DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: PRESERVAR A CONFIDENCIALIDADE DO MARIDO OU PROTEGER A SAÚDE DA MULHER?

Janina Pontes Pisani[1], Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli[2]

RESUMO: Manter a privacidade e confidencialidade dos pacientes é crítico na ética. Realizamos estudo exploratório, quanti-qualitativo, com 'potenciais usuários do Sistema Único de Saúde' para identificar como esperam que os profissionais de saúde se comportem quando um dos parceiros de casal heterossexual tem sífilis. Os sujeitos foram funcionários de uma universidade pública. A coleta de dados usou questionário anônimo, auto aplicado, com alternativas de como o profissional deveria agir quando marido com sífilis não quer que sua esposa saiba da doença e pede à equipe que solicitem o exame dela, sem dizer-lhe nada. Como resultado os respondentes esperam a manutenção da confidencialidade, deixando a cargo do marido a revelação da verdade à esposa. O profissional é visto como um mediador da situação, de quem esperam orientação e apoio na revelação. Saber o que esperam os pacientes pode ajudar os enfermeiros a lidar com situações eticamente problemáticas em saúde sexual.
PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Privacidade; Comunicação sigilosa; Ética profissional; Doenças sexualmente transmissíveis.

SEXUALLY TRANSMITED DISEASES: TO PRESERVE THE HUSBAND'S CONFIDENTIALITY OR TO PROTECT WOMAN'S HEALTH?

ABSTRACT: To maintain the privacy and confidentiality of patients is a critical issue for ethics. We developed an exploratory, quantitative and qualitative study with potential users of the Unique Health System to identify how they expect that health personnel would behave when one of the heterosexual partner has syphilis. Subjects were employees of a public University. Data collection was developed through an anonymous and self reported questionnaire, with questions about how the health professional should behave when a husband with syphilis doesn't want his wife to know about the disease and ask the health team to get her examined without knowing about his problem. As results, interviewees expect the maintenance of confidentiality, leaving the husband in charge of telling his wife the truth. Health professionals are seen as a mediator of the situation, of whom they expect orientation and support in the revelation of health problems. To know what the patients expect from health professionals could help nurses to deal with ethical situations that might be a problem among the issues of sexual health.
KEYWORDS: Bioethics; Privacy; Confidentiality; Ethics, professional; Sexually transmitted diseases.

ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL: ¿PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DEL MARIDO O PROTEGER LA SALUD DE LA MUJER?

RESUMEN: Mantener la privacidad y confidencialidad de los pacientes es crítico en la ética. Realizamos estudio exploratorio, cuanti-cualitativo con "potenciales usuarios del Sistema Único de Salud" para identificar como esperan que los profesionales de salud se comporten cuando uno de los compañeros de la pareja heterosexual tiene sífilis. Los sujetos fueron funcionarios de una universidad pública. La colecta de datos usó cuestionario anónimo, autoaplicado, con alternativas de cómo el profesional debería actuar cuando el marido con sífilis no quiere que su esposa sepa de la enfermedad y pide al equipo que soliciten el examen de ella, sin decirle nada. Como resultado los respondientes esperan la manutención de la confidencialidad, dejando a cargo del marido la revelación de la verdad a la esposa. El profesional es visto como un mediador de la situación, de quien esperan orientación y apoyo durante la revelación. Saber lo que esperan los pacientes puede ayudar a los enfermeros a lidiar con situaciones éticamente problemáticas en salud sexual.
PALABRAS CLAVE: Bioética; Privacidad; Comunicación sigilosa; Ética profesional; Enfermedades de transmisión sexual.

---

[1]Aluna do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP.
[2]Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

Autor correspondente:
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Av. Dr. Eneas de Carvalho, 419 - 05403-000 - São Paulo-SP
E-mail: elma@usp.br

Recebido: 18/12/08
Aprovado: 10/08/09

INTRODUÇÃO

Dentre os problemas éticos na atenção à saúde são frequentes os relativos a dois princípios: a privacidade e a confidencialidade. A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, do Ministério da Saúde, determina o respeito à confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal[1]. Assim, a privacidade e a confidencialidade das informações são direitos dos usuários dos serviços de saúde.

A privacidade é o direito de decidir que informações pessoais serão mantidas sob controle e a quem, quando, onde e em que condições estas podem ser reveladas[2]. No contexto da saúde, a privacidade está relacionada estreitamente à confiança, dando mais segurança para o paciente revelar à equipe de saúde situações potencialmente embaraçosas[3].

A confidencialidade pressupõe a garantia de que as informações dadas em confiança serão preservadas em segredo, devendo-se tomar medidas para evitar ou prevenir sua revelação não-autorizada[4]. Assim, é uma responsabilidade dos profissionais para com os usuários dos serviços de saúde[5]. Mas, ainda que seja um princípio essencial na relação clínica, há situações em que seu descumprimento é justificável, por exemplo, na eventualidade da não revelação poder causar danos à saúde ou à segurança da coletividade, ou de terceiros identificáveis[6], ou seja, quebrar a confidencialidade e abrir a privacidade dos pacientes depende de uma ponderação entre riscos individuais e benefícios sociais.

Levando em consideração o contexto das Doenças Sexualmente Transmissíveis DSTs, podem surgir conflitos dessa ordem quando o profissional sente-se obrigado a revelar o diagnóstico do paciente a terceiros diretamente envolvidos e cuja saúde está, potencialmente, sob risco[7]. Alguns pacientes recusam-se a revelar a seus parceiros sexuais a ocorrência de uma DST, colocando-os em situação de risco. O profissional, nesse caso, vê-se frente à escolha entre proteger a privacidade e confidencialidade do paciente, ou proteger a saúde de sua parceira ou parceiro sexual. Esta é uma decisão difícil para o profissional.

A prevenção da infecção por DSTs requer a investigação e controle dos parceiros, educação e tratamento de todos os envolvidos. Em geral, o controle dos comunicantes pode ser feito por intermédio do próprio paciente, que avisa seus parceiros para procurarem tratamento médico. Também pode ser feito pelo profissional que contata os parceiros do paciente e sugere o tratamento[8]. Não está claro qual das estratégias é mais eficaz, mas há evidências de que a convocação pelo profissional é mais eficiente na captação de parceiros[9].

A sífilis é uma DST que, quando detectada e tratada precocemente, pode ser considerada uma doença benigna, mas se negligenciada, acarreta sérios danos à pessoa[10]. Por esse motivo é importante que seja feito o rastreamento e controle dos parceiros para que também estes possam realizar tratamento, se necessário, e não sofram com as possíveis consequências da doença. Como somente a sífilis congênita e a sífilis na gravidez são de notificação obrigatória, a boa relação do profissional de saúde com o paciente torna-se essencial para proteção da saúde dos terceiros envolvidos e que tem sua saúde sob risco, e sem conhecimento de sua situação, muitas vezes.

Quando os profissionais da saúde se defrontam com tais situações sentem falta de um procedimento ou política institucional que defina o modo correto de agir. Frequentemente, buscam respaldo em precedentes legais, regulamentações ou estatutos. No entanto, nenhum destes tem mostrado o mais indicado na resolução de tais problemas[11]. Assim, as consequências de como se lidam com estes podem ser trágicas para assistência.

Em estudo que elucidou o panorama deste tema no Programa Saúde da Família-PSF, perguntou-se a enfermeiros e médicos como agiriam se um dos parceiros com sífilis não quisesse revelar este fato à sua esposa, e pedisse que se realizasse o exame diagnóstico e o tratamento, se necessário, sem o conhecimento de sua mulher. Os profissionais entrevistados sugeriram alguns cursos de ação, alternativas de como lidar com a situação e preponderou a preservação da privacidade do paciente sobre a proteção da saúde de sua parceira[2].

Dando continuidade a este estudo[2], a presente pesquisa objetivou identificar junto à 'potenciais usuários do Sistema Único de Saúde-SUS' que atitude esperam dos profissionais em relação à preservação da privacidade e confidencialidade do paciente em situação hipotética de um casal heterossexual, em que um dos parceiros tem sífilis diagnosticada. As visões dos usuários foram confrontadas com as alternativas recomendadas pelos profissionais do PSF[2] e com o recomendado em literatura de ética, bioética e saúde.

O propósito foi trazer um novo ponto de vista, o do potencial usuário dos serviços, geralmente desconsiderado em estudos descritivos de ética. Almejava-se ampliar a elucidação deste problema ético

que pode surgir na assistência em saúde sexual na atenção básica. O estudo foi financiado por bolsa de iniciação científica do CNPq (PIBIC-USP).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, quanti-qualitativa, realizada numa universidade pública de São Paulo-SP. Os sujeitos foram 44 funcionários, que por terem direito a usufruir dos hospitais da universidade para assistência atendiam o critério de 'potenciais usuários do SUS'.

A coleta de dados foi feita com questionário anônimo, auto aplicado, elaborado com base nos cursos de ação sugeridos pelos entrevistados no PSF[2] e o mesmo cenário hipotético. Dentre as alternativas de como o profissional poderia agir (cursos de ação), o respondente deveria escolher a que mais se aproximasse de seu ponto de vista. Havia, ainda, espaço para comentários ou sugestão de outra forma para lidar com o problema. O caso e a questão apresentados aos participantes foram:

O senhor M tem sífilis. Ele não quer contar o que tem para sua esposa, mas quer protegê-la da doença. Enquanto está em tratamento, pede à equipe que faça o exame em sua esposa sem que ela saiba. O que você esperaria dos profissionais de saúde da família envolvidos neste caso? a) Que solicitassem o exame somente depois do marido contar a verdade para a mulher. b) Que solicitassem o exame sem contar a verdade para a mulher, mas estimulando que o marido o fizesse. c) Que solicitassem o exame sem contar a verdade para a mulher, mas estimulando que o marido o fizesse se o resultado fosse positivo. d) Que solicitassem o exame sem contar a verdade para a mulher e sem estimular que o marido o fizesse. e) Que solicitassem o exame sem contar a verdade para a mulher, se o relacionamento extraconjugal fosse um episódio fortuito, caso contrário, que estimulassem o marido a contar a verdade para a esposa. f) Nenhuma das alternativas anteriores. Neste caso, o que esperariam?

Coletaram-se dados demográficos como idade, sexo, religião e estado civil, que serviram de variáveis independentes para os testes de associação.

Para facilitar a compreensão das perguntas, utilizamos o Índice de Legibilidade Flesch-Kincaid, do Microsoft Word. Este é um método de análise da dificuldade de leitura baseado na média de sílabas por palavra e de palavras por sentença. No presente estudo aceitou-se como ponto de corte índice entre 80-90%, correspondente à escolaridade aproximada da 5º série, compatível com a escolaridade esperada para a população estudada.

Os questionários foram entregues em envelopes fechados a que deviam ser depositados, após preenchimento, em urna lacrada. O período de coleta de dados foi maio de 2008. Foram entregues 100 questionários, sendo 50 retornados à urna, porém somente 44 estavam preechidos. Isso representa uma taxa geral de respostas de 50%, o que pode ser tido como uma boa taxa de retorno[12].

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (processo nº 68/2008). O questionário sem identificação nominal do sujeito garantia seu anonimato e a urna disponibilizada para o retorno dos mesmos preenchidos buscava assegurar a liberdade de participação. Os esclarecimentos aos sujeitos foram feitos pessoalmente por uma das pesquisadoras na entrega do questionário, com um termo de responsabilidade assinado por ambas. Assim, preservou-se o processo de consentimento livre e esclarecido, embora não se tenha utilizado um termo por escrito. Isso foi feito, como justificava o projeto, justamente para não quebrar o anonimato e proteger a liberdade de participação dos sujeitos. A devolutiva do questionário foi tomada como aceitação de participação na pesquisa.

Para a análise quantitativa usou-se o programa Epi-Info v.3.4.1 (Centers for Disease Control, Atlanta), SPSS v.11.5, e Minitab v.13. Considerou-se um valor de $p < 0,05$ para determinação de significância estatística.

A análise qualitativa havia sido prevista para o tratamento da questão aberta para o caso de nenhuma das alternativas do questionário correspondesse à opinião do respondente. Apenas três questionários preencheram esta questão e, após a leitura flutuante das respostas, viu-se que de fato não se tratavam de novos cursos e, sim, comentários à alternativa assinalada. Por isso, foi feita uma leitura cuidadosa das respostas que foram incluídas para ilustrar os resultados.

RESULTADOS

Perfil dos respondentes

Foram devolvidos 50 questionários, sendo seis em branco. Assim, o tratamento estatístico dos dados foi feito com o total de 44 questionários devolvidos e preenchido.

A faixa etária predominante foi de 39 a 45 anos,

correspondendo a 25,00% dos sujeitos. Seguem-se as faixas de 32 a 38 anos, e 46 a 52 anos, cada uma representando 20,45% da população estudada (Tabela 1). O sexo predominante foi o feminino (56,82%), sendo apenas 17 sujeitos participantes (38,63%) do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos respondentes segundo faixa etária

Faixa etária	N.	%
25 a 31 anos	8	18,18
32 a 38 anos	9	20,45
39 a 45 anos	11	25,00
46 a 52 anos	9	20,45
53 a 59 anos	5	11,37
Sem resposta	2	4,55
Total	44	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos respondentes segundo sexo

Sexo	N.	%
Feminino	25	56,82
Masculino	17	38,63
Sem resposta	2	4,55
Total	44	100,00

Os dados referentes ao estado civil e religião foram coletados por meio de questões abertas. Para facilitar o tratamento estatístico, as respostas foram agrupadas segundo a classificação e critérios do Censo Demográfico 2000[13]. Por exemplo, para o estado civil, uma pessoa que se referia como pertencente a uma união estável foi considerada casada e, no quesito religião, uma pessoa que se definia como evangélica foi classificada como batista.

A maioria dos participantes era casada (38,64%). Os solteiros representaram 31,82%. Havia sete pessoas (15,91%) separadas e apenas um participante referiu ser viúvo (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos respondentes segundo o estado civil

Estado Civil	N.	%
Casado	17	38,64
Solteiro	14	31,82
Separado	7	15,91
Viúvo	1	2,27
Sem resposta	5	11,36
Total	44	100,00

Estudos demonstram que as mulheres de maior idade e que são casadas representam o setor da população de maior vulnerabilidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Na medida em que a mulher envelhece, o uso de preservativos durante as relações tende a diminuir e, na maioria das vezes, encontra-se em desvantagem em relação ao homem no momento da escolha pelo uso do preservativo[14].

Nota-se na população estudada, quantidade considerável de mulheres que se enquadram neste perfil, podendo ser visto como fator positivo conhecer o que espera este grupo mais vulnerável para melhor assisti-lo, ao considerar o respeito à sua autonomia; à preservação da privacidade no informar e seu *empowerment* e emancipação.

Em relação às religiões, havia 11 respondentes da religião Batista e 11 da Católica, que juntos correspondiam a 50% do total. A terceira religião mais declarada foi a Espírita (13,64%), seguida pela religião Espiritualista (4,55%) e Testemunha de Jeová (2,27%). Dentre os que responderam professar alguma religião, 56,25% eram praticantes. A tabela 4 mostra a distribuição dos sujeitos segundo denominação e prática religiosa:

Tabela 4 - Distribuição dos respondentes segundo a religião, e o número dos que se consideram praticantes

Religião	N.	%	Praticantes (N.)
Batista	11	25	6
Católica	11	25	5
Espírita	6	13,64	5
Espiritualista	2	4,55	1
Testemunha de Jeová	1	2,27	1
Ateu	1	2,27	-
Sem resposta	12	27,27	-
Total	44	100	18

Cursos de ação escolhidos

A alternativa mais escolhida pelos respondentes foi a A, representando 34,09%, seguido pela alternativa B que teve 31,82% de respostas. Sete pessoas escolheram como curso de ação a alternativa C. As alternativas D e E foram escolhidas somente por uma pessoa. Seis pessoas sugeriram um novo curso de ação na alternativa F, representando 13,64% do total. Estes dados podem ser observados na Tabela 5, juntamente com a legenda das alternativas.

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos segundo a alternativa escolhida

Alternativa	N.	%
Alternativa A	15	34,09
Alternativa B	14	31,82
Alternativa C	7	15,91
Alternativa D	1	2,27
Alternativa E	1	2,27
Alternativa F	6	13,64
Total	44	100

Alternativa A – Esperam que a equipe de saúde solicite o exame somente depois de o marido contar a verdade para sua mulher .
Alternativa B – Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, e estimulem o marido para contá-la.
Alternativa C – Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, e estimulem o marido a contá-la se o resultado do exame dela for positivo.
Alternativa D – Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher e sem estimular o marido para contá-la.
Alternativa E – Esperam que a equipe solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, se o relacionamento extraconjugal foi um episódio fortuito, caso contrário, os profissionais teriam que estimular o marido para contar a verdade a sua esposa.
Alternativa F – Outros cursos de ação

Foi analisada a correlação entre a alternativa escolhida pelo respondente e as variáveis de idade, sexo, estado civil e religião. Os testes de correlação Qui-Quadrado e teste exato de Fisher não mostraram associação estatística significativa ($p>0,05$) entre as variáveis idade, sexo, estado civil e religião. Isto pode ser devido às limitações da amostra, que foi pequena e não aleatória.

Seguindo na tentativa de verificar a associação foi feito um agrupamento das alternativas segundo a escolha pela manutenção da privacidade e confidencialidade do marido (alternativa A), ou a quebra da privacidade e confidencialidade para a proteção da saúde da mulher (alternativas B, C, D e E). Ainda assim, os resultados não mostraram significância estatística, talvez pelos mesmos motivos mencionados.

Estatisticamente indicar-se-ia a execução de testes não paramétricos, entretanto, há considerações de natureza teórica que parecem não corroboram com esta indicação. Alguns estudos mostram a inexistência da correlação entre as variáveis pessoais e profissionais com as escolhas frente à tomada de decisão em situações eticamente problemáticas. Estudo que buscou avaliar a percepção de problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do PSF encontrou que esta não parece ser afetada pela categoria profissional ou gênero[15] Não se desconhece que esta é questão controvertida em ética, mas considerou-se desnecessário seguir com os testes uma vez que o objetivo principal era identificar o que os participantes esperavam dos profissionais, o que já havia sido atingido.

Para estimar as aproximações e distanciamentos entre as posturas dos profissionais do PSF e as expectativas dos usuários do SUS, quantificamos os resultados do primeiro estudo[2] e comparamos com o encontrado na presente pesquisa, obtendo o disposto na Tabela 6:

Tabela 6 - Distribuição das alternativas escolhidas segundo "Potenciais Usuários do SUS" e "Profissionais do PSF"

Alternativa escolhida	Potenciais Usuários do SUS		Profissionais do PSF	
	N.	%	N.	%
Alternativa A	15	34,09	9	69,24
Alternativa B	14	31,82	1	7,69
Alternativa C	7	15,91	1	7,69
Alternativa D	1	2,27	1	7,69
Alternativa E	1	2,27	1	7,69
Alternativa F	6	13,64	-	-
Total	44	100,00	13	100,00

DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, pudemos perceber algumas aproximações entre as expectativas dos respondentes quanto ao comportamento do profissional e a atitude que estes tomariam. A alternativa 'Esperam que a equipe de saúde solicite o exame somente depois de o marido contar a verdade para sua mulher' foi escolhida por 34,09% dos respondentes e 9 dos profissionais do PSF[2], representando a maioria dos entrevistados em ambos os estudos.

A escolha desta alternativa pelos respondentes reflete uma expectativa de que o profissional seja honesto e não omita informações. Neste caso a proteção da saúde da mulher implicaria a omitir-lhe informações, o que, para os respondentes, não deveria acontecer.

A verdade é um direito de todos e base de uma relação de confiança e respeito. A sua omissão retira

do paciente sua liberdade e autonomia, pois somente a pessoa que recebe as informações necessárias para a tomada de decisão exerce de maneira mais plena sua autonomia. O princípio da veracidade implica no dever de não mentir e na obrigação de oferecer aos interessados todas as informações disponíveis[16]

Comentário da questão aberta mostra a visão dos participantes sobre a veracidade:

Antes de mais nada o homem ou a mulher tem que ser verdadeiro um com o outro, e se proteger porque depois de contrair a doença só cabe fazer o tratamento, e foge ao enfermeiro ou ao médico esconder os fatos, pois fere a Ética Médica [...] (Questionário 4).

A alternativa 'Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, e estimulem o marido para contá-la' foi escolhida por 14 pessoas (31,82%). Neste caso, a saúde da mulher seria protegida, assim como a privacidade do marido, mas não deixaria de haver um desrespeito ao princípio da veracidade.

Os parceiros têm o direito de saber que estão expostos a uma infecção para que, a partir do conhecimento, tenham a possibilidade de escolher não se expor mais e submeter-se a um teste diagnóstico e tratamento, se for o caso, o mais precocemente possível, antes que surjam complicações. Além disso, a partir do conhecimento a pessoa pode mudar seus comportamentos para que uma futura transmissão a outras pessoas seja prevenida[17].

Essa mesma alternativa de ação foi proposta apenas por um profissional (7,69%) do PSF[2], o que pode refletir a incorporação, na prática, do respeito à autonomia do paciente para solicitação de exames, questão bastante discutida e divulgada pelos Conselhos Profissionais.

Sete critérios deveriam ser ponderados antes da quebra da confidencialidade: 1) a gravidade do dano; 2) a probabilidade deste ocorrer; 3) a possibilidade de identificar as possíveis vítimas; 4) a iminência do dano; 5) a probabilidade do dano ser amenizado por uma intervenção; 6) se outros meios que evitem a quebra da confidencialidade já foram exaustivamente considerados e 7) que o paciente seja o agente do possível dano. A ponderação responsável desses critérios trará maior respaldo para o profissional que se ver frente à necessidade de quebrar a confidencialidade[13].

Na escolha da alternativa 'Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, e estimulem o marido a contá-la se o resultado do exame dela for positivo' podemos dizer que está presente, em certa medida, a ponderação proposta no parágrafo anterior. Em caso do resultado do exame ser positivo, parece haver mais critérios contemplados para a quebra da confidencialidade, pois o dano da contaminação da parceira já ocorreu e a probabilidade de outro dano maior ocorrer é bastante provável se a doença não for tratada, é também mais iminente, pois a mulher já está contaminada e existe a probabilidade concreta de se minimizar os danos iminentes, pois é possível o tratamento.

A alternativa 'Esperam que a equipe de saúde solicite o exame sem contar a verdade para a mulher e sem estimular o marido para contá-la' foi escolhida por apenas uma pessoa, representando 2,27% dos participantes. Esse curso de ação também foi sugerido por apenas um profissional do PSF[2], o que pode refletir outra aproximação nas visões de ambos.

A alternativa 'Esperam que a equipe solicite o exame sem contar a verdade para a mulher, se o relacionamento extraconjugal foi um episódio fortuito, caso contrário, os profissionais teriam que estimular o marido para contar a verdade a sua esposa' também foi escolhida por somente uma pessoa (2,27%). Este curso de ação parece conter um certo julgamento moral sobre o relacionamento do casal. A infidelidade frequente parece justificar, assim, a quebra da confidencialidade, pois a inexistência de um comportamento considerado moralmente incorreto permitiria o não cumprimento de outra obrigação ética.

As alternativas escolhidas pelos sujeitos evidenciam, ainda, que atitude os participantes esperam do profissional. Querem uma atitude resolutiva, de apoio, mediação e suporte para o marido na revelação da verdade. Assim, a responsabilidade de contar a verdade à esposa, na visão dos participantes, é do marido, uma vez que este conhece o ambiente e as relações familiares. Entretanto, isso não significa a ausência ou omissão do profissional, pois os participantes esperam do enfermeiro ou médico até mesmo a mediação para contar a verdade se for o caso, sem mencionar o acompanhamento com apoio.

Alguns dos comentários na questão aberta corroboram essa ideia:

A mulher deve fazer o exame de livre e espontânea vontade, consciente do tipo de exame. Cabe ao marido contar porquê e não ao profissional

(Questionário 17).

Que falem a verdade principalmente o próprio (marido) (Questionário 18).

Embora não haja evidências suficientes sobre a efetividade das diferentes alternativas para lidar com esta questão na prática assistencial, parece haver indícios fortes que apontam ser mais efetiva a convocação realizada pelo profissional do que deixar somente para o paciente o que pode contribuir para a prevenção da doença e de danos mais sérios à saúde dos envolvidos. Entretanto, quando a comunicação é feita pelo próprio paciente a adesão dos parceiros para a realização do exame diagnóstico é maior[9]. Parece que a boa prática requer a junção dos dois cursos de ação.

Sem dúvida, como, além de proteger a saúde de terceiros, também se quer preservar a confidencialidade do paciente e a confiança, base da boa relação clínica, antes de optar pela revelação feita pelo profissional todos os demais meios alternativos para ação deveriam ter sido esgotados. Ou seja, antes de ir ao extremo de contar a verdade para o parceiro sem autorização do paciente, o profissional deve ter uma conversa clara e esclarecedora com o paciente, explicando os possíveis riscos para sua parceira (o), o risco de reinfecção para si e possíveis riscos para sua fertilidade e sua prole[13], sempre em um clima de suporte e apoio, que demonstre vínculo e cuidado para com a saúde de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças sexualmente transmissíveis representam um problema de saúde pública em escala mundial, e muitos profissionais enfrentam em seu cotidiano a dificuldade de definir como, quando e quanto se deve revelar aos parceiros sexuais sobre a infecção de uma DST.

Após a análise dos dados percebe-se maior aceitação da revelação feita pelo próprio paciente do que pelo profissional, sendo que este pode até agir como mediador na situação, mas a iniciativa de contar a verdade para os parceiros compete ao paciente.

Também pudemos perceber que em alguns aspectos as visões e expectativas sobre o tema encontradas entre potenciais usuários do SUS se aproximam do que os profissionais consideram como melhor para sua atuação.

Estudos como este podem contribuir no sentido de esclarecer o que os usuários dos serviços de saúde esperam da equipe multiprofissional no que se refere ao trato das informações que lhe são mais íntimas, ou seja, privativas e confidenciais, podendo aumentar a qualidade da assistência, principalmente em áreas onde essa questão é especialmente importante, como na saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília; 2006 [Série: Legislação de saúde].

2. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo (SP): Universidade São Paulo; 2003.

3. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Bioética. 2003;11(1):51-64.

4. Goldim JR.Confidencialidade.Disponível: http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm [acesso em 2007 Mar 20]. Porto Alegre; 2003.

5. Massarollo MCKB, Saccardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadores. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006.

6. Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. Bioética. 2000;8(2):307-22

7. Carvalho FT, Rocha KB, D'Elia P, Fontoura VA. Revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis a parceiros(as) sexuais: um dilema bioético? J bras Doenças Sex Transm. 2005;17(3):219-24.

8. Fleetwood J. STDs in patients with multiple partners: confidentiality. Am Fam Physician. 2006;74:1963-4.

9. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A, Schmid G. There is limited evidence about the most effective partner notification strategies for people with sexually transmitted diseases. Evidence-based Healthcare. 2002;(6):161-2

10. Secretaria do Estado de Saúde (SP). Sífilis congênita – normas e instruções técnicas. Manual de Vigilância

Epidemiológica. Prof. Alexandre Vranjac.
SP, 1991: 40 p.

11. Rivas JD, Sulmasy DP. Sexually transmited disease: a private matter? Am Fam Physician. 2002 Oct;66(7):1351 5.

12. Babbie E. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: UFMG; 2005.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Metodologia do Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2003.

14. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. Rev Saúde Publ. 2006;40(4):720-6

15. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. Cogitare Enferm. 2006 Mai/Ago;11(2):133-42.

16. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuiciones desde una perspectiva psicolójica. Rev Med Chile. 2005;133(6):693-8.

17. Lawrence OG, James GHJ. Piercing the veil of secrecy in HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases: Theories of privacy and disclosure in partner notification. Duke J Gender Law & Policy. 1998;5(9):10-87.