

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A percepção do usuário do Programa de Saúde da
Família sobre a privacidade e a confidencialidade das
informações.**

Antonio Ferreira Seoane

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes.

São Paulo
2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**A percepção do usuário do Programa de Saúde da
Família sobre a privacidade e a confidencialidade das
informações.**

Antonio Ferreira Seoane

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes.

São Paulo
2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na sua reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Seoane, AF. **A percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Resumo

Introdução: O Programa de Saúde da Família (PSF) e o agente comunitário de saúde (ACS) aproximam-se dos usuários buscando unir o indivíduo, a família e a comunidade com o serviço de saúde. Além de agente de saúde e, portanto, vinculado à Instituição, o ACS que reside obrigatoriamente na mesma área onde exerce sua profissão, convive diretamente com as famílias e freqüentemente adentra em suas residências criando com elas um vínculo, observando e coletando informações sobre suas condições de vida e saúde. **Objetivo:** discutir a percepção do usuário quanto à privacidade e à confidencialidade das informações e conhecer como o mesmo relaciona a visita domiciliar ao seu direito à privacidade. **Justificativa:** apoiados no referencial teórico da bioética do cotidiano, esse trabalho de investigação justifica-se à medida que a garantia dos direitos à privacidade e à confidencialidade reflete diretamente na qualidade do atendimento. **Método:** estudo qualitativo, de natureza exploratória. Como instrumento de investigação elaborou-se um roteiro de entrevistas semi-estruturadas, com questões abertas. Foram entrevistados trinta usuários maiores de dezoito anos, cadastrados em uma Unidade Básica do PSF da região sudeste do município de São Paulo. **Resultados:** os entrevistados não consideraram a entrada do ACS em suas residências como uma invasão à sua privacidade. Poucos relacionaram o sigilo das informações como um direito e um possível desrespeito parece ser por eles justificado pela necessidade do cuidado e do melhor acesso ao serviço de saúde. Das doenças estigmatizadas desponta a AIDS, seguida do câncer, e em menor grau a tuberculose, as doenças da próstata e o diabetes. **Conclusões:** O ACS é percebido mais como um técnico, um profissional de saúde vinculado à Instituição e não como um cidadão pertencente à comunidade e, em função disso, a visita domiciliar não causa constrangimentos. Constatou-se tendência em se admitir que as informações dadas em sigilo seriam reveladas pelos ACS ou ainda, pela própria (des)organização do serviço de saúde, porém, parece haver certo conformismo do usuário em relação à percepção dessa violação, justificada pela melhoria no cuidado e no acesso ao serviço de saúde. Verificou-se a importância das relações de gênero e do cuidado quando da revelação de determinadas enfermidades estigmatizadas.

Descritores: Bioética, Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, privacidade, confidencialidade.

Seoane, AF. **The Family Health Program user's perception of information privacy and confidentiality.** [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Abstract

Introduction: The Family Health Program (FHP) and the Community Health Workers (CHW) approach their users by trying to unite the individual, the family, the community and the health service. Besides being a health worker and, therefore, attached to the Institution, the CHW that obligatorily lives in the same area where s/he works, lives together with the families and frequently enters their residences, creating a bond, observing and collecting information about their life and health conditions. **Objective:** to discuss how the FHP user perceives his/her right to information privacy and confidentiality and how s/he relates the domicile visit to his/her right to privacy. **Justification:** supported by theoretical references from daily bioethics this research paper justifies itself as the warranty of the rights to privacy and confidentiality reflects directly the quality of the treatment. **Method:** qualitative study, of exploratory nature. Like an investigation instrument, a set of semi-structured interviews was developed, with open questions. Thirty users, all over 18 years old, who were registered at a FHP Unit in the southeast of Sao Paulo, were interviewed. **Results:** the interviewees did not consider the entrance of the CHW in their houses as an invasion to their privacy. Only a few of them thought of information secrecy as a right, and seemed to justify a possible lack of respect in this sense by the need of care and of a better access to the treatment. From the stigmatized diseases, AIDS is the strongest, followed by cancer and in a smaller degree by tuberculosis, prostate diseases and diabetes. **Conclusions:** The CHW is often seen as a technician, a health professional attached to the Institution, but not as a citizen who belongs to that community, and, as a consequence of this, the home visit is not object of any embarrassment. A tendency in admitting that the pieces of information given in secret would be revealed by the CHW and by the health service own dis(organization) was also detected although there seems to have been certain acquiescence from the user in relation to the perception of this violation, justified by the improvement in the care and access to the health service. It could also be seen how important gender relationships and the care in revealing certain stigmatized sicknesses are.

Descriptors: Bioethics, Primary Care, Family Health Program, Community Health Worker, privacy, confidentiality.

Índice

1. Apresentação	08
2. Introdução	11
2.1.O Programa de Saúde da Família	11
2.2.O Agente Comunitário de Saúde	14
2.3.Bioética	17
2.3.1 Privacidade e Confidencialidade das informações	20
2.3.2 Relacionamento entre profissionais e usuário do serviço de saúde.	23
3. Justificativa	29
4. Objetivos	31
5. Procedimentos Metodológicos	32
5.1. Tipo de pesquisa	32
5.1.1. Sujeitos da Pesquisa	33
5.2. Amostragem	37
5.3. Cenário de Estudo	38
5.4. Instrumento de coletas de dados	38
5.5.Análise dos dados	39
5.5.1. Categorias temáticas	40
6. Resultados	42
6.1. O PSF e a visita do agente comunitário de saúde	42
6.2. O direito à privacidade e à confidencialidade das informações	49
6.2.1. A visita domiciliar e o direito à privacidade	49
6.2.2. A revelação de informações sigilosas ao ACS e a percepção do direito à confidencialidade das informações	57
6.3. O respeito à confidencialidade das informações reveladas ao ACS	61
6.4. Diferenças de considerações de saúde a serem tratadas confidencialmente	70
7. Considerações finais	80
8. Referências Bibliográficas	85
9. Anexos	90
Anexo 1 –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	91
Anexo 2 - Termo de autorização	92
Anexo 3 – Dados de Identificação e Roteiro Inicial de questões	93

1. APRESENTAÇÃO

Desde agosto de 2004 o autor desse trabalho gerencia uma Unidade Básica do Programa de Saúde da Família.

Oriundo de uma unidade básica do modelo tradicional, já nos primeiros dias de trabalho foi possível perceber as diferenças entre aquela e esta unidade do PSF, dada a clara proposta de fortalecimento da relação de vínculo entre os profissionais e as famílias que o Programa pressupõe.

Dessa percepção preliminar surgiu a inquietação em relação à privacidade e à confidencialidade das informações advindas das estratégias preconizadas pelo PSF, quer pelos registros em prontuário familiar, quer pelas discussões de casos que se faziam nas reuniões de equipes, onde nomes de usuários eram citados, até mesmo pelo estreitamento da relação estabelecida entre os profissionais e a população.

Não foram poucas as vezes que notamos a revelação de nomes ao se tentar definir um problema da área ou o descuido entre os profissionais em manter a confidencialidade do paciente. Ainda que não existisse a intenção proposital na quebra desse direito, esse acontecimento parecia ser comum.

Dentre tantos episódios, alguns nos fizeram refletir e acentuar nossa preocupação com o tema que deu origem a esse trabalho de pesquisa: uma enfermeira informando à unidade, na presença de vários profissionais e usuários que estaria visitando os “tuberculosos” da área; uma agente de saúde que se negou a revelar durante uma reunião com outros ACS e profissionais o nome de uma mulher com um nódulo na mama, ainda que a médica da equipe insistisse em identificá-la; outra médica revelando à ACS que seu irmão era soropositivo para HIV - descoberto por meio de exames recentes - e pedindo à mesma que o trouxesse para a consulta após comunicar a toda a família e, também, a revelação de vários nomes de usuários com doenças consideradas estigmatizadas, quer na intenção de se agendar uma consulta ou na louvável preocupação com a saúde dos mesmos.

Diante do exposto, pensamos, a princípio, levarmos a termo um projeto de pesquisa onde ouviríamos os agentes de saúde para que pudéssemos compreender as relações estabelecidas com as famílias e as dificuldades que encontravam dentro do serviço, bem como a própria capacidade em manter em sigilo as observações ou informações dadas em confiança.

Com o decorrer dos nossos estudos, porém, decidimos por entrevistar os próprios usuários do Programa de Saúde da Família e analisar como percebem o seu direito à privacidade e à confidencialidade das informações reveladas aos ACS e quais informações seriam reveladas, procurando apreender, também, se percebiam o sigilo das informações como um direito e se esse direito era respeitado.

Além desse objetivo, delineamos outro, a saber: conhecer como esse usuário relaciona a visita domiciliar ao seu direito à privacidade.

Portanto, com o intuito de alcançarmos os objetivos por nós delineados, nos apoiamos no referencial teórico da privacidade e da confidencialidade à luz da Bioética.

Trata-se de um estudo exploratório e, como sugere GIL (1996), esse tipo de estudo nos permite, durante o processo de investigação, aumentar nossa experiência em torno do problema, propiciando a ampliação de reflexões e, assim, nos aprofundarmos paulatinamente a respeito do tema.

2. INTRODUÇÃO

2.1. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como uma nova estratégia para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Saúde da Família (PSF) procura integrar o serviço, as famílias e os indivíduos, visando à melhoria das condições de saúde da população, assumindo um conceito ampliado da atenção básica, buscando um sistema de saúde integrado, que caminha em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

O PSF e a atenção básica no Brasil são propostas concretas para a mudança do modelo assistencial tradicional, priorizando as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade. Procuram estabelecer uma relação permanente entre os profissionais de saúde, os indivíduos e as famílias, por meio de um atendimento humanizado que busca resolver os problemas de saúde mais frequentes.

O PSF retoma as proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em destaque desde meados dos anos setenta, até início dos anos oitenta. Nesse sentido, destacam-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) - 1976 - e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª Conferência Nacional de Saúde, 1982), que visavam à extensão da cobertura e ampliação do acesso a serviços de saúde para grupos sociais ainda marginalizados (DONNANGELO e PEREIRA, 1976), moradores em regiões de baixa densidade populacional, ou pequenos centros urbanos da Região Nordeste, com condições de saúde muito precárias. (SILVA e DALMASO, 2002).

Documentos do Ministério da Saúde (MS) (1997, 1999) reforçam o entendimento do PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde no país (BRASIL, 1997, 1999^a) e, a partir de 1998, para a realização dos princípios do SUS — a integralidade, a universalidade e a equidade. Esses modelos vêm sendo cada vez mais implantados em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicas, “as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da

população brasileira e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade”. (SILVA e DALMASO 2002, p.76).

Com essa nova visão para a saúde, MINAYO (2004, p.15) argumenta que (...) “a saúde e a doença envolvem uma difícil interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados, ou seja, são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente”. Diz ainda que qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige.

SANTANA e CARMAGNANI (2001) avaliam que o PSF favorece o estabelecimento de novas relações e que a tendência é que com o tempo, o paciente deixe de ser objeto da ação, enquanto que o profissional passe a compreendê-lo enquanto ser político-social, psico-biológico, cultural e contextualizado no ambiente em que vive. Segundo as autoras, para que isso aconteça, é necessário um olhar técnico diferenciado e ousado, para que as barreiras dos conhecimentos sejam rompidas, tanto as dos serviços de saúde ou do próprio conhecimento das pessoas envolvidas, a fim de que o saber científico e o saber popular se mesquem e produzam ações que possam agir efetivamente nos determinantes do processo saúde-doença.

O Programa de Saúde da Família deve ser implantado, prioritariamente, em áreas de maior exclusão social e a expectativa é de que a estratégia do PSF, com a dinâmica dos profissionais e as características peculiares do Programa, possa contribuir para melhorias nos índices de saúde dos habitantes dessas regiões.

Compreendendo-se que todos os problemas que geram uma diminuição na qualidade de vida das pessoas refletem-se na área da saúde - que não pode individualmente resolvê-los - tem-se a necessidade do trabalho conjunto, intersetorial, envolvendo todas as Secretarias do Município e, ainda, as lideranças e parcerias com a comunidade, a fim de que, por meio de uma co-responsabilidade pela região, possam proporcionar aos cidadãos uma real melhoria nas condições de vida.

A operacionalização do PSF deve ser adaptada à realidade local, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes, pois, mesmo sabendo-se que no Brasil convivemos com áreas às vezes muito prósperas ao lado de outras extremamente carentes, as necessidades básicas diferem de acordo com cada região.

O Ministério da Saúde afirma que

cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão. (MS 2007).

ZOBOLI (2003) afirma que se a construção do SUS provoca uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica dentro da visão do Programa de Saúde da Família, aumenta o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação pressupõe um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética e vinculado ao exercício da cidadania.

A equipe técnico-assistencial do PSF é composta, normalmente, por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal, sendo responsável entre 800 e 1.200 famílias ou 3.300 e 4.800 pessoas.

Dos integrantes do Programa de Saúde da Família, destacamos o papel do agente comunitário de saúde, pois se espera que ele seja o elo que une o serviço à comunidade.

2.2. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

As propostas que visavam à extensão de cobertura e ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente para grupos marginalizados, alicerçaram iniciativas de âmbito local ou regional, motivando o aparecimento de programas de agentes comunitários de saúde, como o PNACS de 1991. (JATENE et al 2000).

A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do agente comunitário de saúde (ACS), e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitam uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-se um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde.

O ACS é um profissional do Programa de Saúde da Família que obrigatoriamente reside na área onde executa suas atividades devendo, portanto, entre outras atribuições, ser o responsável por melhorar o acesso da sua comunidade aos serviços de saúde e contribuir para o desenvolvimento do papel político da população na construção da cidadania.

Na implantação do Programa, depois de escolhida a área e após serem selecionados, os ACS cadastram as famílias coletando informações como: nome, idade, condições de moradia, escolaridade, profissão, identificam o histórico de saúde de seus integrantes, apontando e registrando em formulários próprios a existência de enfermidades tais como: tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, dentre outras.

A partir dessa etapa, o ACS visita mensalmente cada uma dessas famílias sob sua responsabilidade, normalmente entre 180 e 200 famílias, em alguns casos agendando consultas, controlando as medicações dos doentes crônicos, fornecendo orientações sobre a prevenção de doenças, cuidados com a higiene básica e tantos outros problemas relacionados à saúde, além do monitoramento do meio ambiente. Posteriormente, todas essas informações serão discutidas pela equipe na Unidade de Saúde (MS 2002).

Entretanto, NOGUEIRA et al (2000) assinalam os possíveis conflitos no trabalho desse novo profissional que deve juntar a dimensão solidária à tecnológica na busca da melhoria da saúde e das condições gerais de vida da população e a dificuldade de ao mesmo tempo estarem ligados à instituição e à comunidade.

Ainda sobre o papel do ACS como agente modificador da condição social e da construção da cidadania, é importante salientar que, muitas vezes, esse agente comunitário vivencia os mesmos problemas das famílias por ele assistidas, na sua maior parte em situação de extrema vulnerabilidade social.

Em que pese que a nova situação de profissional da saúde, portanto, um trabalhador remunerado, proporcione a alguns deles uma nova realidade econômica, muitos já trazem consigo as marcas da exclusão em que vivem ou viviam. Portanto, seria oportuno nos questionarmos de que maneira eles seriam capazes de estimular essa luta pelo direito à cidadania, uma das expectativas atribuídas ao seu papel profissional, sem que para isso houvesse, de fato, um grande preparo e interesse por parte do poder público.

Nessa direção, SILVA (2001) constatou que, em situações concretas de ação e interação, o agente comunitário, que compõe dimensões técnicas e políticas de trabalho, acaba por pender mais para um dos pólos: o institucional ou o comunitário.

Não obstante, como qualquer outro profissional da saúde, mas principalmente pelas características próprias, pela proximidade com a instituição e a comunidade com interesses nem sempre convergentes, deve-se propor uma profunda reflexão para que o trabalho desse profissional aconteça à luz dos valores e princípios morais, de acordo com as bases da construção do Programa.

2.3. BIOÉTICA

A bioética é uma das áreas do conhecimento que mais vêm crescendo nos últimos anos e a reflexão e análise bioética tem se preocupado em mediar os inúmeros dilemas advindos do cotidiano das práticas em saúde, bem como do desenvolvimento tecnológico e as novas formas de cuidado e assistência.

CORTINA e MARTINEZ (2005, p.159) ao discorrerem sobre bioética assinalam que tal termo (...) “começou a ser utilizado no início dos anos 1970 para designar uma série de trabalhos científicos que tinham por objetivo a reflexão sobre uma variada

gama de fenômenos vitais: desde as questões ecológicas às clínicas, desde o problema da pesquisa com seres humanos à pergunta com os pretensos direitos dos animais”.

Não obstante, REICH (1995), na Enciclopédia de Bioética fornece uma definição segundo a qual bioética é o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar.

Em 2001, o Programa Regional de Bioética, vinculado à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu bioética igualmente de forma ampla, incluindo a vida, a saúde e o ambiente como áreas de reflexão, informando que “bioética é o uso criativo do diálogo para formular, articular e, na medida do possível, resolver os dilemas que são propostos pela investigação e pela intervenção sobre a vida, a saúde e o meio ambiente. (GOLDIM, 2001).

A proposta original da palavra bioética, formulada Professor Van R. Potter em 1970 apresentava uma grande preocupação com a interação do problema ambiental às questões de saúde. Potter pensou na bioética como uma “ciência da sobrevivência”. Para construí-la, seria necessário reunir a Ética e a ciência.

Porém, como assinalam CORTINA e MARTINEZ (2005) a necessidade de se estabelecer com mais precisão os diversos âmbitos de problemas levou a reservar o termo bioética para as questões relacionadas com as ciências da saúde e as biotecnologias.

Assim, a bioética nasceu da preocupação em entender o desenvolvimento da tecnologia voltada para a saúde; de que forma o acesso a essa tecnologia é distribuído e as questões ambientais com a intenção da preservação da vida.

Nasceu, portanto, da preocupação de que o indivíduo, a quem o desenvolvimento técnico-científico deveria beneficiar, passava a ser o objeto de experiências, sem implicar, necessariamente, na observação do respeito à sua autonomia.

Hoje no mundo, apenas 25% da população tem condição de beneficiar-se totalmente desse desenvolvimento técnico-científico, sendo que ainda convivemos com doenças primitivas, a maioria delas decorrentes de situação de extrema pobreza, colocando em risco a vida de milhões de pessoas no planeta.

FORTES e ZOBOLLI (2006, p.43) dizem que (...) “na década de 90, inicia-se a chamada bioética da saúde da população, entrando em cena com maior vigor os direitos humanos e as ciências sociais e humanas. Confere-se, dessa maneira, maior destaque às questões da justiça social, da equidade e da alocação de recursos da saúde”.

Nesse caminho, cabe também considerar a importância da bioética na discussão de temas vividos no cotidiano dos serviços, como os direitos elementares dos usuários – a bioética do cotidiano, como justifica BERLINGUER (2004) ou bioética das situações persistentes, como denomina GARRAFA (2005).

A Universidade de Brasília, por meio da CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA afirma que

as questões, situações, conflitos ou problemas éticos verificados na realidade, pretendem enfocar os problemas historicamente persistentes da Bioética e relacionados com o campo da saúde no seu amplo sentido, também chamados de “problemas ou situações cotidianas”. A utilização da expressão “persistentes” se fundamenta no fato de que tais circunstâncias se mantêm insistentemente, apesar de todo progresso científico e tecnológico e das mudanças nos costumes constatadas nas sociedades humanas, desde os primórdios da humanidade.

Nesse modo, o respeito à dignidade do usuário da saúde no cotidiano dos serviços deve encontrar o mesmo espaço de discussão tais como as questões que atualmente aparecem com maior destaque tanto nos meios de comunicação quanto na própria literatura e são chamadas por BERLINGUER (2004) e GARRAFA (2005) respectivamente de bioética de situações limites (ou de fronteiras) ou bioética das situações emergentes.

A utilização da expressão “emergentes” se fundamenta no fato de que tais situações somente surgiram nos últimos 60 anos, a partir do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico e das profundas mudanças sociais verificadas no período Pós-Guerra.(CÁTEDRA UNESCO DE BIOÉTICA, 2007).

Nesse sentido, avaliamos importante conhecermos a percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações, pois, como afirma BARCHIFONTAINE (2006), a bioética cotidiana nos introduz na realidade do exercício da cidadania, envolvendo a plenitude dos direitos, a garantia da existência física e cultural e o reconhecimento como ator social.

2.3.1. Privacidade e confidencialidade das informações

SACARDO e FORTES (2000) argumentam que a privacidade e a confidencialidade das informações têm sofrido grande impacto nos últimos anos e que o risco de violação das informações compromete o estabelecimento da confiança necessária nas relações sociais e, portanto, um trabalho de qualidade entre usuários, profissionais e instituições de saúde.

. Privacidade é (...) “a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, envolvendo as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização” (KIE, 1995, p.38).

Não obstante, por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo, e somente divulgadas quando autorizada por quem as revelou. Não está, necessariamente, vinculada ao contato entre informante e ouvinte, sendo que a informação pode ser obtida por uma ou mais pessoas no âmbito do trabalho, em função do atendimento ao paciente, mas devendo, ainda assim, ser preservada, respeitando-se o direito do usuário à privacidade.

A privacidade, como um dever institucional, mesmo quando não há vínculo direto, impõe a todos os profissionais resguardar as informações com as quais teve contato e de preservar a pessoa e, portanto, os direitos do paciente.

FORTES (1998) relaciona a privacidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, devendo o paciente decidir sobre a divulgação de informações sobre seu estado de saúde.

No contexto da saúde, conforme assegura GAUDERER (1991), a privacidade está diretamente vinculada a uma relação interpessoal entre o profissional da saúde e o paciente e deve facilitar o estabelecimento do diálogo e da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho.

No entanto, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002, p.440) argumentam que

algumas definições confundem a privacidade, que é um estado ou condição de inacessibilidade física ou de inacessibilidade a informações, com o controle sobre a privacidade ou o direito de controlar a privacidade, que envolve o direito do agente de controlar o acesso. Definições baseadas no controle sobre o acesso, portanto, não fornecem nem uma condição necessária, nem uma condição suficiente da privacidade.

Nessa perspectiva, no âmbito do Programa de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde visitam as famílias cadastradas, adentrando em suas moradias, na intenção de conhecer a condição social de cada uma delas e, assim, diante da necessidade, propor alguma ação de saúde. Seria importante indagar, até que ponto essa visita invade o direito do indivíduo à privacidade, uma vez que a recusa nessa permissão compromete o trabalho do profissional que pode usar do seu poder de informação para impor a entrada na residência da pessoa ou então afastá-la do Programa.

Já a confidencialidade está relacionada ao contato entre o profissional de saúde e o usuário e deve ser mantida em segredo, a menos que a revelação seja autorizada por este último.

Relaciona-se à garantia de que as informações dadas não serão reveladas sem autorização prévia da pessoa. Essa base de confiança nas relações entre profissionais de saúde e seus pacientes permite que os últimos possam falar e revelar sobre suas preocupações médicas, ou até sobre comportamentos considerados eticamente incorretos (FRANCISCONI e GOLDIN 1998).

A confidencialidade pressupõe que o paciente revele informações diretamente ao profissional que passa a ser o responsável pela preservação das mesmas. É considerada como sendo o dever de resguardar todas as informações que dizem respeito a uma pessoa, isto é, a sua privacidade. A confidencialidade é o dever que inclui a preservação das informações privadas e íntimas (KIE, 1995).

A garantia da preservação do segredo das informações é uma obrigação legal contida no Código Penal e na maioria dos códigos de ética profissional.

A privacidade e a confidencialidade das informações reveladas ou as situações observadas quando das visitas dos profissionais, técnicos e ACS devem ser mantidas em segredo, sob pena de prejudicar a relação de confiança entre as partes e, por consequência, por em risco a qualidade do tratamento do paciente.

A recente Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (PORTARIA MS 675) datada de 30 de março de 2006 informa que ao usuário é assegurado o atendimento que respeite seus valores seus direitos de paciente visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. Cita ainda o direito ao sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização para a revelação ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública.

2.3.2. Relacionamento entre profissional e usuário do serviço de saúde

Segundo NOGUEIRA (1997, p.130) “toda a assistência à saúde se fundamenta em uma inter-relação pessoal muito intensa”. Mais do que outros serviços, a saúde depende de um vínculo interpessoal intenso para a eficácia do ato. O usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos, de tal modo que ele participa e se responsabiliza pelo êxito ou malogro da ação terapêutica.

Trata-se, portanto, de entender a relação sujeito-objeto como uma relação cognitiva, em que o sujeito e o objeto se determinam mutuamente, se modificam reciprocamente, se transformando no processo (DONATO, 2000).

PUCCINI e CECÍLIO (2004) afirmam que

na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades. Isto é, se no plano mais geral da política o embate dos projetos da saúde concentra-se na disputa pelos princípios da universalidade, da autonomia crítica do controle social, da formação da equidade e da consequente política de financiamento do sistema; no plano da organização cotidiana dos serviços e das práticas, é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico.

Os mesmo autores afirmam ainda que

a integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Esse reconhecimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera tonal do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. (PUCCINI e CECÍLIO 2004).

Os profissionais na área da saúde são capacitados de conhecimentos técnicos que, em geral, o paciente não possui. A fim de que se possa reconhecer na assistência uma ação humanizadora, é fundamental o respeito aos direitos do paciente.

Assim, para que o usuário sinta-se livre em consentir uma ação, é preciso que a prática na assistência à saúde responsabilize-se pelo respeito à informação ao paciente e ao princípio da autonomia individual.

Nesse caminho, a persuasão é eticamente aceitável, entendida como tentativa de induzir alguém, por meio de apelos à razão, para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações da pessoa que persuade. Por sua vez, a manipulação apresenta valor ético contrário, pois tenta fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, mesmo sem conhecer a finalidade. (CULVER 1995).

É importante que exista o cuidado para que a relação de poder que se estabelece entre os funcionários da saúde e os usuários, o sentimento de medo, de insegurança e de vergonha desses últimos, não resulte em um estado coercitivo para a manifestação da sua vontade, fazendo com que aceitem, sem questionar, as propostas dos profissionais.

Independentemente da importância do novo modelo de atenção - o Programa de Saúde da Família - e desse novo profissional da saúde, - o agente comunitário de saúde - que procura aproximar a população das Unidades de Saúde, deve-se garantir que a forma da entrada nas moradias das pessoas e, portanto, na sua intimidade, ocorra dentro das normas éticas que devem nortear os serviços de saúde.

Os ACS não estão vinculados a nenhum conselho profissional e, portanto, não estão subordinados às normas éticas que orientam outros profissionais de saúde. Existem projetos em andamento no Ministério da Saúde para que os ACS sejam capacitados como técnicos. Parece importante avaliarmos se, ao reforçarmos esse papel técnico não estaríamos, por outro lado, afastando ainda mais esses profissionais das áreas que representam e, portanto, do importante papel político que deveriam exercer dentro dessas comunidades, no sentido da transformação das condições sociais.

Mesmo tendo conhecimento de que muitas vezes os profissionais de saúde subordinados aos seus conselhos de ética revelem informações dadas em segredo pelos pacientes, ferindo o direito dos mesmos à confidencialidade, é preciso cada vez mais zelar por esse direito do usuário.

Se os agentes comunitários têm como parâmetro esses profissionais mais tecnicamente preparados e neles notam a fragilidade no sentido de resguardar as

observações ou informações dadas em segredo pelos usuários do PSF, parece que esse seria um caminho para a quebra da confiança que se espera dessa relação.

A privacidade e a confidencialidade das informações em relação ao ACS, já que é um morador da mesma área das famílias onde executa suas atividades, traz uma peculiaridade nas relações do PSF, nos remetendo às seguintes questões:

- em que medida essas informações ou observações devem ser feitas no âmbito das equipes, para quais profissionais e de que forma devem ser reveladas?

Como os ACS visitam mensalmente todas as casas da micro-área de abrangência, são também os primeiros profissionais que observam os problemas de saúde, muito antes dos outros integrantes da equipe, como por exemplo, médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem e muitas vezes recebendo informações sigilosas sobre determinadas doenças ou situações, algumas delas estigmatizadas (HIV+, tuberculose, hanseníase, gravidez indesejada, adolescentes grávidas, situações de violência, etc.). Informações essas que deveriam permanecer em segredo, já que dadas em confiança.

Importante salientar, ainda, que o ACS tem um vínculo de trabalho que pode, a qualquer hora, ser interrompido pela instituição à qual está vinculado ou por decisão própria, mas as informações reveladas em confiança pelos usuários continuarão em seu poder, fazendo com que ele possa ou não revelá-las de acordo com os seus interesses e a sua reflexão ética.

Outro fato que nos parece importante avaliar é o caso da substituição temporária desse profissional, quando acontece um afastamento por doença, licença maternidade, etc.. Até que ponto a contratação de um novo ACS que estaria realizando as visitas domiciliares por tempo determinado, às vezes dois ou três meses, seria justificada, dada a quantidade de informações que o mesmo levaria consigo para a área quando fosse desligado do trabalho?

São questões que nos parecem importantes avaliar e, sobretudo, discutir para que se respeite sempre a privacidade dos usuários e a confidencialidade das informações no âmbito do Programa de Saúde da Família.

FORTES e SPINETTI (2004) dizem que dentre os direitos dos usuários que podem ser garantidos em um projeto de humanização dos serviços de saúde está o direito à privacidade das informações que engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que têm direito de decidir que suas informações pessoais sejam mantidas sob seu exclusivo controle, como têm direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devam ser reveladas.

3. JUSTIFICATIVA

No exercício da profissão, os profissionais da saúde recebem informações dos usuários sobre condições de vida e saúde e a manutenção da privacidade e da confidencialidade dessas informações favorece a qualidade do tratamento.

Com o Programa de Saúde da Família (PSF), um novo profissional se aproxima dos usuários, com características particulares, até então inexistentes, e as informações sobre as condições ou agravos à saúde dos pacientes, agora, além de serem reveladas ao ACS, são observadas por este, uma vez que, pelas características peculiares de suas atribuições, o mesmo deve freqüentar o domicílio dos usuários cadastrados no PSF.

Esta dupla função de representante da comunidade e da instituição, assim como a obrigatoriedade em exercer suas atividades na mesma área onde reside, faz com que a confiança assuma um caráter indispensável nas relações entre o ACS e o usuário.

O Programa de Saúde da Família é normalmente implantado em áreas de maior exclusão social, priorizando os indivíduos mais vulneráveis economicamente, muitas vezes vivendo em situação de pobreza extrema, em moradias com alto grau de risco social, com inúmeras pessoas convivendo no mesmo espaço e em péssimas condições sociais.

Esse novo profissional, para exercer suas atribuições e orientar a comunidade no sentido de despertá-la para a construção da cidadania, passa a estabelecer com essas famílias uma relação mais íntima de convivência.

Assim, justifica-se o presente estudo, pelo fato de que a manutenção ou o desrespeito da privacidade e da confidencialidade das informações reveladas aos ACS podem interferir diretamente na qualidade da atenção à saúde.

A literatura nacional sobre o tema ainda é escassa, tornando-se importante entender, na visão do usuário, a percepção do seu direito à privacidade e à confidencialidade das informações para contribuir para o aperfeiçoamento do Programa de Saúde da Família.

Dessa forma, estudos da temática, ainda que parciais e localizados, são importantes para essa discussão e para a continuidade de outras pesquisas sobre o tema proposto.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Discutir a percepção do usuário do Programa de Saúde da Família quanto à privacidade e à confidencialidade das informações.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Conhecer como o usuário do PSF relaciona a visita domiciliar do agente comunitário de saúde ao seu direito à privacidade.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo MINAYO (2004, p.22) a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, (...) “inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Traçar o caminho da pesquisa, optar pelo instrumental a ser utilizado, são desafios que se adaptam à natureza do fenômeno e à condição da obtenção da informação desejada”.

5.1. TIPO DE PESQUISA

Optou-se pelo estudo qualitativo, por entendermos que, como orienta MINAYO (2004), esse tipo de estudo nos permite a verificação de um universo de valores, de crenças e de significados os quais não podem ser quantificados.

MINAYO (2004, p.10) ainda argumenta que as pesquisas qualitativas são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão **do Significado e da Intencionalidade** como inerentes **aos atos, às relações, e às estruturas sociais**, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Decidiu-se por um estudo exploratório, pois segundo TRIVIÑOS (1987) os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, ou, como dizem PIOVESAN e TEMPORINI (1995) é a maneira de visualizar a face oculta da realidade.

GIL (1996) acrescenta, ainda, que a finalidade do estudo exploratório é proporcionar uma visão geral de um determinado fato, especialmente quando é pouco explorado e de difícil formulação de hipóteses precisas e operativas. Então, o trabalho final passará a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados.

5.1.1. Sujeitos da pesquisa

Usuários do Programa de Saúde da Família, maiores de 18 anos, sem distinção de sexo, que possuam capacidade de compreensão e verbalização adequadas para a entrevista, não apresentando sinais de comprometimento do processo decisório. Foi escolhida uma unidade de saúde no município de São Paulo sem vínculo com o pesquisador.

Os usuários do Programa de Saúde da Família foram convidados, durante três semanas, por meio de cartazes informativos afixados na Unidade a participarem da entrevista. Nos cartazes foram disponibilizados os telefones do pesquisador para contato, com o objetivo de agendar as entrevistas.

Não recebemos, entretanto, nenhum contato para o agendamento das mesmas, sendo que após esse prazo, o início da abordagem foi feito diretamente na Unidade, com as pessoas que aguardavam algum tipo de atendimento e que fossem, exclusivamente, cadastradas pelo Programa de Saúde da Família.

Ao abordarmos os usuários para a concessão da entrevista, o pesquisador se apresentava como sendo da Universidade de São Paulo, esclarecendo que a realização da entrevista tinha o objetivo estudar e propor melhorias para o PSF.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Anexo 1) e as entrevistas foram gravadas com autorização dos usuários e realizadas em consultórios disponibilizados pela gerência da Unidade de Saúde, a fim de se preservar a privacidade e o sigilo das informações reveladas. O projeto de pesquisa, assim como o TCLE, foi previamente aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

Pareceu-nos importante haver um equilíbrio de entrevistados de ambos os sexos e idades variadas, entretanto, tivemos algumas dificuldades em conseguirmos este objetivo, pois, a frequência de mulheres era muito maior dentro do serviço de saúde

eleito para a realização das entrevistas. Finalmente, conseguimos entrevistar 19 mulheres e 11 homens.

Mulheres de idades variadas foram entrevistadas, diferente dos homens, pois a maioria dos freqüentadores do PSF era de aposentados, com idade superior a 55 anos. Decidimos insistir na espera por entrevistar homens de idades diferentes para que pudéssemos ter um universo mais abrangente de opiniões para compor os relatos dessa pesquisa. Mesmo assim, a média da idade das mulheres entrevistadas foi de 39,3 anos e a dos homens 54,1 anos.

Uma usuária do programa se recusou a participar da entrevista quando a ela foi solicitada a permissão para a gravação da mesma. Foi orientada pelo pesquisador de que a gravação seria usada exclusivamente para o trabalho de pesquisa e transcrita na íntegra, preservando-se o seu anonimato, assim como informava o termo de consentimento. Mesmo assim, a recusa permaneceu e a mesma foi, então, dispensada.

Ao final, foram entrevistadas três pessoas do sexo masculino entre 23 e 40 anos. Todos os outros são maiores de 55 anos. As mulheres entrevistadas têm idades entre 18 e 65 anos.

Na tabela 1 apresentamos o perfil dos entrevistados segundo as variáveis: sexo, idade, ocupação e grau de instrução.

Tabela 1 – Perfil dos usuários entrevistados na Unidade do PSF segundo sexo, idade, ocupação e grau de instrução, São Paulo, 2007.

SEXO	IDADE	OCUPAÇÃO	GRAU DE INSTRUÇÃO
F	42	Do lar	2º
F	51	Do lar	1º
F	65	Do lar	1º
F	24	Comércio	2º
F	31	Do lar	2º incompleto
F	44	Funcionário público	1º
F	53	Aposentada	1º
F	38	Desempregado	2º incompleto
F	20	Comércio	2º
F	47	Doméstica	1º
F	27	Desempregado	2º
F	50	Doméstica	1º
F	33	Desempregado	2º
F	44	Do lar	2º incompleto
F	18	Estudante / babá	2º incompleto
F	47	Doméstica	1º
F	48	Auxiliar de limpeza	1º
F	45	Do lar	1º
F	24	Auxiliar de escritório	2º
M	56	Aposentado	1º
M	78	Aposentado	1º
M	28	Desempregado	2º
M	68	Aposentado	1º
M	58	Aposentado	1º
M	58	Motorista	1º
M	40	Mecânico	2º
M	23	Desempregado	1º
M	60	Aposentado	1º
M	65	Aposentado	1º
M	62	Aposentado	1º

Com exceção da usuária que se recusou a gravar a entrevista e, portanto, excluída de nossa pesquisa, nos pareceu que não houve nenhuma preocupação, por parte dos usuários, sobre algum tipo de represália, em consequência da aceitação do encontro. Entretanto, alguns se recusaram a responder às questões alegando falta de tempo e outros pelo receio em perder a consulta a qual aguardavam.

Houve, entre os entrevistados, principalmente entre as mulheres, os que demonstraram a preocupação com o serviço de saúde, o interesse pela melhoria do PSF e pelo trabalho do pesquisador e, por isso, concediam a entrevista de forma mais longa, o que tornava o diálogo muito mais rico. De outro lado, existiram aqueles que se limitaram a responder pontualmente às questões.

O pesquisador se apresentou como sendo da Universidade de São Paulo e a realização das entrevistas tinha o objetivo de estudar e, a partir da divulgação dos resultados, propor mudanças para o PSF.

5.2. AMOSTRAGEM

Utilizou-se de amostragem não probabilística, por conveniência, não havendo definição prévia do número de entrevistados, pois se objetivava atingir o ponto de saturação que refletisse as tendências prevalentes do grupo pesquisado, segundo orientação de MINAYO (2004) bem como, de CONTRADIOPOULOS et. al (1994).

5.3. CENÁRIO DO ESTUDO

Foi-nos autorizado pela Supervisão de Saúde do Ipiranga e pela gerência da Unidade a realizar a pesquisa na região abrangida pela Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família Eduardo Romano Reschilian (Anexo 2), da Coordenação da Região Sudeste do Município de São Paulo.

Trata-se de uma Unidade que realiza atividades como Unidade mista, ou seja, o atendimento tradicional das Unidades de Saúde e, no mesmo espaço físico, o Programa de Saúde da Família, existentes há mais de cinco anos, com cinco equipes completas.

5.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Neste trabalho, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas (Anexo 3), com questões abertas, mediante um roteiro inicial, com o objetivo de identificar a percepção dos usuários quanto ao desempenho do PSF, ao trabalho do ACS e do seu direito à privacidade e a confidencialidade das informações.

GIL (1994) argumenta que a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessem à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente é a forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Nas etapas iniciais realizamos pré-teste para adequação do instrumento de coleta de dados e aferição das dificuldades encontradas.

5.5. ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se pela análise de conteúdo, porque, segundo BARDIN (1997) trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.

TRIVINÕS (1987) afirma que uma das peculiaridades da análise de conteúdo é de “ser um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das mensagens”. (p.160). Também MINAYO (1998) expressa que “todo esforço teórico para o desenvolvimento das técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações”. (p.203)

5.5.1. Categorias temáticas:

Segundo MINAYO (2004) categorias empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as especificidades e as determinações que se expressam na realidade empírica.

Ainda segundo a autora, essa categoria empírica, construída a partir dos elementos dados pelo grupo social, tem todas as condições de ser colocada no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade e de, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade.

A partir do referencial teórico da privacidade e da confidencialidade das informações expostas no item *introdução*, optamos por estudar três categorias temáticas previamente definidas:

- Direito: a percepção do usuário do *direito* à privacidade e à confidencialidade das informações;
- Respeito: a percepção do usuário do *respeito* à privacidade e a confidencialidade das informações;
- Diferencial de informações privativas: diferenças de condições de saúde a serem tratadas confidencialmente.

Para alcançarmos os objetivos por nós delineados, elaboramos um roteiro de entrevistas (Anexo A3), contendo quatro questões que orientaram o diálogo entre o pesquisador e os informantes, com o intuito de compreender a relação entre o PSF e seus atores.

Nos recortes das falas utilizadas no decorrer desse trabalho, atribuímos aos usuários entrevistados a letra “U” seguida dos números de *1 a 30*.

6. RESULTADOS

6.1. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Para a compreensão de aspectos relacionados à privacidade física e à confidencialidade das informações, aos entrevistados foi solicitado para que opinassem sobre o Programa de Saúde da Família e sobre a visita dos agentes comunitários de saúde em suas casas.

Parece-nos fundamental que exista relação de vínculo entre as famílias cadastradas no PSF e os agentes de saúde para que a visita domiciliar não seja encarada como uma invasão à privacidade do usuário e as informações colhidas e reveladas aconteçam dentro de uma relação de confiança.

De maneira geral, pareceu haver tendência dos usuários entrevistados em avaliarem favoravelmente o Programa de Saúde da Família (PSF), pois argumentaram que sua implantação na região trouxe benefícios para a comunidade e melhores condições de acesso aos serviços de saúde.

As frases abaixo ilustraram as opiniões sobre o Programa:

“... beneficiou muito o bairro...”; (U20)

“... eu gosto...”; (U1, U25, U29, U30)

“... é um bom plano...”; (U10, U27)

“... muito bom...”; (U3, U5, U7, U9, U10, U12, U15, U18, U19, U21, U23, U27)

“... normal...”; (U4)

“... muito legal...”; (U7, U17, U22, U26)

“... é uma facilidade...”; (U8)

“... satisfeito...”; (U28)

“... agradável, necessário, fundamental...”; (U24)

“... ótimo...”; (U17, U20) e

“... maravilhoso...” (U14).

Nas entrevistas também apareceram recortes de falas dos que se diziam insatisfeitos com a implantação do PSF e das visitas dos ACS, mas, relacionavam esse descontentamento ao fato de o ACS não facilitar o acesso ao serviço de saúde:

“... não tinha diferença porque tudo o que eu precisava eu vinha aqui direto...”; (U2)

“... elas poderiam marcar uma consulta pra gente...”; (U11)

“... Olha, eu acho que não é muito bom não.... elas vão lá e perguntam só se tá com tosse, quantos anos tem.... eu tenho um filho de quatro anos e só isso elas fazem e pronto... se quiser alguma coisa tem que vir aqui no posto marcar...”. (U13)

Pareceu-nos, portanto, indicar, na visão da grande parte dos entrevistados, um acerto das políticas públicas voltadas para as populações mais excluídas onde as Unidades do PSF são, preferencialmente, implantadas.

Buscou-se, ainda, com essa questão, entender a avaliação dos entrevistados quanto ao papel do agente comunitário de saúde.

Percebeu-se, nas respostas dos entrevistados, que os mesmos tendiam a relacionar o agente comunitário de saúde ao de *facilitador* do acesso aos serviços, relação esta limitada ao seu papel técnico e, muito pouco, ao papel político desse profissional, talvez pelo desconhecimento do Programa e das competências desse novo integrante da área da saúde.

Independente da avaliação positiva ou negativa desse profissional, as respostas ao questionamento evidenciaram a parte técnica das atribuições do ACS, como podemos observar nos seguintes recortes de falas:

“... se eu preciso trocar alguma receita ela pega, troca pra mim...”; (U7)

“... eu acho bom, porque a pessoa, às vezes, não tem tempo de vir aqui no posto, aí eles aproveitam e marcam com eles...”; (U9)

“... eu acho bom, eu não tenho tempo de vir, eu trabalho, é bom que vai na minha casa deixar o papel lá...”; (U15)

“... eu acho que a gente deveria deixar com ela, elas poderiam marcar uma consulta pra gente...”; (U11)

“... Olha, eu acho que não é muito bom não, elas vão lá e perguntam só se tá com tosse, quantos anos tem.... eu tenho um filho de quatro anos e só isso elas fazem e pronto... se quiser alguma coisa tem que vir aqui no posto marcar...”. (U13)

SILVA e DALMASO (2002) argumentam ainda, que desde a proposição do auxiliar de saúde, no PIASS, em 1976, até o PSF em 2001, como ACS, consegue-se identificar dois componentes principais da sua proposta de atuação: um técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias e outro mais político, no sentido de organização da comunidade e de transformação para melhorias das condições sociais. Este componente político expressa duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde e como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão.

Parece importante considerar, também, o desconhecimento da população sobre as diretrizes que norteiam o PSF. Apesar de ser, aparentemente, aprovado pelos usuários, o Programa foi imposto à população, já que não nos parece ter havido uma preocupação do setor público na discussão junto à comunidade sobre sua aceitação e, tampouco, a idéia de orientar a mesma sobre as diferenças conceituais e estruturais entre as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas tradicionais.

As entrevistas também levantaram algumas ponderações a respeito das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, essência de suas competências.

Em algumas respostas, os usuários alegaram que as visitas eram feitas fora do domicílio, nas ruas, quintais ou através dos muros, o que poderia prejudicar o olhar do ACS sobre os problemas de saúde das famílias e a relação de vínculo que se espera entre esses atores do PSF.

Para ilustrarmos esses achados seguem os seguintes recortes de falas:

“... eu não lembro assim de ela ir uma vez por mês...”; (U2)

“... nunca entrou, até agora nunca entrou porque ela passa num monte de casas lá... passa no quintal... nunca entrou...”; (U4)

“... só que é assim, você precisa ficar de olho pra ver quando a moça passa, porque não é sempre que ela passa lá. Que eu saiba, ela não passa uma vez por mês, mas como eu moro na casa do fundo, ela passa lá na frente... quando eu precisei, eu pedi pra minha irmã, que mora na casa da frente, ficar vigiando pra ver quando a moça do posto passar...”; (U8)

“... elas falam no quintal, na minha casa mesmo só entrou uma vez só, não lembro... faz tempo... ela só pergunta se tô precisando de alguma coisa...”; (U11)

“... ela só entrou uma vez quando eu mudei... ela entrava só pra pegar os dados e pronto... agora pergunta só do portão...”; (U13)

“... Eu acho legal... passa na rua... toca a campainha, a gente desce...”. (U22)

A seleção do ACS realizada dentro da micro-área onde reside torna importante seu papel de agente de saúde e porta voz dos problemas que de uma ou de outra maneira podem afetar a saúde da população.

A visita feita fora do domicílio por decisão do próprio profissional parece dificultar a relação de vínculo entre a comunidade e o ACS e, portanto, a qualidade do trabalho e do atendimento da equipe de saúde às famílias cadastradas.

A visita do ACS é o espaço fundamental no estabelecimento da relação de confiança e a sua ausência pode, ainda, levar a um desconhecimento da situação sanitária e de atividades insalubres dentro dos domicílios.

Deve-se ressaltar que o Documento do MS (1999) define, para o agente comunitário de saúde, sete competências: visita domiciliar; trabalho em equipe; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

SILVA (2001) diz que entre todas as competências dos ACS a primeira visita, para o cadastramento da família no PSF, é considerada mais bem estabelecida do que o conteúdo das visitas subseqüentes.

Em relação às visitas posteriores, realizadas uma vez a cada mês, ROBERTSON e MINKLER (1994) afirmam que se o objetivo é trabalhar com as famílias e a comunidade existe a necessidade de se identificar estratégias como a valorização do diálogo e do apoio social.

Nesse sentido, SILVA (2001) constatou que:

em situações concretas de ação e interação, o agente comunitário compõe dimensões técnicas e políticas do trabalho, pendendo mais para um dos pólos, institucional ou comunitário. Se uma parte significativa dos agentes considera o seu trabalho gratificante, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Espera-se do agente uma atuação no contexto social, tanto na participação popular, como na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência. O ACS muitas vezes refere ansiedade tanto na sua relação com a comunidade como com a equipe, especialmente quando se sente pressionado entre ambos.

Desse modo, ainda que o PSF e os agentes comunitários sejam aceitos pela população, devemos nos preocupar com a qualidade deste trabalho, parecendo ser necessária uma grande reflexão dentro das equipes sobre importância de cada um dos papéis profissionais e, especificamente do ACS, do seu desempenho, tanto técnico quanto político.

Vale salientar que muitos dos problemas das áreas de exclusão onde, prioritariamente, devem ser implantadas as unidades do PSF são de responsabilidade intersetorial e as secretarias da saúde, habitação, assistência social, esporte, lazer e recreação, trabalho, transportes, dentre outras, deveriam estar integradas na resolução desses problemas, sob pena de se colocar em risco o sucesso do Programa de Saúde da Família.

6.2. O DIREITO À PRIVACIDADE E À CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES

6.2.1. A visita domiciliar e o direito à privacidade

Com a pergunta: “como você se sente recebendo o ACS em sua casa?” procuramos explorar se, de alguma forma, a visita do agente comunitário de saúde invadia o direito à privacidade do usuário do PSF.

A visita domiciliar é uma competência de todos os profissionais que exercem atividades no PSF, sejam eles médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde.

No entanto, a relação entre o ACS e o usuário é peculiar, uma vez que o mesmo reside dentro da micro-área onde exerce suas atividades e, por tratar-se de um profissional que não possui formação técnica acadêmica na área da saúde, nos pareceu importante compreender a relação entre a visita domiciliar e o direito à privacidade do usuário.

Das respostas à questão, pareceu haver tendência dos usuários entrevistados em não perceberem a visita domiciliar do agente comunitário como uma invasão à sua privacidade. Não houve, entre as pessoas entrevistadas, nenhuma citação de constrangimento em relação a essas visitas.

Isso nos leva a pensar que no imaginário desse grupo de entrevistados o agente de saúde já figura como um profissional da instituição e não mais da comunidade, podendo assim, esse motivo, justificar a avaliação positiva à entrada nas residências. Os seguintes recortes de falas ilustram nossa proposição:

“... Não, não, não atrapalha, são pessoas educadas, são pessoas que a gente percebe que são pessoas de bem...”; (U1)

“... não incomoda nada, a gente tem um prazer de receber... aquilo é uma satisfação pra gente...”; (U29)

“... não tem problema nenhum, não incomoda, eu fico à vontade, peço pra pessoa ficar à vontade...”; (U26)

“... ela conversa e a gente se sente confiante, pra mim não tem nenhum constrangimento de entrar na minha casa...”. (U2)

Em alguns relatos nossos informantes afirmam que a confiança que se estabelece com o tempo na relação com o agente melhora o convívio, concretizando o vínculo que se espera entre profissional e usuário e, portanto, facilitando o acesso do ACS ao domicílio do usuário do PSF.

“... a partir do momento que ela começou a ir na minha casa a gente sente confiança, pra mim não tem problema, ela é conhecida...”; (U12)

“... se a gente já conhece eles, não tem problema... a primeira vez é que é difícil...”; (U8)

“... é pessoa que merece confiança não tem problema de entrar não...”. (U21)

Com efeito, vale salientar aqui a assertiva do sociólogo inglês GIDDENS (1992), quando afirma que a intimidade é acima de tudo uma questão de comunicação emocional em um contexto de igualdade interpessoal que pressupõe relação, vínculo e alteridade.

Corroborando essa assertiva, QUEIROZ e JORGE (2006) afirmam que cuidar requer, antes de tudo, a aproximação entre profissionais e usuários para que ambos se conheçam e desenvolvam entre si confiança e vínculo necessários nessa relação.

Destaque-se que, dentre as falas das mulheres entrevistadas, notou-se tendência pela preferência do agente comunitário do mesmo sexo, a menção na relação do cuidado e o constrangimento no caso de algumas revelações serem dadas ao sexo oposto.

“... *se fosse homem só ia falar o básico, não tinha muita conversa; mulher conversa mais...*”; (U19)

“... *se for mulher, dependendo do que a gente tem,... a gente fica constrangida se for um homem, mas se é mulher, não tem problema nenhum, eu acho que elas sempre estão pra ajudar...*”; (U5)

“... *se é mulher a gente vê que ela tá cuidando...*”. (U25)

Nessa direção, BEZERRA et al (2005) afirmam que, de acordo com relatos das ACS do município de Camaragibe no Estado de Pernambuco, entre 2000 e 2002, a característica de 100% das agentes serem do sexo feminino devia-se ao fato de haver resistência ao agente do sexo masculino por parte da comunidade, estabelecendo-se uma situação de constrangimento, em alguns momentos impeditiva do acesso à moradia pelo ACS do sexo masculino.

Reforçando as falas de nossos entrevistados, vale observar a contribuição de autores que nos orientam sobre as instigantes diferenças entre os conceitos de sexo e gênero.

Em síntese, por sexo, compreende-se as diferenças anátomo-fisiológicas existentes entre os homens e as mulheres.

Já a noção de gênero deve ser concebida como uma construção social do que vem a *ser homem* e *ser mulher*, isto é, a maneira que as diferenças entre mulheres e homens assumem nas diversas sociedades no transcorrer da história.

Dentre essas diferenças, buscamos salientar o exposto por nossas entrevistadas, quando da atribuição à mulher o papel de *cuidar* e o homem aos *direitos e obrigações*.

Apoiados em VENTURI et al (2004) e com o intuito de aprofundarmos essa reflexão, os autores relatam que depois de muitos anos de estudos e lutas das mulheres foi sendo elaborado o conceito de gênero, que é o que busca explicar as relações sociais entre homens e mulheres. As representações de gênero seriam as observações e o conhecimento das diferenças sexuais e a idéia que a sociedade vai criando sobre o que é ser homem e ser mulher, masculino e feminino. Desta forma, os autores afirmam que o conceito de gênero implica em uma relação e que em nossas sociedades o feminino e o masculino são considerados opostos e também complementares.

BOFF (2001) também nos alerta da importância do cuidado a partir do ato de cuidar quando diz que ao se cuidar alguém, se ganha sua simpatia, sua estima, seu querer bem.

A ética do cuidar está ligada a escritos feministas que diferenciavam a ética do cuidar das mulheres e a ética dos direitos e das obrigações dos homens.

O modelo do cuidado proposto por GILLIGAN (1982) contrapõe o valor do cuidado, de expressão acentuadamente feminina, ao da justiça, mais ligado ao homem, e o propõe como eixo fundamental para o desenvolvimento de uma ética profissional em saúde.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002, p.106) dizem, nessa direção, que

outra família de reflexões morais é chamada, de maneira ampla, de ética do cuidar. Ela tem algumas premissas em comum com a ética comunitária que enfatiza a necessidade de fomentar associações de bairro, de criar vínculos comunitários, de promover a saúde pública. Nessas concepções, cuidar significa gostar de, ter um compromisso emocional com e ter disposição para agir em benefício das pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo.

Notamos, em uma das entrevistas, a importância da criação de vínculo entre usuários e agentes comunitários, principalmente nas visitas domiciliares parecendo favorecer a relação de confiança e do cuidado e até mesmo o acesso à figura do médico:

“... eu me sinto mais segura, mais confiante, porque a partir do momento que ela começou a ir na minha casa a gente sente confiança...porque antes você não tinha acesso aos médicos... porque a maioria dos médicos não olha na sua cara quando você vai numa consulta, né... então você não tem acesso assim... no médico e ele nem olhar

em você, porque geralmente eles são de cabeça baixa e ela não, ela conversa e a gente se sente confiante, pra mim não tem nenhum constrangimento de entrar na minha casa... porque vai ser até mais fácil, porque ela chega na médica e vai até adiantar alguma coisa... uma coisa que eu não vou conseguir... entendeu?... pra minha casa não tem problema... é mais fácil falar com a agente se você chega no médico dá um branco... você pensa nas coisas e esquece o que ia falar.. às vezes ela já tem alguma coisa, pra mim é normal...". (U12)

O Programa de Saúde da Família pressupõe a relação de vínculo entre todos os profissionais das equipes e as famílias, a fim de proporcionar uma melhor qualidade no atendimento.

Independente da função ocupada no PSF espera-se que o profissional aja de maneira ética, ouvindo o usuário, respeitando-o, sobretudo, nos seus valores e crenças pessoais.

NEVES (1996); TEIXEIRA e DANTAS (1997) afirmam que nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. A empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente, é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento.

Nesse sentido, KLUG (2002) diz que os pacientes esperam que um médico possa ser amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento.

SOARES (1997), em estudo realizado em Salvador-BA, informa que a maioria dos pacientes declara que os médicos não têm tempo para ouvir, e que dirigem as entrevistas por intermédio das anamneses.

Essa avaliação encontra suporte no estudo de PEREIRA e AZEVÊDO (2002) intitulado: A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes, por meio do depoimento de um dos pacientes: "... *Quero que todos os médicos olhem para a cara do paciente. Alguns médicos perguntam o que a gente tem. A gente começa a falar e, quando termina, eles dizem: a sua receita tá pronta...*".

Um dos desafios do Programa de Saúde da Família é o trabalho em equipe. O bom relacionamento entre a equipe de saúde constituída pelo médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários parece fundamental no desenvolvimento do trabalho, no acesso dos profissionais às residências dos usuários e na aceitação do Programa.

Dessa forma, parece positivo o fato dos usuários aceitarem a entrada dos ACS em suas residências e não se sentirem violados na sua privacidade quando das visitas domiciliares.

No entanto, é importante que as famílias assistidas pelo Programa de Saúde da Família conheçam a importância do olhar profissional do ACS durante a visita, a necessidade de se identificar situações que de alguma forma possam comprometer a saúde das famílias e não a entenda apenas como uma maneira de facilitar o acesso ao serviço de saúde ou a relação com os outros profissionais do PSF que deveria, de qualquer forma, ser pautada na humanização do atendimento e pelo respeito ao usuário da saúde.

6.2.2 A revelação de informações sigilosas ao ACS e a percepção do direito à confidencialidade.

FORTES e SPINETTI (2004) revelam que o agente comunitário de saúde, integrante das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), possui uma situação singular, uma vez que deve, obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Por ter maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro, e ainda, por adentrar freqüentemente o domicílio do usuário, é importante que se estabeleçam novas relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem o ACS se relaciona na comunidade.

Nesse sentido, nosso interesse era conhecer a percepção do usuário do PSF quanto ao seu direito à confidencialidade das informações reveladas ao ACS.

BEUACHAMP E CHILDRESS (2002) argumentam que “somente a pessoa a quem a informação é concedida num relacionamento confidencial pode ser acusada de violar direitos de confidencialidade”. (p. 453)

Nas respostas às entrevistas, algumas pessoas avaliaram que tinham o direito ao sigilo das informações reveladas ao ACS. A palavra direito apareceu nas entrevistas nas falas de apenas seis dos trinta usuários entrevistados:

“... Bom, depende, se eu chego pro médico ou para a ACS ela não deve sair espalhando, se ela puder, ela vai me ajudar, se eu desabafei pra ela é porque eu to pedindo socorro... eu tenho esse direito... A minha ACS eu tenho toda a confiança nela...”. (U 16)

“... Eu acho que eu tenho esse direito... o que você contar para ela, não pode comentar com ninguém... só se ela passar pro médico, falar que aquela família tem tal problema, mas não ficar comentando com outras pessoas...”. (U 18)

“... Se for segredo, acho que eu tenho direito que ele não conte nada...”. (U 19)

“... eu tenho esse direito, mas eu venho todo dia aqui, pego remédio, passo no médico, na enfermeira, uma hora todo mundo fica sabendo, não tem problema...”. (U23)

“... todo mundo tem um direito, mas eu não sei se eu saberia dizer: eu quero meu direito, se eu tô certo ou errado... com certeza eu queria que ficasse em segredo... mas não é sempre como a gente quer... eu acho que é um direito... existem muitas coisas em sigilo, mas não sei se ela ia guardar segredo...”. (U24)

BEUACHAMP e CHILDRESS (2002, p.454) afirmam que (...) “alguns comentadores suspeitam que as regras oficiais que garantem a confidencialidade dos pacientes funcionam tão pouco quanto uma fórmula ritualística ou uma confissão conveniente, publicamente reconhecidas pelos profissionais, mas amplamente violadas e ignoradas na prática”.

SIEGLER (1982) argumenta que a confidencialidade na medicina é um conceito antigo, pois seu entendimento por pacientes e profissionais não existe mais, à medida que fica sistematicamente comprometido no curso da assistência médica cotidiana.

O mesmo autor apresenta o caso de um paciente preocupado com o número de profissionais que têm acesso ao seu prontuário num hospital, ameaçando abandonar o tratamento caso não fosse garantido seu direito à confidencialidade. Ao investigar, SIEGLER descobre que ao menos setenta e cinco pessoas estavam envolvidas no fornecimento ou no suporte de seus serviços de assistência médica, chegando o paciente a questionar qual era, na verdade, o entendimento do autor por confidencialidade. SIEGLER (1982)

Como garantir, então, esse direito ao usuário nessa relação com o ACS que envolve, além do lado profissional, o fato de ele residir próximo à sua moradia e com o agravante de que pode, a qualquer hora, se desligar ou ser desligado do serviço, permanecendo, ainda assim, morador da área e detentor das informações?

SACARDO (2001) nos informa que existe clara expectativa de preservação da privacidade das informações em relação aos profissionais de saúde, sendo que estes devem limitar seu acesso àquelas informações que sejam essenciais no desenvolvimento de um trabalho com qualidade para com o enfermo.

É extremamente sério imaginar que em nome de um acesso mais rápido aos serviços de saúde, já que de todos é conhecida a limitação às consultas e aos exames especializados dentro do serviço público, os usuários da saúde abram mão de seus direitos enquanto cidadãos.

Mesmo com a percepção do direito, o entrevistado relatou que devia *pedir* ao ACS para manter o sigilo da informação:

“... eu confiaria, eu acho que fica só entra eu e ela. É um direito que eu tenho... se ela tem aquele prazer de me acompanhar... se ela procura o que eu tô sentindo... ela confia em mim e só leva na mão do médico...;... eu acho que é um direito... acho que sim, que a pessoa tem de pedir pra ele não contar pra ninguém...”. (U20)

Isso sugere que é a relação de vínculo e confiança que existe entre o profissional e o ACS que, nesse contexto, garante o sigilo e não o fato concreto de ser esse um direito a qualquer usuário da saúde, tenha ele ou não estabelecido vínculo de confiança com o profissional.

Outro entrevistado, mesmo alegando o conhecimento do direito, avalia que o ACS iria revelar a informação:

“... mas não é sempre como a gente quer... eu acho que é um direito... existem muitas coisas em sigilo, mas não sei se ela (ACS) ia guardar segredo...”. (U24)

SACARDO (2001) relata que em entrevista com pacientes hospitalizados e não-hospitalizadas, existe uma expectativa fortemente presente no imaginário dos entrevistados, a saber: os mesmos propõem um “cuidado com limites”, restrito àqueles profissionais cujo conhecimento das informações sobre o paciente, como diagnóstico/prognóstico, sejam essenciais para o desenvolvimento do trabalho. Informa que isto pode ser apreendido do fragmento do discurso: *“... Tem gente que se ficá sabendo pode até atrapalhá, sai por aí falando pra todo mundo e o doente pode até piorá, porque a doença de cada um é problema dele e da família dele, não é da conta de ninguém mais...”*. Aparece o argumento de que ao ser revelada para todos os funcionários, a problemática do paciente pode prejudicar a recuperação do doente, na medida em que tal revelação acarretaria um sentimento de traição em relação ao médico e à sua equipe.

6.3. O RESPEITO À CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES REVELADAS AO ACS.

Procuramos conhecer nas entrevistas com os usuários, se as informações sobre condições ou agravos à saúde deveriam ser mantidas em sigilo diante do agente comunitário de saúde e, em caso positivo, quais as justificativas para essa decisão.

Nossa preocupação era perceber se o usuário sentia respeitado seu direito ao sigilo das informações reveladas ao ACS.

Alguns usuários relataram que o ACS deveria saber de todas as informações, não demonstrando preocupações com o fato de o ACS, diferente dos outros profissionais de saúde, também pertencer à comunidade e, portanto, manter um vínculo que extrapola as relações profissionais.

Relacionavam esse profissional mais como um representante da área da saúde, ficando evidente a preocupação quanto ao cuidado. Vinculavam o ACS à instituição e ao médico e reafirmavam a importância e a expectativa do papel de facilitador do acesso ao atendimento:

“... Eu acho que ele deve saber por que é a função dele, ele está intermediando entre a família e o médico, eu não vejo problemas no ACS saber, não tem problema nenhum... eu acho assim, se ele é um ACS ele deve ser devidamente treinado pra saber o que é sigilo e o que não é, porque toda profissão tem uma ética profissional, seja qual for o profissional. O ACS não vai sair falando o nome de pessoas: o fulano tem isso e aquilo, é como um médico, conversou, fica ali, como um padre, fica entre as duas pessoas...”. (U1)

“... em minha opinião não, eles estão ali pra ajudar, certo? Não tem porque esconder doença, pode saber...” (U2)

“... tem que saber tudo porque eles procuram ajudar as pessoas...” (U3)

“... Não, não tem problema nenhum porque ela pode ajudar as pessoas...”. (U10)

“... enfermidades... tem que saber, mas tinha que poder ajudar... não adianta saber e não poder ajudar... a gente tinha que passar pra ela e se a gente tivesse precisando, vamos supor de uma consulta urgente...”. (U11)

“... eu acho que se for pra ajudar não tem nenhum problema, eu confiaria com certeza, seria mais fácil, ela tá no meio do pessoal... pode ajudar...” (U4)

Apareceram, também, relatos de usuários que, mesmo confiando as informações ao ACS, só as divulgariam para os profissionais do mesmo sexo, pois, sentir-se-iam mais confiantes na revelação, reforçando a questão de gênero já discutida:

“... eu acho que ele deve saber... se for mulher... dependendo do que a gente tem a gente fica constrangida se for um homem, mas se é mulher não tem problema nenhum, eu acho que elas sempre estão pra ajudar...”. (U5)

Interessante, nesse caminho, notar que alguns problemas de saúde indicam a forma como a sociedade concebe a questão do gênero e, desse modo, nas entrevistas, alguns usuários evitariam revelar a informação para um profissional do sexo oposto.

“... Varia muito... tem coisa que não pode saber também, né... doença pode, mas tem coisas que não pode saber... sabe, né?...varia ...acho que tem coisa que só o médico....lógico que tem coisa que só o médico...da próstata eu só contaria pro médico...varia muito....tem coisa que o ACS não precisa saber...mas eu não lembro dessas coisas...não me lembro...da próstata eu só falava pro médico...eu ia ficar com vergonha....”. (U21)

Importante, portanto, observar a percepção do usuário sobre se e como revelaria, em confiança, uma informação ao seu representante mais próximo da saúde e, ao mesmo tempo, seu vizinho, com todas as diferenças que esses atores representam.

Pôde-se verificar, mediante as entrevistas, que muitos usuários só revelariam as informações ao profissional médico ou enfermeiro e, nesse caso, falam, principalmente, em doenças estigmatizadas:

“... tem coisa que só o médico, as enfermidades... eu penso que a doença que seja particular... que seja entre a pessoa e o médico... que não é bom todo mundo saber... assim como a AIDS...”; (U21)

“... Todas as doenças eu acho meio difícil porque ele é um agente comunitário, não é uma enfermeira, né, tem coisas que ela não deve saber... algumas doenças eu não contaria... o povo já fica se afastando...”; (U8)

“... eu não falaria pro agente... essas doenças ai... olha que nem a doença contagiosa, seja ela qual for, eu não contaria porque ela mora na mesma região, porque é uma questão de confiança, tá certo, eu confio... na minha casa eu confio no ACS, mas não 100%, se eu tenho uma doença contagiosa eu não conto...que não é bom todo mundo saber...” (U6)

Nesse sentido, as doenças estigmatizadas apareceram novamente como agravos à saúde que seriam mantidos em sigilo do ACS em função do preconceito e do receio da revelação:

“... tem muita gente que tem preconceito: doença contagiosa..., essas enfermidades, as outras não tem problema, não conheço muitas doenças, não sei se ele vai comentar... alguns guardam segredo e outros não... se comentar as outras pessoas vão fazer propaganda daquilo... a pessoa já tá isolada e pode ficar mais isolada ainda... por isso não devia comentar....”. (U6)

“... tem coisas que a gente gosta de falar mesmo só pro médico... as pessoas mesmo dizendo que não tem discriminação, tem, entende?... essas doenças mais graves, essas doenças que você sabe que é contagiosa... e aí as pessoas têm preconceito... fala que não tem mais tem ...”; (U8)

“... o medo é que acabe atrapalhando o dia a dia da pessoa. Por mais que você conhece uma pessoa, não sabe do que a pessoa é capaz... é confidencial... se está passando, corre o risco de estar sendo mal visto na região que você mora porque tem doença que tem preconceito...”. (U26)

“... acho que tem coisa que só o médico... lógico que tem coisa que só o médico... da próstata eu só contaria pro médico... varia muito... tem coisa que o ACS não precisa saber... mas eu não lembro dessas coisas... não me lembro... da próstata eu só falava pro médico... eu ia ficar com vergonha...”. (U21)

“... eu acho que se ela for uma boa profissional eu tenho confiança... ela não conta... algumas doenças eu não contaria... tem muito preconceito, né, o povo já fica se afastando... aí é uma doença que eu não falaria não... só essa doença, a AIDS, não lembro de outra...”. (U18)

Também observamos nas entrevistas, usuários que revelariam esses agravos aos agentes comunitários ficando novamente evidente a importância da relação do cuidado nessa decisão:

“... eu fiquei sabendo de uma vizinha... por uma outra pessoa que me informou que ela tinha o vírus da AIDS e quase todos os filhos estavam empestiados... na minha opinião eu acho que devem saber sim...pode ajudar...”. (U3)

“... eu quero que ela me fale se o medico que tem lá pode me ajudar com aquilo que eu tenho...já ouvi falar em AIDS...eu falaria, ele poderia me ajudar...eu sou uma pessoa de confiar muito na pessoa...ela faz parte do médico...é o trabalho dela, ela não tem que falar de mim pros outros...eu ia precisar de ajuda de medicamento...imagino que ela não ia contar...”. (U17)

“... Tem que saber tudo porque eles procuram ajudar as pessoas... na minha rua uma senhora está com câncer, tá na cama sem poder levantar e tem duas crianças em escola...ajuda a dar banho...tá com dificuldade...e tinha outra também que ela ia lá, ajudava, porque o marido faleceu...ela não consegue mais andar...eu acho que deve saber tudo se boa ou má situação...”; (U3)

“... deve contar mesmo porque ajuda... eu acho interessante... eu tiro por mim acho que as pessoas não têm preconceito... às vezes a gente escuta falar ai... eles sentem um medo... mas eu acho que a doença existe e quando ela vem deve ser relatada pra tomar providencia... muitas pessoas que eu já conversei falam do câncer, do HIV... eu já escutei falar... tem preconceito... eu contaria pro ACS, eu acho que ele deve não contar e deve saber...eu acho que não ficaria em duvida, é um ACS e deve existir uma confiança da pessoa...que vem prestando aquela assistência...”;(U20)

“...eu acho que pode se abrir com ele e ele encaminhar você pro posto... pra você tá procurando... por mim eu contaria, não teria nenhum problema...”;(U22)

Algumas respostas dos usuários entrevistados pareceram, entretanto, revelar o sentimento de insegurança na manutenção do sigilo da informação pelo ACS:

“... ela pode saber, não tem segredo, eu não tenho que esconder nada, tem coisa que é só pro médico, contar pra outra pessoa não ia resolver nada... é só com o médico... essas coisas que “passam”... doença venérea, às vezes o ACS conta, se ele quer saber e a gente tem que contar... acho que não precisa esconder nada... esconder é besteira, depois todo mundo vai ficar sabendo...”(U25)

“... tem que saber, mas tinha que poder ajudar...não adianta saber e não poder ajudar....a gente tinha que passar pra ela e se a gente tivesse precisando, vamos supor de uma consulta urgente....acho que não tem problema não sobre isso daí...eu acho bobagem porque depois todo mundo vai ficar sabendo...e se morre, e ai?...”(U11)

“... eu não encobriria de ninguém se eu tivesse... muitos que tem AIDS engana... não contava... é uma injustiça... enganam muita gente pra pegar também... muitos fazem tudo para pegar noutra pessoa... eu já não enganaria ninguém... eu contaria, não ia negar pra ninguém... contaria mesmo que ele falasse pra todo mundo...”(U14)

“... eu não tenho nada de grave, acho que ela pode saber de tudo sim, vai ficar sabendo de qualquer forma, ela sabe da próstata, já foi comigo no médico do hospital, sabe tudo, eu conto, a médica conta, todo mundo sabe, no posto todo mundo sabe o que eu tenho...” (U23)

Pareceu-nos, de acordo com os resultados das entrevistas, que os usuários preocupam-se com a relação do cuidado e da melhoria do acesso na revelação dos agravos à saúde.

A revelação das informações ao ACS parece estar ligada à expectativa de um atendimento mais rápido, principalmente em caso de enfermidades graves. A dúvida em relação à manutenção do sigilo das informações pelo ACS parece estar num patamar inferior à necessidade do acesso, parecendo existir um sentimento de *conformação* na possibilidade deste profissional revelar a informação dada em confiança.

A quebra inaceitável e injustificável da privacidade e da confidencialidade das informações sofrida pelos usuários nas Unidades de saúde acarreta desrespeito ao cidadão e implica na perda da qualidade do atendimento que, dentre outras coisas, está baseado na confiança.

Por outro lado, nas entrevistas pareceu haver confiança no respeito ao sigilo das informações dadas ao médico, mesmo que uma gestante tenha revelado que o ACS já sabia da sua gravidez – revelada pelo médico da equipe - não apontando, entretanto, esse fato, como uma quebra de sigilo:

“... eu contei pra ela e ela chegou na minha casa e falou que já sabia, a médica já tinha contado pra ela, pra eu começar o pré-natal... as consultas...” (U 15)

BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002) argumentam que (...) “assim como muitas teorias morais enfrentam conflitos de princípios e de direitos, a ética do cuidar enfrenta conflitos entre responsabilidades...a ética do cuidar enfatiza que o importante não é apenas o que os médicos fazem – por exemplo, se ele quebra ou mantém a confidencialidade – , mas também o modo como as ações são executadas, os motivos subjacentes e se os relacionamentos positivos são promovidos ou impedidos.(p. 106)

Observamos também, nas entrevistas, a referência à questão deontológica, do dever profissional, dever pelo trabalho do ACS, da ligação com o médico e nesse caso sentiam respeitado o direito à confidencialidade:

“... se ele é um ACS ele deve ser devidamente treinado para saber o que é sigilo e o que não é, porque toda profissão tem uma ética profissional seja qual for o profissional, uma secretária, um médico... se eles entram em casa eles não vão sair dizendo...” (U1)

“... Eu acho que a minha respeita o segredo... se ela for uma boa profissional, ela respeita o programa...” (U18)

A teoria baseada na obrigação, muitas vezes chamada de deontológica, pensamento ético de Emmanuel Kant, afirma que o que torna as ações certas ou erradas são determinadas características das ações e não apenas suas conseqüências. Para Kant devemos agir não somente de acordo com, mas em nome da obrigação. (BEAUCHAMP E CHILFRESS 2002).

Notou-se, também, nas falas, a dificuldade do próprio serviço em manter a privacidade das pessoas e a confidencialidade das informações:

“... eu tenho direito sim, mas eu venho todo dia aqui, pego remédio, passo no médico, na enfermeira, uma hora todo mundo fica sabendo, não tem jeito...”. (U23)

Nessa direção, BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002) afirmam que (...) “as ameaças à confidencialidade estão presente em muitas instituições com capacidade para armazenar e disseminar informações médicas confidenciais tais como registros médicos em arquivos, drogas prescritas, exames médicos realizados e registros de reembolsos”. (p. 455)

6.4. DIFERENÇAS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE A SEREM TRATADAS CONFIDENCIALMENTE.

A fim de procurarmos conhecer, por meio das falas dos usuários entrevistados, o diferencial de informações privativas, perguntamos se existiriam informações ou agravos à saúde que seriam mantidas em segredo dos ACS.

Sabemos que muitas doenças ainda hoje causam discriminação e nossa intenção, com essa questão, era conseguir identificar quais enfermidades, no imaginário dos entrevistados, estavam mais ou menos atreladas ao preconceito.

AIDS, tuberculose, câncer, doenças sexualmente transmissíveis, “doença da próstata” e diabetes apareceram nas falas dos entrevistados.

A AIDS apareceu como a doença que mais causa discriminação – foi lembrada por quinze dos trinta entrevistados e em outras três falas como doenças transmitidas pelo contato sexual.

O câncer também foi lembrado por cinco entrevistados como doença que causa preconceito e compaixão, seguido da tuberculose e “doença da próstata” que apareceram nas falas de outros dois entrevistados e ainda o diabetes, por um entrevistado.

Nas entrevistas, muitos usuários só revelariam essas enfermidades ao médico ou ao enfermeiro e a AIDS era lembrada mesmo quando outras enfermidades eram expostas:

“... tem coisa que só o médico, as enfermidades... eu penso que a doença que seja particular... que seja entre a pessoa e o médico... que não é bom todo mundo saber... assim como a AIDS...”; (U21)

“... Todas as doenças eu acho meio difícil porque ele é um agente comunitário, não é uma enfermeira, né, tem coisas que ela não deve saber...tem coisas que a gente gosta de falar mesmo só pro médico, como a AIDS, que as pessoas mesmo dizendo que não tem discriminação, tem.. .entende?... tuberculose, pega, é contagiosa... essas doenças mais graves, como AIDS, câncer, tuberculose... essas doenças que você sabe que é contagiosa... eu acho que a tuberculose é pela discriminação porque é contagioso... a AIDS não é contagiosa assim no você falar, mas no você tocar... em alguma ferida, essas coisas tem... e aí as pessoas tem... fala que não tem mais tem... e o câncer, eu vi uma reportagem que tem vários tipos de câncer... tem um tipo de câncer que se você souber no início faz um tratamento você melhora...; (U8)

“... sempre tem umas doenças que o pessoal tem preconceito: a AIDS...”; (U29)

“... se eu tenho uma doença contagiosa eu não conto, é a minha opinião, é que nem AIDS, ela poderia ficar sabendo, mas não da minha boca... eu contaria pro médico...”. (U26)

“... não é bom todo mundo saber...assim como a AIDS...a não ser que seja assim de muita confiança...porque muita gente vai ter muito preconceito com aquela pessoa....só

pro médico...tem muita gente que tem preconceito...doença contagioso, AIDS, tuberculose...essas enfermidades...as outras não tem problema...”. (U6)

Interessante também observar que ainda nos dias atuais é deficiente o entendimento de parte da população quanto às causas ligadas a essas doenças, o que provavelmente potencializa o preconceito a essas enfermidades:

“... tem problema de câncer... eu mesmo não tenho isso... com fé em Deus... minha mulher tinha essa doença... tinha uns parentes que tinha medo de pegar... eu dava banho, trocava e tudo... ela faleceu... mas graças a Deus eu não senti nada... ”. (U 28).

O câncer pareceu também causar o sentimento de compaixão das pessoas, nesse universo de usuários entrevistados:

“... eles dão a dica, incentiva mais, não tem problema de contar não... eu não gosto de falar sobre doenças... não fico a vontade... a AIDS... é uma doença que traz problema e o ACS deveria saber pra poder ajudar... o câncer também, mas a AIDS é pior... o preconceito é menor no câncer, é mais pena, dó...”. (U 19)

“... Doença vem pra qualquer um... vem pra minha família, vem pra sua... e daí? Meu primo tá com câncer...” (U 12)

“... muitas pessoas que eu já conversei falam do câncer, do HIV... eu já escutei falar... tem preconceito...”. (U 20)

“... tem problema de câncer... eu mesmo não tenho isso... com fé em Deus... minha mulher tinha essa doença... tinha uns parentes que tinha medo de pegar... ”. (U28)

A compaixão, segundo BOFF (2001), é uma das repercussões do ato de cuidar. Trata-se da capacidade do ser humano de compartilhar o sofrimento (ou alegrias) do outro, construindo a vida em sinergia com este. Não é passiva e nem representa um sentimento de piedade.

CAPONI (2000) afirma que a motivação para a compaixão com a pessoa que sofre pode ser resultado de um sentimento de que algo semelhante pode acontecer a qualquer um, de outra forma, pode também ser motivada por um sentimento de piedade pelos que sofrem ou pelo simples fato de pensar que socorrer os infortunados contribui para o bem comum.

As “doenças da próstata”, como já citado anteriormente, pareceram revelar os mitos ligados à sexualidade:

“... tem coisa que o ACS não precisa saber... mas eu não lembro dessas coisas... não me lembro... da próstata eu só falava pro médico... eu ia ficar com vergonha...”; (U21)

Nesse caso, FERREIRA (1999) lembra-nos que a doença da próstata está relacionada intimamente com a sexualidade, o que contribui com a manutenção de alguns mitos relacionados à perda de masculinidade. Isso nos faz refletir sobre a representação desses mitos nas enfermidades ligadas aos sexos.

GOMES (2003) pergunta o porquê de se discutir, especificamente, sexualidade masculina e saúde do homem. Um argumento seria que os sujeitos - homens e mulheres - necessitam ser vistos tanto singularmente quanto no âmbito das relações e no campo mais amplo de sua cultura. Nesse sentido, focar a singularidade do homem não nos leva, necessariamente, a perda da dimensão relacional que a expressão gênero indica.

Outro argumento que o autor utiliza para sustentar o tema surge do alerta de que não podemos desconsiderar que os avanços na forma de conceber o que é ser feminino, defendido pelo movimento feminista, demandou deslocamentos no campo dos papéis masculinos.

Ao se destacar o direito das mulheres não necessariamente se contraria a dimensão relacional entre os gêneros, porque, para que se chegue à equidade deve-se, antes, combater as assimetrias. Fortalecendo um gênero em desvantagem poderia se promover uma melhor distribuição de poder entre os gêneros. (GOMES 2003)

Nessa perspectiva, se poderia enfatizar uma proposta de saúde que enfoque os gêneros com o propósito de atender também à saúde dos homens.

Diz, ainda, GOMES (2003) que os aspectos relacionados à sexualidade masculina produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas. Um exemplo disso seria a prevenção do câncer de próstata, um grave problema de saúde pública.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA 2006), as altas taxas de incidência e a mortalidade pelo câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. A incidência dessa neoplasia faz com que o câncer de próstata seja o mais prevalente em homens. O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil em 2006 foi de 47.280. Estes valores correspondem a um risco estimado de 51 casos novos a cada 100 mil homens. Ainda segundo o Instituto, a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura e entre as medidas preventivas, ressalta-se o toque retal realizado por profissionais de medicina.

Assim, no campo da saúde pública é fundamental que sejam promovidas discussões voltadas para os sentidos atribuídos à sexualidade masculina para que não só a prevenção do câncer de próstata como outras ações tangenciadas por tais sentidos possam ser melhor abordadas.

O diabetes também foi lembrado como doença atrelada ao preconceito:

“... sempre tem umas doenças que o pessoal tem preconceito... doença do coração... muitas pessoas têm... eu acho q ela tem obrigação de contar... eu nunca sabia q eu tinha... era uma pessoa sadia e nunca fiz um exame de sangue e a doutora disse, pode estar com um pouco de açúcar no sangue... então fiz o exame e ai fiz uns exames e ai soube que tinha colesterol alto, quase 500... deu diabetes... e ai uma pessoa virou pra mim e disse: - Ave Maria! Se eu tivesse com uma doença dessa até me matava. Isso não é o fim do mundo não, a gente tem que se tratar, ninguém pede pra ter essas coisas, se a pessoa não vai no medico como vai saber que tem essas coisas ?...”. (U 29)

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES informa que “seja na escola ou no trabalho, muitas pessoas com diabetes já passaram por situações desagradáveis, decorrentes do preconceito por causa da disfunção”. (SBD, 2007)

No entanto, a AIDS destacou-se nas falas onde os usuários relatam que não revelariam ao ACS e só ao médico, em função do preconceito que a doença ainda causa na população, mesmo após 25 anos de epidemia.

BASTOS et al (1994) relatam que além do aspecto econômico, as diversas caracterizações em torno da AIDS - contagiosa, incurável, mortal - fizeram com que a doença fosse associada a diversos estigmas e preconceitos presentes na sociedade, especialmente sobre a morte, a contaminação e a sexualidade.

Desses estigmas, alguns já haviam sido socialmente vividos em face de outras enfermidades como "lepra", tuberculose, sífilis, câncer (BASTOS et al 1994) e algumas delas, além, da AIDS, ainda hoje indicariam atitudes preconceituosas na opinião dos entrevistados.

Nessa direção, CAMARNADO Jr. (2005) ao desenvolver sua pesquisa sobre violência institucional e DST/AIDS, encontrou nas falas dos seus informantes, o preconceito como forma de violência.

Argumenta o referido autor:

a pandemia HIV/AIDS acomete um contingente de pessoas desvelando os comportamentos ditos privados, trazendo à tona (des) conhecidas questões – entre elas a sexualidade e as diferentes manifestações, o uso de drogas e a morte – que rondam o imaginário social há centenas de anos. Essas questões suscitam e despertam curiosidades, reticências, resistências, dentre outras tanto nos profissionais de saúde quanto na população em geral. Desse modo, as pessoas, em decorrência de sua orientação sexual terminam por sofrer diferentes graus de violência, perpetradas por um contingente social que considera tais comportamentos desviantes, colocando esses indivíduos em condição marginal, como verdadeiros parias (CAMARNADO Jr. 2005 p.13).

Conclui o autor que (...) “a violência institucional permanece viva e tenaz no cotidiano do exercício das práticas de saúde. Ora permanecendo como “sombra” das/nas relações interpessoais, ora explicitamente manifestada”.

Sem dúvida o desconhecimento sobre as enfermidades é um obstáculo aos programas de prevenção e controle das doenças, principalmente as infecto-contagiosas com destaque para AIDS.

O preconceito mencionado na pesquisa, principalmente em relação ao vírus HIV, representa uma realidade também nos serviços de saúde.

As unidades especializadas que atendem usuários portadores de doenças sexualmente transmissíveis foram alvo de várias pesquisas e em seus achados encontramos muitas situações de violação ou violência em relação à privacidade e confidencialidade das informações, o que faz aumentar ainda mais o preconceito em relação a essas doenças, com o agravante de que acontecem nos locais onde se deveria, sobretudo, proteger e garantir os direitos dos usuários.

Nessa perspectiva, CAMARNADO Jr. (2005, p.10) relata a agressão sofrida pelos usuários portadores do HIV nos serviços de saúde:

agressões verbais, ameaças, gritos, dentre outras se faziam presentes e vivas no cotidiano do trabalho. Porém, outras situações, aparentemente silenciosas, denotavam a assimetria de poder e, sobretudo, o uso inadvertido da posição profissional para submeter e sujeitar o outro às suas decisões. Como exemplos, para ilustrar essas situações cita atendimentos e acolhimentos realizados com a porta do consultório aberta, recusa em atender o usuário por este não portar documento de identidade, entrega de resultados de teste anti-HIV realizada no corredor da unidade, dentre outras.

O mesmo autor conclui na sua tese que na análise de suas entrevistas o fenômeno violência assume uma multiplicidade de faces, ora explicitado com clareza, ora escamoteado em sutilezas, fazendo calar vozes e permanecendo vivo e tenaz à sombra das relações humanas. (CAMARNADO Jr., 2005).

O preconceito parece ainda muito vivo quer no imaginário da sociedade quer na realidade dos serviços de saúde. É alarmante pensar que os profissionais dos serviços de saúde contribuem para aumentar o preconceito em relação às doenças estigmatizadas.

Finalizando, citamos SACARDO (2001) onde destaca a representação do papel do “cuidador” do profissional de saúde: “*Quem cuida pode e deve saber sobre mim, para cuidar bem*”. Nesse sentido, segundo a autora, novas questões se colocam ao se constatar a necessidade de transformação na maneira de agir e cuidar dos profissionais de saúde. Parece importante pensar estratégias de sensibilização e mobilização dos trabalhadores – como desenvolvimento de práticas em assistência à saúde que promovam “relações cuidadoras” - para que estes possam se modificar e serem agentes potencializadores da autonomia do paciente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise das entrevistas no ambiente estudado, nos pareceu que o Programa de Saúde da Família cumpre com as expectativas da população mais carente e com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, indicando que houve um acerto por parte das políticas governamentais na implantação dessa nova estratégia de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, despertou nossa atenção, a percepção do usuário em relação ao papel do agente comunitário de saúde. Talvez por tratar-se de um novo integrante na área da saúde, a visão nos pareceu exclusivamente ligada ao papel técnico desse profissional, principalmente na expectativa da melhoria do acesso aos serviços de saúde. O papel político ligado à proteção da cidadania não foi mencionado pelos entrevistados.

Mesmo sobre o papel técnico, notou-se, nas entrevistas, uma revelação importante dos usuários em relação às visitas domiciliares. Houve relatos de que as mesmas aconteciam fora dos domicílios, ainda que existisse uma pré-disposição dos entrevistados em receber bem os agentes de saúde em suas casas e não se sentirem constrangidos com a entrada desse profissional em suas moradias.

Mais uma vez, portanto, o desconhecimento sobre o Programa e sobre a importância do papel do ACS foi revelado, impossibilitando ao usuário o direito a decidir sobre a entrada dos ACS em sua casa.

Esse fato pode prejudicar a relação de vínculo que se espera dentro do PSF e, portanto, a qualidade do trabalho dos profissionais. É fundamental no trabalho do agente de saúde que a visita seja feita dentro do domicílio - desde que respeitada a decisão autônoma do morador - para que se possa identificar condições sociais ou ambientais que possam comprometer a saúde das famílias.

Importante também avaliarmos que é nessa aproximação entre o ACS e o usuário e, principalmente, neste espaço, a moradia, que se pode construir a relação de confiança fundamental para que as condições ou agravos à saúde sejam identificados.

Desse modo, ainda que o Programa de Saúde da Família, e com ele os agentes comunitários, sejam, segundo revelou as entrevistas, aceitos pela população estudada, é importante que haja uma séria discussão sobre as responsabilidades desse profissional e a forma de avaliação do seu trabalho dentro do PSF, já que se trata de uma relação peculiar como funcionário/usuário e o seu papel dentro da comunidade.

Salientamos que não houve nenhuma manifestação de constrangimento dos usuários entrevistados em relação às visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, ou seja, pareceu-nos não haver uma violação à sua privacidade. Assim, se avaliamos como positiva a importância dessa competência, é ideal que haja um controle para que a visita seja feita nos parâmetros dos documentos que norteiam o PSF.

Evidentemente que, independente da função do profissional participante da equipe do PSF, espera-se que o mesmo aja sempre de maneira a respeitar a autonomia do usuário, seus valores e crenças pessoais e o atendimento seja pautado na humanização.

Os entrevistados, que revelariam as informações aos ACS, pareciam fazê-lo em nome da obtenção do cuidado e de um acesso mais rápido às consultas ou aos exames subsidiários necessários.

Em relação à revelação para o agente comunitário dos agravos ou condições de saúde, notou-se preocupação com as doenças estigmatizadas e o preconceito que ainda ronda essas enfermidades.

A AIDS, o câncer, a tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, doenças da próstata e até o diabetes, estiveram presentes nas falas dos usuários entrevistados, sendo que a AIDS despontou nas falas entre as doenças mais atreladas ao preconceito.

Sobre a revelação dessas enfermidades ao ACS não parecia existir segurança de que fossem mantidas em sigilo, quer pela possibilidade de revelação não autorizada, quer pela dificuldade da própria administração do serviço em manter o direito do usuário à privacidade e à confidencialidade das informações.

É preocupante, de qualquer forma, imaginar que pela necessidade desse acesso aos serviços de saúde - já que de todos é conhecida a limitação às consultas e aos exames especializados no âmbito do serviço público - os usuários sintam-se obrigados a abrir mão de seus direitos enquanto cidadãos e que os serviços não se responsabilizem pela busca da preservação e da iniciativa do respeito a esses direitos.

Os resultados de nossa pesquisa sugerem que os serviços de saúde podem não estar devidamente organizados para preservar o direito dos usuários à privacidade e à confidencialidade das informações e, desse modo, os mesmos podem ser identificados pelas suas condições de saúde ou enfermidades, contribuindo, sobretudo, para a diminuição da qualidade do tratamento.

O preconceito aparece ainda estar muito vivo, quer no imaginário da sociedade quer na realidade dos serviços de saúde. É alarmante pensar que os profissionais contribuem para aumentar o preconceito em relação às doenças estigmatizadas.

Apesar de relativamente recente, essa estratégia de atendimento do Sistema Único de Saúde tem muito a avançar, quer na melhoria do acesso, quer no aumento de Unidades e equipes para atender a imensa população brasileira, principalmente as mais excluídas e nos lugares menos privilegiados, portanto, com maiores necessidades de atendimento.

Não se pode, contudo, permitir que essa necessidade seja acompanhada do desrespeito aos direitos básicos dos usuários, sendo necessária a preservação da sua dignidade, e, nesse sentido, a privacidade e a confidencialidade das informações.

No Programa de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe se reúnem diária ou semanalmente para a discussão dos casos existentes nas micro-áreas que determinam sua região de abrangência e responsabilidade. É essencial que existam espaços exclusivos para que os agentes comunitários possam discutir com os profissionais responsáveis os problemas da comunidade que exigem a manutenção da privacidade e da confidencialidade do usuário.

A revelação desses casos perante toda a equipe, inclusive diante de todos os agentes de saúde, principalmente os que possam identificar usuários com doenças estigmatizadas ou em condição ou situação de agravos à saúde, pode acabar por infringir no desrespeito aos usuários do seu direito ao sigilo das informações.

Finalizando, entendemos que cabe aos serviços de saúde, dentre eles o PSF, propor ampla reflexão e discussão das situações que coloquem em risco os direitos dos usuários, proporcionando, efetivamente, um tratamento humanizado, justo, digno e onde seus valores sejam respeitados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barchifontaine CP. **Bioética, Saúde Pública e Controle Social**. São Paulo: Cadernos. Centro Universitário São Camilo. v.12, n.2, p.92-96, abr./jun.;2006.

Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. & Parker R. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/Uerj-IMS; pp. 13-56; 1994.

Beauchamp TL, Childress JF. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

Berlinguer G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: UnB; 2004

Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. **Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso**. Rev. Saúde Pública vol.39 no.5 São Paulo Oct. 2005

Bioethics Information Retrieval Project. Bioethics thesaurus. Washington: Kennedy Institute of Ethics, 1995.

Boff L. **Saber Cuidar**. 7ª ed.. Petrópolis: Vozes; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Comunidade Solidária**. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos - síntese dos principais resultados 2002**; 228p. Disponível em <URL: http://bvssp.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/6/0/406-saude_familia.pdf >. [fev 2007].

BRASIL, Ministério da Saúde/GM. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**: Brasília, DF. DOU. 2006 (Portaria MS/GM nº 675 de 30 de março de 2006).

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : Brasília, DF. Mar/2007 Disponível em <URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdez/introducao/introducao.php>

Camarnado Jr., DV .**Os Sentidos da Violência nos Programas e Serviços de Saúde em DST/AIDS**. [Tese] São Paulo: Programa de Pós Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.

Contradiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1994.

Caponi S. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Cátedra UNESCO de Bioética – UnB: Brasília, DF. Mai/2007 Disponível em <URL: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>

Cortina A, Martinez E. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.

Culver CM. **Competência do paciente**. In: Segre M, Cohen C, organizadores. **Bioética**. São Paulo: EDUSP; 1995. p. 63-73.

Donato AF. **Traçando redes de comunicação**: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Donnangelo MCF, Pereira L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Enciclopedy of bioethics [CD ROM]. New York: Macmillan Library Reference; 1995.
Reich WT. **Encyclopedia of Bioethics**. 2ª ed. New York; MacMillan, 1995.

Ferreira U. **Câncer da Próstata**. In: Nelson Rodrigues Netto Jr.. (Org.). Urologia Prática. 4ª ed. São Paulo, SP: Atheneu; 1999.

Fortes PAC. **Ética e saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1998.

Fortes PAC, SPINETTI SR. **O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

Fortes, PAC, Zoboli, ELC. **Bioética e Saúde Pública**. Cadernos. Centro Universitário São Camilo. São Paulo. v.12, n.2, p.41-50, abr./jun.2006.

Francisconi CF, Goldim JR. **Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade**. In: Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

Garrafa, V. Bioética cotidiana. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005.

Gauderer EC. **Os direitos do paciente - um manual de sobrevivência**. Rio de Janeiro: Record; 1991.

Giddens A. **A Transformação da Intimidade**: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. Editora Unesp, São Paulo, 1992.)

Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1994.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

Gilligan C. **In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development**
Cambridge: Harvard University Press; 1982

Goldim JR. **Núcleo Interinstitucional de Bioética**. Disponível em: URL
<<http://www.bioetica.ufrgs.br> ata da consulta> [dez 2006].

Gomes R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão.
Ciênc. saúde coletiva v.8 n.3 Rio de Janeiro; 2003.

INCA – **Instituto Nacional do Câncer** -2006 (25/01/2006, 20h42min)
http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5

Jatene AD, Novaes HMD, Malik A, Goldbaum M, Marsiglia, RG, Silva JÁ, Seixas P.
Primeiro Relatório Técnico-Científico: novos modelos de Assistência à Saúde -
Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São
Paulo: FAPESP, 2000.

Kennedy Institute of Ethics. **Bioethics Thesaurus**. Washington: KIE, 1995. p. 38.

Klug WA. **O que o paciente espera**. In: Ismael JC, editor. O médico e o paciente:
breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 2002. p.21-2.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São
Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004. p. 10-22.

Muñoz DR, Fortes PAC. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e
esclarecido**. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética.
Brasília: Conselho Feral de Medicina; 1998. p. 53-70.

Neves MCP. **A fundamentação antropológica da bioética**. Bioética Revista Brasileira
Educação Médica .1996; 4:7-16.).

Nogueira RP. **O trabalho em serviços de saúde**. In: Santana JP, organizador.
Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília:
Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 129-36.

Nogueira R, Silva FB, Ramos ZVO. **A vinculação institucional de um trabalhador
sui generis – o agente comunitário de saúde**. [Texto para discussão 735 - on line].
2000; 33p. Disponível em <URL: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/td0735.pdf>>.
[fev 2007].

Pereira MGA, Azevêdo ES, **A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a
ótica dos pacientes**. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.51 n.3 São Paulo May/June 2005

Piovesan A, Temporini ER, **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Rev. Saúde Pública 1995; 29 (4): 328-25.

Puccini PT, Cecílio LCO, **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública vol.20 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004.Reich WT. Revised edition.

Queiroz MV, Jorge MS. **Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria:** a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface (Botucatu) v.10 n.19 Botucatu jan./jun. 2006.

Robertson A, Minkler M. **New Health promotion movement: a critical examination.** *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p. 295-312, 1994.

Sacardo DP, Fortes PAC. **Desafios para a preservação da privacidade no contexto da**

saúde. 2000. Disponível em <URL:

<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio2v8/seccao2.htm>. [out 2006].

Sacardo DP. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: um estudo bioético.** São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Santana ML, Carmagnani MI. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade. 2001; 10 (1): 33-53.

Silva JA. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente comunitário?** São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Silva JA, Dalmaso ASW. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA, Dalmaso ASW. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições:** os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde - Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

Siegler M. **Confidentiality in Medicine – A decrepit Concept.** *New England Journal of Medicine*; New England; 1982.

Soares L. **Avaliação da relação médico-paciente no atendimento ambulatorial de hospital universitário** [dissertação]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 1997.

SBD Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <URL: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/legislacao/discriminacao.php>>. mai/2007.

Teixeira H, Dantas F. **O bom médico.** Rev Bras Educ Med 1997;21:43–6.

Triviños ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

The Belmont Report: **Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects**. Washington: DHEW Publications(OS), 1978.

Venturi G, Recamán M, Oliveira S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo : Perseu Abramo; 2004.

Zoboli ELCP. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2003. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

9. ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Antonio Ferreira Seoane. Sou aluno do curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP e estou realizando uma pesquisa intitulada: Programa de Saúde da Família. O Agente comunitário de saúde, a privacidade e a confidencialidade das informações: a visão do usuário.

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer se o usuário do PSF tem conhecimento do seu direito à privacidade e à confidencialidade das informações reveladas ao agente comunitário de saúde. Para tanto, gostaria de contar com a sua participação, por meio de entrevista a ser gravada e agendada conforme sua disponibilidade. Posteriormente, a entrevista será transcrita integralmente. Esse material ficará à minha disposição, caso queira examiná-lo. A sua participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus pessoal. As informações coletadas serão mantidas sob sigilo e em hipótese alguma colocarão em risco o seu acompanhamento (atendimento) na unidade de saúde e, tampouco, serão reveladas integralmente ou em parte aos profissionais que trabalham no serviço.

Fica garantido que apenas o pesquisador terá acesso ao que for relatado. Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima.

Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em seu poder e a outra com o pesquisador responsável.

O retorno da pesquisa será por meio de artigos científicos e participação em congressos, bem como discussões para disseminação do tema. Havendo qualquer problema ou ainda, caso queira alguma informação adicional, o pesquisador poderá ser contatado no telefone constante deste Termo ou nos Comitês de Ética em Pesquisa da SMS-SP e FSP-USP, situados na cidade de São Paulo, respectivamente à R.General Jardim,36-2ºandar-fone:3218-4043 e Av.Dr.Arnaldo, 715-fone:3066-7779. São Paulo, _____de_____de 2006.

Antonio Ferreira Seoane

Pesquisador Responsável – RG: 10.709.891- SP

Telefones: Res: 3276-5286 e Cel: 9757-0475

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) e consinto em participar da pesquisa.

Nome:

Anexo 2

Termo de autorização

Ilmo(a). Sr(a).:

Diretor da Unidade Básica de Saúde

Prezado(a) Sr(a):

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre a privacidade e a confidencialidade das informações na visão do usuário do PSF (projeto anexo) para entendermos como se dá a relação entre os ACS e os usuários quanto à privacidade e a confidencialidade das informações reveladas.

Para tanto, gostaríamos de entrevistar os usuários da área de abrangência desta Unidade de Saúde, atendidos pelo Programa de Saúde da Família.

Para todos os participantes apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os mesmo sintam-se, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, livres para consentirem voluntariamente em sua participação.

Assim, gostaríamos de contar com a vossa autorização para desenvolvermos o estudo dentro da área de abrangência da sua Unidade de Saúde.

Sem mais,

Atenciosamente,

Antonio Ferreira Seoane

Pesquisador Responsável

Autorizado:

Nome completo:

Cargo:

Anexo 3

Roteiro de Entrevistas com usuários do Programa de Saúde da Família:

Dados de Identificação:

Iniciais do nome (sem nomenclatura):

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Roteiro inicial de questões:

- 1) Fale-me sobre a visita do ACS em sua casa.
- 2) Como você se sente recebendo o ACS em sua casa?
- 3) Existem informações sobre condições ou agravos à saúde que devem ser mantidas em segredo do ACS?
- 4) Você acha que o sigilo das informações é um direito e sente esse direito respeitado pelo ACS?

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](#)