

Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico*

WOMEN LIVING WITH AIDS AND THE FAMILY HEALTH PROGRAM PROFESSIONALS: DISCLOSING THE DIAGNOSIS

MUJERES VIVIENDO CON SIDA Y LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA: REVELANDO EL DIAGNÓSTICO

Fernanda Cristina Ferreira¹, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata²

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo realizado com mulheres infectadas pelo HIV/aids atendidas por um serviço especializado em DST/aids e matriculadas por uma equipe do Programa Saúde da Família. Teve como objetivo identificar quais as motivações para abrir a privacidade de suas informações para a equipe de PSF das mulheres soropositivas ao HIV/aids. Foi realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, analisadas com o referencial teórico da bioética. Verificou-se que as mulheres revelam o diagnóstico à equipe de PSF quando: o diagnóstico de soropositividade foi feito na unidade; sentem que são melhor atendidas por serem soropositivas ao HIV; têm vínculo como se fossem familiares; confiam; e sentem que não sentem pena. E não revelam quando: a atitude do profissional gerou medo e insegurança; acham que o PSF cuida de pessoas acamadas; não confiam por medo de quebra do sigilo; e já possuem toda assistência que precisam no SAE.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de imunodeficiência adquirida. Saúde da mulher. Comunicação sigilosa. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This qualitative study was carried out with women living with HIV/AIDS cared by a specialized STD/AIDS service and registered in a Family Health Program (FHP) unit. The purpose was to identify the motivations of women living with HIV/AIDS to provide private information to the FHP team. The study was performed using semi-structured interviews, analyzed with the bioethics theoretical framework. It was verified that women disclose the diagnosis to the FHP team when: the HIV/AIDS diagnosis was made in the unit; they feel there is better treatment for being HIV positive; they are bond as family members; there is trust; and women feel that they do not feel pity of them. Women so not disclose when: the professional's attitude produces fear and unreliability; they think that the FHP takes care of bedridden patients; they do not trust by fearing secret disclosure; and they already have all the care needed in the SCS.

KEY WORDS

Acquired immunodeficiency syndrome. Women's health. Confidentiality. Family Health Program.

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo realizado con mujeres infectadas con el VIH/SIDA atendidas por un servicio especializado en DST/SIDA y matriculadas por un equipo del Programa Salud de la Familia. Tuvo como objetivo identificar cuáles son las motivaciones de las mujeres seropositivas al VIH/SIDA para abrir la confidencialidad de sus informaciones al equipo del PSF. Se llevó a cabo por medio de entrevistas semi-estructuradas, analizadas con el referencial teórico de la bioética. Se verificó que las mujeres revelan el diagnóstico al equipo del PSF cuando: el diagnóstico de seropositividad se realizó en la unidad; sienten que son mejor atendidas por ser seropositivas al VIH; tienen vínculo como si fuesen familiares; confían; y manifiestan que no sienten pena. Y no revelan cuando: la actitud del profesional generó miedo e inseguridad; consideran que el PSF cuida a personas enfermas; no confían por miedo a la quiebra del sigilo; y ya poseen toda la asistencia que necesitan en el SAE.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Salud de la mujer. Confidencialidad. Programa Salud de la Familia.

* Extraído da dissertação "As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/ aids a abrir a privacidade das informações às equipes do Programa saúde da Família". Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. fernandausp@terra.com.br ² Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. izumi@usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a epidemia de aids torna-se visível em 1980 e, a partir de então, foram notificados progressivamente novos casos da doença. Tem-se em 1993, 71.259 casos e nos cinco anos subseqüentes o aumento de pessoas infectadas foi substancial, chegando em 1998 ao montante de 200.786 casos notificados⁽¹⁾.

No município de São Paulo, cidade com maior número de casos notificados no país, até dezembro de 2004, 14.955 mulheres maiores de 13 anos haviam sido notificadas com aids, 88,0% tiveram como categoria hierarquizada de exposição a via heterossexual⁽²⁾.

Nas mulheres, determinantes biológicos e sociais favorecem a transmissão do HIV e o desenvolvimento para a doença. Na questão da transmissão destacam-se as diferenças anatômicas, a maior concentração do HIV no sêmen do que na mucosa vaginal, a ocorrência de microlesões na mucosa vaginal durante a relação sexual (em área extensa do canal vaginal), a diminuição da lubrificação da vagina (variável conforme a idade e o estímulo sexual) e a utilização de contraceptivos que criam um ambiente favorável à penetração do vírus.

Destacam-se ainda, o estágio da doença, a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis, inflamações ou irritações na mucosa vaginal, a natureza e a frequência das relações sexuais (número de parceiros, a atividade sexual desprotegida durante a menstruação, etc.), a desigualdade social, questões relacionadas ao gênero, a pobreza, e a falta de percepção de risco à infecção, principalmente em mulheres que vivenciam relacionamentos estáveis⁽³⁻⁴⁾.

Diante destas características tem ocorrido o aumento de mulheres infectadas pelo HIV/aids. Em termos da assistência à mulher vivendo com HIV/aids, no âmbito da atenção básica, a prioridade é a identificação de grupos vulneráveis, oferecimento de testagem sorológica para detecção do vírus e realização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença. No atendimento às portadoras do HIV requer-se articulação dos vários serviços do SUS no desenvolvimento de um trabalho integrado por um sistema de referência e contra-referência, dos serviços especializados com as unidades básicas de saúde.

Na atenção básica, como diretriz privilegiada, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF é uma estratégia onde podem ser intensificadas as ações de promoção da saúde e prevenção do HIV, ao mesmo tempo em que reforça junto às pessoas infectadas seus direitos humanos e civis, garantindo melhor qualidade de vida⁽²⁾.

Mas para isso, é primordial que o PSF realize uma ação integrada com os serviços de referência em HIV/aids para intensificação do acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde ajuda a assegurar uma assistência contínua, desta forma os indivíduos serão acompanhados em todos os estágios da infecção da prevenção ao tratamento⁽⁵⁾.

Por outro lado, o PSF por ter maior proximidade com o usuário, no caso específico o agente comunitário de saúde (ACS) por habitar o mesmo bairro, e ainda, por adentrar freqüentemente o domicílio das famílias, pode facilitar que as informações sejam disseminadas, até mesmo as sigilosas. Os autores analisam que tal fato, traz implicações éticas no que diz respeito à privacidade das informações e a autonomia dos usuários (que engloba a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas), principalmente no que tange o acesso a determinadas informações pessoais que possam trazer algum grau de discriminação e/ou estigmatização negativa para os usuários, como por exemplo, de pessoas infectadas pelo HIV/aids⁽⁶⁾.

O PSF é uma estratégia onde podem ser intensificadas as ações de promoção da saúde e prevenção do HIV, ao mesmo tempo em que reforça junto às pessoas infectadas seus direitos humanos e civis, garantindo melhor qualidade de vida.

Os autores⁽⁶⁾ consideram que são os próprios usuários que têm direito de decidir que a informação sobre sua soropositividade seja mantida sob seu controle, a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devem ser reveladas.

Diante de tais aspectos, os conflitos existentes na manutenção do direito a privacidade e no exercício do dever do sigilo pelos profissionais são objetos deste estudo. Os estudos que tratam desta temática tem focado, principalmente, a relação profissional-usuário mais voltada à esfera de atendimento hospitalar e são poucos os estudos que tratam da relação HIV/aids e PSF⁽⁷⁾.

Os problemas éticos enfrentados na atenção básica devem diferir dos identificados nas demais esferas de atendimento. É que, as soluções buscadas para a resolução dos problemas éticos podem diferir nos diversos serviços de atenção à saúde, porque mesmo que se observe uma estrutura similar do raciocínio ético, os sujeitos éticos e o contexto são distintos⁽⁷⁾.

Foram problematizadas em que condições as mulheres infectadas pelo HIV abrem a privacidade de suas informações às equipes de PSF, formulando-se algumas hipóteses, são elas: a mulher tem medo do estigma e preconceito que possa sofrer ao revelar sua soropositividade à equipe de PSF; não vê necessidade de falar à equipe de PSF, pois acha que já tem todo o suporte necessário no centro de referência em que é acompanhada; desconhece o que o PSF pode lhe oferecer em termos de assistência; tem receio de que haja invasão da sua privacidade e perda de sua autonomia ao revelar o diagnóstico à equipe.

Este estudo com a finalidade de oferecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência às mulheres soropositivas ao HIV/aids atendidas no PSF, elege como objetivo identificar quais as motivações para abrir a privacidade de suas informações para a equipe de PSF das mulheres soropositivas ao HIV/aids.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. As questões que envolvem a privacidade e a confidencialidade foram aqui tratadas no campo da bioética.

No presente estudo será tomada a dimensão da privacidade relacionada ao acesso às informações de saúde pelos profissionais, uma vez que se trata da abertura da privacidade, no sentido do conhecimento sobre a condição de soropositividade ao HIV de mulheres pela equipe do PSF.

O estudo foi desenvolvido junto à Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na Supervisão do Butantã, que possui 14 Unidades Básicas de Saúde, sendo que quatro atuam com a estratégia do PSF (CSE Butantã, UBS São Jorge, Vila Dalva e Boa Vista) e um Serviço de Atendimento Especializado (SAE-Butantã), que atende DST/aids.

Fizeram parte do estudo mulheres portadoras do HIV/aids maiores de 18 anos, matriculadas e em acompanhamento no SAE-Butantã e que tivessem cadastramento em alguma equipe de PSF das Unidades Básicas de Saúde São Jorge, Vila Dalva, CSE Butantã ou Boa Vista.

A escolha de realizar a pesquisa no SAE e não nas unidades básicas de saúde deu-se porque no SAE seria possível encontrar mulheres que contaram e que não contaram ao PSF seu segredo do diagnóstico de soropositividade. Reunindo em apenas um lugar, as mulheres que estão em acompanhamento no SAE e atendidas pelo PSF das unidades básicas de saúde indicadas.

Como estratégia de sensibilização dos trabalhadores para identificação de mulheres com o perfil necessário, realizou-se uma reunião de apresentação da pesquisa e distribuíram-se filipetas de aviso lembrando os critérios de inclusão no estudo, além da fixação das mesmas em quadros de avisos.

Foram utilizadas neste estudo as entrevistas com seis mulheres, realizadas no período de 12 de maio a 04 de julho de 2006. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, efetuadas em um único encontro. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram realizadas numa sala privativa, com duração de aproximadamente 40 minutos.

O roteiro de entrevista foi dividido em duas partes. A primeira, refere-se à caracterização da mulher em relação à data de nascimento, anos completos de estudo, escolaridade, situação de emprego, número de filhos resi-

dentados com a entrevistada, idade dos filhos, pessoas que residem na mesma casa, renda total da casa, participação em associações, igreja, centro comunitário ou organização não governamental (ONG), tempo de moradia no bairro e tempo de conhecimento do diagnóstico de soropositividade ao HIV. A segunda parte do roteiro explora as condições em que a entrevistada ficou sabendo do diagnóstico de infecção pelo HIV; para quem ela compartilhou o conhecimento sobre o seu diagnóstico pela primeira vez e, depois com quais outras pessoas dividiu a informação e como vivenciou esta situação. Além disso, explorou-se a relação da entrevistada com a comunidade em que mora, indagando se o fato de ser soropositiva interferia na sua convivência com familiares e vizinhos e, por fim, em que condições a equipe do PSF tomou conhecimento sobre o seu diagnóstico.

Os dados foram organizados pela Análise de Conteúdo⁽⁸⁾. O método de análise de conteúdo é composto por três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação. Dessa maneira, após as entrevistas, os conteúdos dos depoimentos das mulheres resultou na obtenção de textos, que após decomposição conformaram num conjunto de subtemas, que agrupados constituíram a categoria empírica *compartilhando o segredo aos profissionais de saúde*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer nº 040/06 - CEP/SMS). De acordo com a resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, foi solicitado a cada uma das mulheres o consentimento para participação na pesquisa. Foi entregue um Termo de Responsabilidade, assinado pela pesquisadora e orientadora da pesquisa, que contem os objetivos do estudo; as garantias para a preservação de seu anonimato; omissão de nomes e particularidades que possibilitem a identificação. Neste documento indica-se uma forma de contato com a pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas, se necessário. Foram assegurados a liberdade de participação, de recusa e o direito de retirar-se a qualquer momento da pesquisa.

Para preservar o anonimato das mulheres entrevistadas, na descrição dos resultados e discussão seus nomes foram trocados por outros fictícios escolhidos pela pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas seis mulheres com diagnóstico de infecção pelo HIV/aids, matriculadas e em acompanhamento no SAE - Butantã, moradoras da área de abrangência e matriculadas no PSF da Supervisão de Área do Butantã, por ocasião da entrevista.

As idades variaram de 29 a 45 anos; a maioria tinha mais de quatro anos de estudo, com exceção de Aysha; somente uma encontrava-se separada e todas residiam

com seus filhos, com idades entre um mês e 23 anos. Quatro delas encontravam-se desempregadas; somente Jade possuía ocupação de maior qualificação e é a que tinha maior rendimento familiar (5,7 SM). O tempo de moradia no bairro foi muito variável, sendo o mínimo de dois anos e o máximo de 32 anos. Mais da metade delas freqüentava alguma igreja evangélica e três alguma organização não governamental (ONG). Quatro delas (Safira, Mayara, Dalila e Aysha) sabiam do diagnóstico há menos de dois anos e Selena e Jade, seis e nove anos, respectivamente.

Metade delas, Safira, Dalila e Aysha, teve o diagnóstico de soropositividade ao HIV realizado em uma das unidades de PSF da Supervisão da Área do Butantã. O diagnóstico de infecção pelo HIV de Dalila e Aysha foi realizado durante o acompanhamento do pré-natal, através dos exames laboratoriais de rotina.

Safira, Selena e Jade tiveram seus diagnósticos realizados após suspeita da infecção de seus parceiros sexuais. Safira teve o seu diagnóstico de soropositividade conhecido após suspeita de HIV do marido presidiário que estava com tuberculose, doença indicativa de possível associação com a infecção pelo HIV e Jade soube na ocasião da internação do marido.

Entre todas, somente com Mayara o diagnóstico foi feito a partir de história progressiva de alcoolismo e tuberculose.

Após o diagnóstico de infecção pelo HIV, Safira, Dalila e Aysha, grávidas, foram acompanhadas no SAE Butantã, realizando o controle do pré-natal e tratamento com anti-retrovirais durante a gestação e após o parto, assim como as crianças. Os filhos nascidos destas mulheres tiveram os seus exames laboratoriais de detecção do vírus negativos, ou seja, não foram infectados.

Mayara e Selena não foram diagnosticadas com infecção pelo HIV nas unidades do PSF, mas em outra unidade não identificada. Jade teve seu diagnóstico realizado no SAE Butantã. Todas encontravam-se em acompanhamento no SAE Butantã. Segundo supõe-se, a equipe do PSF não conhece o diagnóstico de soropositividade de Selena e Jade. Somente Mayara revelou sua condição de soropositividade para a equipe do PSF.

Dalila, embora cadastrada no PSF, não realiza acompanhamento do processo saúde-doença no PSF, apesar da equipe conhecer o seu diagnóstico. Selena e Jade, também cadastradas pela equipe de PSF, não são acompanhadas no que tange às questões que envolvem a infecção pelo HIV, porque as equipes desconhecem a soropositividade ao HIV dessas mulheres, e as mesmas não demonstram interesse em abrir a privacidade desta informação. Selena não freqüenta o PSF para nenhum processo relacionado à sua saúde, relata que somente utiliza os serviços do PSF para o cuidado dos seus filhos.

Compartilhando o segredo com os profissionais do psf: a abertura (ou não) do diagnóstico de HIV/aids

Por ser a bioética uma nova maneira de tratar a ética nas ciências da vida e da saúde, combinando *estudo e reflexão e traçando uma ponte entre as ciências biológicas e as humanas mediante um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, entendida como a compreensão de como usar o conhecimento para o bem social e para a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida*⁽⁷⁻⁹⁾ nela foi embasada a análise deste estudo.

Deriva do princípio da autonomia, o direito a privacidade, que engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem da pessoa⁽¹⁰⁾. A privacidade parte do princípio que a pessoa é autônoma para decidir a quem e como deseja permitir que seu corpo seja exposto para procedimentos médicos, diagnósticos e assistenciais ou quais informações à respeito de suas condições de saúde devam ser confidenciais⁽¹¹⁾.

Deve-se primar pelo princípio básico da manutenção da confidencialidade da informação que os profissionais de saúde possuem sobre um determinado usuário (segredo profissional) e respeitar que o diagnóstico e toda a informação pertinente a infecção pelo HIV pertençam ao paciente ou aos responsáveis legais em caso de incapacidade ou de menores de idade⁽¹²⁾.

Do direito a privacidade deriva o dever da manutenção do segredo por todos os elementos da equipe, lembrando que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do usuário⁽⁶⁾.

Considerando a discussão acima e ao decompor os discursos das mulheres entrevistadas com HIV/aids em relação à abertura da privacidade, ou seja, o compartilhamento da informação sobre o diagnóstico com a equipe de PSF, emanaram as categorias analíticas que serão apresentadas a seguir destacadas em negrito. Lembrando que essas categorias foram didaticamente separadas em dois grandes grupos: Contam o segredo quando e Não contam o segredo quando.

Contam o segredo quando:

O diagnóstico de soropositividade foi feito na própria unidade

Na realidade como o diagnóstico de soropositividade foi realizado na própria unidade de PSF, já houve a abertura da privacidade em relação à informação.

Quando o diagnóstico foi realizado por uma equipe de PSF, pelo menos um membro dessa equipe toma conheci-

A privacidade parte do princípio que a pessoa é autônoma para decidir quais informações à respeito de suas condições de saúde devem ser confidenciais.

mento do segredo. Portanto, nesses casos não foi o fato de abertura do segredo, mas sim, compartilhamento do segredo por ocasião do diagnóstico. Pode ser que a mulher infectada procure outros membros da equipe e revele o segredo, ou também pode ser que por motivo de tratamento, outro membro da equipe venha a tomar conhecimento desta informação.

É importante que este momento de procura pelo exame a mulher receba apoio no aconselhamento pré e pós-resultado, para que não seja simplesmente encaminhada a um serviço de referência. O profissional que faz o atendimento deve promover ambiente confortável para que seja estabelecido um vínculo onde possam ser discutidos desde o significado do resultado na vida destas mulheres bem como questões específicas de prevenção, sexualidade e qualquer questão relacionada à saúde reprodutiva da mulher⁽¹³⁾.

Ela sente que é melhor atendida no PSF por ser portadora do HIV

As mulheres contam à equipe do PSF sobre sua condição quando sentem que serão acolhidas nas suas demandas. Em um estudo⁽¹⁴⁾ sobre satisfação dos usuários em relação ao PSF, constatou-se que a maioria das famílias atendidas estava satisfeita com o serviço prestado pela equipe do PSF e pela unidade de saúde. No entanto, é interessante que uma das entrevistadas avaliou que é melhor a qualidade do atendimento exatamente por ser ela uma portadora do HIV, dizendo que suas necessidades de assistência médica, de enfermagem e de exames são atendidas com rapidez.

Em relação aos ACS, vale ressaltar que pesquisadores⁽⁶⁾, constataram que o contato freqüente com os usuários faz com que estes, muitas vezes, revelem seus segredos aos ACS, abrindo parte de sua privacidade em razão de que isso possa facilitar seu acesso ao serviço de saúde.

Tem vínculo com os profissionais do PSF como se fossem familiares

O acolhimento e apoio recebido pelos profissionais da equipe de PSF é uma condição importante para que haja a abertura da privacidade. Muitas vezes a relação com o profissional é comparada a vínculos familiares.

O PSF possui um caráter humanista que modifica a condição vivida por muitos anos no sistema de saúde, já que transforma a relação impessoal de tratamento pontual, geralmente de caráter curativo, em uma perspectiva de ampliação do atendimento que olha o paciente em sua totalidade e realiza o acompanhamento da pessoa e não da doença⁽¹⁴⁾.

Confiam nos profissionais do PSF

Uma condição que leva as mulheres a abrirem a privacidade sobre as informações é a confiança estabelecida entre as usuárias e os profissionais.

Um dos elementos que conduz à confiança do paciente nos trabalhadores de saúde é o conhecimento do direito à privacidade e, na abertura desta, o dever que os mesmos têm de não revelar os segredos que lhe foram confiados no exercício da profissão, mesmo aquelas desconhecidas pela própria usuária⁽¹⁵⁾.

É imperativo que o direito ao sigilo seja explicitado para a usuária do serviço, pois reforçando a confiança, esclarecendo as dúvidas e deixando claro seus direitos como usuária, o vínculo e a credibilidade dos profissionais são reforçados.

Em estudo⁽⁶⁾ constatou-se que existe, por parte dos ACS, a preocupação com o princípio ético da privacidade e a necessidade da manutenção do sigilo profissional.

Sentem que os profissionais não sentem pena

Para as mulheres soropositivas ao HIV abrirem sua privacidade há condição de que os profissionais não sintam pena. Este sentimento de pena faz com que elas se sintam de alguma forma inferiorizadas.

Não contam o segredo quando:

A atitude inadequada do profissional gerou medo e insegurança quando comunicou à usuária o diagnóstico

A atitude inadequada do profissional dos diferentes serviços de saúde pode comprometer a decisão sobre a abertura da privacidade à equipe de PSF.

Em uma das entrevistas o profissional gerou medo e insegurança quando comunicou à usuária o diagnóstico de soropositividade. Vale destacar que a situação ocorreu durante o atendimento do pré-natal dizendo *que a criança nasceria com problemas e que seria melhor realizar o aborto*.

No início dos anos de 1990, as mulheres infectadas pelo HIV evitavam a gravidez ou podiam ser suggestionadas a abortar, já que se pensava que o prognóstico delas e de seu conceito eram ruins. Hoje, sabe-se que a infecção pelo HIV não afeta a fertilidade, que a gravidez não acelera o desenvolvimento da doença e que a probabilidade de transmissão vertical se reduz a 2% com a utilização de medidas preventivas (supressão da amamentação, nascimento por cesárea, tratamento com antiretrovirais, etc.)⁽³⁾.

Acham que o PSF está ligado ao cuidado de pessoas com doença grave e acamados

Uma das usuárias referiu acreditar que o PSF faz acompanhamento de pessoas com doenças graves e acamados e que ela não necessitava de assistência, pois estava bem. Essa situação caracteriza a falta de conhecimento que por vezes se tem acerca dos atendimentos e serviços realizados pelas equipes de PSF.

A proposta do PSF prevê o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção, de cura de doenças e

reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade⁽⁵⁾. No entanto, persiste a idéia de que os serviços de saúde respondem às demandas por assistência aos doentes, com pouca ênfase à prevenção das doenças e promoção da saúde.

Não confiam nesses profissionais por medo de quebra do sigilo (contar para outros profissionais, para pessoas da comunidade, familiares).

As usuárias não abrem sua privacidade em relação a informação sobre sua soropositividade quando há falta de confiança nos profissionais de saúde, isto acontece por medo da quebra do sigilo.

Apesar do sigilo ser preconizado pelos códigos de ética profissional, a sua manutenção é bastante complexa e, às vezes, é quebrado, particularmente, quando refere-se a doenças de notificação compulsória⁽¹⁵⁾. Os autores ainda ressaltam que a relação profissional de saúde-paciente, na maioria das vezes, é baseada na confiança e no respeito mútuos.

O medo de que o sigilo seja quebrado é expresso principalmente em relação ao ACS, por este morar na área de abrangência na qual atua, sendo muitas vezes vizinho e até membro da família.

Já possuem todo suporte assistencial no SAE, não necessitando do PSF

Os discursos dos profissionais relativos ao atendimento em HIV/aids revelam ênfase no encaminhamento para os serviços especializados, desvinculando-se os usuários da unidade básica e transferindo-se a responsabilidade pelo acompanhamento⁽⁵⁾.

Da mesma forma que os profissionais, as mulheres entrevistadas elegeram o serviço especializado como o local no qual é oferecido todo o suporte assistencial de que necessita, não havendo necessidade de abrir sua privacidade à equipe de PSF. As usuárias avaliaram positivamente o serviço especializado.

Quando a mulher soropositiva ao HIV/aids enfrenta o desafio de viver com aids, ela também continua enfrentando as relações de poder na sociedade, principalmente as desigualdades de gênero, que permeiam de forma tão contundente o papel do ser mulher na sociedade.

O medo do preconceito é muito presente no cotidiano dessas mulheres, e viver na luta pela vida torna-se mais complexo quando se trata de uma doença tão estigmatizante. Acredita-se que o receio de desvelar o diagnóstico reside no temor quanto ao julgamento social, ou seja, há o medo da humilhação, o medo da vergonha e o medo da culpa, tendo em vista que ainda hoje a aids é sinônimo de exclusão social⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HIV/aids especificamente em mulheres traz grandes desafios à sociedade e aos serviços de saúde. Esses desafios se referem, especialmente, ao rompimento de preconceitos enraizados no cotidiano e nas significações sobre o HIV.

Os serviços de saúde, em especial na atenção básica, podem contribuir com medidas para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids entre as mulheres⁽¹⁷⁾.

Verificou-se que o PSF configura um serviço com grande potencial para o atendimento dessas mulheres, principalmente, nas questões relacionadas ao seu processo saúde-doença no cotidiano. Já que o PSF trabalha na comunidade, em especial, juntamente as famílias, deve-se compreender os processos pertinentes as relações familiares e comunitárias das mulheres portadoras do HIV/aids.

Algumas pessoas têm uma representação da aids pautada no preconceito e no medo causado pela discriminação dos próprios funcionários do estabelecimento de saúde. A defesa do segredo se justifica pelo alto índice de desinformação da população em geral e também de alguns trabalhadores da saúde, que resulta em uma desconfiança do paciente de que os funcionários fiquem sabendo do seu diagnóstico de soropositividade do HIV e possam disseminá-lo⁽¹⁸⁾.

Verificou-se neste estudo que as mulheres abrem a privacidade das informações ao HIV à equipe de PSF quando o diagnóstico das informações foi feito na própria unidade, principalmente porque neste caso, a privacidade já foi aberta a pelo menos um dos membros da equipe. E a necessidade de manter o sigilo, por parte dos profissionais de saúde, é primordial.

O PSF caracteriza-se pelo vínculo e pela responsabilização da equipe em relação às famílias de sua área, porém é necessário o estabelecimento de contratos de manutenção do sigilo e de estabelecimento de limites por parte das equipes em relação aos usuários⁽⁹⁾. Foi constatado que pode ser que essas mulheres soropositivas sentem que são melhor atendidas por serem portadoras do HIV/aids, pelas equipes de PSF.

Cabe considerar que o contexto dos serviços de saúde caracteriza-se pela confiança depositada pelo usuário na instituição, através dos membros que a compõem. Ao ser negligenciada a confiança, a revelação de informações privativas pode afastar o usuário do serviço, perdendo-se a oportunidade de negociar e trabalhar a dificuldade de compartilhar⁽¹⁸⁾.

Existe uma expectativa clara, tanto de um grupo de pessoas hospitalizadas quanto do grupo de pessoas não hospitalizadas, de preservação da privacidade das informações em relação aos profissionais de saúde e que de-

vem limitar seu acesso àquelas informações que sejam essenciais ao desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao usuário do serviço⁽¹⁸⁾.

Foi desvelado que as usuárias entrevistadas não contam ao PSF sua condição de soropositividade em várias condições. Numa delas houve atitude inadequada do profissional que informou o diagnóstico à usuária, gerando medo e insegurança. Algumas mulheres passaram por situações constrangedoras, atitudes preconceituosas ao revelarem o diagnóstico. Estas experiências negativas podem levar ao isolamento⁽¹⁹⁾.

Algumas mulheres referiram que já possuem todo suporte assistencial necessário aos seus cuidados no SAE e que por isso não vêem necessidade de atendimento em outras instituições de saúde.

Estudos⁽⁵⁾ concluíram que não existe conhecimento sobre quem na população atendida pelo PSF é portador

do HIV/aids e que não há demanda de assistência para as equipes de PSF, referindo que nunca houve este atendimento a usuários nesta condição. Tais apontamentos diferem dos resultados do presente estudo.

Em relação ao atendimento dos soropositivos ao HIV/aids pelos profissionais do PSF, observou-se que, estes desconhecem a forma de acesso dos usuários e a rotina do SAE referente a quais as ações realizadas neste serviço. Uma informação básica a que os profissionais deveriam ter acesso seria quanto aos critérios de atendimento nesse serviço⁽⁵⁾.

Questões além do manejo clínico da doença devem ser tratadas pelos serviços de saúde especializados, e da atenção básica também, é importante acolher e aconselhar essas mulheres, no manejo de suas vidas. Principalmente, nos aspectos que são afetados pela condição de soropositividade, como o convívio social, o trabalho, a família, o cuidado e o futuro dos filhos⁽²⁰⁾.

REFERÊNCIAS

1. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 1ª - 26ª - Semanas Epidemiológicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006;3(1).
2. Boletim Epidemiológico de Aids, DST/HIV e Hepatites B e C. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2005;9(9).
3. Garcia-Sanchez I. Diferencias de genero en el VIH/sida. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:47-54.
4. Villela W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: NEPAIDS; 1996.
5. Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o programa saúde da família e um serviço de referência em HIV/AIDS. Epidemiol Serv Saúde. 2005;14(2):97-104.
6. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1328-33.
7. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006. p. 111-35.
10. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1690-9.
11. Massarollo MKB, Sacardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 136-52.
12. Reyes MW. Infección por VIH: algunas consideraciones éticas. Cuad Med Soc. 1996;37(4):5-12.
13. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):12-23.
14. Gomes ACCN, Torres GV. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. Texto Contexto Enferm. 2003;12(4):495-503.
15. Almeida M, Munoz DR. Relação médico-paciente e paciente-instituição na aids: o direito à informação e à confidência; a discriminação, o abandono e a coerção. Bioética. 1993;1(1):49-53.
16. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann VLM. A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. Acta Sci. 2004;26(1):1-9.
17. Villela W. Reelaborando a agenda sobre AIDS e mulheres. Divulg Saúde Debate. 2003;(29):61-72.
18. Sacardo DP. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: um estudo bioético [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
19. Vermelho LL, Simões-Barbosa RH, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):369-79.
20. Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):24-31.