decorrido para a sorologia anti-HIV tornar-se positiva é de seis a 12 semanas após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente dois meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de *seroconversão* nos primeiros cinco a oito meses após a transmissão (BEZERRA et al., 1998).

Para o tratamento do HIV/AIDS, existem dois tipos de produtos farmacêuticos: as drogas virucidas, que destroem os vírus, e as virustáticas, que impedem a sua multiplicação no organismo. Os medicamentos utilizados contra o HIV, salvo comprovações de outras pesquisas, são os virustáticos.

De acordo com Ramos (2004), a Terapia Anti-retroviral de Alta Potência (High Active Abtiroviral Therapy) – HAART - conhecida como coquetel, é um esquema terapêutico composto por dois inibidores da Transcriptase Reversa – ITR

(Zidovudina – AZT) e um inibidor de Protease (Nelfinavir) a qual foi apresentada pelo Dr. David Ho, na Conferência Mundial de AIDS, em Vancouver.

A implementação da Lei nº 9.313, de novembro de 1996, tornou obrigatória a distribuição gratuita, pelo governo brasileiro, de medicamentos para a AIDS, como: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (Zidovudina, Didanosina, Estavudina, Lamivudina e Abacavir), não-análogos de nucleosídeos (Nevirapina, Efavirez, Delovirdina) e os inibidores da protease (Saquinavir, Indinavir, Ritonavir, Nelfinavir, Amprenavir) (CLARET, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, as drogas liberadas para o tratamento anti-HIV fazem parte de duas classes: os inibidores da transcriptase reversa, que inibem a replicação do HIV, bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa que age convertendo o RNA viral em DNA; e os inibidores da protease, que agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease fundamental para a clivagem das cadeias protéicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV (VAZ et al., 2005).

A terapia anti-retroviral está sujeita a constantes mudanças. “As recomendações deverão ser revistas periodicamente, com o objetivo de incorporar novos conhecimentos gerados pelos ensaios clínicos “(BRASIL, 2004b, p.13).

Como este estudo trata de gestantes com HIV/AIDS, optei por apresentar, com mais especificidade, a terapia antiretroviral instituída no período gravídico-puerperal.

Pena et al. (2000) relatam que as drogas anti-retrovirais têm se mostrado eficazes no controle da replicação viral, diminuindo a progressão da doença e

reduzindo a incidência das complicações oportunistas, proporcionando uma maior sobrevivência e uma significativa qualidade de vida dos indivíduos. Em 1994, foi comprovado que o uso da Zidovudina (AZT) pela gestante infectada, durante a gestação, bem como pelo recém-nascido, durante as primeiras semanas de vida, reduz em até 2/3 o risco de transmissão da mãe para o filho. A partir de 1995, o tratamento com a monoterapia foi abandonado, passando a ser recomendada pelo Ministério da Saúde a utilização da terapia combinada com duas ou mais drogas anti-retrovirais para o controle da infecção crônica pelo HIV.

Para o Ministério da Saúde, a terapia combinada é o tratamento com associação de duas ou mais drogas anti-retrovirais da mesma classe farmacológica, (dois análogos nucleosídeos) ou classes diferentes (dois análogos nucleosídeos e um inibidor de protease) (IOANNIDIS et al., 2001).

O Programa Nacional de DST/AIDS, através do Consenso do Uso de Anti-retrovirais em gestantes 2004, recomenda iniciar a quimioprofilaxia a partir da 14ª semana gestacional, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ e nível de carga viral, como também a quimioprofilaxia, para a transmissão mãe-filho, continuando durante o trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2004c).

Segundo Vasconcelos et al. (2003), o Ministério da Saúde orienta também instituir a inibição clínica ou farmacológica da lactação e a substituição do aleitamento materno pela fórmula infantil (leite artificial).

Com relação à não-amamentação, devem ser reforçados junto à mãe, desde o início do pré-natal, os riscos da transmissão do vírus HIV pelo leite materno para o recém-nascido. Esse processo educativo deve ser contínuo em virtude da vulnerabilidade da gravidez e do forte desejo de amamentar, inerente à mulher.

A cesárea eletiva também é indicada quando a carga viral for desconhecida ou maior que 1.000 cópias e idade gestacional de 38 – 39 semanas, confirmada por ultrassonografia. O AZT intravenoso deve ser administrado à parturiente desde o início do trabalho de parto, ou quatro horas antes da cesariana eletiva, até o término do parto (VASCONCELOS et al., 2003).

A Zidovudina (AZT), sempre que possível, deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico à gestante HIV positivo. Para mulheres com carga viral entre 1.000 e 10.000 cópias, poderá ser considerado o uso de TAR combinada com esquema que inclua a Zidovudina. Preferencialmente, usar: AZT+3TC + Nevirapina ou AZT + 3TC + Nelfinavir, devendo ser tomados de 12 em 12 horas. É indicado iniciar a terapia anti-retroviral em qualquer idade gestacional, mesmo na hora do parto, quando, por alguma razão, for perdida a oportunidade de iniciar no início da gestação (BRASIL 2004c).

Ainda com relação à quimioprofilaxia, o Ministério da Saúde recomenda que os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV recebam a Zidovudina (AZT) solução oral, mesmo que suas mães não tenham recebido anti-retrovirais durante a gestação e/ou parto. A quimioprofilaxia deverá ser iniciada, de preferência, imediatamente após o nascimento (nas duas primeiras horas de vida) ou nas primeiras oito horas após o nascimento, devendo-se continuar o esquema terapêutico durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias). Não há estudos que comprovem benefícios da quimioprofilaxia com a Zidovudina após 48 horas do nascimento (CÂMARA; OLIVEIRA, 2004).

Imediatamente após o parto, deve-se lavar o recém-nascido com água e sabão e iniciar administração de AZT (Zidovudina, solução oral, 10mg/ml),

preferencialmente até a 8ª hora, na dose de 2mg/kg ou 0,2 ml/kg/dose a cada seis horas, durante seis semanas (42 dias de vida) (VASCONCELOS et al., 2003).

Para prematuros abaixo de 34 semanas, deve-se administrar 1,5 mg/kg/dose, VO ou IV, a cada 12 horas, nas primeiras duas semanas (até 14 dias), e 2mg/kg/dose a cada oito horas, VO ou IV, por mais quatro semanas. Nos bebês a termo, sem condições de administração por via oral, fazer uso intravenoso do AZT na dose de 1,5 mg/kg/dose, de 6/6 horas, diluído em uma concentração mínima de 4mg/ml e administrado em infusão de uma hora, preferentemente em bomba de infusão (BRASIL, 2004c).

A partir da sexta semana de vida, quando termina o uso do anti-retroviral xarope, a criança deve receber quimioprofilaxia para *Pneumocystis carinii*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprim (TMP), na dosagem de 750 mg de SMX/m²/dia, divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias consecutivos até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV (RODRIGUES, 2003; BRASIL, 2004b).

Vale ressaltar que os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, têm a função de orientar a mãe e/ou responsável pela criança quanto à importância do tratamento. Deve, portanto, comparecer às consultas mensais com o pediatra, conforme agendadas, a fim de realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança.

De acordo com estudo realizado, sob o patrocínio do fabricante do AZT, conhecido como protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group - ACTG 076, comprovou-se que o uso da Zidovudina reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5%, quando administrado à gestante durante a gravidez, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com fórmulas

infantis. Mesmo quando a intervenção com AZT é realizada tardiamente na gestação ou quando administrado apenas para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o nascimento, observou-se a diminuição de transmissão do HIV (WADE et al.,1998; BRASIL, 2002b).

Diante dessas informações, verifica-se que, mesmo com os esforços do Ministério da Saúde em disponibilizar AZT oral e outros anti-retrovirais (desde 1994) para todas as gestantes, AZT injetável (desde 1996) para todas as parturientes e AZT solução oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV, até 30 de março de 2002 foram notificados ao Ministério da Saúde 8.398 casos de Aids em menores de 13 anos de idade, dos quais 7.229 (86,1%) foram atribuídos à transmissão materno-infantil do HIV (GALVÃO, 2003).

Por isso é tão importante a adesão ao tratamento. Segundo Teixeira, Paiva e Shima (2000), considera-se uma resposta ideal à terapia anti-retroviral quando é observada uma adesão de 100%. Mesmo não conseguindo a melhor resposta, é necessária uma adesão acima de 95% para que o paciente atinja níveis de carga viral abaixo de 400 cópias/ml, índice indicativo de uma boa adesão à terapia.

Em pesquisa nacional sobre adesão, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) revela que pelo menos 27% dos pacientes brasileiros em tratamento anti-retroviral não seguem corretamente as orientações médicas (ADESÃO..., 2005).

Nesse aspecto, é importante considerar que fatores emocionais, orgânicos, sociais e culturais devem ser levados em consideração no processo de adesão à terapia anti-retroviral de gestantes com HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde adverte que para a escolha do esquema de terapia anti-retroviral, devem ser considerados fatores que influenciam na adesão, quais sejam: impacto da terapia na qualidade de vida, incluindo o número de medicamentos; frequência de administração e necessidade de ingestão com ou sem alimentos; habilidade dos responsáveis na administração de regimes complexos; potencial interação com outras drogas e efeitos colaterais (BRASIL, 1999).

Evidentemente, quando for garantida a qualidade na assistência à mãe durante o pré-natal, parto, puerpério, e ao recém-nascido, nos serviços destinados à assistência de portadoras do HIV e seus filhos, essa situação de não realização de exames e/ou não aderência ao tratamento pode ser revertida. Como a legislação brasileira não obriga as gestantes a realizarem o teste para a determinação de anticorpos anti-HIV (ELISA), de acordo com Ioannidis et al. (2001), é importante que elas sejam orientadas e esclarecidas sobre a importância de se detectar o mais precocemente a infecção pelo HIV, na tentativa de prevenir a transmissão vertical.

A partir do diagnóstico de HIV/AIDS durante a gestação, a gravidez é considerada de risco. Conforme afirmam Behrman e Vaughan (1990), quando o feto e a mulher estão em risco, isso decorre em função de uma doença orgânica crônica ou aguda, significando um desenvolvimento inadequado para o conceito e/ou para a gestante, afetando negativamente o resultado da gravidez.

Por isso, os cuidados com a gestante devem ser redobrados. Ainda é alarmante reconhecer que, mesmo com as medidas governamentais para promover uma maternidade segura, o óbito materno ainda apresenta dados elevados. A World Health Organization (2001) estima que, no mundo todo, 515 mulheres morrem de complicações durante a gravidez e o parto, enquanto outras 50 milhões sofrem conseqüências adversas depois do parto. No Brasil, a taxa de mortalidade, ou seja,

óbitos de mulheres em decorrência da gravidez, do parto ou do puerpério, transita em torno de 10/1000.000 nascidos vivos. Essa taxa é 25 vezes maior do que a do Canadá, por exemplo.

Por sua vez, anualmente, no Brasil, são registradas mais de duas mil mortes de mulheres e mais de 38 mil mortes de recém-nascidos por complicações da gravidez, do aborto, do parto ou do pós-parto (PACTO..., 2005).

Na Paraíba, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, foram notificadas 17 (dezesete) mortes maternas, de janeiro a julho de 2005, quase o total das notificadas durante todo o ano passado (PARAÍBA, 2005b).

Refletindo sobre essas concepções considero que os profissionais de saúde têm importante papel tanto na redução da transmissão vertical quanto nas dificuldades enfrentadas pelas gestantes HIV+, especialmente nos serviços de saúde.

Surge, então, a necessidade de medidas concretas que reorganizem o processo de assistência à gestante HIV+ e à criança exposta de forma mais ética, humana e social, respeitando as singularidades e assegurando os direitos básicos, especialmente o direito à vida.

Portanto, uma dessas medidas é começar ampliando os conhecimentos sobre a Bioética, que promove reflexões sobre a assistência de saúde, que deve ser praticada sem atitudes preconceituosas e discriminatórias, buscando a melhor forma de atender aos anseios de gestantes que convivem com o HIV/AIDS.

A Bioética, traduzida como ética da vida, tem como princípio fundamental o respeito ao ser humano, pautado em três princípios fundamentais: autonomia, beneficência e justiça. Esses princípios, segundo Gracia (1990, p.337), são

considerados a “trindade bioética”, ou seja: paciente (autonomia), médico (beneficência) e sociedade (justiça).

Nesse sentido, apresenta-se, a seguir, um breve resgate histórico da Bioética, ressaltando os aspectos relacionados ao paradigma principlista - Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência, Justiça (equidade), enfocando, também, os direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS.

2.2 BIOÉTICA: direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS no âmbito assistencial

A ética, focada na dignidade do ser humano, sedimenta o ideário de a vida do ser humano ser conduzida em favor do bem-comum.

O termo *ética*, do grego *ethos*, foi a primeira denominação que recebeu a questão do correto proceder. Tanto assim que toda profissão regulamentada tem seu código de ética. Ela está ligada à filosofia moral.

Segundo Sá (1999), o termo *moral* deriva do latim *mós* ou *mores*, significando costumes, conduta de vida. Refere-se às regras de conduta humana do cotidiano. A ética é uma análise do comportamento humano (conjunto de relações), e a moral é a avaliação do comportamento humano à luz da teologia, da bíblia, como critério do juízo de Deus ou à luz de uma ideologia.

A ética originou-se na Grécia, há 25 séculos, pelos filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles. Baseava-se nas virtudes, e não, nos princípios. Para eles, a ética era um fenômeno da essência humana. Por isso, era subordinada à metafísica (parte da filosofia que procura determinar as regras fundamentais do pensamento), a

qual definia a essência humana, enquanto a ética definia os comportamentos, segundo a natureza humana. A ética deriva da filosofia. Por essa razão procura determinar qual o modo mais proveitoso de se conduzir na vida, tendo como objetivo final a felicidade humana (BARCHIFONTAINE, 2004).

Na tradução romana, ética é sinônimo de moral *Magna Moralis*. Porém há uma distinção entre ética e moral. A ética é a ciência que investiga os princípios que orientam o agir humano dirigido pela razão; a moral é o conjunto de crenças e regras de conduta, sujeitas a uma série de contingências culturais e históricas e que orienta o comportamento dos indivíduos nas sociedades (AGUIAR, 2003).

Na Era Cristã, o comportamento era julgado pela teologia, e a ética se identificava com os ideais religiosos. O homem viveria para conhecer, amar e servir a Deus diretamente e a seus irmãos (BARCHIFONTAINE, 2004).

Na Idade Moderna, com Descartes, a ética baseada na metafísica e na teologia é colocada em segundo plano. Ele divulgou a ética enunciada no discurso do método: o ideal ético seria viver de acordo com a sua liberdade pessoal. Para Kant, o ideal ético era o da autonomia individual – o homem racional, autônomo, autodeterminado, agindo segundo a razão e a liberdade. Hegel defendia o ideal ético numa vida livre dentro de um Estado livre de Direito, que preservasse os direitos dos homens e cobrasse deles seus deveres, e a consciência moral e as leis não estivessem nem separadas nem em contradição (VALLS, 2004).

Na Idade Contemporânea, em virtude dos avanços das ciências, globalização, luta pela sobrevivência, há uma dificuldade de se formular um ideal ético coerente. Os pensadores privilegiam o ideal ético no plano pessoal. O pensamento social e dialético busca a idéia de uma vida social mais justa,

esquecendo o céu e se preocupando com a terra, numa construção de mundo mais humano (BARCHIFONTAINE, 2004).

A ética passou a ser motivo de preocupação, sobretudo a partir dos anos setenta, do século passado, resultando no surgimento da Bioética para guiar as decisões e condutas morais das ciências da vida e da saúde. Essa ciência nasceu como uma nova proposta para subsidiar a análise das questões éticas emergentes das últimas décadas, que afligem o homem e se relacionam ao campo da saúde e da vida. Dessa forma, na atualidade, muitas decisões dos profissionais de saúde, antes invioláveis, são resgatadas e analisadas à luz da Bioética, por teólogos, filósofos e políticos, na defesa dos direitos das pessoas sobre seu corpo e sua vida (BUEY, 2002).

A bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bio* (vida) e *ethike* ou *ethos* (ética), significando ética da vida. É interdisciplinar, envolvendo a ética médica e o direito. Tem muitas definições como a citada por Molina; Albuquerque e Dias (2003, p.16), de ser “uma reflexão ética, com múltiplas abordagens, no fenômeno Vida, em suas diversas formas.”

Urban (2003, p.6) também cita o conceito de bioética descrito na Encyclopedia of Bioethics, considerando como o que mais se aproxima do seu ideal: “Estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, as decisões, a conduta e as linhas que guiam – das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas e uma impostação interdisciplinar”.

Para Barboza (2000) a *Boética* é o estudo sistemático da moralidade, da conduta humana na área das ciências da vida, procurando averiguar se seria lícito ou cientificamente possível.

A Bioética é definida por Russo (2001, p.12) como a “ciência sistemática do ser humano ético que indaga os âmbitos transformadores do mundo biológico”.

Vale ressaltar que a palavra *bioética* foi usada pela primeira vez, em 1971, referindo-se aos problemas morais que emergiram nas pesquisas em biologia (BOFF, 2003).

O marco teórico da bioética atual é a obra *Bioética: a ponte para o futuro*, do biólogo e oncologista Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin, Madison, Estados Unidos, publicada em janeiro de 1971. Para ele, o futuro da humanidade dependeria muito dos biólogos, pois seriam eles os condutores de uma forma mais ética de vida e poderiam garantir que a *big science* resolvesse os quatro *big* bioproblemas: alimentação, saúde, degradação ambiental e crescimento demográfico. Para Potter, escolheu-se do ‘*bio*’ para representar o conhecimento biológico dos sistemas vivos e ‘*ética*’ para representar o conhecimento dos sistemas dos valores humanos (OLIVEIRA; MOTA, 2003).

Por outro lado, segundo Gafo Fernández (2000), a Bioética teve sua pedra fundamental lançada por ocasião do Tribunal de Nuremberg – tribunal extraordinário instituído por iniciativa dos países vencedores da Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos, Inglaterra e União Soviética, com a proposta de defender os direitos humanos.

O referido autor resalta ainda que, em face da capacidade dos cientistas de proceder a experiências sem observar limites entre o bem e o mal, como as realizadas antes, durante e depois da Segunda Guerra Mundial, as de eugenia racial, em vários países da Europa, experiências com homens sífilíticos negros em Tuskegee, Alabama, de 1932 a 1972, as de fertilização artificial, os diversos questionamentos e paradoxos da atualidade, a Bioética deixa de ter o conceito

vinculado apenas à biologia, como o utilizado por Potter, vindo a incorporar um significado e uma atuação mais abrangentes.

Assim, em julho de 1971, o obstetra, fisiologista e demógrafo, André Hellegers utilizou o termo *bioética* aplicando-o à ética médica e à pesquisa biomédica, consagrando o termo nos meios acadêmicos e junto à opinião pública (BARCHIFONTAINE, 2004).

De acordo com Pessini e Barchifontaine (2003), para responder às necessidades de regulamentação ética nas pesquisas, em 1974, o Congresso Norte-Americano criou o National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, objetivando a elaboração de princípios éticos básicos que norteassem a experimentação em seres humanos nas ciências de comportamento e na biomedicina. Em 1978, esse documento, intitulado Relatório Belmont identificou três princípios éticos a serem seguidos: 1) respeito pelas pessoas (autonomia); 2) beneficência (não causar danos) e 3) justiça (igualdade).

Esses princípios éticos, contidos na corrente do princípalismo, garantem uma harmonia e interdependência quando aplicados na prática. Todavia, a Bioética apresenta diversos paradigmas do que deve ser considerado correto como o utilitarismo, o princípalismo, a moral secular e o personalismo. Dessa forma, neste estudo, ressalta-se os aspectos da corrente princípalista por defender critérios voltados para todos os indivíduos como a autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Segundo Lolas (2004), no princípio da autonomia, a vontade do indivíduo é um pré-requisito fundamental para a participação na pesquisa científica. O consentimento somente é válido após a informação e a compreensão sobre a pesquisa a ser realizada, não causando danos intencionais.

Do ponto de vista de Molina; Albuquerque e Dias (2003, p.17), o princípio da Não-maleficência é uma versão do termo médico “*primun non nocere*”, atribuído a Hipócrates, significando “primeiro não lesar, “primeiro não causar danos ou malefícios”, às pessoas de um modo geral, e aos enfermos, de forma particular. Portanto, é um dever de todo profissional de saúde e de todo cidadão evitar malefícios físicos, emocionais ou sociais a quem quer que seja.

Para Diniz e Guilhem (2002, p.16), no princípio da Beneficência, avalia-se continuamente a relação risco-benefício para as pessoas envolvidas, fazendo o bem e favorecendo a qualidade de vida.

O princípio Justiça envolve a equidade, igualdade e universalidade. É o respeito pelas pessoas, independente de classe social, gênero, cor ou religião. “É o direito a ter direito aos outros três princípios bioéticos (beneficência, não maleficência e autonomia” (MOLINA; ALBUQUERQUE; DIAS, 2003, p.21).

Cumprir assinalar que todos esses princípios da Bioética devem ser observados de modo harmonioso, tanto para poder normatizar as pesquisas em seres humanos quanto para proporcionar a todo indivíduo a qualidade de vida e o exercício pleno da cidadania.

Segundo Costa e Valle (2000), para normatizar a pesquisa em seres humanos, o primeiro documento publicado no Brasil foi a Resolução nº 01/88 do Conselho Nacional de Saúde. Em virtude do avanço científico, dos novos conceitos de bioética e das dificuldades operacionais durante a sua vigência, houve uma revisão no texto, resultando na elaboração do documento “*Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos*”, contidas na Resolução nº 196/96, que incorpora os pressupostos básicos da Bioética, assim como os paradigmas éticos da *autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça*.

Dessa forma, a Bioética começa a se consolidar no Brasil, com mais ênfase após o lançamento do periódico bioética, em 1993, editado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em seguida, é criada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), entidade com a finalidade de difundir essa ciência através dos pesquisadores. Em 1996, em âmbito nacional, foi editada a Resolução 196/96, norma que regulamentou a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), uma instância sobrerreguladora dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), os quais também foram institucionalizados em nível local para acompanhar eticamente as pesquisas envolvendo seres humanos (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Para Garrafa (2003), a Bioética, surgida no mundo nos anos 1970, veio para auxiliar na tomada de decisões diante de problemas antigos, como a exclusão social ou questões novas, como a AIDS, decorrentes do desenvolvimento, sobre as quais nunca havíamos pensado. Ela oferece ferramentas teóricas e metodológicas baseadas na análise dos fatos sob vários pontos de vista, na separação entre Estado e religião e na complexidade do conhecimento. Para evitar abusos nas pesquisas com seres humanos, foi criado um documento, termo de consentimento informado, aceito internacionalmente, no qual os participantes da pesquisa afirmam que estão cientes das condições do estudo. No Brasil, face ao nível sócio-econômico baixo e ao elevado percentual de analfabetismo, às vezes, torna-se difícil o entendimento das informações. Por isso, a CONEP definiu para o Brasil esse instrumento, com a expressão 'consentimento livre e esclarecido'.

A Bioética, diversamente dos estudos baseados em estatutos, códigos, leis, não procura respostas definitivas para os conflitos morais surgidos com o desenvolvimento das profissões ou nas relações dos profissionais de saúde com os seus pacientes, mas se caracteriza por uma análise processual desses conflitos a

partir de uma ética minimalista que permita a meditação, ou seja, a solução pacífica para as diferenças (COSTA; VALLE, 2000).

Assim, o papel da Bioética não é a obrigatória resolução dos conflitos, mas a capacidade de desenvolver tolerância respeitosa que nos permita conviver pacificamente com moralidades diferentes da nossa, em um mundo secularizado e complexo, que há muito tempo deixou de ser canônico (GARRAFA, 2003).

A bioética é um campo de luta que aglutina diferentes movimentos sociais, buscando garantir a cidadania em espaços e em momentos nos quais as pessoas se encontram em geral vulneráveis: na busca da saúde ou diante da ciência (DIAS, 2000; OLIVEIRA; MOTA, 2003).

No campo da Bioética, os direitos do paciente portador de HIV/AIDS têm sido também motivos de destaque, principalmente pela riqueza de possibilidades diagnósticas e terapêuticas surgidas na atualidade.

Vale salientar que têm emergido legislações específicas sobre os direitos do ser humano frente ao processo de assistência, que abordam diretrizes ou normas a serem seguidas por instituições e/ou profissionais de saúde, na efetividade dessa assistência ao *ser* paciente.

Essas diretrizes são expressas em manuais de direitos do paciente, em âmbito internacional proposto pela Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares dos Estados Unidos, e em nacional, a exemplo da Cartilha dos Direitos do Paciente, elaborada pelo Fórum de Patologias do Estado de São Paulo. Há ainda os Códigos de Ética Médica e dos demais profissionais da saúde que delineiam alguns direitos que devem ser garantidos ao paciente (BRASIL, 2003b).

Em se tratando dos direitos da paciente portadora de HIV/AIDS, é importante ressaltar que o avanço do HIV/AIDS promoveu, no mundo todo, questionamentos éticos sobre o agir humano e, conseqüentemente, a necessidade de posturas de solidariedade, amor, respeito, enfim, relações mais humanas, para conduzir a luta por leis que assegurem direitos às pessoas portadoras de HIV/AIDS em todas as fases de suas vidas, pois o direito é tão essencial à vida como a necessidade de respirar.

Dentro dessa realidade pluralista, o HIV/AIDS é abordado, do ponto de vista ético, com certo cuidado porque a epidemia vem associada à questão da sexualidade, cujos valores adquirem conotações diferentes de acordo com a cultura de cada indivíduo. Nesse sentido, corroboramos a opinião de Costa e Valle (2000, p.19), quando destacam que “só podemos julgar moralmente uma conduta quando podemos reconhecê-la como portadora de um sentido ético”.

Por sua vez, Scheffer (1998) alerta para a necessidade de mais atenção aos debates sobre os aspectos éticos, tendo em vista que cresce a cada dia o número de infectados em HIV/AIDS, a presença da indústria farmacêutica, disponibilizando financiamentos em todos os campos de pesquisas, além da quantidade de atores envolvidos no processo. Por isso, torna-se importante a reflexão no campo da Bioética por parte de profissionais de saúde no que concerne aos direitos, especialmente de gestantes portadoras de HIV/AIDS, para fundamentar o atendimento de saúde.

Como pressuposto fundamental, considera-se que nenhum indivíduo chega à condição de cidadão sem que conheça e usufrua dos seus direitos. Razão por que a promoção contínua do processo educativo é uma ferramenta essencial para consolidar a cidadania, especialmente de gestantes portadoras de HIV/AIDS.

Nesse sentido, com base nas declarações internacionais de direitos humanos, as pessoas que convivem com o HIV/AIDS têm direitos que devem ser garantidos. Em contrapartida, alguns deveres também devem ser observados para a qualidade de vida. Contudo infere-se que, no Brasil, muitas delas desconhecem esses direitos e deveres, principalmente em razão do baixo nível educacional.

Segundo Bobbio (1992), o problema fundamental em relação aos direitos é protegê-los, haja vista que se trata de um problema não filosófico, mas político. Por isso, acredita-se ser relevante abordar, inicialmente, os aspectos conceituais de dever e de direito.

Tendo em vista que o referencial da Bioética embasou o discurso de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, serão apresentados a seguir, alguns direitos e deveres de gestantes portadoras de HIV/AIDS.

Antes, contudo, será feita uma breve abordagem sobre os conceitos de direito e dever.

Dever é uma obrigação moral. Obrigação pessoal inevitável, inerente a toda pessoa de fazer ou não fazer senão o que a lei ordena ou proíbe (LUFT, 1999; NUNES, 1999).

Dever é a “determinação da vontade, imposta pelo direito, pela lei, pela razão ou pela moral, obrigação moral ou jurídica, imperativo da consciência. Estar obrigado a uma prestação” (NUNES, 1999, p.405).

Direito do ponto de vista de Nunes (1999, p. 412), é o “conjunto de normas obrigatórias que regem as relações entre as pessoas na sociedade. É a norma de agir, de exteriorizar o direito pela ação”.

O referido autor acrescenta, ainda que direito é

a realização da lei, subjetivamente considerado, é o interesse protegido pela ordem jurídica, ou poder ou faculdade que cada um tem de agir, praticar, ou não livremente, um ato lícito, ou exigir que outrem o pratique ou se abstenha de o praticar.

Nessa perspectiva, os direitos humanos são o resultado do pensamento filosófico, jurídico e político da humanidade. E, modernamente, são entendidos como aqueles direitos fundamentais de que o ser humano dispõe, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir (HERKENHOFF,2004).

Silva (2002a, p.3), concebe que os direitos humanos são

direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, portadores de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e migrantes refugiados, portadores de HIV, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados, e sua integridade física protegida e assegurada.

Diante dessas definições e considerando que os direitos pertencem a todos os cidadãos, transcrevem-se, a seguir, conforme Urban (2003, p.209-217), alguns direitos fundamentais do paciente, relacionados à assistência de saúde, a saber:

1. "Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado;
2. Ter um serviço público de atendimento à saúde de qualidade e sem custos adicionais;
3. Decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar;
4. Ter respeitada a sua privacidade e integridade física, psicológica e moral;

5. Não sofrer discriminação de qualquer espécie;
6. Ter atendimento adequado às suas necessidades, sem limitações de ordem burocráticas, funcionais ou de tempo;
7. Ser atendido incondicionalmente em situações de emergência e de urgência;
8. Escolher livremente, em qualquer etapa de seu tratamento, o estabelecimento de saúde e a equipe médica que deseja para efetivarem o seu tratamento;
9. Ser atendido por profissional capacitado e constantemente atualizado - a atualização constante é um dever do médico em prol do paciente;
10. Ser respeitado pela sua operadora de saúde complementar;
11. Estar informado pessoalmente ou por meio de seu representante legal sobre seu diagnóstico e prognóstico;
12. Consentir, após informação detalhada, cada uma das etapas do seu tratamento;
13. Ter seu prontuário médico corretamente preenchido e de livre acesso a sua pessoa ou ao seu representante legal;
14. Receber laudos médicos quando solicitar;
15. Ter suas vantagens legais respeitadas,;
16. Ter seu segredo médico mantido;
17. Reclamar da qualidade do atendimento;
18. Receber reparação em caso de dano.”

Diante da apresentação dos direitos de todos os pacientes, elencam-se, ainda, alguns direitos garantidos às gestantes, descritos por Bemfica (2004, p. 6-7) na Cartilha dos Direitos da Gestante, quais sejam:

1. “direito à saúde: de atendimento com respeito e qualidade: recebimento do cartão da gestante, logo na primeira consulta; realização do pré-natal, com pelo menos 6 consultas até o final da gestação; realização de exames – de sangue, fezes, urina, preventivo de câncer de colo do útero (papanicolau), teste anti-HIV, ultrassonografia e outros mais sofisticados, conforme a necessidade; vacinas;
2. direitos sociais: de prioridades nas filas de atendimento; prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos; garantir a sexualidade;
3. direitos na fase do parto: de garantia do acesso à maternidade na hora do parto; de ser escutada em suas queixas e reclamações e ter suas dúvidas esclarecidas; de escolher o parto que deseja; de expressar os sentimentos e suas reações livremente; de ser atendida por uma equipe preparada e atenciosa; de usar roupas confortáveis e de acordo com o seu tamanho; de não se submeter a uma cesariana, a menos que haja risco para a mãe e o bebê; de ter um acompanhante no momento do parto; de optar por um parto sem dor, mesmo sendo o parto vaginal, é possível usar anestesia;
4. direitos no período do pós-parto: de ter a criança a seu lado, em alojamento conjunto; receber orientações sobre a amamentação [ou não-amamentação, quando for o caso] desde o pré-natal até o momento da alta; de ser orientada sobre a consulta pós-parto da mãe e do bebê; registrar o bebê, gratuitamente, em qualquer cartório, logo que deixar a maternidade;

5. direitos no trabalho: de não ser demitida se estiver grávida, estendendo-se esse período até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa; mudar de função ou setor, caso possa ter problemas com a sua saúde e do bebê; licença-maternidade de 120 dias, recebendo salário integral e benefícios legais, a partir do oitavo mês de gestação; de ser dispensada, todos os dias do trabalho, por dois períodos de 30 minutos, para amamentar, até o bebê completar seis meses; colocar o bebê na creche, caso a empresa possua uma, em razão de ter no seu quadro pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade”.

Diante do exposto, acredita-se que as gestantes portadoras de HIV/AIDS têm a garantia aos direitos fundamentais de qualquer cidadão. Entretanto, em razão da sua situação de vulnerabilidade, apontam-se, neste estudo, alguns direitos específicos, tais como: o direito de engravidar; direito à saúde; direito aos medicamentos anti-retrovirais; direito à fórmula infantil (leite artificial) para o bebê; direito ao sigilo e à informação ao cônjuge/responsável e direito à realização da sorologia anti-HIV. Todos esses direitos serão descritos a seguir.

Direito de engravidar

A mulher portadora do HIV tem o direito de engravidar. No entanto deverá ser informada dos problemas que poderá ter, das condições de assistência, dos medicamentos e das formas de tratamento existentes, bem como da possibilidade de seu filho nascer infectado pelo HIV. Atualmente, com o devido acompanhamento

no pré-natal, o risco de uma criança nascer soropositiva está em torno de 6% (SILVA, 2002a).

De acordo com a legislação brasileira, só é permitida a interrupção da gestação nos casos de estupro ou de risco iminente de vida da mãe. A possibilidade de doença do feto não é considerada como justificativa legal para o abortamento. E, no caso da infecção pelo HIV, mesmo sem intervenção profilática (uso do AZT e instituição da fórmula infantil), 74,5% nascerão livres do HIV (BRASIL, 2003b).

Portanto, segundo Vasconcelos et al. (2003, p.32), no parecer do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 11/92, aprovado em 14/02/1992, os doutores Guido Carlos Levi e Gabriel Wolf Oselka ressaltam que

a alta probabilidade de transmissão para o filho (cerca de 30%) e, nesse caso, a certeza de uma vida relativamente curta e cheia de sofrimentos, deveria ser um desestímulo poderoso ao desejo de engravidar de qualquer mulher infectada pelo HIV. No entanto, isto pode não ocorrer, ou por ignorância dos riscos e conseqüências, ou por desinteresse quanto a estes ou por crenças religiosas ou filosóficas. O parecer considerou que, nessas circunstâncias, o papel do médico deve ser informativo, fornecendo à mulher infectada todos os dados atualmente disponíveis relativos ao assunto. Não pode, no entanto, impedi-la de ter um filho, se essa for sua decisão, nem poderá negar (e isto vale também para instituições de assistência médica) assistência futura a essa mulher.

Nesse sentido, inexistente substrato para interrupção de gravidez somente pelo fato de a mãe ser HIV positivo, o que é reforçado por França (2003), ao afirmar que HIV não justifica o aborto.

No que diz respeito à esterilização da mulher, Führer e Führer (2002,p.44) explicam que, no Brasil, esse ato pode configurar crime, conforme previsto no Art. 129, § 2º, III, do Código Penal –

ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem resulta, III: perda ou inutilização de membro, sentido ou função. A pena é a reclusão de 2 a 8 anos. A esterilização, também no caso da mulher HIV positiva, sendo feita com dolo, é considerada ofensa à integridade corporal, com perda de uma função (procriadora).

No entanto, uma nova interpretação tem sido dada a esse artigo. A esterilização permanente estaria tipificada como crime, quando praticada com dolo, desconhecimento ou não-concordância da paciente, ou ainda por acidente culposo durante atos cirúrgicos (imperícia, negligência ou imprudência). Não haveria crime quando a paciente, voluntária e conscientemente, optasse por essa forma de planejamento familiar (VASCONCELOS, et al., 2003).

Direito à saúde

A saúde é um direito fundamental do cidadão, oriundo dos direitos naturais e já inseridos na Declaração Universal dos Direitos Humanos. O direito à saúde e assistência médica está elencado nos Artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa Brasileira. Portanto, saúde é um direito de todos e dever dos municípios, Estados e da União, através do Sistema Único de Saúde - SUS. As Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde, garantem a todos os residentes no Brasil assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A implantação dessas leis e a consolidação de seus princípios requerem um importante papel de todos os envolvidos: gestores, profissionais e usuários (SILVA, 2002a; URBAN, 2003).

Saúde é o direito à qualidade de vida. Para ter saúde, é preciso acesso à habitação, ao trabalho, à alimentação, à renda, à educação, segurança e ao lazer.

Garantir o direito à saúde é responsabilidade do governo, por meio de suas políticas econômicas e sociais efetivas, mas também é responsabilidade da sociedade (ROCHA; ROCHA, 2002; VIEIRA, 2004).

Direito aos medicamentos anti-retrovirais

Com a descoberta e combinação de drogas (indinavir, ritonavir, saquinavir, AZT, 3TC, ddc, Zidovudine, etc), vulgarmente conhecidas como coquetel, para o combate ao HIV, a lei nº 9.313/93, no seu Art. 1º, assegura aos portadores do HIV/AIDS o recebimento gratuito, através do SUS, de toda a medicação necessária ao seu tratamento assim como Carga Viral, CD4 e Genotipagem, para o HIV (MOSOGLIATO et al., 2002).

Gestantes infectadas pelo HIV com CD4 < 500mm³, carga viral elevada e/ou sintomática poderão receber terapêutica anti-retroviral combinada, a critério médico, após discussão dos riscos com a paciente, de acordo com o “Consenso sobre Terapia Antiretroviral para adultos e Adolescentes infectados pelo HIV-1997”, da Coordenação Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 2004b).

Silva (2002a) informa que a Lei 8.080/90 garante a todos os residentes no Brasil assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Também é assegurado a todas as pessoas soropositivas o acesso aos medicamentos necessários, inclusive para as doenças oportunistas, através da lei 9.326/93.

É inegável que o Brasil defendeu a bandeira da gratuidade dos medicamentos antiretrovirais. Assim, todos os portadores de HIV/AIDS têm o direito de receber gratuitamente do SUS a medicação necessária para o tratamento,

cabendo ao Ministério da Saúde padronizar os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da doença (DIREITOS..., 2005).

Direito à fórmula infantil (leite artificial) para o bebê

Em face de contra-indicação do aleitamento materno, a criança verticalmente exposta ao HIV deverá ser alimentada com fórmula infantil (leite artificial) adequada à sua idade, para garantir as condições de perfeito crescimento e desenvolvimento. O governo brasileiro instituiu a distribuição gratuita da fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, nos serviços vinculados ao SUS, como importante ação na redução da transmissão vertical do HIV (CÂMARA; OLIVEIRA, 2004; BRASIL, 2005).

De acordo com as normas do Serviço de Assistência Especializada (SAE) de João Pessoa-PB, para o desenvolvimento adequado da criança, devem ser fornecidas à mãe ou responsável quatro latas de leite na alta hospitalar, após orientação do preparo pela médica pediatra, bem como agendar consulta após oito dias para a criança no SAE, onde será realizada avaliação pediátrica do recém-nascido e entregues mais seis latas, totalizando dez latas mensais.

O leite artificial é distribuído pelo governo brasileiro, através dos Estados e municípios qualificados para o recebimento do incentivo, no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST's, conforme Portaria nº 1.071, de 9.07.2003, que dispõe sobre leite artificial (VASCONCELOS et al., 2003).

Direito ao sigilo e à Informação ao cônjuge/responsável

O sigilo é um direito do paciente, e os profissionais de saúde têm o dever de respeitá-lo, salvo em condições excepcionais. A paciente portadora de HIV não está excluída dessa proteção. Porém, em situações especiais, como no caso de não desejar revelar o diagnóstico ao parceiro, aceita-se a existência de direito e dever do médico de revelar, mesmo sem a concordância da paciente. Estão incluídos, nesse grupo, os cônjuges, parceiros sexuais conhecidos, cônjuge futuro e membros de grupo de uso de drogas injetáveis (CONSELHO..., 2003; FRANÇA, 2003).

Essa ruptura do sigilo estaria amparada no dever de proteção à saúde de terceiros. Porém devem ser envidados todos os esforços na tentativa de que o (a) próprio (a) paciente informe ao cônjuge a sua condição ou que concorde que essa revelação deve ser feita. “Sendo infrutíferos os esforços, a comunicação deverá ser feita pelo médico, configurando uma atitude de justa causa, prevista no artigo 102 do Código de Ética Médica (CFM nº 14/88).” (VASCONCELOS et al., 2003, p.33).

Direito à sorologia anti-HIV

O teste anti-HIV é indicado pelo Ministério da Saúde como um direito e um dever de toda gestante, para proteger o bebê contra a AIDS. Entretanto, a Constituição da República Federativa Brasileira determina, no seu Art.5º, II, que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.” (BRASIL, 1998, p.5).

Está claro o direito da pessoa quanto à liberdade de realizar o teste, voluntariamente ou não. Contudo, de acordo com as considerações éticas do

Ministério da Saúde, quanto à sorologia anti-HIV no pré-natal, revelam que “são evidentes hoje os benefícios de um diagnóstico precoce de infecção pelo HIV” (VASCONCELOS et al., 2003, p.33).

Portanto, é assegurado à gestante o direito de decidir pela realização do teste anti-HIV. Segundo o Ministério da Saúde, o “teste anti-HIV deve ser voluntário e confidencial” e sempre precedido de aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 1999, p.3).

Esse órgão ressalta também que, sendo o resultado positivo, permitirá orientação quanto aos comportamentos de risco a serem evitados para prevenir a infecção e identificar candidatas aos benefícios terapêuticos tornados disponíveis nos últimos anos e a instituição de medidas que reduzam o risco de transmissão vertical e eventual instituição de terapêutica anti-retroviral para a criança. Da mesma maneira permitirá, ainda, orientação adequada quanto aos cuidados pós-natais (não-amamentação, sexo seguro e instituição da fórmula infantil).

No entanto é importante a necessidade de se obter autorização específica, mesmo que verbal, para a realização dessa prova, bem como a garantia do sigilo quanto ao resultado e aconselhamento pré-teste (antes da solicitação do exame) e pós-teste (após o resultado), garantindo o sigilo do resultado. Por outro lado, a recusa por parte da mulher não deve trazer prejuízos para ela, não podendo a mesma ser ameaçada nesse sentido. É dever do profissional de saúde fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a recusa da mulher em realizar o exame (VASCONCELOS et al., 2003).

Vale lembrar que é de extrema importância o registro de informações fidedignas no prontuário da paciente, haja vista que elas irão contribuir para a notificação de gestantes e crianças expostas junto ao Ministério da Saúde.

É importante considerar que, além dos direitos, as gestantes portadoras de HIV/AIDS também têm deveres que precisam ser praticados com a finalidade de evitar a propagação do vírus HIV, como os descritos a seguir.

Dever de não amamentar

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996, sobre leite humano, adota as seguintes medidas: as mulheres infectadas pelo HIV “não devem amamentar seus próprios filhos nem doar leite materno”. O aleitamento cruzado, isto é, em alojamento conjunto ou por amas-de-leite, também não deve ser realizado. Em caso de extrema necessidade - sobrevivência do bebê – realiza-se a pausterização do leite em bancos de leite humano numa temperatura de 62,5°C por 30' (BRASIL, 2000, p. 215).

Continuando nessa linha de pensamento, Gurgel (2003) acrescenta outros deveres, como:

- **Informar os profissionais de saúde sobre a sorologia** – quando da realização de consultas com outros profissionais, como o odontólogo, por exemplo, a paciente tem o dever de informá-lo sobre sua sorologia;
- **Recusar-se à prática de sexo inseguro** - se não observadas as técnicas do sexo seguro (uso de preservativo em todas as relações

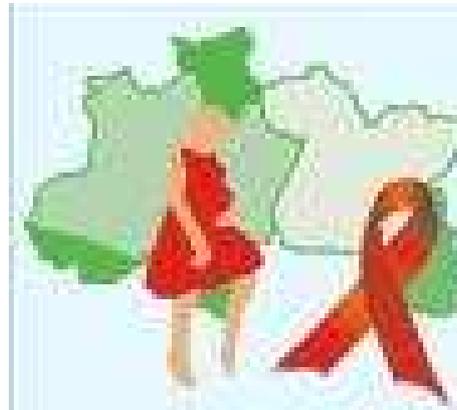
sexuais), a paciente tem o dever de recusar a prática do sexo para evitar maiores riscos à sua saúde;

- **Não permitir, através de vigilância contínua, que o parceiro deixe-se contaminar**, mesmo que ele não saiba o diagnóstico e/ou expresse o desejo de se tornar parceiro na soropositividade.

De acordo com a minha vivência na assistência de saúde, creio ser indispensável que gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS realizem a prática de outros deveres, além dos já citados, com o intuito de se alcançar um maior cuidado com a sua saúde e qualidade de vida. Assim, sugiro os seguintes deveres: a) Colaborar com os profissionais de saúde que a assistem; b) Solicitar aos profissionais capacitados informações sobre a doença; c) Informar o diagnóstico aos parceiros sexuais; d) Obter informação e aconselhamento sobre o momento adequado de ter filhos; e) Usar preservativo em todas as relações sexuais; f) Realizar e/ou providenciar a higiene nos locais onde derramem sangue ou outras secreções corporais; g) Não repassar seringas contaminadas para outrem.

Portanto, sendo os direitos e deveres respeitados e cumpridos, igualmente, abre-se mais uma fronteira na luta eficaz contra a epidemia da AIDS.

Após a exposição desses temas, apresenta-se, a seguir, a trajetória metodológica da pesquisa.



Trajetória Metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, cuja modalidade, segundo Tobar e Yalour (2001, p.64), é “realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado [...]”. A abordagem utilizada foi a qualitativa que, do ponto de vista das autoras Polit e Hungler (2002, p. 270), fundamenta-se “nos aspectos dinâmicos e naturalistas, levando em consideração a experiência humana”.

A pesquisa realizou-se no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), município de João Pessoa - Paraíba, nos serviços de Assistência Especializada Materno-Infantil – SAEMI e na Clínica Obstétrica, respectivamente, no período de fevereiro a março de 2005.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley é uma instituição pública, não-lucrativa e tem a finalidade assistencial e de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. É um órgão suplementar da Universidade Federal da Paraíba, subordinado à Reitoria e ligado ao Ministério da Educação.

Das suas mais diversas finalidades, ressaltam-se: prestar assistência à saúde da comunidade, em todos os níveis (primário, secundário e terciário); servir de campo de estágio para o ensino de graduação e pós-graduação das profissões de saúde e ciências afins; colaborar com entidades públicas na elaboração e execução de cronogramas de saúde e educação sanitária e desenvolver atividades de investigação científica e tecnológica, entre outras (PEREIRA, 1994),

Localizado no sexto andar, o Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil – SAEMI, em Transmissão Vertical do HIV, do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW foi inaugurado no dia 22 de novembro de 2002. Tem como objetivo reduzir os riscos de transmissão do vírus da AIDS de mãe para filho,

através do acompanhamento do par mãe/bebê através de uma equipe multiprofissional.

O SAEMI constitui-se uma referência no atendimento de gestantes portadoras do vírus HIV. O Serviço é composto por uma equipe multidisciplinar de médicos: infectologista; obstetras/ginecologistas; pediatras; enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares operacionais, assegurando a assistência a essas mulheres e direcionando-as, segundo as necessidades, a um suporte de outras especialidades: odontologia, dermatologia, oftalmologia e outras.

A Clínica Obstétrica está localizada no terceiro andar do HULW/UFPB e atende a gestantes e puérperas, visando ao oferecimento de uma assistência de qualidade nos períodos do parto e pós-parto.

Participaram do estudo vinte profissionais de saúde, dentre eles, dez médicos e dez enfermeiros que atuam no Hospital Universitário Lauro Wanderley, em serviços que prestam assistência a gestantes portadoras de HIV/AIDS, no ciclo gravídico-puerperal. Dos 10 médicos participantes do estudo, cinco atuam no Serviço de Assistência Especializada Materno-Infantil - SAEMI e cinco, na Clínica Obstétrica. Dos dez enfermeiros, dois atuam no SAEMI e oito, na Clínica Obstétrica.

Para a seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: os médicos e enfermeiros deveriam estar exercendo suas atividades na instituição selecionada para o estudo no momento da coleta dos dados, e concordar, livremente, em participar da pesquisa.

O desenvolvimento da investigação foi pautado no posicionamento ético da pesquisadora, norteado nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, contempladas na Resolução nº 196 do Conselho

Nacional de Saúde, em vigor no país, especialmente no que se refere ao termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

Cumprido ressaltar que o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW para aprovação. Em seguida, os médicos e enfermeiros participantes da pesquisa foram informados sobre os seguintes aspectos: objetivos do estudo, contribuição, participação voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízos nas relações profissionais, fidedignidade na análise e anonimato dos dados. Solicitou-se também dos participantes autorização prévia para apresentar os resultados em eventos científicos e periódicos.

Para viabilizar a coleta de dados, foi empregada a técnica da entrevista, através do sistema de gravação, por possibilitar a captação fidedigna dos depoimentos dos participantes. Antes de abordar as questões norteadoras da pesquisa, foi estabelecido um diálogo espontâneo na tentativa de promover a empatia entre pesquisadora e participantes. O processo da entrevista foi guiado por um roteiro (Apêndice B), contendo questões pertinentes aos objetivos do estudo. As entrevistas foram realizadas no ambiente do repouso de médicos e enfermeiros, a fim de evitar interrupções.

A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Após o término, o entrevistado ouvia a gravação, oportunidade em que poderia alterar o seu depoimento. Entretanto, nenhum médico ou enfermeiro modificou o seu discurso. As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2005.

Os vinte discursos de médicos e enfermeiros constituem o material de análise deste estudo e foram organizados do seguinte modo: no primeiro momento procedeu-se à transcrição, na íntegra, dos depoimentos; no segundo momento, foi feita uma leitura cuidadosa de cada depoimento, separando-os em dois grupos: os

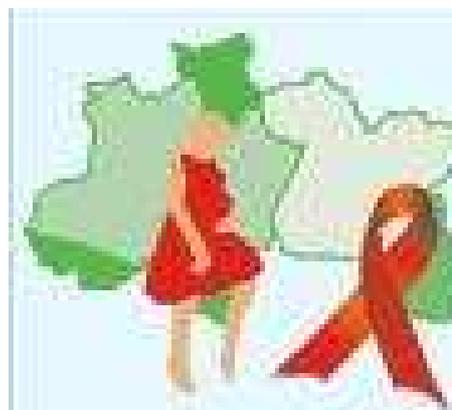
de médicos e os de enfermeiros; no terceiro momento, estabeleceram-se as diferenças entre os discursos de médicos e enfermeiros, na perspectiva do fenômeno investigado. Como esses discursos apresentaram respostas similares, foram compilados de forma conjunta.

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem qualitativa, à luz da técnica de análise de discurso do sujeito coletivo, sugerida por Lefrèvre; Lefrèvre e Teixeira (2000). Essa técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos dos participantes envolvidos no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em um único discurso. A operacionalidade para a análise dos discursos compreendeu as seguintes etapas:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada uma das questões norteadoras propostas para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discursivo-empírica da verdade das idéias centrais;
2. Identificação da idéia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente;
3. Identificação das idéias centrais semelhantes ou complementares, considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelos participantes do estudo;

4. Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o discurso do sujeito coletivo - DSC.

Assim, apresenta-se, na análise dos dados a seguir, o discurso do sujeito coletivo emergido dos discursos de médicos e enfermeiros participantes da investigação.



Análise dos dados

Este capítulo consiste na análise qualitativa dos vinte discursos de médicos e enfermeiros participantes do estudo, analisados por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo proposta por Lefrèvre; Lefrèvre e Teixeira (2000).

Os profissionais de saúde, dez médicos e dez enfermeiros participantes da pesquisa, apresentavam as seguintes características: os dez médicos situavam-se em uma faixa etária entre 37 e 54 anos; destes, dois têm curso de pós-graduação (Mestrado), dois especialização, e seis têm curso de graduação e residência. Os dez enfermeiros situavam-se na faixa etária entre 28 e 47 anos; dois deles com cursos de pós-graduação (Mestrado), três, com curso de especialização, e cinco, com graduação. Todos os atores sociais envolvidos nesta pesquisa participaram de cursos de treinamento em DST/AIDS, oferecidos pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

Para compreender melhor a análise dos dados, serão apresentadas as idéias centrais emergidas no discurso do sujeito coletivo, em resposta às seguintes questões propostas para os médicos e enfermeiros participantes do estudo:

- 1. Em sua opinião, quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS relacionados à assistência de saúde?*
- 2. Quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS que você leva em consideração no momento da assistência?*
- 3. Quais os deveres de gestantes com HIV/AIDS que você recomenda no âmbito assistencial?*

As respostas obtidas do primeiro questionamento permitiram construir três idéias centrais: Direito a receber uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal; direito a um atendimento fundamentado

nos princípios éticos e nas normas de biossegurança, pela equipe de saúde; direito à informação sobre a doença, tratamento e garantia de medicamentos pelo SUS.

Das respostas do segundo questionamento, foi identificada uma idéia central: direito a uma assistência humanizada, priorizando o acolhimento e o aconselhamento.

Em resposta ao terceiro questionamento, foi destacada a seguinte idéia central: os deveres de adesão ao tratamento da mãe/bebê, de sexo seguro e de comunicar o diagnóstico a outros profissionais de saúde e ao parceiro.

Serão apresentadas, portanto, nos quadros a seguir, as idéias centrais e o discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros inseridos na pesquisa.

Questão 1: *Em sua opinião, quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS relacionados à assistência de saúde?*

IDÉIA CENTRAL 1
Direito a receber uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Os direitos de toda mulher grávida, como o direito a uma assistência com profissionais capacitados para atendê-la de forma integral; direito de ser atendida por uma equipe multidisciplinar durante a gestação, parto e pós-parto; direito a receber uma assistência integral; direito à garantia do acesso à maternidade na hora do parto; direito ao atendimento digno na hora do parto e pós-parto; direito de ser atendida nas suas necessidades biológicas e espirituais; direito de ter um familiar acompanhando-a na maternidade; direito de ser escutada nas suas queixas e reclamações.

Quadro 1 — Idéia central 1 e discurso do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa 2005, em resposta ao questionamento 1.

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2005

Na idéia central 1, o discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros inseridos no estudo expressa, de forma bastante clara, o direito de gestantes com HIV/AIDS a uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal. Emerge, portanto, do discurso do sujeito coletivo, o reconhecimento de uma assistência integral às gestantes, independentemente de serem portadoras de HIV/AIDS.

Convém versar que os direitos do paciente são motivos de discussões na sociedade brasileira, principalmente no âmbito da saúde, no intuito de fundamentar a relação assistencial profissional-paciente de forma mais simétrica. Para Urban (2003), o conhecimento sobre os direitos do paciente e o respeito a eles promovem um salto qualitativo no atendimento de saúde, com grande reflexo para a população em geral.

Dentre esses reflexos, podemos citar as ações daqueles profissionais conscientes dos seus deveres quando, na prática assistencial, respeitam e asseguram os direitos de gestantes com HIV/AIDS. Evidencia-se, portanto, o fortalecimento do direito à vida e todos os seus benefícios como a equidade (justiça), a solidariedade, o respeito, a liberdade, a saúde, a educação. Conforme assinalam Soares e Lunardi (2002), processa-se, assim, a construção da cidadania.

O DSC menciona a questão do atendimento digno ao *ser* gestante como fator essencial para uma assistência integral. Observa-se que médicos e enfermeiros compreendem que a assistência prestada à gestante com HIV/AIDS calcada nas observâncias éticas, dentre elas, o respeito à dignidade do ser humano deva ser valorizada. Tais observâncias, por sua vez, estão determinadas nos códigos de ética de várias profissões, entre os quais, o de medicina e o de enfermagem. No Código

de Ética Médica, Capítulo I – Princípios Fundamentais, Art.6º, segundo França (2003, p.62):

O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - aprovado pela Resolução 240, do COFEN (2000), Capítulo I – Dos princípios fundamentais –

Art. 3º - “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.”

Art. 5º - “o profissional de Enfermagem presta assistência à saúde, visando à promoção do ser humano como um todo.” (LIMA, 2001, p.60).

A igualdade de direitos também é garantida a todos os cidadãos pela Constituição da República Federativa do Brasil, quando determina, no seu Art. 5º, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1998, p.5).

O acesso universal e igualitário à saúde também está estabelecido na Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, formulada por Herbert Daniel, ao considerar que a AIDS, do ponto de vista da medicina, é uma doença como as outras e que a solidariedade é essencial. Assim, todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua qualidade de vida (DIREITOS ..., 2005).

Portanto, no DSC, os médicos e enfermeiros participantes da pesquisa reconhecem que uma assistência de saúde integral tem o compromisso com a igualdade de direitos. Pressupõe um modelo de cuidar em que os profissionais de saúde exerçam uma postura isenta de julgamentos. Isso implica uma relação recíproca dos direitos e deveres de gestantes, assegurados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, como revela o trecho: “direitos de toda mulher grávida, como o direito a uma assistência com profissionais capacitados para atendê-la de forma integral, humanizada”.

Segundo Dantas e Rocha (2005), o princípio da igualdade é abordado ainda, entre todos (homens e mulheres), na Carta de 1945 da Organização das Nações Unidas - ONU, ganhando novas dimensões na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, 1995. Ambas ratificadas pelo governo brasileiro em 2001, ao determinar que seja direito de as mulheres terem o mais elevado nível possível de saúde física, mental e social, reconhecendo, evidentemente, que os principais obstáculos estão nas desigualdades sociais, de gênero e étnico-raciais.

Portanto, também cabe aos profissionais de saúde o papel de contribuir com a redução das desigualdades, acima citadas, a fim de se resgatar a qualidade de vida que somente será alcançada de forma real e igualitária quando todas as pessoas tiverem suas necessidades de saúde atendidas nos seus aspectos biológico, psicológico e social, uma vez que a saúde é um direito essencial do ser humano. Para isso, é necessária conforme enfatizam Padilha et al. (2004), a compreensão de que são participantes ativos no processo assistencial, buscando resgatar e construir um novo marco para as práticas de saúde alicerçadas nos direitos humanos, na justiça social e na construção da cidadania.

É preciso ressaltar que, teoricamente, o Sistema Único de Saúde assegura a todo cidadão brasileiro o direito à saúde, de forma universal, integral e com equidade. Entretanto, mesmo os profissionais de saúde reconhecendo a igualdade desses direitos para qualquer pessoa, a realidade socioeconômica brasileira ainda é adversa; não oferece aos cidadãos uma saúde integral, pois o que se revela é uma estratificação de classes sociais em que poucos usufruem de um atendimento digno.

Nesse enfoque, pode-se deduzir que os direitos existem para se alcançar a qualidade de vida. Contudo, Pessini e Bertachini (2004) esclarecem que esses direitos nem sempre são usufruídos pelo indivíduo que, em muitos casos, é vítima da mistanásia, morte miserável, antes da hora, por causa da má-nutrição e/ou porque não foi garantido o acesso a um diagnóstico precoce e o tratamento a tempo. A ausência da garantia dos direitos contribui para uma assistência de saúde fragmentada, reduzindo principalmente os aspectos humanísticos na promoção da saúde das pessoas, apesar da retórica oficial.

Corroborando o DSC de médicos e enfermeiros entrevistados, Pessini e Barchifontaine (2002) também defendem que, sob o prisma da Bioética, promover a saúde significa a garantia real de uma assistência digna como direitos de todos. O direito à vida e à saúde é o bem maior de qualquer cidadão, devendo este dispor de atenção prioritária que se sobreponha às questões políticas e ideológicas.

Portanto, à luz da Bioética, o DSC dos participantes da pesquisa - médicos e enfermeiros revela a importância da ética quanto ao respeito aos direitos da gestante portadora de HIV/AIDS.

Vale ressaltar que não basta apenas seguir os princípios éticos. É mister que os profissionais de saúde incorporem os valores éticos de modo intrínseco para

que, através do exercício da relação profissional-paciente, materializem na prática o paradigma da ética das virtudes que, de acordo com Pessini e Bertachini (2004), é determinado pelo princípio de respeito à dignidade do ser humano. Os princípios da autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça são desdobramentos desse princípio, como também o princípio da solidariedade humana, os quais devem repercutir na conduta ética dos profissionais de saúde.

Questão 1: *Em sua opinião, quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS relacionados à assistência de saúde?*

IDÉIA CENTRAL 2
Direito a um atendimento fundamentado nos princípios éticos e nas normas de biossegurança, pela equipe de saúde
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Direito ao atendimento ético pela equipe de saúde; direito a uma assistência sem discriminação ou preconceito; direito de ser respeitada e valorizada na sua singularidade; direito de não ser discriminada por ser portadora do vírus HIV; direito de ter uma assistência sem juízo de valor; direito de não ser isolada e ter a companhia do bebê no alojamento conjunto; direito de engravidar novamente, se ela desejar, porém com acompanhamento médico para avaliar o momento mais oportuno, sem riscos para o bebê e mãe; direito ao atendimento ético na hora do parto e pós-parto; direito de ter amizades; direito à autonomia, ao sigilo; direito a um atendimento solidário, com amor, sem preconceito; direito de se resguardar dos familiares, caso ela decida, à não comunicação do diagnóstico; direito ao sigilo em relação à sua função de soropositiva; direito de ser atendida de acordo as normas de biossegurança pela equipe de saúde.

Quadro 2 - Idéia central 2 e discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa 2005, em resposta ao questionamento 1

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2005

Na idéia central 2, o discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros envolvidos no estudo está centrado no direito de gestantes com HIV/AIDS a um

atendimento fundamentado nos princípios éticos e nas normas de biossegurança. O reconhecimento do atendimento ético na assistência de saúde foi muito abordado pelos participantes do estudo, conforme está assinalado nos seguintes trechos:

“Direito de ser respeitada e valorizada na sua singularidade.”

“Direito de ter uma assistência sem juízo de valor.”

O DSC deixa transparecer que os participantes da investigação compreendem a importância da ética como fio condutor para um cuidado calcado na equidade e no respeito às diferenças de gestante vulnerável à gravidez de risco, como é o caso das portadoras do vírus HIV.

Entretanto, observa-se que, na rotina diária dos serviços de saúde, mesmo os profissionais de saúde conhecendo esses direitos, ainda têm receio de atender às gestantes portadoras de HIV/AIDS, as quais são passíveis de estigma, preconceito, discriminação e demora no atendimento.

É oportuno destacar que a gravidez é um período em que se revela a vulnerabilidade da mulher. Em se tratando de gestantes com HIV/AIDS, essa vulnerabilidade é mais acentuada em virtude do sofrimento causado pela preocupação de o bebê nascer com vírus, da discriminação, do medo do diagnóstico ser revelado a familiares.

Nesse aspecto, médicos e enfermeiros são responsáveis por um cuidado humano qualificado, exercitado nos valores de dignidade, compromisso, respeito, solidariedade, cortesia, carinho, não-julgamento e ética profissional ao assistir a gestante, haja vista que, em toda gestação, há risco para a mãe ou para o feto. Esse cuidado singular envolve o rompimento de atitudes preconceituosas e

discriminatórias, reconhecendo e respeitando as individualidades de cada ser gestante portadora do vírus HIV/AIDS.

Portanto, de acordo com o DSC, ao atender à gestante com HIV/AIDS, o profissional de saúde deve ter uma conduta ética de compreensão, respeito à privacidade, dignidade e autonomia da mulher, reconhecendo que também são coadjuvantes dessa experiência especial, que é a gravidez. Segundo Fortes et al. (2005), é necessário observá-la na sua singularidade, isto é, na sua história de vida, seus valores e suas necessidades específicas a fim de proporcionar condições para que ela possa exercer a sua autonomia.

Outro aspecto pontuado no DSC de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa diz respeito à questão do isolamento da gestante com HIV/AIDS em enfermaria, pela condição de ser portadora do vírus HIV/AIDS. Nesse enfoque, o DSC deixa claro que é inaceitável a discriminação às gestantes com HIV/AIDS. Elas têm o direito de compartilhar de qualquer enfermaria, salvo em condições especiais (como ter hepatite, câncer... O tratamento deve ser justo, solidário, com carinho, destituído de autoritarismo e preconceito, conforme reflete o princípio da justiça no campo da Bioética. Segundo Costa e Valle (2000), o tratamento justo está pautado na não-discriminação de qualquer natureza, no respeito à privacidade e na promoção do bem-estar da paciente.

Nesse enfoque, no DSC, os entrevistados deixam transparecer a importância de incluir atitudes éticas na assistência à gestante portadora do vírus/AIDS. Essa é uma forma de respeitar os princípios da autonomia, beneficência e da justiça. O princípio da autonomia retrata o ideal de liberdade e de autodeterminação do ser humano. O princípio da beneficência é desenvolvido, no âmbito da saúde, pela ação feita em benefício da paciente, estabelecida em uma

obrigação moral e na promoção do bem. Do princípio da beneficência decorre a avaliação de risco/benefício. O princípio da justiça é uma busca contínua da equidade, de forma que haja plena liberdade de escolha, igualdade, respeito, autonomia da paciente, além de disponibilidade de recursos técnicos e humanos a todos.

É importante lembrar que, muitas vezes, para atender a esses princípios, faz-se necessário ao profissional de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, observar os valores culturais da sociedade, mesmo que estes contrariem seus próprios valores, para proteção à paciente. Nesse sentido, Diniz e Guilhem (2002) enfatizam que profissionais e pacientes não precisam ter as mesmas crenças morais. Basta apenas que saibam se respeitar e se tolerar mutuamente.

Outro aspecto merecedor de destaque no DSC de médicos e enfermeiros é a preocupação contínua com a superação das barreiras do preconceito e da discriminação, à medida que se preocupam em promover uma assistência de saúde isenta de julgamentos à gestante portadora do vírus HIV/AIDS.

Assim, no atendimento à gestante com sorologia positiva para o HIV, os profissionais de saúde devem despir-se de julgamentos, *pré-conceitos* formados e realizarem uma assistência de saúde, levando em consideração as observâncias éticas designados para cada profissão.

Nesse sentido, o Código de Ética Médica, destaca no Art. 1º - “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.” (FRANÇA, 2003, p.61).

Gurgel (2003, p.16) acrescenta normas para o atendimento médico ao portador de HIV/AIDS, estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº. 1.359/92:

Art. 1º – “O atendimento profissional a pacientes portadores de HIV é um imperativo moral da profissão médica e nenhum médico pode recusá-lo.”

§ 1º – “Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.”

A legislação brasileira, através do Código de Ética Médica, Capítulo IV, sobre Direitos Humanos, veda ao médico: Art.47 – “Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (CONSELHO..., 2003 p.21).

Quanto à Enfermagem, o Código de Ética, Capítulo IV – dos deveres, no Art. 23 - estabelece, “prestar assistência de Enfermagem à clientela sem discriminação de qualquer natureza” (LIMA, 2001, p. 62).

A Constituição da República Federativa do Brasil dá ênfase especial ao capítulo dos princípios fundamentais, explicitando, no seu Art. 3º, que constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: IV – “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1998, p.3).

Dessa forma, práticas discriminatórias e preconceituosas de qualquer natureza ferem a Constituição, ocasionando prejuízos nas relações sociais e na segurança do Estado democrático de direito. Sob essa ótica, Câmara e Oliveira (2004) asseveram que médicos e serviços de saúde não podem recusar o atendimento a portadores de HIV/AIDS, nem atendê-los de forma discriminatória.

É importante lembrar que devem ser envidados todos os esforços para propiciar à gestante a compreensão do cuidado com a saúde, envolvendo-a cada vez mais na adesão ao tratamento. Por isso, importa tratá-la com atenção, procurando assisti-la nas suas necessidades e repudiar posturas discriminatórias.

Entretanto, a partir do conhecimento dos direitos e deveres ético-legais, os médicos e enfermeiros podem reverter o cenário cruel de preconceitos e discriminações, ainda existentes no cotidiano dos serviços de saúde, oferecendo uma assistência em que leve em conta todas as dimensões e necessidades do ser humano (MEZZOMO et al., 2003).

Na idéia central 2, o DSC dos profissionais de saúde entrevistados revela o reconhecimento da importância de médicos e enfermeiros exercerem uma postura ética frente à assistência à gestante com HIV/AIDS, assegurando-lhe o sigilo e, conseqüentemente, resguardando o vínculo de confiança entre profissional-paciente.

Vale salientar que médicos e enfermeiros, no exercício da profissão, não devem esquecer que, antes de serem profissionais, são também seres humanos que cuidam de pessoas. Isso implica a necessidade de exercer uma postura ética e reportar-se à observância de certos princípios fundamentais na assistência, tais como: o respeito, a dignidade, a autonomia, a beneficência e não-maleficência, a eqüidade, o sigilo, a saúde como um bem supremo do ser humano e a valorização do saber popular. Nessa visão ética, deve ser pautada a assistência e a relação profissional-paciente (pessoa), como bem expressa o DSC, na idéia central 02.

Diante dessa nova estruturação na relação profissional-paciente, surge a necessidade do sigilo em favor do paciente como garantia na conquista da cidadania. Segundo França (2005), o sigilo médico não pode ser comparado ao da

época hipocrática, pois, nos dias atuais, tem a finalidade de impedir a publicidade sobre fatos conhecidos que, se revelados, ocasionariam prejuízos morais e econômicos ao paciente.

Para Dias (2000), o segredo médico consiste no silêncio que o profissional está obrigado a manter sobre certos fatos de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão, com as ressalvas legais.

O sigilo profissional “tutelado pela norma é aquele que pertence ao paciente. Base de confiança que deve reger a relação profissional. É fundado nele que o paciente revela ao médico aspecto de sua privacidade.” (BRASIL, 2000, p.1187).

À guisa de informação, o sigilo é expresso nos Códigos de Éticas das diversas profissões, como também, nos Códigos Penal e Civil Brasileiros.

Na medicina, o Código de Ética Médica reza, em seu Capítulo I – Princípios fundamentais – Art. 11, que “o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. [...]” (CONSELHO ..., 2003, p.15).

Ainda, Segundo o Conselho Federal de Medicina (2003, p.29), no Capítulo IX – Segredo Médico, é vedado ao médico: Art. 102 – “Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente [...]”

Na Enfermagem, Capítulo IV – Dos Deveres – Art. 29 “Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei.” (LIMA, 2001, p. 62).

Segundo Gomes (2001, p.292-293), o Código Penal trata do assunto nos art.153 e 154, transcritos a seguir:

Art. 153. “Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção, de um a seis meses, ou multa.”

Art. 154. “Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena: detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.”

O Código Civil, de acordo com Cahali (2003, p.295), assim expressa: Art. 229. “Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato: Inciso I – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo”.

Esses artigos indicam, de forma evidente, a importância da ética como diretriz no agir dos profissionais de saúde, especialmente, no caso em pauta, da gestante portadora de HIV/AIDS, no sentido de garantir o sigilo, a autonomia, o respeito, a justiça e o bem da paciente.

Outro aspecto que aflora do DSC de médicos e enfermeiros participantes do estudo diz respeito às precauções universais como um dos fundamentos para o exercício da prática assistencial à gestante portadora de HIV/AIDS. Observar as normas de biossegurança em procedimentos invasivos é um dever do profissional de saúde, independente de ser a gestante portadora de HIV/AIDS.

Urge lembrar a importância da biossegurança para a realização de uma assistência segura à gestante com HIV/AIDS, uma vez que nenhuma doença

suscitou tanto medo nos profissionais de saúde como a AIDS, apesar de se conhecerem os riscos de outros patógenos como os das hepatites.

Entende-se por precauções universais ou biossegurança as medidas de proteção individual e coletiva, visando minimizar ou eliminar riscos inerentes às atividades desempenhadas nos serviços (BIOSSEGURANÇA, 2005).

Para que o conceito de biossegurança seja realmente aplicado, é importante que os profissionais de saúde conheçam mais sobre a AIDS e procurem utilizar as medidas de precauções universais em todos os procedimentos de riscos, e, não apenas direcioná-las às gestantes portadoras de HIV/AIDS. Esse é um processo de educação continuada em benefício de todos, instituição-profissional-paciente.

Nesse sentido, Vasconcelos et al. (2003) ressaltam que as precauções básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, ao se manipular sangue, secreções, mucosas ou pele não-íntegra. Dentre as medidas, incluem-se a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como: luvas, máscaras, óculos de proteção, capote. A necessidade de vestimentas especiais depende do tipo de procedimento a ser realizado.

Nessa perspectiva, Gurgel (2003, p.16) acrescenta as recomendações de biossegurança, contempladas no Código de Ética Médica, ao estabelecer na Resolução nº 1.359/92,

Art. 1º, § 2º - o atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, razão pela qual não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para esta recusa de prestação de serviço.

Art.1º, § 3º - as instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a sua proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Em virtude de o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem não expressar de forma objetiva a questão da biossegurança, entende-se que os enfermeiros devem seguir as precauções universais recomendadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS e Ministério da Saúde – MS.

Portanto, tais artigos indicam que os profissionais de saúde devem utilizar as medidas de biossegurança para qualquer paciente. Conforme menciona o DSC, é um direito da gestante com HIV/AIDS ser atendida com as devidas precauções. Sob essa ótica, nenhum médico ou profissional de Enfermagem deve negar o atendimento à gestante portadora de HIV/AIDS por desconhecimento das normas preconizadas pela OMS e MS.

Dessa forma, à luz da Bioética, pode-se analisar a relação ética profissional-paciente sob o prisma dos princípios da não-maleficência e o da equidade. Para Monte (2002, p.32), não prejudicar (*primum, non nocere*) significa que “não se deve deixar de beneficiar pelo risco de vir a prejudicar, mas sim evitar tomar como absoluta a predominância do prejudicar sobre o beneficiar”; por sua vez, a questão da equidade só deixará de ser problema ético quando houver apenas uma forma de assistência médica e uma sociedade sem desigualdades sociais.

De acordo com Pessini e Bertachini (2004, p.46), uma das exigências fundamentais do princípio da justiça é de que o ser humano seja “respeitado na sua dignidade e que todos sejam tratados igualmente na prática dos hospitais brasileiros.”

Observa-se que o medo, frente ao desconhecimento do HIV/AIDS, contribui para que muitos profissionais de saúde argumentem em favor do não atendimento de pessoas com HIV/AIDS, reforçando cada vez mais o preconceito social.

Nesse aspecto, a assistência oferecida por médicos e enfermeiros deve ir mais além do que somente ao aspecto biológico. Deve ser fundamentada na ética, envolvendo o sigilo, a dignidade e o respeito do ser humano.

Portanto, há muito para ser discutido no campo dos direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS e no da Bioética. Compreende-se que a assistência de saúde à gestante com HIV/AIDS deve ser ornada de um compromisso muito sério, especialmente pelos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros.

Questão 1: *Em sua opinião, quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS relacionados à assistência de saúde?*

IDÉIA CENTRAL 3
Direito à informação sobre a doença, tratamento e a garantia de medicamentos pelo SUS
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Direito à informação detalhada sobre a doença e o tratamento, oferecida por profissionais capacitados; direito de ter informações, durante as consultas, de acordo com o nível de entendimento da paciente; direito à informação para retirar dúvidas; direito de saber o seu prognóstico em relação à sua doença; direito aos medicamentos para o tratamento, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS; direito à garantia dos anti-retrovirais na gestação, parto e pós-parto; direito aos medicamentos específicos para AIDS e também para as doenças oportunistas; direito de o tratamento não ser interrompido por falta de anti-retrovirais; direito a receber orientações na alta hospitalar.

Quadro 3 — Idéia central 3 e discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa 2005, em resposta ao questionamento 1

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2005.

Como se pode observar, o DSC, expresso na idéia central 03, revela que gestantes portadoras de HIV/AIDS têm o direito à informação adequada sobre a doença e o tratamento, bem como à garantia dos medicamentos oferecidos pelo SUS. Esse discurso evidencia o reconhecimento de médicos e enfermeiros participantes do estudo, quanto à importância do processo informativo, juntamente com a oferta de medicamentos para a qualidade da assistência de saúde.

O domínio do conhecimento é essencial em todas as profissões. No âmbito da saúde, a comunicação é elemento essencial para o sucesso do tratamento. Por sua vez, o estilo de falar influencia no entendimento. Por isso aos médicos e enfermeiros remete a responsabilidade de atualizar os conhecimentos, numa visão pluralista, para o próprio benefício e o processo educativo das pacientes.

Mediante a comunicação, Pessini e Bertachini (2004) destacam que os conhecimentos técnico e popular são socializados, e a pessoa tem a possibilidade de ajudar a si mesma. Desse modo, a autonomia permite favorecer o desenvolvimento de ações preventivas e controle de doenças que possam vir a se estabelecer.

Segundo Silva (2002b), comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, idéias e desejos. A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que se quer comunicar, a intenção, emoção e o que se pretende ao assistir a paciente.

Por conseguinte, no DSC dos participantes da pesquisa, fica evidente que médicos e enfermeiros devem dialogar e trocar informações em nível de entendimento das gestantes, para adquirir a empatia e confiança da paciente, com a finalidade de utilizar a comunicação como uma ferramenta educativa e terapêutica.

Cabe, então, ao médico “aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”, segundo estabelece o Art. 5º, do Código de Ética Médica, em seu Capítulo I – dos Princípios Fundamentais (FRANÇA, 2003, p.475).

O enfermeiro também tem a responsabilidade de atualizar seus conhecimentos. O Código de Ética reza em seu Capítulo III – Das Responsabilidades, Art. 18 – “Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.” (LIMA, 2001, p.62).

Os dispositivos mencionados explicitam o conjunto de atitudes que os profissionais de saúde, no caso em tela, médicos e enfermeiros, devem seguir para oferecer uma assistência de saúde à gestante portadora de HIV/AIDS, focada no trabalho informativo/educativo, a partir do conhecimento da realidade em que atua. Logo, a linguagem deve ser acessível, clara e de acordo com o nível do entendimento da paciente, conforme os seguintes trechos contemplados no DSC dos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros:

“Direito a informação detalhada sobre a doença e o tratamento [...]”.

“Direito de ter informações, durante as consultas, de acordo com o nível de entendimento da paciente.”

Nesse enfoque, Traesel et al. (2004) especificam que, para existir uma adequada comunicação, é necessário que o profissional de saúde utilize uma linguagem clara, relativizando os seus conhecimentos. Precisa também conhecer a realidade com a qual trabalha, percebendo a paciente como um ser subjetivo, valorizando e respeitando os seus conhecimentos para que se processe o verdadeiro diálogo.

Para Abdo (1996), muitas vezes, fatores comunicacionais podem ocasionar erros no que foi dito (ou não) e no que foi entendido (ou não). Tais situações podem ser resultado do estado de tensão ocasionado pela doença, tornando mais difícil a compreensão dos fatos por parte da paciente. Dessa forma, atitude de compreensão do profissional para com a paciente, com discussão detalhada dos procedimentos diagnósticos indicados e tratamentos prescritos, propicia a aderência ao tratamento.

Evidentemente, o processo de comunicação deve permear toda a assistência. A comunicação é uma habilidade que influenciará positivamente no atendimento de saúde desde que se tenha a intenção de complementaridade das falas. No processo de construção do diálogo, uma atenção especial deve ser dada sobre o uso dos medicamentos: horário das tomadas, indicação, importância de observar a prescrição e da continuidade do tratamento..

Nesse aspecto, o DSC de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa ressalta também que gestantes com HIV/AIDS têm o direito à garantia dos medicamentos anti-retrovirais e aos que tratam das doenças oportunistas, conforme asseguram as Leis 8.080/90 e 9.326/93. Essa é uma condição fundamental para não comprometer o tratamento, proporcionando segurança e uma resposta imunológica favorável à paciente.

Segundo Aguiar (2003), eticamente, os serviços de saúde devem reconhecer a vida e a condição humana como elemento essencial, devendo, portanto, maximizar a prestação de benefícios à sociedade, e, desse modo assegurar os princípios da beneficência – que apontam o agir em defesa da paciente, o da não-maleficência - traduzido na obrigação de não causar prejuízos ou

danos à saúde da paciente e o da justiça – que considera a necessidade de distribuição igualitária entre todos os cidadãos, para se obter qualidade de vida.

Analisando o DSC de médicos e enfermeiros inseridos na pesquisa, à luz da Bioética, verifica-se a importância de considerar a aplicabilidade conjunta dos princípios éticos, especialmente os da autonomia, beneficência, não-maleficência e o da justiça na rotina assistencial à gestante portadora do vírus HIV/AIDS. Esses princípios expressam a necessidade de reduzir os desequilíbrios sociais, reconhecendo que as gestantes portadoras de HIV/AIDS devem ter suas necessidades atendidas perante o SUS.

Para Silva (2002b), a postura, as atitudes e mensagens que os profissionais de saúde passam através do comportamento, ações e fazer refletem no sucesso das orientações dadas à paciente.

Nesse aspecto, a comunicação é um recurso que possibilita a identificação e o atendimento das necessidades de gestantes com HIV/AIDS. A comunicação é indispensável para promover a construção de um vínculo profissional-paciente. Isso significa que o respeito à dignidade da paciente, fragilizada por ser portadora de HIV/AIDS, é um fator essencial a ser observado no processo de comunicação.

Questão 2: *Quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS que você leva em consideração no momento de cuidar?*

IDÉIA CENTRAL 1
Direito a uma assistência humanizada, priorizando o acolhimento e o aconselhamento .
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Direito a uma assistência humanizada [...]; direito a uma assistência humanizada, respeitando a condição de portadora do vírus HIV; direito a um parto seguro, humanizado; apoio nos momentos de fragilidade; direito a uma assistência humanizada, preparando-a para situações difíceis, como a questão de ela não amamentar; valorizá-la para que ela participe do processo do seu cuidado; direito de ser atendida nas suas necessidades, com compreensão e solidariedade; direito ao acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste; direito ao acolhimento desde a chegada no Serviço de Saúde; direito de ser acolhida especialmente quando ocorrer uma nova gravidez mesmo a mulher já sabendo ser soropositiva; direito de ser escutada e de deixá-la expressar os seus conhecimentos; direito ao parto humanizado com um bom acolhimento; direito de ter uma assistência de saúde com atenção, segurança e compreensão;

Quadro 4 — Idéia central 1 e discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa 2005, em resposta ao questionamento 2.

FONTE: dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2005.

No DSC de médicos e enfermeiros participantes do estudo, é nítido o destaque ao direito de gestantes com HIV/AIDS à assistência humanizada, no ciclo gravídico-puerperal, objetivando assegurar-lhe a maternidade segura. Esse direito já é assegurado em várias Constituições do mundo, inclusive na brasileira.

Conforme cita Pitanguy (2003, p.37), o direito constitucional que requer proteção à maternidade está assegurado pelo Art. 10 da Constituição da República Árabe do Egito de 1908, ao estabelecer que “o Estado garantirá a proteção à maternidade...”. Um outro exemplo está na Declaração Universal dos Direitos

Humanos, no Art 25 – II. Ao tratar da saúde e do bem-estar, deixa claro que “a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais”. A Declaração Americana, da mesma maneira, reconhece que “todas as mulheres durante a gravidez e o período de amamentação”... têm direito à proteção, cuidados e assistência especiais. Segundo o Art.15, do Protocolo sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Convenção Americana, os Estados devem “prover cuidados e assistência especiais às mulheres durante um período razoável antes e depois do parto”.

Da mesma maneira, a Constituição da República Brasileira garante no seu Art. 6º, a proteção à maternidade como um direito social (BRASIL, 1998).

Evidentemente, essa atenção especial, humanizada deve ser assegurada a todas as gestantes, devendo priorizar as de alto risco, como também é o caso das gestantes soropositivas, visando detectar precocemente intercorrências na gravidez.

Nesse aspecto, Câmara e Oliveira (2004) defendem que são necessárias medidas concretas, em curto prazo, que garantam cuidados especiais durante a gestação e o parto, como os procedimentos e medicamentos capazes de evitar a transmissão vertical do HIV e a assistência especializada para as mães e seus bebês.

O discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros inseridos na investigação menciona também que a assistência humanizada é uma estratégia para assegurar as práticas da ética, do acolhimento e aconselhamento. Nesse discurso, fica evidenciado o reconhecimento dos participantes do estudo quanto ao valor da assistência humanizada e ética para a qualidade da assistência à gestante portadora do vírus HIV/AIDS.

Segundo Oliveira e Büggemann (2003), a humanização do cuidado está condicionada a uma atitude de respeito à totalidade e subjetividade da mulher, em que os profissionais de saúde compreendem a singularidade da experiência vivenciada, estimulando a participação ativa da mulher no processo.

Vasconcelos et al. (2003, p.20) definem assistência humanizada como um “conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal”. Revela ainda, como direito fundamental da mulher, no momento do parto, segurança e bem-estar conquistados com ações de capacitação das equipes multiprofissionais, além da garantia de sistema de referência especializada para as mulheres HIV positivas e crianças expostas.

Visualiza-se, portanto, no DSC de médicos e enfermeiros participantes do estudo, a idealização de uma assistência de saúde prestada à gestante com HIV/AIDS, envolta numa postura humanizada da equipe multidisciplinar, possibilitando a participação da gestante no processo de saúde.

Nesse aspecto, Mezzomo (2001, p.80) destaca que a humanização é muito mais que um conceito.

É uma filosofia de ação solidária. É uma presença. É a mão estendida. É o silêncio que comunica. É a lágrima enxugada. É o sorriso que apóia. É a dúvida desfeita. É a confiança restabelecida. É a informação que esclarece. É o conforto na despedida!

Dessa forma é que a assistência humanizada deve ser assumida por médicos e enfermeiros na prática dos serviços de saúde, especialmente com as gestantes portadoras de HIV/AIDS. Sem medos, com atitudes de solidariedade,

alegria, compreensão, respeito e segurança, fazendo emergir uma prática profissional calcada nos aspectos científicos e, principalmente, da humanização.

Por conseguinte, o DSC de médicos e enfermeiros entrevistados expresso na idéia central 01 considera também que é direito da gestante portadora de HIV/AIDS “ter uma assistência humanizada [...]”. Esse discurso deixa transparecer a importância da conduta humana e solidária como um dos pressupostos fundamentais na assistência humanizada à gestante. Compreende-se que os princípios que norteiam uma assistência humanizada e a ética estão inseridos em observâncias que devem ser seguidas pelos profissionais de saúde, às quais estão estabelecidas em alguns artigos dos Códigos de Ética dos profissionais médicos e dos profissionais de Enfermagem, conforme descritos a seguir:

No Código de Ética Médica – Capítulo I – Princípios Fundamentais – Art. 3º - consta que “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (CONSELHO..., 2003, p.14).

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Capítulo I – Dos Princípios Fundamentais, está escrito:

Art. 1º - “A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.”

Esses artigos indicam a atitude ética que deve guiar as ações de médicos e enfermeiros. É importante pontuar que a implementação de uma assistência humanizada depende muito da postura ética do profissional, que deve ter conhecimento, ser sensível, compreensivo. Conforme afirmam Bettinelli; Waskiewicz

e Erdamnn (2004), a presença solidária do profissional, refletida numa forma de cuidar, desperta, no ser humano, sentimentos de segurança e confiança.

Nessa perspectiva, Mezzomo et al. (2003, p.88) acrescentam que

humanizar a assistência não significa apenas estar mais próximo do paciente, conversar, é necessário ater-se às suas dificuldades não apenas aparentes, mas também a sua essência, para que a assistência possa ser conduzida de forma individual e integral.

Portanto, de acordo com o DSC dos participantes do estudo, a promoção de uma assistência humanizada à gestante com HIV/AIDS configura-se com o acolhimento, a escuta ativa, a paciência, a compreensão, a informação, o diálogo e a observância dos preceitos éticos, como sigilo, respeito ao direito de decisão da paciente, de não causar danos e de um tratamento justo, isto é, uma assistência em que a gestante seja compreendida holisticamente, enaltecendo-se a relação de carinho e respeito profissional-paciente.

Assim, Rocha e Rocha (2002) defendem que, para as mulheres portadoras do vírus HIV, uma assistência de saúde humanizada se concretiza nas práticas articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A assistência humanizada envolve ainda a participação ativa nas decisões que lhes sejam mais benéficas, tanto no âmbito das políticas e dos programas oferecidos às coletividades quanto na sua relação com os serviços e profissionais de Serviço de Assistência Especializada – SAE. Esse é um caminho importante para a construção da cidadania das mulheres.

Nesse sentido, um dos princípios básicos da política de humanização é a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção à gestante portadora

de HIV/AIDS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão (PRINCÍPIOS..., 2005).

Na idéia central 1, o DSC representado pelos profissionais de saúde pesquisados ressalta, também, como direitos da gestante portadora de HIV/AIDS a garantia ao acolhimento e aconselhamento como estratégias fundamentais para humanizar a assistência a essas mulheres especiais. Emerge desse discurso a concepção de que os profissionais de saúde estão cientes da necessidade de assumir posturas que estimulem as gestantes à inclusão nos serviços de assistência à saúde, visando à adaptação à sua condição de soropositiva, como a atenção dispensada na chegada, o aconselhamento e uma assistência sem envolver valores pessoais.

Portanto, o comprometimento com a assistência de saúde inicia-se a partir do acesso da paciente ao serviço, com o acolhimento, que é um processo de inclusão do usuário no serviço de saúde. Recebendo a devida atenção, a gestante sentir-se-á aceita, independentemente do estilo pessoal que apresenta, o que lhe permite perguntar, tirar dúvidas e abordar aspectos de sua vida particular sem se sentir discriminada ou desprovida de direitos. Segundo Vasconcelos et al. (2003, p.21), o processo de acolhimento é “construído ao longo das diversas etapas do atendimento, não se limitando a um ou outro momento, nem a este ou àquele profissional.”

Nesse sentido, os profissionais de saúde são co-responsáveis por uma prática de saúde que tenha em seu cerne o acolhimento, materializado no zelo, na solidariedade, no carinho e respeito, para que ela possa sentir-se cuidada, acolhida, valorizada e com suas esperanças renovadas.

O acolhimento não é um processo de momento. Portanto, ao abordar a gestante na vulnerabilidade do diagnóstico do HIV, médicos e enfermeiros devem valorizar, além do acolhimento, a prática do aconselhamento que visa sensibilizar a paciente para encontrar soluções de adaptação à sua nova vida, superando seus problemas.

Pupo e Wolffenbüttel (2004, p.1) asseveram que o aconselhamento é uma

prática de atendimento em saúde centrada no cliente, que pressupõe uma disposição para escutar e acolher com atenção as demandas e necessidades trazidas pelo cliente e um interesse em envolvê-lo em todas as etapas de seu tratamento, tornando-o um participante ativo e consciente tanto de seu problema e dos riscos reais a que está submetido, quanto das diferentes estratégias e medidas existentes para redução de riscos e para a melhora de sua qualidade de vida. Dessa forma pode ser visto tanto como uma postura no atendimento, como uma prática específica.

É oportuno enfatizar que o profissional de saúde deve, antes de iniciar o processo de aconselhamento, acolher a paciente portadora de HIV/AIDS de modo cortês, compreensivo e com carinho, para que ela se sinta valorizada e à vontade para estabelecer uma relação interpessoal que, com base na empatia, na confiança e na linguagem acessível, deve estimular à prática da adesão ao serviço e educação em saúde.

Vasconcelos et al. (2003, p.11) enfatizam que o aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Evidentemente, o acolhimento e o aconselhamento são ferramentas importantes para uma assistência humanizada que pressupõe a valorização da vida

humana e o exercício da cidadania. Uma assistência humanizada é um reflexo da valorização dos direitos humanos, sendo um desafio para o profissional de saúde o cuidar enaltecendo o pensamento crítico, valorizando o encontro com o outro num processo de afeto, solidariedade e respeito, visando construir uma relação de confiança mútua entre profissional-paciente.

Portanto, no contexto da Bioética, o DSC de médicos e enfermeiros, traduz o pressuposto do princípio da beneficência e o da justiça, que se refletem no cuidar humano embasado na atenção, solidariedade, no apoio nos momentos de fragilidade e respeito à gestante portadora de HIV/AIDS. O cuidado humanizado, consubstanciado nas relações éticas, *reafirmado* também por Boff (2003), acontece quando o profissional de saúde constrói um comprometimento ético com a paciente portadora do vírus HIV/AIDS, mostrando zelo e até preocupação. Cuidar com compreensão significa utilizar a ciência e a técnica sempre em consonância com a comunidade, e nunca, contra ela.

Oliveira e Brüggemann (2003) concebem que a ética torna-se um componente fundamental para que se alcance a humanização quando está voltada para a valorização do ser humano e a conquista dos direitos no contexto da comunidade.

Desse modo, evidencia-se a relevância da assistência humanizada como instrumento de construção coletiva da assistência de saúde, focada no respeito aos direitos de gestantes com HIV/AIDS.

Questão 3: *Quais os deveres que você recomenda as gestantes com HIV/AIDS?*

IDÉIA CENTRAL 1
Deveres de adesão ao tratamento da mãe/bebê, de sexo seguro e de comunicar o diagnóstico a outros profissionais de saúde e ao parceiro
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
O dever de cuidar dela e do recém-nascido, realizando o tratamento corretamente, para que ambos tenham qualidade de vida; maior adesão ao tratamento; reforçar a cada consulta a importância do tratamento da mãe/bebê; realizar as consultas e exames agendados; dever de oferecer a medicação do recém-nascido de acordo com as orientações da pediatra; dever de realizar as vacinas dela e do bebê; reforço na não-amamentação; cuidar de sua saúde enquanto mulher; informar o seu diagnóstico quando for atendida por outro profissional, como o odontólogo; reforço na adesão da prática do sexo seguro através do uso de preservativos e diminuição de parceiros; comunicar ao parceiro o diagnóstico do HIV; comparecer às consultas durante o pré-natal e pós-parto; observar as orientações dadas pela equipe de saúde.

Quadro 5 — Idéia central 1 e discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa 2005, em resposta ao questionamento 3.

FONTE: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2005.

O DSC de médicos e enfermeiros participantes do estudo, expresso na Idéia Central 01, denota a importância de gestantes com HIV/AIDS observarem os deveres de adesão ao seu tratamento e ao do bebê, às práticas de sexo seguro, comunicar o diagnóstico ao parceiro e também a outros profissionais, em consultas eventuais, como no caso do odontólogo. A sensibilização de gestantes no cumprimento desses deveres influi positivamente no sucesso do tratamento.

Obviamente, para que essas orientações sejam compreendidas pela paciente com HIV/AIDS, devem estar calcadas em informações claras e nas

relações humanas receptivas, objetivando uma interação de ajuda, no sentido da observância dos deveres de adesão ao tratamento e à valorização da auto-estima.

É mister que os profissionais de saúde vinculem as orientações no atendimento à gestante portadora de HIV/AIDS centradas à tolerância, ao respeito e à autonomia da paciente e aos princípios éticos apontados nos seus respectivos códigos deontológicos. Nesse contexto, destacam-se alguns princípios éticos que devem ser obedecidos por profissionais médicos e enfermeiros.

O Código de Ética Médica, em seu Capítulo II, Direitos do Médico, Art. 21 – reza que é direito do médico “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no País.” (CONSELHO..., 2003, p.17).

Ainda no Capítulo IV, Art. 48 consta que, é vedado ao médico: “Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito da paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou o seu bem-estar.” (CONSELHO..., 2003, p.21)

No Código de Enfermagem – Capítulo IV – Dos Deveres – Art. 27 – está expresso que os profissionais de Enfermagem devem “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.” (LIMA, 2001, p.63).

Do DSC de médicos e enfermeiros, emergem as recomendações para a efetividade do tratamento da mãe-bebê, dentre elas, a adesão ao tratamento, um dos fatores essenciais para a eficácia do esquema terapêutico por parte da mãe e/ou responsável pela criança. É cabível fazer referência a alguns trechos do DSC, a saber: “maior adesão ao tratamento” e “reforçar em cada consulta a importância do tratamento da mãe/bebê.”

Segundo Gómez e Chalub (2005, p.14), adesão significa “tomar os medicamentos nas doses prescritas, nos horários corretos e seguindo a maneira como foram recomendados.”

Desse modo, profissionais de saúde e pacientes devem superar juntos as dificuldades, sejam elas relacionadas à terapia anti-retroviral, seja às condições sócio-econômico-culturais, tendo como bandeira a eterna busca pela adesão. Em se tratando de gestantes HIV+, os esforços devem ser redobrados, na tentativa de alcançar uma adesão ideal ao tratamento, acrescentando-se informações com clareza, antes de iniciar a terapia anti-retroviral e durante todo o tratamento, sobre como os medicamentos devem ser tomados, os benefícios para ela e o bebê, a gravidade de perder ou atrasar doses e os riscos da descontinuidade do tratamento. Devem receber informações também sobre a não-amamentação, o sexo seguro e o retorno às consultas mensais.

A adesão é o fator mais importante para o sucesso do tratamento anti-HIV. Conforme ressaltam Teixeira; Paiva e Shimma (2000), um bom nível de aderência no início do tratamento é preditor de boa aderência a longo prazo. Nesse aspecto, há consenso, na literatura, de que as taxas de aderência declinam com o tempo de tratamento.

Realmente, compreende-se que a maioria das gestantes com HIV/AIDS segue as orientações dos profissionais, porém algumas não dão continuidade ao tratamento conforme é orientado. Esse é um motivo de preocupação, traduzida no maior risco do nascimento de um recém-nascido com HIV positivo. Importa considerar que diversos fatores podem interferir na adesão ao tratamento, tais como: a falta de recursos financeiros para se deslocar à Unidade de Saúde e adquirir os medicamentos, aspecto religioso e, sobretudo, o nível de escolaridade – muitas das

pacientes têm dificuldade de absorver as informações dadas, sendo necessário repeti-las várias vezes, numa linguagem acessível ao seu entendimento.

Portanto, faz-se necessário reforçar as orientações de forma clara, nivelada ao grau de discernimento da paciente, evitando o linguajar com termos científicos, oferecendo informações simples e, se possível, acompanhadas de material informativo. De preferência, fornecer as orientações por escrito, com letra legível, sobre horários de medicações, consultas, exames, nutrição, especialmente a do recém-nascido, vacinas, higiene. No caso das gestantes analfabetas, reforçar essas orientações anotando-as com símbolos, desenhos e outras estratégias.

Cumprindo-se que educar para a saúde é um processo difícil, principalmente pelas diferenças sociais, econômicas e culturais da população brasileira, cujas carências interferem diretamente na saúde. No caso específico das gestantes HIV+, por serem adultas, o processo educativo necessita ser pautado no diálogo aberto para que todas as dúvidas suscitadas possam ser esclarecidas.

Logo, compreende-se que, mais uma vez, o processo de comunicação é de suma relevância, especialmente para estimular o cuidado de saúde da mãe e do recém-nascido. A comunicação, tanto verbal quanto a não-verbal, é, pois, uma ferramenta importante no cuidar da paciente.

No DSC de médicos e enfermeiros, na idéia central 01 também é feita referência às recomendações quanto ao dever da gestante com HIV/AIDS utilizar práticas de sexo seguro, além da necessidade de comunicar ao parceiro a sua sorologia, quando for o caso. Nesse enfoque França (2003) acrescenta que o médico deve lançar mão de todos os esforços na tentativa de que a própria paciente informe ao cônjuge a sua condição ou que concorde que essa revelação deva ser feita. Sendo infrutíferos os esforços, a comunicação deverá ser feita pelo médico,

configurando uma atitude de justa causa. Essa ruptura do sigilo estaria amparada no dever de proteção à saúde de terceiros.

Cumpra assinalar que o ato consciente de colocar em perigo a vida ou a saúde de outrem, pela transmissão de doença, no caso em questão, o HIV/AIDS, considerada moléstia grave, é passível de punição. O Código Penal Brasileiro dispõe, nos Artigos 131 e 132, sobre as devidas punições, conforme menciona Saraiva (1998, p. 80):

Do crime de contágio de moléstia grave: Art. 131: praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio: pena de reclusão de 1 a 4 anos e multa.

Do perigo para a vida ou saúde de outrem: Art. 132: expor a vida ou saúde de outrem a perigo direto e iminente. Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano se o fato não constituir crime mais grave.

Analisando esse aspecto no âmbito da Bioética, verifica-se que, nesse caso, o direito à saúde e o princípio da beneficência devem ser assegurados. Contudo, em face da contingência de um diagnóstico não desejado e envolto por uma série de fatores como raiva, negação, depressão, medo, faz-se necessário que o profissional de saúde desenvolva a habilidade de orientar a paciente para contar a verdade ao parceiro no momento propício a fim de evitar conseqüências como o contágio. Pessini e Barchifontaine (2003) advertem que a pessoa com HIV/AIDS precisa de tempo para confrontar a realidade da sua situação, poder assimilar e lidar com a sua condição, trabalhando, na medida do possível, as diversas fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Frente às recomendações dos profissionais entrevistados, expressas no DSC, é comum que o profissional de saúde exija da paciente o cumprimento das orientações prescritas na tentativa de assegurar a sua saúde. Porém é preciso entender que ela tem o direito de optar por suas decisões e não deve ser forçada a realizá-las. Mas, é necessário também, sensibilizá-la para a obtenção dos benefícios advindos da execução das recomendações e, independentemente de qualquer circunstância em que se encontre, valorizar a sua dignidade enquanto pessoa.

Sob essa ótica e diante dos fundamentos da Bioética, aplica-se o princípio da autonomia que, segundo Barchifontaine (2004), refere-se ao poder da pessoa para tomar decisões que afetam sua vida, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais, reconhecendo-se dona das próprias decisões.

De acordo com o moderno pensamento teológico, o próprio DEUS delega o governo da vida à autodeterminação do ser humano, e isso não fere e muito menos reduz numa afronta à sua soberania. Contudo, a perspectiva é responsabilizar o ser humano de uma maneira mais forte diante da qualidade de vida (SANCHES, 2004).

Urge pontuar ainda que a gestante portadora de HIV/AIDS deve ter consciência da importância da observância dos seus deveres enquanto pessoa, mãe e parceira, a fim de que também seja respeitada na sua autonomia.

Diante do exposto, apresentam-se, a seguir, as considerações sobre o estudo.



Considerações sobre o estudo

Este estudo teve como premissa as seguintes questões norteadoras: Qual a compreensão de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa sobre os direitos e deveres relacionados à assistência de gestantes com HIV/AIDS? Quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS que médicos e enfermeiros levam em consideração na assistência prestada? Quais são os deveres recomendados às gestantes com HIV/AIDS pelos participantes do estudo? Para a análise dessas questões, foi realizado um estudo exploratório, com abordagem qualitativa à luz da Bioética, proporcionando um enfoque compreensivo sobre o fenômeno estudado.

Da análise qualitativa do discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, foi possível desvelar o fenômeno investigado a partir das seguintes idéias centrais: direito a receber uma assistência integral, por uma equipe multidisciplinar, no ciclo gravídico-puerperal; direito a um atendimento fundamentado nos princípios éticos e nas normas de biossegurança, pela equipe de saúde; direito à informação sobre a doença, tratamento e garantia de medicamentos pelo SUS; direito a uma assistência humanizada, priorizando o acolhimento e o aconselhamento; deveres de adesão ao tratamento da mãe/bebê, de sexo seguro e de comunicar o diagnóstico a outros profissionais de saúde e ao parceiro.

No discurso do sujeito coletivo de médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, evidenciou-se a importância do direito de gestantes com HIV/AIDS de usufruir de uma assistência integral, transcendendo a visão normativa. Pressupõe-se uma sensibilidade dos participantes da pesquisa com o agir profissional baseado nos princípios éticos e na oferta de uma saúde como “um direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1998, p.111).

Ficou claro, através do discurso do sujeito coletivo desta pesquisa , que as gestantes com HIV/AIDS devem ser dignas de benevolência, acolhidas nos serviços sem preconceito e/ou discriminação, respeitadas no sigilo, na sua dignidade e usufruir de um cuidado humanizado. Em suma, devem ter os seus direitos assegurados igualmente, conforme assegura a Constituição da República Federativa Brasileira.

Os médicos e enfermeiros inseridos na pesquisa reconhecem que uma assistência resolutiva envolve a preocupação com o cuidar e a oferta dos medicamentos assegurados pelo SUS. Dessa forma, estabelece-se uma relação de confiança profissional/instituição, incentivando as gestantes no enfrentamento de suas dificuldades, bem como favorecendo a adesão ao serviço e ao tratamento.

O DSC revelou, também, que médicos e enfermeiros participantes do estudo consideram que, durante a assistência à gestante com HIV/AIDS, os profissionais de saúde têm o dever de exercer uma postura calcada nos princípios da Bioética, contribuindo para uma relação profissional-paciente mais simétrica e humanizada. Nesse sentido, Chauí (1997, p.337) assevera que

do ponto de vista ético, somos pessoas e não podemos ser tratados como coisas. Os valores éticos se oferecem, portanto, como expressão e garantia de nossa condição de sujeitos, proibindo moralmente o que o que nos transforma em coisa usada e manipulada [...].

Este estudo abordou o aspecto da vulnerabilidade da gestante com HIV/AIDS frente as dificuldades vivenciadas durante a assistência de saúde. Nesse sentido, não houve pretensão de se fazerem julgamentos, mas de oferecer subsídios para a construção de novos saberes no desempenho das atividades assistenciais dos profissionais de saúde, direcionadas às gestantes com HIV/AIDS.

Na realidade, ainda se observa em muitos serviços de saúde que gestantes com HIV/AIDS não são respeitadas na sua dignidade humana, sendo discriminadas e excluídas de uma atenção humanizada em virtude de serem portadoras do vírus HIV. Entretanto, a saúde é um direito de todos e um dever do município, Estado e União através do SUS.

É relevante acrescentar que o estudo, ao se fundamentar nos postulados da Bioética, visualizou a necessidade de uma postura crítico-reflexiva dos profissionais de saúde, frente à assistência às gestantes portadoras de HIV/AIDS, no ciclo gravídico-puerperal, no cotidiano dos serviços de saúde.

Por sua vez, através dessa investigação, a pesquisadora obteve uma maior compreensão acerca da assistência de saúde consubstanciada na Bioética, nos direitos e deveres, especialmente de gestantes portadoras de HIV/AIDS, além de um significativo crescimento pessoal.

Assim, o estudo proporcionou à pesquisadora identificar o inegável valor dos fundamentos da Bioética, como pressupostos básicos para promover uma assistência de saúde sem falhas, especialmente às gestantes com HIV/AIDS

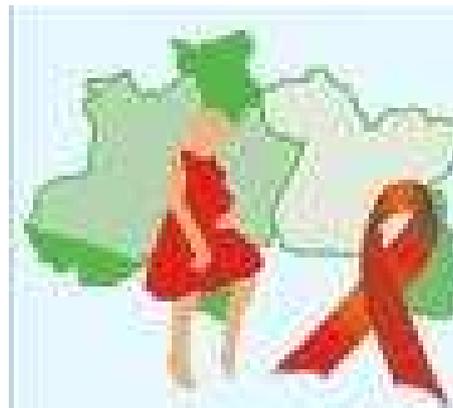
No desejo de contribuir para uma melhor prática do exercício da Enfermagem, considera-se importante destacar que, durante a realização deste estudo, ficou evidente que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem necessita atualizar os instrumentos normativos, especialmente em temas referentes à assistência de saúde, como biossegurança, HIV/AIDS, dentre outros.

Espera-se que este estudo possibilite aos profissionais de saúde uma visão de assistência de saúde às gestantes com HIV/AIDS, focada nos valores éticos, na solidariedade e, principalmente, na sensibilidade às singularidades e ao

sofrimento de cada *ser* gestante. Conforme destacam Pessini e Bertachini (2004, p.87), “quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria.”

O estudo vem contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes com HIV/AIDS, sobre as estratégias para um cuidado interdisciplinar, que priorize o respeito às observâncias da Bioética e às singularidades de gestantes, como seres especiais.

Considera-se necessária a construção de novos saberes no âmbito dos direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS e da Bioética, no sentido de aperfeiçoar a assistência no cotidiano dos serviços de saúde. Esse é um desafio de todos. Espera-se, pois, que, através deste estudo, abram-se novos horizontes no âmbito assistencial, no ensino, na pesquisa e na extensão.



Referências

ABDO, C. H. N. **Armadilhas da comunicação**: o médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos editorial, 1996.

ADESÃO de pacientes a tratamento ainda não é a ideal. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/direitos>>. Acesso em: 20 jul.2005.

ADRIANYCE, A. et al. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS**: uma política por construir. São Paulo. RFS/Unifem. 2003.

AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.fldf.gov.br>>. Acesso em: 02 jul.2005.

AIDSPortugal. Testes para o HIV. Disponível em: <http://wwwsidanete.com>. Acesso em: 30 jun.2005.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **HIV**: somos todos vulneráveis. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br>. Acesso em: 06 abr. 2005.

AGUIAR, E. B. de. **Ética**: instrumento de paz e justiça. Natal: Tessitura, 2003.

A necessidade da indicação criteriosa do teste rápido para a pesquisa do HIV. Brasília, DF: MS, 2005

BARBOZA, H. H. Princípios da bioética e do biodireito **.Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v.8. n.2, 2000.

BARCHIFONTAINE, C. P. de. **Bioética e início da vida**: alguns desafios. Rio de Janeiro: Centro Universitário São Camilo, 2004.

BEHRMAN, R.E. VAUGHAN, V.C. Gravidez de alto risco. In: _____.**Tratado de pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara. 1990.

BEMFICA, A. L. V. **Direitos da gestante**. Brasília, DF: MS, 2004.

BERER, M. **Women and HIV/AIDS**: reproductive and sexual health. Barcelona: Health Matters, 2002.

BETTINELLI, L. A; WASKIEVICZ, J; ERDAMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização**: cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.

BEZERRA, A. C. S. et al. **HTLV I - II** – triagem e diagnóstico sorológico em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública. Brasília, DF: MS. CN/DST/AIDS, 1998.

BIOSSEGURANÇA. <Disponível em: <http://www.unipar.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2005.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 4.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOFF, L. **Ética e eco-espiritualidade**. Campinas: Verus ed., 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN/DST/AIDS. **AIDS: recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV**. Brasília, DF, 1999.

_____. **Legislação sobre DST e AIDS no Brasil**. Normas Federais. Brasília, DF, 2000, 4 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/CNS. **A disseminação da epidemia da AIDS**. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. **Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis/ AIDS**. Brasília, DF: MS, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNAIDS/ Coordinación nationale dès MST et SIDA. **La réponse brésilienne au VIH/SIDA: expériences exemplaires**. Brasília, DF: MS, 2002 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNDST/AIDS. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Ano XVII, n.1, 01-52 semanas epidemiológicas. Jan./dez. 2003 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, DF: 2003 b.

_____. O Brasil e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. **Documento do movimento de mulheres para o cumprimento da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, pelo Estado Brasileiro**: propostas e recomendações. Brasília: DF Agende/Cladem/Brasil, 2003 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Ano 1, n.1, 1-26 semanas epidemiológicas. Jan./jun. 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN/DST/AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF: MS, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/ CN/DST/AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília: DF, 2004 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/ CN/DST/AIDS. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília: DF, 2005.

BUEY, F.F. Sobre tecnociencia y bioética: los árboles del paraíso. In:_____. **Bioética**. Brasília, DF: CFM, 2002.

CAHALI, Y. S. **Código civil**. Código de processo civil. Constituição Federal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

CÂMARA, C; OLIVEIRA, R. **Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV**. Brasília, DF: MS. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS, 2004.

CAMPOS, G. L. Globalização: um dos seus aspectos negativos – a AIDS. Rev. **Jurídica Consulex**, Brasília, DF. ano 8, n.180, p.64-5, jul.2004.

CASTELLÓN, L. Alerta para a galera. **Isto É**. Rio de Janeiro. n.1776, p.54-55. out. 2003.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1997.

CHEQUER, P.J.N. et al. **Infecção pelo HIV em adultos e adolescentes: recomendações para terapia anti-retroviral**. Brasília, DF: MS, 1999.

CLARET, M. **O que você deve saber sobre AIDS**. São Paulo: ABDR. 2001.

COELHO, D.F.; MOTA, M.G.C.; **Cuidado à mulher soropositiva no ciclo gravídico-puerperal: percepções de enfermeiras**. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n. 1,p 92-100. jan./fev. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica** Brasília, DF, 2003.

COSTA, S.F.G.C.; VALLE, E. R.M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

DADOS de AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

DANTAS; S. M; ROCHA, S. **Um olhar sobre as respostas governamentais brasileiras** – limites e necessidades. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

DEUTNER, K. **Mulheres com apenas um parceiro sexual representam 80% das infecções por HIV: último segundo**. Disponível em:

http://ultimosegundo.ig.com.br./home/editorial/stories/editorial_body/0,1205,631989,0.htmlAcesso em: 19 nov. 2001.

DIAGNÓSTICO laboratorial do HIV. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em: 06 abr. 2005.

DIAS, H. P. Bioética. Implicações com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas no Brasil. **Bioética**: temas y perspectivas. Whashington: OMS, n.527, p. 133-142, 2000.

DINIZ, D; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DIREITOS dos soropositivos. Disponível em:<[http:// www.aids.org.br](http://www.aids.org.br)>. Acesso em: 20 jul. 2005.

FAUCI, A.S; LANE, H.C. Human Immunodeficiency vírus disease: AIDS and related disorders. In: KASPER, D.L.et al. **Harrison's principles of internal medicine**. 16. ed. New York: McGraw-Hill, 2005.

FIOCRUZ/Bio-Manguinhos. **Teste rápido – HIV I/II - Bio-Manguinhos**. Rio de janeiro. 2005.

FRANÇA, G.V. **Direito médico**. 8 ed.São Paulo: Fundação BYK, 2003.

_____. **Sigilo médico**.Confidencialidade. Privacidade na relação médico-paciente. Disponível em: <<http://www.medicinallegal.com.br/artigos.asp?Crit=46>. Acesso em: 06 abr. 2005.

FÜHRER, M.C. A; FÜHRER, M.R.E. **Resumo de Direito Penal** (Parte Especial). São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

GAFO FERNÁNDEZ, J. **10 palavras-chave em bioética**: bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, AIDS, drogas, transplante de órgãos, ecologia. São Paulo: Paulinas, 2000. (Coleção ética)

GALVÃO, I.P. **Mulheres com HIV/AIDS**: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: Unifem, 2003.

GAPA. **Hipóteses do surgimento e propagação do vírus da AIDS**: manual para educandos. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

GARRAFA, Volnei. Ética nas pesquisas. **Isto É**, Rio de Janeiro, n. 1771, p. 46-47, 10 set. 2003.

GOMES, L.F.(Org.). **Código penal**. Código de processo penal. Constituição federal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

GÓMEZ, A; CHALUB,S. A eterna busca pela adesão: os desafios dos profissionais de saúde no tratamento contra a AIDS. **Revista saber viver**. n.1, jul.2005.

GOUVEIA, T.; CAMURÇA, S. **O que é gênero**. Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania, 1999.

GRACIA, D. Introducción. La bioética médica. **Bol.Of.Sanit.Panam**. Washington. v.108, n.5-6, p.374-378, mayo/jun.1990.

GURGEL, E. R. **HIV/AIDS: Direitos e deveres do portador e ética dos profissionais da área de saúde**. João Pessoa: Secretaria Estadual de Saúde, 2003.

HERKENHOFF, J, B. **Gênese dos direitos humanos**. v.1. <Disponível em: http://dhnet.org.br/direitos/militantes/herkenhoff/livro_1/conceito.html>. Acesso em: 23 jul.2004.

HUDSON. CN. Elective Caesarean Section for the Prevention of Vertical HIV-1 Infection. **Lancet**,1999.

IOANNIDIS.J.P.A. et al. Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 by Pregnant Women with RNA Virus loads < 1000 Copies/ml. **Journal of InfectiousDiseases**. v.183, p.539-545, 2001.

LIMA. C.B. (Org.) **Regulamentação do exercício da enfermagem**. João Pessoa: JB, 2001.

LEFÉVRE, F.; LEFRÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J.J.V. (Org). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do SUL: EDUCS, 2000.

LOPES, S.G.B.C. **Bio**. São Paulo: Saraiva, 2001. 1v (único).

LOLAS, F. **Bioética: o que é, como se faz**. São Paulo. Edições Loyola, 2004.

LUFT, C.P. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 1999.

MARIN, H.F.; PAIVA, M. S.; BARROS, S. M. O. **AIDS e Enfermagem Obstétrica**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2000.

MELO, V. C. **Aspectos atuais da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na mulher**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br>. Acesso em 2 out. 2003.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

MEZZOMO, A. A, et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma versão multiprofissional. São Paulo: Editora Local, 2003.

MOLINA, A; ALBUQUERQUE, M.C.; DIAS, E. **Bioética e humanização**: vivências e reflexões. Recife: EDUPE, 2003.

MORTENSEN, C; AZEVEDO, M. L.; NUMERATO, P. **Manual de genotipagem de HIV**: HIV e resistência, São Paulo: Applied Biosystems do Brasil, 2002.

MORTENSEN et al. **Fatores de risco na gestação para o HIV/AIDS**. São Paulo: Applied Biosystems do Brasil, 2002.

MOSOGLIATO, M. et al. **HIV nos tribunais**. Brasília, DF: MS. 2002.

MONTE, F, Q. A ética na prática médica. **Bioética**. V.10, n2. Brasília, DF: CFM, 2002. p. 31-45.

MULHER: sua história é você quem faz. Brasília, DF: MS, 2004.

MULHERES e HIV. Disponível em <<http://google.com.br>>. Acesso em: 02 jul.2005.

NOGUEIRA, L.C; REIS, J; LAMBERT, S. **A experiência do programa de AIDS no BRASIL**. São Paulo: Atlas, 2002.

NUNES, P. **Dicionário de Tecnologia jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

OLIVEIRA, M.E.de; BRÜGGEMANN, M.O. (Org). **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, F; MOTA, J. A. C. **Dossiê Bioética e as mulheres**: por uma bioética não sexista, anti-racista e libertária. Belo Horizonte: Rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos, 2003.

PACTO nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: uma política de Estado para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras. Disponível em: < <http://redesaude.org.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

PADILHA, M. I. C. S. et al. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, p. 724-728, nov./dez.2004.

PARAÍBA. **Casos de AIDS acumulados no Estado da Paraíba de jun/1985 a jul/2005**. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Controle de DST/AIDS. João Pessoa, 2005a.

PARAÍBA (Estado). **Casos de morte materna no Estado da Paraíba de janeiro a julho/2005.**Coordenação de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa, 2005b.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Cidadania e direitos:** estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro, 2002

PENNA, G.O. et al. **Doenças infecciosas e parasitárias:** aspectos clínicos de vigilância epidemiológica e de controle. Guia de Bolso. Brasília, DF: MS, 2000.

PEREIRA, I.M. Hospital **Universitário Lauro Wanderley.**João Pessoa: O & M,1994.

PESSINI.L; BARCHIFONTAINE, C.de P. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Paulus, 2002.

_____. **Bioética:** problemas atuais. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PESSINI.L; BERTACHINI,L.. **Humanização:** cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.

PIMENTA, C; SOUTO, K. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres.**Brasília, DF:MS, 2003.

PITANGUY,J. **Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos.**Rio de Janeiro: OMS, 2003

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P; **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

PRINCÍPIOS básicos da política de humanização. Disponível em www.saudeemmovimento.com.br. Acesso em. 20 jul.2005.

PUPO, L. R; WOLFFENBÜTTEL, K. **Aconselhamento em transmissão materno-infantil.** SES/SP/CRT/DST/AIDS. São Paulo, 2004.

RACHID, M; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RAMOS, S. O papel das ONGS na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO, vol.9, n4. p. 1067-1077, 2004.

ROBBINS, S. L. et al. **Patologia estrutural e funcional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES, L.G.M. **Considerações gerais do binômio HIV/AIDS e gravidez.** Brasília, DF: MS, 2003.

ROCHA, M.I. B; ROCHA, L. **Controle social**: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres. São Paulo. Rede nacional feminista de saúde, direitos sociais e direitos reprodutivos, 2002.

ROCHA, I.E; RIGOTTO, R.M; BUSCHINELLI, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

RUSSO, G. **Educar para a bioética**: pela escola, pela catequese, pela pastoral da juventude. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SÁ, E. **Biodireito**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.

SERVIÇO de assistência especializada. Secretaria Estadual de Saúde. PN/DST/AIDS. São Paulo, 2004.

SERVIÇO de assistência especializada. **Registro dos casos notificados de HIV/AIDS em gestantes e crianças expostas**. João Pessoa, 2005.

SANCHES, M.A. **Bioética**: ciência e transcendência. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SARAIVA, D.C. **Direito penal ilustrado**. Rio de Janeiro: Destaque, 1998. .

SCHEFFER. M. Pesquisa em HIV/AIDS. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, DF: CONEP. CNS/MS. n.1, p.18-20. jul.1998.

SILVA, D.M. **AIDS**: o paciente e suas conquistas. João Pessoa, CN/DST/AIDS/MS/VESSE-PB, 2002 a.

SILVA, M. J. P. da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**. Brasília, DF: CFM. v.10, n2. p. 73-88, 2002 b.

SILVA, M.V.da (Colab.). **Legislação DST/AIDS no Brasil**. 2 ed, Brasília, DF: MS, 2003. 3v.

SOARES, N. V; LUNARDI, V.L. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.55, n1, p.64-69, jan/fev. 2002.

SOARES, M.J.G.O. **Mulheres e HIV/AIDS**: análise de comportamento preventivo à luz do Modelo de Crenças em Saúde. 2003, 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SOUSA, S, R; MENEZES, L. **AIDS**. The epidemic in megacities. São Paulo: Papagaio, 2002.

TEIXEIRA et al. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF: MS, 2003.

TEIXEIRA, R.P; PAIVA, V; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. **Como fazer tese em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAESEL, A, C, et al. Educação em saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: _____. **Acolher Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2004.

UNAIDS. **The origen of AIDS**. Disponível em <<http://www.unaids.org/em/geographical+área/by+country>>. Acesso em: 06 abr. 2005.

URBAN, C.A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VASCONCELOS, A. L. R. et al. **Projeto nascer**. CN/DST. Brasília, DF: MS, 2003.

VALLS, A. L. M. **Ética na contemporaneidade**. Disponível em <<http://www.bioética.ufrgs.br/eticacon.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2004.

VAZ, J.I.I. et al. **Testes diagnósticos**. Brasília, DF: MS, 2005.

VERMELHO, L. L; SILVA, L. P; COSTA, A. J. L. **Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil**. Disponível em: <<http://www.tabredação.hpg.ig.com.br/>>. Acesso em: 20 jun.2005.

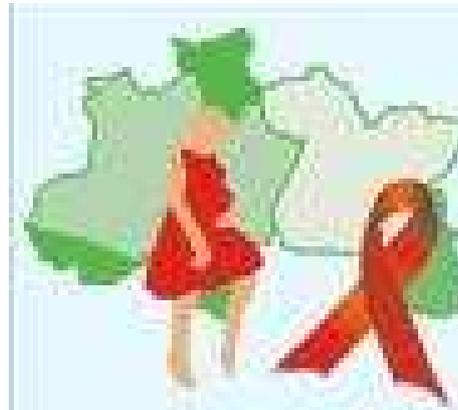
VIEIRA, T, R. Direitos do paciente. **Revista Jurídica CONSULEX**, Ano VII, n.188, 15 nov.2004. p.16

WADE et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. **N.Engl/J.Med**,1998.

WILZA. V; MARISA. S. **Mulheres com HIV/AIDS**: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: IPG/UNIFEM, 2003.

WORLD AIDS day 2004. Disponível em: <[http:// www.unaids.org](http://www.unaids.org)>. Acesso em: 06 abr.2005.

WORLD HEART ORGANIZATION, United Nations Childre's Fund and United Nations Population Fund. Maternal Mortality in 1995. Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO/RHR/01.9. geneva. World Health Organization, 2001.



Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) profissional

Esta pesquisa intitula-se **Discursos de médicos e enfermeiros sobre direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS no âmbito assistencial: uma abordagem bioética** e está sendo desenvolvida por Iaponira Cortez Costa de Oliveira, enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley e mestrande de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Os objetivos da pesquisa são: a) identificar a compreensão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre os deveres que norteiam a assistência às gestantes portadoras de HIV/AIDS; b) identificar os direitos de gestantes portadoras de HIV/AIDS que médicos e enfermeiros levam em consideração na assistência prestada; c) verificar quais são os deveres recomendados às gestantes portadoras de HIV/AIDS pelos participantes do estudo; d) analisar o depoimento dos participantes inseridos no estudo, à luz da Bioética.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para uma reflexão de profissionais de saúde sobre a assistência às gestantes portadoras do HIV/AIDS, fundamentada no conhecimento dos direitos, deveres e na Bioética.

É possível que não haja qualquer benefício direto por sua participação nesta pesquisa, entretanto, mesmo o (a) senhor (a) ou outras pessoas poderão se beneficiar dos resultados.

A sua participação é voluntária. Caso decida não participar da pesquisa ou resolva a qualquer momento desistir da participação, não sofrerá nenhum risco, razão por que convido(a) a participar dela. Caso aceite, solicito a sua autorização para apresentar os resultados em eventos científicos e publicá-los em revistas da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

A pesquisadora estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considerar necessário.

Atenciosamente,

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Pesquisadora responsável
Telefone para contato: 2167821

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados dos participantes:

Idade: _____

Sexo: _____

Formação acadêmica:

Curso de graduação

Curso de pós-graduação

Treinamento em DST/AIDS

sim

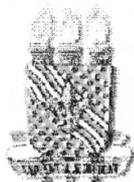
não

1. Em sua opinião, quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS relacionados à assistência de saúde?
2. Quais os direitos de gestantes com HIV/AIDS que você leva em consideração no momento de cuidar?
3. Quais os deveres que você recomenda às gestantes com HIV/AIDS?



Anexo

ANEXO A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Processo número: 634

Título do Projeto: Discursos de médicos e enfermeiros sobre direitos e deveres de gestantes portadoras de HIV/AIDS no âmbito assistencial: uma abordagem bioética

Pesquisador(a) Responsável: Iaponira Cortez Costa de Oliveira

Curso de Origem: Enfermagem

Relator(a): Patrícia Serpa de Souza Batista

PARECER

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 14/12/04, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa acima especificado.

João Pessoa, 14 de dezembro de 2004.


Solange Fátima Gerardo da Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)