



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

FABIANA DOS SANTOS GOMES CARVALHO

**(BIO)ÉTICA E QUEBRA DO SIGILO DOS PACIENTES HIV/AIDS: uma revisão
integrativa sobre a não adesão à Atenção Básica**

Rio de Janeiro

2024

FABIANA DOS SANTOS GOMES CARVALHO

**(BIO)ÉTICA E QUEBRA DO SIGILO DOS PACIENTES HIV/AIDS: uma revisão
integrativa sobre a não adesão à Atenção Básica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestra em Bioética orientada pelo Professor Doutor Alexandre da Silva Costa.

Rio de Janeiro

2024

C331 Carvalho, Fabiana dos Santos Gomes.
(BIO)ética e quebra do sigilo dos pacientes HIV/AIDS: uma revisão integrativa sobre a não adesão à Atenção Básica / Fabiana dos Santos Gomes Carvalho. – Rio de Janeiro, 2024.
104 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Alexandre da Silva Costa.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2024.

Referências: f. 93-104.

1. HIV. 2. Atenção primária de saúde. 3. Confidencialidade. 4. Bioética. I. Costa, Alexandre da Silva. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA DOS SANTOS GOMES CARVALHO

(BIO)ÉTICA E QUEBRA DO SIGILO DOS PACIENTES HIV/AIDS: uma revisão
integrativa sobre a não adesão à Atenção Básica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 25 de março de 2024.

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa (orientador)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Dalmir Lopes Junior
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profa. Dra. Eliane Barreto
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

A todos aqueles que estiveram e que
caminharam comigo ao longo deste árduo e
mágico caminho.

.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me possibilitou a conquista deste sonho e sua força durante o caminho.

À minha família, pelos incentivos, ajuda incondicional e paciência em minhas ausências e surtos.

Ao corpo docente, que compartilhou seus conhecimentos, iluminando minha vida e permitindo o desenvolvimento do meu processo na formação profissional.

Ao meu orientador, que caminhou comigo, me orientou, acreditou em mim e teve que adquirir, em tão pouco tempo, uma paciência sobre-humana.

O que me preocupa não é nem o grito dos corruptos, dos violentos, dos desonestos, dos sem caráter, dos sem ética... O que me preocupa é o silêncio dos bons.

Martin Luther King

RESUMO

CARVALHO, Fabiana dos Santos Gomes. **(BIO)ética e quebra do sigilo dos pacientes HIV/AIDS**: uma revisão integrativa sobre a não adesão à Atenção Básica. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é um sério problema de Saúde Pública. Sua transmissão ocorre a partir da relação sexual e sua incidência trouxe números alarmantes de morbimortalidade da doença no Brasil e no mundo. Devido ao seu diagnóstico, seus portadores carregam uma marca social, isto é, o estigma e do preconceito, causando sofrimento e vergonha. Esses indivíduos não querem ser identificados e rotulados como portadores da doença, e a violação do sigilo das informações nas unidades de saúde agrava a situação, contribuindo para a quebra de vínculos entre o paciente e a equipe de saúde, culminando no abandono do posto de saúde de seu território devido ao constrangimento pela exposição de seu diagnóstico, problema que acarreta prejuízos para sua saúde. Ao compartilhar informações sigilosas de pacientes com outras pessoas ao mero acaso, a bioética é ferida, contribuindo para o sofrimento moral dos usuários, a discriminação, a segregação e o fortalecimento do estigma. Infelizmente, tal conduta é muito frequente nas unidades de saúde e vista por muitos servidores como “normal”. No entanto, pode levar o usuário a consequências danosas, pois são suas informações que estão sendo propagadas de forma imprópria e irresponsável. Tal comportamento deve ser analisado com muita preocupação pela equipe de saúde e pelos gestores com todos os seus atores envolvidos no serviço público, pois acaba sendo um ato de descuidar, contribuindo para estigmatização e para discriminação, além de ir contra o código de ética da profissão. A Bioética resgata o respeito e o cuidado com o outro, ajuda-nos a avaliar nosso comportamento e nossas condutas diante dos acontecimentos que nos cercam. Por meio dela, é possível refletir e questionar atitudes e atos realizados para efetuar sua desconstrução, pois, ao compartilharmos a história da vida de alguém com outras pessoas, sem a sua autorização, infligimos um código moral que deve reger relacionamentos e processos de trabalho, pois aquilo que perpassa pelo outro exige compromisso e responsabilidade, uma vez que não se trata mais de nós, mas do outro.

Palavras-chave: bioética; atenção primária de saúde; sigilo, confidencialidade e privacidade das informações.

ABSTRACT

CARVALHO, Fabiana dos Santos Gomes. **(BIO)ethics and breakin the confidentiality of HIV/AIDS pacientes**: an integrative review on non-adherence to Primary Care. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which is a serious public health problem. Its transmission occurs through sexual intercourse and its incidence has brought alarming numbers of morbidity and mortality from the disease in Brazil and around the world. Due to their diagnosis, sufferers carry a social mark, the mark of stigma and prejudice, causing suffering and shame. These individuals do not want to be identified and labeled as having the disease and the violation of the confidentiality of information in health units worsens the situation, contributing to the breakdown of bonds between the patient and the health team, culminating in the abandonment of the health center of their location. territory due to the embarrassment of exposing their diagnosis, a problem that causes harm to their health. By sharing patients' confidential information with other people at random, professional bioethics is harmed, contributing to the moral suffering of users, discrimination, segregation and the strengthening of stigma. Unfortunately, such conduct is very common in health units and seen by many employees as “normal”. However, it can lead to harmful consequences for the user, as it is their information that is being propagated inappropriately and irresponsibly. Such behavior must be analyzed with great concern by the health team and managers with all actors involved in the public service, as it ends up being an act of carelessness, contributing to stigmatization and discrimination, in addition to going against the profession's code of ethics. Bioethics restores respect and care for others, helps us evaluate our behavior and attitudes towards the events that surround us. Through it, it is possible to reflect and question attitudes and actions carried out to carry out their deconstruction, because, when we share someone's life story with other people, without authorization, a moral code is inflicted that should govern relationships and work processes because what permeates the other requires commitment and responsibility, since it is not about us but about the other.

Keywords: bioethics; primary health care; secrecy, confidentiality and privacy of information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de seleção das produções com Aplicação dos Filtros nas Bases de Dados.....	71
Quadro 1 - Palavras-chave.....	64
Quadro 2 - Descritores.....	65
Quadro 3 - Chave de busca.....	65
Quadro 4 - Cronograma.....	68
Quadro 5 - Publicações analisadas na revisão integrativa, ordenadas conforme citação nas categorias.....	71
Quadro 6 - Informações sobre metodologia, objetivos e etnias dos estudos selecionados	72
Quadro 7 - Fatores/barreiras intrínsecas que dificultam a adesão	73
Quadro 8 - Fatores/barreiras extrínsecas que dificultam a adesão	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
COREM	Conselho Regional de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
DeCS/MeSH	Descritores em Ciências da Saúde
ENADE	Exame Nacional de Avaliação do Desempenho de Estudante
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MEC	Ministério da Educação
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RSA	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
TRAV	Terapia Antirretroviral
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo geral.....	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL	15
2.1.1 Programa Saúde da Família	15
2.1.2 HIV/AIDS e o Programa Saúde da Família	26
2.2 BIOÉTICA	29
2.2.1 A Bioética na Estratégia da Saúde da Família.....	29
2.2.2 Barreiras bioéticas e a Estratégia da Saúde da Família	35
2.3 SIGILO: ENTRE A CONFIDENCIALIDADE E O DIREITO À PRIVACIDADE	37
2.3.1 Sigilo.....	37
2.3.2 Confidencialidade	43
2.3.3 Privacidade.....	45
2.3.4 O dever ético de manter o sigilo	48
2.3.5 Limites da confidencialidade	56
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
3.1 TIPO DE PESQUISA	63
3.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	64
3.3 DESCRITORES (DECS/MESH)	65
3.4 CHAVE DE BUSCA.....	65
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	66
3.6 IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS	67
3.7 CRONOGRAMA	67
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	68
4 ANÁLISE DOS DADOS	69
5 CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	73

6 ANÁLISE DOS TRATAMENTOS DOS DADOS, QUEBRA DO SIGILO E MEDOS DIANTE DA DIVULGAÇÃO DOS DADOS.....	76
7 DISCUSSÃO	82
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	93

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O vírus ataca o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo, deixando o corpo suscetível à invasão por qualquer micro-organismo, em outras palavras: suscetível a doenças oportunistas. A AIDS, que é o último estágio da doença, quando não tratada, é um sério problema de Saúde Pública. Por encontrar-se em todos os líquidos corpóreos, sua transmissão ocorre a partir de relações sexuais desprotegidas, incluindo sexo oral, vaginal e anal, por meio de secreções como sangue, esperma, secreção vaginal, leite materno, bem como ocorre a transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, durante a gestação e durante o parto, além de ser transmitida também por meio de objetos perfurocortantes, como alicates entre outros (Pinto Neto *et al.*, 2021). Essa síndrome, dessa forma, é transmitida pelas vias parenteral ou vertical e sexual (Lazzarotto; Deresz; Sprinz, 2010).

Devido ao seu diagnóstico, seus portadores carregam uma marca social, a marca do estigma e do preconceito, quadro que lhes causa sofrimento e vergonha. O estigma, nesse contexto, é a depreciação daqueles que não se encaixam nos padrões determinados como positivos pela sociedade (Guimarães; Lourenço; Mendonça, 2021). Esses indivíduos, desse modo, não querem ser identificados e/ou rotulados como portadores da doença, e a violação do sigilo das informações nas unidades de saúde agrava a situação, contribuindo para a quebra de vínculos entre o paciente e a equipe de saúde e para o abandono do posto de saúde de seu território devido ao constrangimento pela exposição de seu diagnóstico, o que acarreta prejuízos para sua saúde.

Ao compartilhar informações sigilosas de pacientes com outras pessoas ao mero acaso, a bioética profissional é ferida, levando ao sofrimento moral dos usuários, à discriminação, à segregação e ao estigma. Infelizmente, tal conduta é muito frequente nas unidades de saúde e vista por muitos servidores como “normal”. No entanto, pode levar o usuário a consequências danosas, pois são suas informações que estão sendo propagadas de forma imprópria e irresponsável. Tal comportamento deve ser analisado com muita preocupação pela equipe de saúde e pelos gestores com todos seus atores envolvidos no serviço público, uma vez que acaba sendo um ato de descuidar – além de ir contra o código de ética da profissão.

A Bioética, nesse cenário, resgata o respeito e o cuidado com o outro, nos ajuda a avaliar comportamentos e atitudes diante dos acontecimentos que nos cercam. Por meio dela, é possível refletir e questionar atitudes e atos realizados para efetuar desconstruções. Ao

compartilharmos a história da vida de alguém com outras pessoas, sem a devida autorização, infringe-se um código moral que deve reger relacionamentos e processos de trabalho, pois aquilo que perpassa pelo outro exige compromisso e responsabilidade, uma vez que não se trata mais de nós, mas do outro.

Atualmente, trabalho com a educação, como professora de duas escolas de curso técnico em Enfermagem, e na Secretaria de Saúde, como Enfermeira Auditora Hospitalar. Em outra cidade, também atuo como Enfermeira no CAPS III. A motivação para a pesquisa foi minha observação diante da movimentação de entrada e de saída de pacientes portadores de HIV/AIDS, em um andar acima do meu, e o medo que eles possuem em ser identificados. Ficam muito constrangidos e não querem ser identificados por esperar do lado de fora até esperarem outros serem atendidos. Geralmente, ficam quietos sentados aguardando seu atendimento ou, quando muito constrangidos, voltam em outra oportunidade.

A doença causa um impacto com marca emocional, social, econômica, política, ética, moral, entre outros. Esta pesquisa, diante disso, impulsionou-me pelo anseio de identificar e de trazer à luz as dificuldades bioéticas encontradas pelos pacientes acometidos pelo vírus AIV/AIDS que, por algum motivo, não aderem/aderiram ao seu tratamento clínico nos Postos de Saúde, Programa da Saúde da Família (PSF). Nesse sentido, o trabalho tem como norteador o questionamento: Quais as principais dificuldades bioéticas encontradas e vivenciadas pelos pacientes de HIV/AIDS no PSF e quais os limites para confidencialidade? Com base nas reflexões acima investigadas, este estudo possui o objetivo de compreender, analisar e sintetizar o que foi produzido nas pesquisas científicas sobre o sigilo, a confidencialidade e a privacidade dos pacientes HIV/AIDS na Atenção Básica de Saúde nas unidades do PSF.

Este trabalho justifica-se, em âmbitos científicos e sociais, devido à invisibilidade do tema nas práticas do contexto da saúde e da doença e pela importância das implicações bioéticas enfrentadas e vivenciadas pelos pacientes sorologicamente positivos de HIV/AIDS na Atenção Primária dentro do contexto da Saúde Pública nos quais interferem sua adesão ao programa, levando à fragmentação dos cuidados e da integralidade, além de não alcançar os objetivos para os quais foi criada a Atenção Básica (Lins *et al.*, 2022).

A ponderação ética, nesse sentido, faz-se necessária para promover intervenções nas políticas de saúde que facilitem a discussão de novas estratégias voltadas para questões bioéticas, a fim de melhorar o serviço proposto aos pacientes de AIV/AIDS e de propiciar acolhimento apropriado e adesão à Atenção Básica de Saúde (Lins *et al.*, 2022; Pinheiro *et al.*, 2005).

A relevância deste trabalho é calcada na importância para o público HIV/AIDS, para a Saúde Pública e Coletiva, nas áreas das Políticas Públicas, da Sociologia, da Educação, da Filosofia, da Economia, da Publicidade, no social, implicando questionamentos e mudanças nas práticas profissionais desde a Atenção Básica de Saúde até a Atenção Especializada, abrangendo todos os profissionais como o Enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde, os Médicos, entre outros.

Acredito que, através da lente dos princípios bioéticos aplicados no nosso cotidiano, podemos refletir melhor sobre comportamentos e atos para que possamos direcionar os cuidados de uma forma mais humanizada. Tal ponderação e análise objetiva permitem o questionamento crítico subjetivo de nossas ações e a mudança, permitindo a reconstrução de novas condutas (Cunha; Lourenzo, 2014). Tais dificuldades, que estão relacionadas à assistência e à gestão do cuidado, devem ser pontuadas, refletidas e discutidas de forma a causar impacto para mudanças concretas em nosso cotidiano.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta investigação é analisar e sintetizar o que foi produzido de conhecimento científico sobre o sigilo, a confidencialidade e a privacidade dos pacientes HIV/AIDS e sua não adesão à Atenção Básica de Saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram traçados: (i) conhecer se, dentre os motivos do abandono dos pacientes HIV/AIDS na rede de Atenção Básica de Saúde, estão o sigilo, a confidencialidade e a privacidade das informações; (ii) reconhecer os conflitos morais em relação à quebra de sigilo, à confidencialidade e à privacidade de informações percebidas por esses pacientes na Atenção Básica de Saúde; (iii) discutir a importância do sigilo, da confidencialidade e da privacidade das informações.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

Esta seção apresenta o contexto histórico da implantação, do funcionamento, da equipe e dos objetivos do Programa da Saúde da Família conhecido, hoje, como Estratégia da Saúde da Família. Além disso, pontua a importância da Estratégia da Família como programa que funciona como um fluxo capilar de absorção dos problemas de saúde em seu território. Destaca-se que, dentro desse fluxo, há usuários portadores de HIV/AIDS que se sentem estigmatizados e não conseguem vínculo devido à falta de sigilo das informações compartilhadas. Portanto, opto por dividir a seção para diferenciar conceitos que oportunizam entendimento mais amplo das questões.

2.1.1 Programa Saúde da Família

Antigamente, o modelo brasileiro de assistência era organizado no paradigma biomédico, com perfil individualista e curativo nas ações em saúde, privilegiando as tecnologias duras e com o reconhecimento da saúde como ausência de doença. Desta forma, com a tentativa de superar esse paradigma e a insuficiência deste modelo de saúde em suprir as necessidades de saúde da população, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988 (Motta; Siqueira-Batista, 2015).

O Brasil, durante décadas, não se preocupou em fornecer a assistência à Atenção Básica à sociedade. O modelo de política anterior – equivocado – traduz o caos que presenciamos hoje, com gastos de dinheiro em tratamento de doenças que crescem por não haver prevenção efetiva, uma vez que portadores de doenças que poderiam ter sido evitadas enfrentam filas inumanas em hospitais para atendimento (Santana; Carmagnani, 2001).

Nas últimas décadas, a saúde foi norteadada pelos princípios da equidade, de integralidade e de universalidade, princípios estes que foram manifestados na luta pela Reforma Sanitária e que foram adicionados na Constituição Federal de 1988, trazendo profundas mudanças no modelo das ações dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica, pois o direito à assistência era limitado somente aqueles que contribuíam para a previdência social, cobertura essa que não chegava a 50% da população – o restante dela, na exclusão, precisava recorrer aos hospitais filantrópicos em casos extremos. Dessa forma, a

criação do SUS abarcou todas as necessidades de saúde da população, com acesso universal independente de sua condição trabalhista (Pinto; Giovanella, 1913).

A partir desse período, com todo o desenrolar das Leis que vieram como arcabouço jurídico a fim de direcionar o SUS, como a Lei 8.080 de 90, a Lei 8.142 de 90 e as NOBs (Normas Operacionais de Saúde), criou-se uma atmosfera para o nascimento do Programa Saúde da Família (PSF), uma nova conjuntura em saúde com o objetivo de mudar da medicina curativa para a integralidade das ações de saúde (Rosa; Labate, 2005).

O Brasil, vale destacar, possui um sistema federativo formado por três esferas de governo: a União, os Estados e os Municípios, todos com autonomia administrativa sem vínculo de hierarquia. Possuem 5.570 municípios, 26 Estados e o Distrito Federal, reconhecidos pela Constituição Federal de 1988. Na saúde, possuem duas implicações que merecem o realce, pois resultam em arranjos diversos de políticas públicas de saúde, tais como os municípios, que possuem uma grande responsabilidade de execução de políticas públicas para seus munícipes, e a enorme diferença encontrada entre eles, como as vias de acesso, a quantidade populacional, a densidade demográfica, o desenvolvimento social, político e econômico e a capacidade de recolhimento tributário. A outra é que, ao longo da história, o Brasil passou por vários períodos de autoritarismo e de redemocratização, trazendo novas formas de atribuições constitucionais, colocando, assim, o federalismo no país ainda em processo de construção (Pinto; Giovanella, 1913).

Entre as linhas do SUS que poderiam ser construídas, há, por exemplo, a vertente importante em sua construção que é a construída pelas políticas de combate às enormes epidemias no final do século XIX. Por meio de Oswaldo Cruz e sua forma como conduziu campanha contra a febre amarela, por meio da vacinação e da educação sanitária, o alargamento das medidas de saneamento, a utilização da epidemiologia, com parcamente assistência médica se tornou a genealogia das políticas de saúde no Brasil (Reis; Araújo; Cecilio, 2009).

No entanto, é possível também construir uma linha do tempo na assistência médica, tendo sido vista como menos importante, e outra linha do tempo contraditória à história das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas e suas colaborações para o que hoje é vigilância em saúde. Assim, o SUS se torna um desaguadouro dessas vertentes que, infelizmente, ainda estão como uma mistura heterogênea, água e óleo, isto é, não conseguindo misturar-se para fornecer o cuidado integralizado. A Estratégia da Saúde da Família é uma construção na perspectiva de que essa mistura se torne homogênea nas ações do cuidado à saúde (Brasil, 2002; Reis; Araújo; Cecilio, 2009).

Entre as décadas de 1980 a 1990, houve mais estratégias para a reformulação dos modelos da Atenção Básica. Houve aumento de oferta de serviços de saúde e expansão da cobertura para lugares que eram descobertos. Tais processos foram iniciados pelas Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais ações tinham um território adstrito no qual eram trabalhadas as necessidades da população além da assistência médica. Mais tarde, foram substituídas, em 1987, pelo Sistema Unificado de Saúde (SUDS), que foi estabelecido pelo Decreto nº 94.567, em 20 de junho, subordinando ao Ministério da Saúde (MS) até a implantação do SUS (Albuquerque, 2015).

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988, foram acordadas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, integralidade, universalização, participação da comunidade, descentralização e a hierarquização. Por meio dessas diretrizes, o SUS procura diminuir a dicotomia existente entre a capacidade de oferta aos serviços de saúde dos direitos sociais que são garantidos pela lei. Embora não tenhamos alcançado a perfeição desses princípios, é notório que os avanços obtidos no processo de estabelecimento do SUS, na última década, são inegáveis, entre eles a municipalização e a descentralização (Brasil, 2000).

Em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado pelo MS, baseando-se em experiências realizadas em caráter nacional e internacional. Foi publicado pela Fundação Nacional de Saúde a publicação de o Manual do Agente Comunitário da Saúde (ACS). Um ano após sua criação, passou a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Neste contexto, houve ampliação da Atenção Básica de Saúde no qual o foco voltou-se para família e não mais para o indivíduo, onde as famílias passaram a ser indicadoras de cobertura (Rosa; Labate, 2005; Albuquerque, 2015).

Nesse processo de ampliação e de interiorização do SUS, criaram-se metas por meio da portaria nº 692/94 para o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Os PISUS estavam voltados para os municípios dos Estados do Amazonas, enquanto o PSF seria para o país de forma geral, com foco na proteção e na promoção da saúde. Sua equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um profissional de nível médio em Enfermagem (técnico ou auxiliar) e agentes comunitários de saúde. Os primeiros Estados a implantarem os PSFs foram: Paraná, Alagoas, Pernambuco, São Paulo, Santa Catarina, Sergipe, Goiás, Ceará, Pará, Minas Gerais, Paraíba e Rio de Janeiro. Importante pontuar, nesse contexto, que foi o PSF que instituiu o processo de territorialização juntamente com adstrição de população com território delimitado para atuação de equipes (Pinto; Giovanella, 2013; Albuquerque, 2015).

Em 1991, foi instituído o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

(PNACS) através do Ministério da Saúde, conforme as experiências internacionais e nacionais ocorridas, e o Manual do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi realizado pela Fundação Nacional de Saúde. Em 1922, o PNACS passou a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com ênfase na família e não mais no indivíduo, ampliando as ações na Atenção Básica e marcando um novo cenário no contexto da saúde no país (Albuquerque, 2015).

A finalidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) era de apoiar a diminuição das mortalidades materno/infantil por meio da ampliação de cobertura das ações de saúde para áreas mais necessitadas como as regiões Norte e Nordeste do país. O Ministério da Saúde, percebendo a relevância do PACS e das experiências que ocorreram no Ceará, mudou as ações que, antes, eram no indivíduo e focalizou as famílias, tendo-as como unidade (Rosa; Labate, 2005).

O PSF nasceu no dia 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília/DF, onde foi convocada uma reunião sobre o tema Saúde da Família pelo Ministro da Saúde Henrique Santilo, tendo a UNICEF como apoio. Essa reunião trouxe uma nova forma de se fazer saúde, pois, devido aos bons resultados pelo PACS, pretendeu-se adicionar outros profissionais para que os agentes não trabalhassem sozinhos. No Ceará, a colocação do Enfermeiro como supervisor da função do Agente Comunitário foi um passo importante para os acréscimos de outros profissionais (Rosa; Labate, 2005).

Depois da Constituição Federal de 1988 e com a Lei 8.080/90, aconteceram mudanças importantes no modelo das ações de saúde no país, iniciando-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, mais tarde, pelo Programa de Saúde da Família (PSF) que passou a ser identificada como Estratégia da Saúde da Família (ESF), uma vez que foram construídas em todo o país unidades de equipes com um Médico Generalista, um Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (Pinto; Giovanella, 1913).

O Programa de Saúde da Família foi instituído em 1994 e, em 2009, passou a ser intitulado Estratégia da Saúde da Família (ESF), no domínio do SUS, para estruturar a Atenção Básica conforme as diretrizes do SUS pela integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo das RAS é aumentar a acessibilidade aos serviços de saúde, salvaguardar a universalidade, a equidade e ofertar ações de cuidado integral de saúde articulado com os profissionais (Condeles *et al.*, 2019; Gomes, 2020).

O PSF foi instituído em 1994, pelo Ministério da Saúde, como uma forma de reorganização da prática das ações, substituindo a forma habitual dos serviços de assistência

para um novo olhar no processo de trabalho, tendo o centro a vigilância em saúde. A atenção está voltada para a família e para o ambiente social, cultural ou físico em que está inserida, trabalhando no processo de saúde e de doença por meio de intervenções além das ações curativas (Brasil, 2002; Samanta; Carmagnani, 2001).

Em 1994, por meio da portaria nº 692 de 1994 e da necessidade de interiorização do SUS, lançaram-se metas do Ministério da Saúde: o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). O primeiro foi estabelecido, principalmente, nos Estados da Amazônia; e o segundo foi um modelo que seria implantado em todo o país, com ações de proteção e de promoção à saúde e com predileção à assistência médica individual. A equipe de trabalho era composta por um Médico, um Enfermeiro, um profissional de nível médio ou técnico ou auxiliar e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), não tendo sido ainda estabelecida a quantidade por equipe (Pinto; Giovanella, 2013; Albuquerque, 2015).

Em 2000, foram incluídas às equipes de PSF uma Atendente de Consultório Dentário ou um Técnico de Higiene Bucal e um Odontólogo que acompanhavam as famílias em seu território adstrito no PSF (Silva; Trad, 2005).

Portanto, o surgimento do PSF ocorreu devido ao sucesso dos PACS. Assim, no ano de 1993, nos dias 27 e 28 de dezembro, na cidade de Brasília/DF, ocorreu uma reunião que marcou o nascimento do PSF, reunião esta convocada pelo gabinete do então Ministro da Saúde, o Sr. Henrique Santillo, apoiado pela UNICEF com o tema “Saúde da Família com a proposta de um novo modelo de ações devido ao sucesso dos PACS e a introdução de profissionais de saúde para que as ações dos agentes não fossem de forma isolada” (Rosa; Labate, 2005, p. 4).

Ações do PSF configuram uma nova formulação no trabalho, busca humanização dos serviços e o comprazimento do usuário através do relacionamento de vínculo do usuário aos profissionais de saúde, diferente do modelo anterior biomédico tradicional (Brasil, 2000). Na Atenção Primária à Saúde (APS), o desenho da assistência do SUS foi partilhado no território que abarca não somente o indivíduo como sua família e a comunidade. É a porta de entrada do usuário no serviço de saúde no qual o elo é a equipe multidisciplinar constituída por médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e onde são resolvidos 85% dos problemas relacionados à saúde (Brasil, 2006; Caetano *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2021).

O PSF é uma estratégia que reestrutura a Atenção Básica, com novas práticas e com foco na saúde e não mais centralizada na doença como anteriormente. Promove, desse modo,

intervenção nos fatores de riscos e promove qualidade de vida por meio da realização de ações intersectoriais que estão em harmonia com os princípios da equidade, da integridade e da universalização das ações nos serviços de saúde, fortalecendo a inseparabilidade nas promoções de saúde nos serviços clínicos prestados (Brasil, 2000). A ESF foi uma reorganização da Rede de Atenção Básica à Saúde para possibilitar o cuidado ao indivíduo em seu território de moradia (Corrêa, 2018).

No Brasil, o modelo assistencial anterior era hospitalocêntrico/tecnicista, seu olhar era voltado para a cura da doença. Com as mudanças ocorridas no mundo atual, foi alterado para uma nova reorganização do modelo de assistência da Atenção Básica. Neste contexto, o programa da Saúde da Família (PSF), no Brasil, nasceu como uma reorganização do modelo da assistência da Atenção Básica, com um novo olhar para trabalho na saúde, isto é, passando de um modelo de visão antiga de ação curativa para uma assistência de ações integralizadas de saúde, onde o indivíduo, a família e a comunidade são consideradas em todas as dimensões, garantindo integralidade e resolutividade (Rosa; Labate, 2005).

O modelo de assistência que predominava no país era o hospitalocêntrico, com características pelo uso irracional dos recursos de tecnologia, pelo individualismo, com pouca resolubilidade e com alta intensidade de descontentamento dos serviços por parte dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde (Brasil, 2000). Esse modelo tecnicista/hospitalocêntrico não absorveu as necessidades emergenciais do mundo moderno, tendo a necessidade de introduzir outro modelo de atenção que conseguisse um novo olhar para a saúde com foco na família como centro das ações e não mais como indivíduo adoecido (Rosa; Labate, 2005).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a saúde da família foi priorizada, transcendendo aos serviços especializados na oferta dos cuidados de integralidade, fazendo o acompanhamento e mantendo articulação com o serviço especializado (Menezes; Pompilio; Andrade, 2019; Zambenedetti; Silva, 2015), nesse contexto, destacam que Atenção Básica possui uma ferramenta importante, isto é, o PSF, que funciona como articulação entre as unidades de rede de atenção. Nas últimas décadas, houve uma grande expansão, trabalhando com territorialização, cadastro dos indivíduos e famílias, facilitando, assim, o acesso da comunidade aos serviços.

Por focar na Atenção Básica no PSF, não quer dizer que se optou pelo que foi mais barato, ou mais simples na técnica, não é uma peça separada do sistema de saúde, é um integrante estruturado em todos os níveis. Assim, pode-se racionalizar a tecnologia dos

recursos terapêuticos mais dispendiosos, isto é, democratizar a acessibilidade aos serviços de saúde (Brasil, 2000).

Na década de 90, o PSF surgiu com o intuito de expandir a Atenção Primária. É a porta de entrada no sistema de saúde. Possui um serviço de baixo custo, com foco na família através de práticas preventivas, curativas e educativas com formas mais aproximadas do cotidiano da população através de políticas que possibilitam a movimentação de analisar e de mudar (Rosa; Labate, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 no Brasil, é conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família, a partir da iniciativa do governo em implementar a Atenção Primária por meio de programas, em 1994. Na estratégia da família, a família e seu ambiente passam a ser o centro dos cuidados. Em suas ações, estão incluídas: recuperação, prevenção e reabilitação dos agravos e das doenças, além da análise e do debate sobre as mudanças dos modelos de Atenção à Saúde (Brasil, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF), que foi implantado em 1994, foi um mecanismo usado para ampliação da Atenção Primária de Saúde (APS), que corrobora como facilitador na utilização dos serviços de saúde (Gomes *et al.*, 2020). O PSF, desde 1994, ano de sua criação, tornou-se gradativamente o principal sistema para acesso universal na assistência à saúde. Dez anos depois, foi modificado para Estratégia da Saúde da Família em 2006 (Pinto; Giovanella, 1913).

Na década de 90, com o apoio do Ministério da Saúde, o PSF, em sua agenda de políticas/sociais, visa à valorização da família, procurando ter um atendimento integralizado nas ações do cuidado de saúde, pautados na inserção de ações educativas, preventivas e curativas voltadas para o cotidiano das vidas da população com prioridade nos grupos mais vulneráveis da população. Embora pareça simples com uma assistência de baixo custo e com alguns equipamentos, possui particularidades de complexidade (Rosa; Labate, 2005).

Desde 1994, o PSF organiza-se como Atenção Básica com olhar no indivíduo, na comunidade e na família. Caracteriza-se como porta de entrada no Sistema Único, que é um importante elemento na articulação, pois perpassa o controle social e a intersetorialidade no território (Dourados *et al.*, 2020).

Cabe também ressaltar que esse modelo de assistência, com olhar na família oferecido pelo PFS, foi desenvolvido antes em outros países como Suécia, Cuba, Inglaterra e Canadá, os quais foram parâmetros para a elaboração do programa no Brasil. Intitulados como PSF, possibilitam que problemas possam ser identificados, pois o território é delimitado para a integração das ações de saúde (Rosa; Labate, 2005).

O PSF foi uma reviravolta ética na organização da ABS, marcado com um novo modelo de trabalho pautado nas práticas éticas e na cidadania, o que pressupõe que todos os profissionais a ele vinculados – principalmente, os ACS, que possuem proximidade com o usuário e possuem a função de orientar a população adscrita para a prevenção e a criação de vínculos – devam refletir os princípios morais e éticos conforme a base do programa e despertar a cidadania (Seoane; Fortes, 2009).

Infelizmente, em alguns municípios, não houve conversa mais aprofundada sobre a relação entre profissionais e população territorial. Assim, a implantação do PSF sinalizou ser somente uma alteração institucional com preocupação quanto ao aumento da remuneração da equipe, divisão de trabalho e atenção do deslocamento para local de atendimento do que a maior aproximação do cotidiano das famílias atendidas (Rosa; Labate, 2005).

Hoje, o PSF é conhecido como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é uma estratégia essencial para a consolidação da Atenção Básica, estabelecendo território, vínculos com os indivíduos e com as famílias para propiciar ações resolutivas em saúde (Pinto *et al.*, 2019).

O Programa Saúde da Família poderá crescer a partir do momento em que é entendida como uma ferramenta que possui interesse em elaborar políticas para promover mobilidade na disposição de sofrer mudanças e de se rever equipamentos (Rosa; Labate, 2005).

A ESF trabalha com um padrão de assistência através de uma equipe multiprofissional e um território desenhado de forma a conhecer esta população em suas reais necessidades para o desenvolvimento de ações em saúde (Mendes; Rossoni, 2019). Esse programa geralmente é implantado em territórios de exclusão social com priorização dos indivíduos vulneráveis em termos sociais, culturais e econômicos (Seoane; Fortes, 2009).

Conforme o crescimento do PSF e a consolidação da Estratégia da Saúde da Família, foi decretada a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que proporciona acesso de forma universal e serviços de ações de saúde com qualidade, garantindo universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação da comunidade aos pertencentes aos territórios por meio do vínculo de cadastramento dos usuários (Brasil, 2011).

O objetivo do PSF é o de remodelar o que, antes, estava na prática assistencial centralizada no nível hospitalar para atenção voltada no nível primário de atenção, envolvendo a família e o meio em que está inserida. Sua organização espelha o direito de cidadão exposto em lei, com ações integrais e humanizadas de saúde. O objetivo geral do PSF é auxiliar nesse novo modelo de assistência através dos princípios dos SUS e da responsabilidade nas ações entre os serviços de saúde. São capazes, por exemplo, de evitar internações desnecessárias, de

prevenir doenças e de melhorar a qualidade de vida da população, resolvendo cerca de 85% dos problemas de saúde na comunidade (Rosa; Labate, 2005; Gomes *et al.*, 2024).

O estabelecimento do PSF teve como objetivo substituir o modelo tradicional aprimorando o estado de saúde da sociedade através da reformulação de um modelo que trabalhe prevenção, promoção, tratamento e diagnóstico precoce e recuperação da saúde (Santana; Carmagnani, 2001).

O PSF, na Atenção Básica, possui a finalidade de ajudar na reorientação do modelo de assistência com uma nova ideia de estruturação nas unidades de acordo com os princípios do SUS, resolvendo cerca de 85% dos problemas de saúde no território, ou seja, diminuindo os níveis de internações desnecessárias (Rosa; Labate, 2005).

Essa nova estratégia de saúde, simbolizada pelo Programa de Saúde da Família, é a modificação do plano anterior acrescida com os princípios do SUS que são equidade, universalidade e integralidade das ações de saúde. Tudo isso com foco na defesa do indivíduo. Sua estrutura encontra-se na Atenção Básica e na indissociabilidade das ações de saúde e na urgente relação entre os profissionais e a comunidade por meio de ações humanizadas em seu território (Brasil, 2000).

A Atenção Primária de Saúde (APS) é a porta de entrada no sistema de saúde, é o local no qual se exigem uma síntese elaborada dos saberes e uma integralidade complexa de ações coletivas e individuais. Resolvem vários problemas de necessidades e extrapolam o nível de intervenção individual curativa, problemas esses que são chamados de necessidades básicas de saúde, nas quais estão inclusas demandas sanitárias que repercutem na saúde pública, tais como: desenvolvimento nutricional, vacinação, saneamento. Além disso, há ações de cunho clínico, como profilaxia, prevenção e tratamento de doenças epidêmicas e demandas de técnicas clínicas para diagnóstico através do menor uso de equipamentos (Rosa; Labate, 2005). A Unidade Básica de Saúde (USB) é um ponto tático com a ESF como a primeira comunicação com os indivíduos e as famílias, consolidando-se como porta de entrada dos serviços no acesso à saúde (Brasil, 2008). O impacto do PSF mostrou resultados importantes como diminuição na mortalidade e na morbidade no país (Macinko; Mendonça, 2018).

A Atenção Primária de Saúde (APS), no Brasil, está organizada por equipes da saúde da família, que possui a responsabilidade de território de cerca de 3.000 pessoas, possuindo Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros profissionais, como Nutricionista, Psicólogos e Terapeutas como apoio (Melo; Maksud; Agostini, 2018; Brasil, 2000). Pode também ser acrescentado o profissional da saúde bucal, e o

trabalho da equipe deve ter o objetivo de atenção integral ao indivíduo e à sua família por meio das integrações técnicas dos diferentes profissionais (Condeles *et al.*, 2019).

A Atenção Primária (APS) possui quatro eixos principais: (1) acessibilidade aos serviços conforme sua necessidade e problema de saúde; (2) integralidade, voltada a todos os possíveis cuidados, (3) promoção, reabilitação ou prevenção; (4) coordenação dos cuidados com continuidade da assistência (Pinto; Giovanella, 1918).

De acordo com o número de famílias em seu território, a USF pode trabalhar com uma ou mais equipes. O recomendado é que o número de equipes não ultrapasse o de três, pois trabalham com uma população adscrita em um território com um número fixo de famílias. É recomendado que cada PSF assista – cerca – de 600 a 1.000 famílias em seu território, com um limite de 4.500, no máximo. Cada ACS tem a responsabilidade de 20 a 250 famílias em cada área, tendo em conta a facilidade do acesso e a densidade da população (Brasil, 2000). No início, o território para cada ESF era de 4.500 pessoas, mais tarde, passou de 4.000 a 3.000 (Brasil, 1997; Pinto; Giovanella, 2018).

O PSF é um programa inovador, que possui um novo olhar para trabalho na saúde, tendo a família como centro das atenções com seus princípios pautados no SUS. O modelo de atenção significa uma conversa entre o saber técnico e a política sanitária e as suas diretrizes, moldadas nos princípios éticos, clínicos, socioculturais, organizacionais e jurídicos, com o propósito desenhado para um viver saudável (Rosa; Labate, 2005).

O médico no PSF tem a função de atender as primeiras ações de cuidado de urgências, executar pequenas cirurgias ambulatoriais e realizar partos, caso o local permita (Brasil, 2000). As funções dos Enfermeiros perpassam a realização de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e assistência básica de saúde ao adulto, à criança, às grávidas, aos adolescentes, aos portadores de deficiência mental ou física, aos idosos e aos trabalhadores, além de supervisionarem e capacitarem os auxiliares em enfermagem e os ACS para atuação de suas atribuições (Brasil, 1997, 2000).

Com o tempo, as equipes do PSF tiveram modificações. No início, eram um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários. Em 2000, foi acrescentado um odontólogo e um atendente de consultório ou um técnico de higiene bucal (Silva; Trad, 2005).

As atribuições do Auxiliar em Enfermagem são: desempenhar, quando solicitados, procedimentos em domicílio; acompanhar as consultas de enfermagem a pacientes em risco; identificar famílias de risco. O ASB é um elo entre a equipe e a comunidade, pois possui um vínculo que facilita o trabalho de promoção e de vigilância em saúde e fortifica o trabalho

educativo. Desenvolve seu trabalho nos domicílios em uma área de abrangência por meio do cadastramento de famílias, detecta pessoas e famílias em situação de risco, orienta o uso dos serviços às famílias, agenda consultas e encaminhamentos, faz as visitas domiciliares mensais a famílias que estão sob sua responsabilidade, entre outras (Brasil, 1997, 2000).

A equipe do PSF é composta por Médico Generalista ou da Família, Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliar de Enfermagem, no entanto podem ser acrescentados outros profissionais conforme as necessidades do serviço (Brasil, 1997).

Entre as atribuições do ACS, estão: fazer o mapeamento de sua área; realizar – e atualizar constantemente – o cadastramento das famílias; identificar pessoas em situação de risco; realizar orientação às famílias sobre o uso dos serviços na unidade; fazer agendamentos de consultas, exames e visitas domiciliares mensais; comunicar ao posto as situações de risco de saúde; desenvolver ações em saúde focando na promoção e na prevenção de saúde (Brasil, 1997, 2000).

O ACS é um colaborador que reside no território do posto e é uma ponte entre os indivíduos que assiste e a equipe de saúde. É um agente que atua na educação em saúde. Suas informações são repassadas ao Enfermeiro para que sejam avaliadas e realizadas as intervenções que serão anotadas por esse profissional no prontuário. O ACS, por não ter que fazer anotações em prontuários, também não necessita consultá-los, pois não possui competência legal de tomada de decisões, sendo suas ações delegadas. No entanto, independente do acesso ou não ao prontuário do paciente, o ACS não deve divulgar informações sem a autorização do mesmo, o que caracteriza quebra de sigilo (Fortes; Spinetti, 2004).

As equipes de saúde fazem o cadastramento para que as famílias sejam identificadas para as ações de saúde através de visitas domiciliares no território estabelecido. Nessa visita, são observados: morbidades, condições de moradia, componentes familiares, condições ambientais, onde estão morando, saneamento (Brasil, 1997). Com um bom funcionamento das equipes do PSF, as equipes são capazes de evitar internações desnecessárias, prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida da população, resolvendo cerca de 85% dos problemas de saúde na comunidade (Rosa; Labate, 2005). A postura do profissional é essencial, pois possui o compromisso de conhecer de forma mais familiar, particular e social as vidas das pessoas e, por meio desse fortalecimento de vínculo, promover as ações de saúde que levem à identificação de doenças (Brasil, 2000).

No trabalho da ESF, como prática de assistência, tem-se necessidade de novas tecnologias em saúde e, dentro delas, temos o Prontuário de Saúde da Família. Sua

organização é centralizada no atendimento individual, no entanto, existe um envelope para as várias fichas das individuais de cada ente familiar. Esse prontuário é disposto à equipe com o foco no indivíduo, na família e nos residentes que fazem parte do território do qual o PSF é responsável (Brasil, 2008). A capacitação dos profissionais das equipes, nesse sentido, é importante para ajudar na formação e no aprimoramento para melhorar a resolutividade das equipes (Brasil, 1997).

No treinamento, são trabalhadas, de forma geral, as atividades que são realizadas pela equipe, pela área gerencial, assistencial e administrativa. Tais capacitações devem ser adaptadas aos serviços e aos locais de acordo com suas características (Brasil, 1997).

2.1.2 HIV/AIDS e o Programa Saúde da Família

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), causada pelo Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV), há três décadas, representa um grande problema de saúde pública mundial de importante pertinência. Hoje, com o TARV, a doença apresenta um novo quadro epidemiológico e clínico a uma condição crônica (Garollo Piran *et al.*, 2022). A infecção causada pelo HIV causa a AIDS em sua manifestação clínica. Os danos causados pela doença têm proporções enormes no mundo inteiro, levando ao portador e à sua família uma grande carga física subjetiva e física (Alves; Lago; Engstrom, 2022).

A infecção do vírus HIV é uma epidemia mundial acompanhada por inúmeros fatores de risco relacionados, como etnia, renda, gênero, idade, orientação sexual. No entanto, reconhece-se que existe uma parcela de pessoas infectadas que, infelizmente, ainda não foram identificadas e apresentadas aos órgãos de regulação (Souza *et al.*, 2019). Conforme relatório da UNAIDS, em 2022, existem cerca de 39 milhões de pessoas vivendo com AIDS, com 1,3 milhão são recém-nascidos. 630 mil morreram pela doença e 29,8 milhões de usuários receberam a terapia antirretroviral. Desde o início da pandemia, 85,6 milhões foram infectadas pelo vírus e 40,4 milhões de pessoas tiveram óbito desde a epidemia (Unaid, 2022; Greco, 2008).

Historicamente, no Brasil, a atuação das APS, especificamente em se tratando dos portadores sorológicos positivos para HIV, foi modesta, voltada somente à prevenção, pois sua consolidação foi nos serviços especializados (Melo *et al.*, 2021). Nos anos de 1980, no início da epidemia do HIV, devido à dificuldade de controle da doença, sua enorme letalidade e a atenção primária sendo ainda incipiente no país, houve necessidade de centralizar os serviços especializados voltados para as PVHIV, pois o SUS ainda não existia e a ESF foi

criada somente em 1994 (Pinto; Capeletti, 2019).

Logo no início da epidemia, em 1980, até o início do ano de 2000, os serviços e as ações de saúde relacionados aos cuidados de PVHIV eram de forma prioritária nas esferas secundárias ou terciárias do Sistema Único de Saúde e conduzidos pelos especialistas infectologistas. A atenção primária de saúde possuía pouquíssimas atribuições, que se tratava de distribuir insumos de barreira e realizar ações de educação em saúde (Alves; Lago; Engstrom, 2022). Devido ao grande impacto da doença e sua cronicidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) reorganizou os cuidados ofertados às PVHIV que, antes, eram realizados somente pelo Serviço de Assistência Especializado (SAE). Houve a necessidade de articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Atenção Básica (AB) devido a falhas, focando no cuidado (Pimentel *et al.*, 2020).

Nos anos 2000, foram introduzidos modelos descentralizados no manejo da doença de forma que os pacientes sorologicamente positivos ao HIV fossem atendidos na APS devido ao seu fácil acesso e à sua capilaridade no território (Melo *et al.*, 2021). A descentralização dos cuidados das PVHIV é uma política nova que ainda requer ser organizada na APS com moldes inovadores. Tais exigências, para muitos municípios brasileiros, é complexa (Alves; Lago; Engstrom, 2023).

Conforme a evolução da epidemia, exigiu-se uma ponderação própria, pois o contexto da evolução possui contradições sociais que, muitas vezes, apresentam uma capacidade limitada de resposta às demandas que surgiram do poder público. No entanto, o maior conhecimento sobre o processo da doença HIV/AIDS e as novas maneiras de tratamento tem favorecido para a captação em estágio mais prévio da doença (Rodriguesa, 2003).

No início do século XXI, ocorreu a mudança no cenário epidemiológico pela transmissão da doença a vários grupos da população e pela introdução de recursos terapêuticos e de novas tecnologias. Tal cenário trouxe uma diminuição da morbimortalidade pela doença como um aumento de sobrevida, aumentando, assim, o número de indivíduos assintomáticos portadores do vírus. Essas mudanças profundas levaram a uma reorganização dos moldes de atenção dos serviços prestados, agora, pela Atenção Básica aos diferentes ciclos de vida (Alves; Lago; Engstrom, 2023).

A Atenção Básica possui serviços amplos e urgentes, uma vez que sua estrutura fornece às equipes ferramentas técnicas para realização de um acolhimento mais solidário aos indivíduos sorologicamente positivos de HIV/AIDS, ajudando em seu diagnóstico em tempo hábil e os encaminhando às referências de serviços (Brasil, 2006).

A transição demográfica epidemiológica, no Brasil, com o envelhecimento

populacional e com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, acarretou uma mudança no papel da APS dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de forma a promover integralidade e vínculo à rede. Em 2002, com a autonomia dos municípios para administrar e para executar as ações de serviços de saúde, foi determinado pelo ente federal a descentralização dos serviços que eram oferecidos às PVHIV do serviço especializado para a Atenção Primária de Saúde (APS). Isso trouxe fortalecimento neste serviço por meio das normativas implantadas de diagnóstico e de tratamento. Ocorrem, entretanto, problemas de gestão da Rede/SUS, persistindo desafios para implementação nas ações do cuidado (Alves; Lago; Engstrom, 2023).

O cuidado às PVHIV é essencial para melhorar a qualidade de vida e para prolongar a sobrevivência. Deve, por essas razões, ter início de forma imediata após a confirmação do diagnóstico e deve incluir o monitoramento médico de forma sistemática e contínua com intervenções no curso da doença. Essas ações, juntamente com o uso de antirretrovirais, favorecem a prevenção de infecções oportunistas, a diminuição das hospitalizações e a morbimortalidade (Rodrigues, 2003).

A Estratégia da Saúde da Família possui ferramentas que podem melhorar as ações de promoção e de prevenção à saúde dos pacientes HIV/AIDS e que podem realizar estratégias para discussão e ações para a população na comunidade inserida de forma a melhorar e a quebrar o tabu referente aos pacientes acometidos pela doença (Abdalla; Nichiata, 2008). Durante o acolhimento do usuário, é realizada a criação de vínculos com profissionais de saúde que são responsáveis por suas informações, por seu compartilhamento dentro da equipe e de seu sigilo (Junges *et al.*, 2015). Há, assim, papel de promoção e de prevenção de doenças, além de acompanhar, resolver e encaminhar para outras unidades de referência quando isso for necessário (Brasil, 2006).

Conforme Abdalla e Nichiata (2008), a Atenção Básica de Saúde, além de oferecer ações de prevenção a HIV/AIDS, trabalha com o estreitamento dos vínculos entre indivíduo e família, favorecendo a adesão e proporcionando melhoria de vida com qualidade e meios de intervir através de projetos a partir da construção de ações para desmistificação da doença, da discriminação, dos estigmas e de seus preconceitos. Porém, os profissionais da saúde das mais diversas áreas da ESF enfrentam dificuldades bioéticas na construção de vínculos com os indivíduos e com a comunidade, dificuldades essas que, muitas vezes, passam despercebidas, não sendo, enfim, identificadas e discutidas (Siqueira-Batista *et al.*, 2015).

Embora a relação interpessoal seja importante para o vínculo entre os pacientes portadores de HIV/AIDS e os profissionais de saúde, infelizmente, esses pacientes ainda

sentem dificuldades em confiar nos profissionais de saúde pelo medo da quebra do sigilo das informações compartilhadas, temendo a discriminação, o preconceito e o estigma social que impactam na adesão aos serviços e no tratamento da doença (Lins *et al.*, 2022).

Pela percepção da unidade de saúde, é esperado que se possa construir relações de confiança com os usuários em seu território adscrito pelo resguardo do segredo. Em contrapartida, para o usuário, se torna um enorme desafio a aceitação, o sigilo do segredo, o estigma e a discriminação (Siarotta *et al.*, 2021).

Embora ocorra todo o aporte científico ao paciente portador da doença e avanço das drogas que inibem de forma drástica a carga viral a níveis não detectáveis, enfrentamos, no entanto, algo desafiador que causa um desassossego aos gestores e aos profissionais de saúde, que é a não adesão. Consequentemente, essa realidade pode acarretar graves problemas de saúde, principalmente, como a piora do quadro clínico que é, muitas vezes, irreversível com a possibilidade de cepas resistentes (Rodriguesa, 2003).

Essa temática é, então, de suma importância na terapêutica contra o HIV, visto que ocorre uma interação entre o médico e o paciente que deve entender de forma clara e seguir todo o processo de prescrição, a quantidade de medicamentos, a posologia, o horário, o tempo de tratamento e as recomendações, além de participar nas decisões sobre sua saúde.

A adesão de um paciente ao tratamento, nesse sentido, está associada à sua aceitação e à sua inclusão na participação das decisões sobre sua terapia. E, além desta problemática, acredita-se que uma parte importante da população seja portadora do vírus, entretanto, não identifica nem reportada aos órgãos públicos (Souza *et al.*, 2019).

2.2 BIOÉTICA

2.2.1 A Bioética na Estratégia da Saúde da Família

Esta seção será dedicada à explanação acerca do conceito da Bioética e da importância de sua reflexão dentro da Saúde Pública, além da sua relevância na Estratégia da Saúde da Família, que é um programa que cria vínculos com os indivíduos em um determinado território para melhorar o acesso e a adesão aos tratamentos, nesse caso, voltados aos pacientes de HIV/AIDS. Compreende também os problemas bioéticos encontrados que distanciam os usuários das unidades, deixando-os perdidos na rede. Opto, nesse sentido, por dividir e por diferenciar esses conceitos para entendimento mais amplo sobre ambas as questões.

A ética é um modelo de como o profissional deve se comportar nas mais diversas profissões (Discacciati; Vilaça, 2001). A palavra “ética” é de origem grega e significa “moradia” ou “hábito”. Surgiu na Grécia devido a inquietações sobre a dignidade da vida e possui várias conotações conforme as populações, necessitando de um maior entendimento quando é empregada (Pinheiro *et al.*, 2005; Ismael *et al.*, 2019).

Os mais diversos profissionais que atuam na área de saúde possuem obrigações de origem éticas. Ética é uma disciplina da filosofia que analisa os sistemas morais procurando compreender o porquê das regras assim como suas proibições. Na técnica da terminologia profissional, ela aponta uma diretriz de conduta profissional no trato com os indivíduos (Przemyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

A Bioética surge em uma conjuntura de muitas inovações tecno-científicas e vários pontos de vista distintos sobre a vida e distintos valores éticos. Bioética é a análise dos valores morais no estudo da conduta do ser humano nos cuidados da área da saúde. Tem sido um recente paradigma ético na saúde e nas ciências biológicas, trazendo reflexões éticas sobre a conduta dos profissionais a um determinado problema (Boemer; Mauren, 1997).

Os princípios bioéticos, dessa forma, são uma bússola que direciona decisões mais acertadas e que resguarda, sobretudo, os mais vulneráveis diante da dignidade e dos direitos (Giustina; Nunes, 2020). Para Boemer e Mauren (1997), a Bioética trouxe melhoria na qualidade do serviço prestado, humanizando os processos. As normas são tão relevantes quanto os valores implícitos em cada ser humano, revelando, assim, a essência do cuidado.

A discriminação e o estigma associados ao vírus do HIV/AIDS podem diminuir a procura de serviços de saúde devido a soropositividade revelada (Garcia; Koyana, 2008). Antigamente, o sigilo era dever dos médicos devido ao modelo assistencial de saúde da época. Atualmente, com a atuação da equipe multidisciplinar na ESF, é importante que reconsideremos a reflexão ética da partilha das informações, que são privadas, com responsabilização do cuidado ofertado ao usuário (Junges *et al.*, 2015).

Algumas informações obtidas acerca dos usuários pelos profissionais de saúde, durante os procedimentos e a consulta, não devem ser usadas de forma irresponsável, pois tal proximidade só acontece devido à necessidade do ato profissional (Silva *et al.*, 2017).

Embora os pacientes permitam que seus corpos sejam examinados e tratados, eles almejam que não sejam expostos e que suas informações sejam administradas com responsabilidade e com sigilo pelos profissionais para os quais confiaram informações (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

Portanto, é importante apontar que algumas informações que, *a priori*, pareçam triviais a algumas pessoas, para outras, podem ser consideradas confidenciais e íntimas devido à escala de princípios morais de cada um possui. Assim, deve-se manter sigilo de todas as informações do paciente, restando menções e conversas desnecessárias (Silva *et al.*, 2017).

Aplicando à arte de cuidar os princípios éticos do PVHIV, teremos um comportamento de cuidado ético ao lidar com as pessoas, estando alerta a suas estigmatizações e a suas particularidades (Pinheiro *et al.*, 2005). O acolhimento do usuário, desse modo, é uma oportunidade única para a criação de vínculos com profissionais de saúde que são responsáveis por suas informações, por seu compartilhamento dentro da equipe (Junges *et al.*, 2015).

Pela percepção da unidade de saúde, é esperado que possa construir relações de confiança com os usuários em seu território adscrito pelo resguardo do segredo. No entanto, para o usuário, é um enorme desafio devido ao medo da quebra do sigilo do segredo, do estigma e da discriminação (Sciarotta *et al.*, 2021).

A palavra “cuidado”, do latim, significa “cura”. No entanto, possui, atualmente, muitos significados. Independente de qual seja o seu significado, a percepção das necessidades do outro, assim como o cuidado numa ótica mais abrangente, é essencial. O conhecimento dos princípios éticos e morais envolvidos no ato de cuidar são indispensáveis aos trabalhadores da área da saúde (Pinheiro *et al.*, 2005). Os serviços envolvidos, dessa maneira, devem discutir e refletir para a promoção do acolhimento devido à adesão necessária e à articulação desses pacientes, de seus familiares e da população através de atividades educativas (Tunala, 2002).

Nessa seara, os avanços na área da saúde têm exigido profissionais capacitados e aptos para lidarem com a complexidade envolvida das necessidades humanas, sejam elas individuais ou coletivas, com consciência dos seus direitos e dos seus deveres profissionais (Silva-Junior; Araújo; Nascimento, 2017). Sua prática reflexiva, assim, é capaz de reconhecer o indivíduo, a família e o coletivo e transformar a realidade e a consolidar as equipes (Corrêa; Acioli; Tinoco, 2018).

As posturas éticas dos profissionais relacionadas à assistência, dessa forma, vão além das frias leis, das normas e dos códigos deontológicos, aprofundando na essência do ser humano, no social através do respeito, da responsabilidade e do compromisso (Koerich; Machado; Costa, 2005).

Desse modo, entende-se que a Bioética deve estar nas entranhas dos processos do cuidar, pois seus atos podem interferir no bem-estar da população adscrita, na saúde humana e na dignidade do ser (Alonso-Castillo *et al.*, 2019). Portanto, não é o bastante o domínio

técnico, é necessário ir além de sua prática física, palpável, procurando refletir os problemas enfrentados em seu cotidiano de forma crítica (Aguilar, 2013; Ismael *et al.*, 2019).

É preciso repensar as práticas bioéticas relacionadas às informações que demandam sigilo e privacidade dos pacientes na Atenção Básica, do atendimento ao tratamento, de forma que sejam responsáveis com seu cuidado (Jungues *et al.*, 2015). No cuidar, estão implícitos o acolhimento, a cordialidade, a segurança, a compreensão, o respeito e o olhar na visão do outro de forma a perceber suas reais necessidades e supri-las. Essa é a arte ética que vai além dos cuidados prestados e que alcança a alma do ser (Silva *et al.*, 2005).

Devido ao crescimento das unidades de ESF, bem como os multiprofissionais que compõem a equipe, é necessário refletir sobre como lidaremos de forma ética com as informações recebidas dos usuários, as quais são privadas e necessitam de sigilo no compartilhamento na Atenção Básica. É primordial que a equipe assegure e se responsabilize por sua conduta ética com a informação recebida (Junges *et al.*, 2015).

A ESF organiza-se em redes de serviços integrados que possuem o contato com os profissionais das mais diversas áreas da saúde, enfrentando dificuldades, tais como a criação de vínculos com esses profissionais e com a população atendida, entre outras questões de caráter bioético que estão envolvidas no cotidiano, passando despercebidas (Caetano *et al.*, 2016).

Os serviços primários do SUS, embora estejam se estruturando e enfrentando diversos desafios desde sua implantação no Brasil, são a base de sistemas modernos em todo o cenário da Saúde Pública.

Nesses serviços prestados na Atenção Básica, seja nos próprios postos de saúde, ou nas residências nas quais visitam, são encontrados muitos conflitos, sejam eles sociais ou familiares com os quais se deparam (Garcial; Marziale, 2021). Os conflitos éticos e bioéticos na ESF são bem variados, porém, se destacam as relações com a equipe, com a família, com o usuário, além dos problemas com o próprio sistema de saúde (Caetano *et al.*, 2016).

A AIDS deslocou à superfície indagações éticas importantes sobre a essência do cuidado deste público, possibilitando reflexão sobre o cuidado humano. O cuidado possui diversos significados, no latim tem o significado de “cura”, outros entendem como uma preocupação. No entanto, independente de seu significado, tudo que possui vida exige cuidado. E esse cuidado humano nos move a percepções das necessidades individuais do outro, que é a ética mínima e geral, cuidado esse que precisa ser resgatado para uma consciência coletiva que deve ser restaurada, pois é conhecido como ética mínima e global.

Portanto, todo aquele que cuida é essencial conhecer sobre os princípios éticos e morais (Pinheiro *et al.*, 2005).

A palavra “cuidar” imprime uma atitude de zelo e preocupação por aquele que cuida, que algo é importante. A capacidade psicológica que o indivíduo possui de ultrapassar os seus próprios desejos para o bem dos outros, com satisfação pessoal, possui sua base estabelecida na ética (Zoboli, 2004).

O cuidar é um comportamento de reflexão – especialmente ao lidar com pessoas estigmatizadas como, por exemplo, as portadoras de HIV/AIDS, pois, embora conheçamos a forma de contaminação, algumas pessoas, ainda mesmo dotadas de conhecimento, temem seu toque (Pinheiro *et al.*, 2005).

Os dilemas éticos e bioéticos envolvidos na ESF são distinguidos por poucos recursos humanos, sigilo profissional, problemas na estrutura física, rotatividade da equipe, a autonomia do profissional enfermeiro, serviços de saúde relacionados à sua gestão, adesão do usuário, tecnologia e equipe defasada, falta de perfil, despreparo, falta de interesse (Caetano *et al.*, 2016).

Dentre os problemas bioéticos encontrados no PSF, há: informação ao usuário, privacidade, confidencialidade, sigilo, omissão de informações, respeito e autonomia do usuário (Dourados *et al.*, 2020). Valadão, Lins e Carvalho (2017) apontam que os problemas bioéticos são encontrados na privacidade dos usuários que são gerados pela inadequação das estruturas físicas dos PSFs desde a recepção aos consultórios. Outras dificuldades encontradas pelos profissionais do PSF envolvem manter a privacidade em função da estrutura física do local e dos atendimentos em domicílio e a necessidade de sensibilidade e colaboração entre a equipe. A não compreensão desses problemas éticos pode romper o vínculo com os usuários, levando a consequências danosas (Przenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

Souza *et al.* (2019) apontam a importância dos valores, das relações humanas e do melhoramento da abordagem do atendimento ao indivíduo. Portanto, fatores como sigilo da equipe de saúde ressoam como um empecilho à adesão dos pacientes soropositivos aos serviços de saúde tanto para o tratamento como o acompanhamento (Rocha *et al.*, 2020). Portanto, o clima ético prejudicial nas unidades de trabalho entre os profissionais de saúde possui uma influência de repulsa, causando angústia, insatisfação, estresse, ansiedade, queda da qualidade da segurança do paciente (Alonso-Castilho *et al.*, 2019).

Na equipe multiprofissional, os ACSs fazem parte da equipe de trabalho dos postos da Atenção Primária de Saúde e, além de ter acesso, manuseiam as informações dos pacientes, o que torna importante salvaguardar as informações obtidas (Junges *et al.*, 2015). O ACS possui

um papel paradoxal na equipe de trabalho, pois está vinculado ao território adscrito por ter suas ações pautadas na promoção e na prevenção de saúde. Porém, há um desafio: o de manter o sigilo das informações, pois possui uma maior vinculação com o usuário (Rocha *et al.*, 2020).

Abdalla e Nichiata (2008) apontam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é membro da equipe de trabalho de saúde, por morar no território adscrito do usuário, possui implicações éticas sobre o sigilo das informações obtidas. O fato de os ACSs morarem no território dos pacientes portadores do HIV/AIDS acarreta uma preocupação com a privacidade das informações desses pacientes. O vínculo e a proximidade que os ACSs possuem podem implicar dificuldade do monitoramento do sigilo do que foi confidencializado, sendo difícil de decidir quais informações devem ser mantidas em confiabilidade (Junges *et al.*, 2015). Por ser vizinho, o ACS pode, de forma despercebida e fora do contexto laboral, ter uma interferência exagerada na vida dos usuários através de atos que interferem ou controlam a autonomia dos usuários, invadindo sua privacidade e quebrando a postura ética do respeito e do sigilo (Chuengue; Franco, 2018).

Lidar com o segredo das informações é um aspecto importante no ambiente de trabalho, uma vez que ocorre uma dificuldade em resguardar informações dos pacientes e mensurar quais informações são privativas dos usuários e das famílias, além das observações realizadas pelos profissionais tanto no domicílio como na unidade (Siqueira-Batista *et al.*, 2015). A própria rotina do serviço do profissional deixa-o vulnerável devido a vários fatores econômicos, políticos e individuais que interferem nas mais variadas formas e situações para o seu olhar bioético (Sayago; Amorett, 2021).

Portanto, o medo dos pacientes PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS) de serem expostos quanto à sua doença e à sua intimidade faz com que eles prefiram a assistência em outras unidades fora do seu território (Sciarotta *et al.*, 2021). Os indivíduos portadores do HIV/AIDS possuem muitas implicações da doença de fatores biológicos-físicos, como o psicossocial e o econômico, o que mostra a importância da ética nesses atendimentos, assim como a preparação da equipe para um atendimento humanizado de forma que não ocorram perdas e lacunas no cuidado prestado e no acompanhamento (Angelin *et al.*, 2019).

Embora ocorra uma diversidade de problemas éticos vivenciados pelos usuários em diversas esferas de atendimento, as dificuldades encontradas na Atenção Básica merecem ser observadas e resolvidas de forma peculiar e separadas das demais por se tratarem de outro contexto e de sujeitos éticos diferentes (Fortes; Sppinetti, 2004).

Sobre as questões éticas, a AIDS despiu-se de muitos desafios éticos e legais, mesmo antes da epidemia, o que aconteceu tanto em países industrializados como em países em desenvolvimento, por exemplo: prevenção, sigilo e confidencialidade, alocação de recursos escassos, discriminação, pesquisa com seres humanos, aplicação dos princípios de justiça distributiva e proteção da saúde pública *versus* proteção individual (Greco, 2008).

A Bioética e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) constroem um campo que une a Saúde Pública e a clínica teórico-prática, criando, de forma indissociável, a prática da educação à ação laboral (Chuengue; Franco, 2018). A AIDS trouxe à tona problemas éticos melindrosos, pois é uma doença incurável e possui um caráter epidêmico que sensibiliza toda uma sociedade. Há, diante disso, necessidade de equilibrar as necessidades e os direitos do portador com o bem público. No serviço ofertado, os profissionais precisam fazer o resgate da autêntica essência do cuidado, pois muitos estão em situações difíceis, trazendo à superfície questões éticas. Muitos estão fragilizados, outros em despersonalização, acontecimentos que mostram a quebra dos preceitos éticos que guiam a prática do cuidar (Pinheiro *et al.*, 2005).

2.2.2 Barreiras bioéticas e a Estratégia da Saúde da Família

Conforme as profundas transformações ocorridas no contexto econômico mundial, no século XX, modificou-se a estruturação na maneira de trabalho, tornando o ambiente de trabalho hostil e competidor, expondo os servidores da saúde a novos riscos (Aokia; Guirardelloa, 2019). Atualmente, nos setores da saúde, ocorre uma crise de valores que é, facilmente, percebida em diversos contextos sociais que apresentam traços de desestruturação e de rompimento de valores tanto nas posturas dos profissionais quanto no ato de cuidar (Lunardil *et al.*, 2009).

Uma dificuldade do PSF, em sua estratégia, é que suas ações estão mais voltadas para a natureza higienista do que sanitarista devido ao domínio do processo terapêutico educativo ocorrido pela higiene em nosso país, que teve início através de regulamentação da política na vida dos indivíduos até hoje (Rosa; Labate, 2005).

Os profissionais da saúde das mais diversas áreas da ESF enfrentam dificuldades bioéticas na construção de vínculos com os indivíduos e com a comunidade, dificuldades essas que muitas vezes passam despercebidas, não sendo identificadas (Siqueira-Batista *et al.*, 2015).

Infelizmente, o sigilo das informações, que são princípios antigos confidenciais, tem sido divulgado nos corredores. A informação sobre as doenças dos usuários, a exposição dos

prontuários e fichas que possuem informações importantes das enfermidades estão sobre as mesas, além das macas e os leitos, que expõem, fisicamente, o paciente de forma desnecessária (Silva *et al.*, 2017).

A quebra do sigilo acaba sendo uma barreira de acesso às unidades básicas de saúde devido à ruptura do segredo das informações pelos profissionais de saúde que deveriam cumprir sua missão ética para com a sociedade (Pimentel *et al.*, 2020).

Dentre os problemas bioéticos encontrados no PSF, encontram-se: informação ao usuário, privacidade, confidencialidade, sigilo, omissão de informações, respeito e autonomia do usuário (Dourados *et al.*, 2020). Para Caetano *et al.* (2016), os problemas éticos encontrados são: falta de preparação dos profissionais para atuar nesse serviço, acesso aos serviços de forma desigual, dificuldade quanto ao sigilo e à confiança das informações adquiridas, impotência da equipe diante da mudança de hábitos.

A violência moral, psicológica e pessoal sofrida pelos profissionais de saúde em suas relações de trabalho é, muitas vezes, utilizada com expressões como *bullying*, violência horizontal e assédio (Aokia; Guirardelloa, 2019).

Fatores como sigilo da equipe de saúde ressoam como um empecilho à adesão dos pacientes soropositivos aos serviços de saúde tanto para o tratamento quanto o acompanhamento (Rocha *et al.*, 2020).

Os aspectos éticos/bioéticos na saúde, muitas vezes, não são visíveis pelos gestores, pelos usuários e pelos trabalhadores da Atenção à Saúde, pois, muitos deles, tornaram-se parte da rotina do cotidiano de trabalho entendido como normal. No entanto, fere-se a legislação e a constituição do Sistema Único de (SUS), interferindo em sua consolidação (Caetano *et al.*, 2016). Nesse cenário, para complicar o contexto, ainda falta treinamento aos profissionais de saúde para trabalhar, além de existir uma dicotomia entre a prática e o setor da educação (Motta; Siqueira-Batista, 2015).

A padronização dos programas facilita e expande, mas também os limita, por exemplo: os programas que são pré-estabelecidos, tais como hipertensão, amamentação, entre outros que facilitam o processo, não consideram trabalhar as necessidades locais dos problemas. A falta desse vínculo nas tarefas pré-estabelecidas empobrece as ações, prejudicando as intervenções relacionadas às necessidades dos indivíduos sobre sua saúde, produzindo um não impacto na qualidade de vida e na humanização das ações de saúde relacionadas apenas ao atendimento domiciliar (Rosa; Labate, 2005).

Nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS dos PSFs, temos dois problemas graves: o primeiro está relacionado a visitas sem indicação expressa; e o segundo, por sua vez, é que

os indivíduos visitados podem sentir uma invasão em sua privacidade e em sua liberdade (Rosa; Labate, 2005).

Esse problema ocorre devido a mudanças do modelo de assistência do PSF que está voltado para ações higienistas *versus* ações sanitárias, nas quais o controle, em nível educativo e terapêutico implantado pela higiene, ocasionou um novo modelo de regulação política na vida dos indivíduos que tem se mostrado eficiente até dos dias de hoje (Rosa; Labate, 2005).

2.3 SIGILO: ENTRE A CONFIDENCIALIDADE E O DIREITO À PRIVACIDADE

Esta seção será dedicada à explanação acerca do sigilo e do direito à confidencialidade e à privacidade no campo da Bioética no atendimento à saúde, principalmente, relacionado à temática do HIV e da AIDS. Entende-se a importância deste contexto, visto o desconforto causado pelo estigma, pela discriminação, pelo preconceito devido à quebra de sigilo, de confidencialidade e de privacidade das informações desses usuários e do impacto em adesão aos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a integralidade das ações de saúde a este público. Opto, nesse sentido, por dividir e por diferenciar esses conceitos para um entendimento mais amplo sobre ambas as questões.

2.3.1 Sigilo

Não é uma tarefa fácil determinar o que é segredo profissional, no entanto, a palavra “sigilo” origina-se do verbo latino “*secernere*”, cujo particípio “*secretum*” significa “reservado”. É um segredo referente ao sigilo profissional que possui postulados éticos, impedindo a revelação de assuntos que são confidenciais atrelados à profissão (Sales-Peres *et al.*, 2008).

Sigilo é, então, um segredo que se deve manter oculto, não sendo divulgado para outras pessoas. Atrelado à área profissional, é um dever ético que impede que assuntos revelados não sejam compartilhados (Ferreira, 1986). Segredo significa tudo o que deve ser salvaguardado sobre a privacidade das informações, não levando a público, ou seja, não levado ao conhecimento de outras pessoas. O segredo profissional é uma reserva que os profissionais devem ocultar em função de seu ofício (Scarton, 2019). O sigilo profissional é, assim, a não divulgação das informações recebidas dos pacientes pelos profissionais de saúde em exercício profissional (Sampaio; Rodrigues, 2014).

Quando asseguramos o sigilo, permitimos o resguardo das particularidades e das intimidades dos pacientes, cabendo somente ao indivíduo expor o que desejar ao julgamento do mundo externo e as pessoas em sua volta. Isso mostra a importância do sigilo nas relações de trabalho, o que garante ao indivíduo liberdade para as tomadas de decisões relacionadas à sua individualidade, às terapias, e, ao mesmo tempo, preserva-lhe de controvérsias (Villas-Bôas, 2015).

O sigilo é um dever moral do profissional e um dever jurídico associado ao respeito e à autonomia do paciente. Vinculado a questões técnicas, não deve ser desvinculado do campo bioético (Colodette, 2020). É uma questão de conduta ética o sigilo das informações do diagnóstico do paciente, uma vez que tais informações foram adquiridas em âmbito do exercício do trabalho (Angelim *et al.*, 2019). O segredo é uma informação privada, sigilosa que foi confiada a alguém, e os profissionais não devem revelar ou tornar, de forma alguma, pública (Sampaio; Rodrigues, 2014).

O sigilo aborda informações dos pacientes que são atendidos na unidade de saúde bem como informações de suas famílias que não devem ser compartilhadas pela equipe profissional como uma norma ética em respeito à privacidade do paciente (Birkheuer, 2020). O segredo profissional é a guarda das informações dos indivíduos, além de seu não compartilhamento com outros profissionais, com a família ou com outros usuários (Chengue; Franco, 2018).

A garantia do segredo não é somente um ponto de adesão ao tratamento, é um espaço de proteção do exercício de sua liberdade e de sua autonomia. Os pacientes que estão seguros que seus dados não serão compartilhados sem autorização sentem-se mais à vontade para dizer o que pensam (Villas-Bôas, 2015). A garantia da confidencialidade, desse forma, além de estimular o vínculo entre paciente e profissional, proporciona maior adesão ao tratamento. Nesse contexto, o sigilo é uma ferramenta que protege as vivências e os valores dos indivíduos (Lettieri *et al.*, 2021).

As informações que o paciente expõe ao profissional, bem como seus segredos e sua intimidade, não faz por escolha, mas por necessidade, e, tendo precisado recorrer para expor-se, portanto, é importante manter a confiança nas relações entre usuário e sistema de saúde, pois a perda deste laço implica questões discutidas neste trabalho (Villas-Bôas, 2015).

Para Lettieri *et al.* (2021), o sigilo é de natureza intersubjetiva, pois são as informações obtidas entre as pessoas ou em documentos privados que devem ser mantidos entre as partes envolvidas (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021). O sigilo protege o usuário e as suas vivências particulares, estimula o vínculo com o profissional e sua adesão ao tratamento.

O prontuário possui informações sigilosas do paciente, e a unidade de saúde, assim como os funcionários, configura-se como guardião da documentação que, até para ser exposta no judiciário, deve ser solicitada permissão ao paciente, pessoa a quem de fato pertence (Villas-Bôas, 2015).

O prontuário, desse modo, é um instrumento de comunicação que facilita a continuidade do cuidado na unidade de saúde. Suas informações possibilitam promover as realizações de diagnóstico, evitando complicações ao paciente e internações desnecessárias. A estrutura do prontuário de saúde da família é composta por: cadastro familiar, identificação familiar, composição familiar, histórico familiar com genograma, acompanhamento familiar, ciclos de vida – da criança de 0 a 9 anos; do adolescente de 10 a 19 anos; do adulto de 20 a 59 anos; da gestante e da puérpera, do idoso, acima de 60 anos, saúde bucal e instrumentos para avaliação e para monitoramento (Brasil, 2008).

O prontuário, segundo a Resolução do CFM nº 1.821/07, é um documento dos estabelecimentos de saúde que deve ser mantido até vinte anos depois do último registro. Tais documentos devem estar na recepção da unidade, sendo protegidos de pessoas não obrigadas ao sigilo e à manutenção do segredo (Brasil, 2019). O prontuário é um conjunto de informações sobre a saúde de um indivíduo, documento único, onde são registradas ações de assistência de saúde. A partir dele, é realizada uma comunicação entre a equipe profissional dos mais diversos profissionais e a continuidade das ações prestadas. Possui caráter científico, sigiloso e legal.

Todos os profissionais que possuem acesso ao prontuário e recebem informações do paciente e da vida dos usuários têm o dever de manter o sigilo das informações que receberam, sejam eles Médicos, Psicólogos, Auxiliares Técnicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Auditores, entre outros. No entanto, embora as fichas e os prontuários devam estar acessíveis a todos profissionais, tais pessoas devem evitar conversa sobre o usuário, sobretudo nos corredores, que permitam sua identificação. Do mesmo modo, não é autorizado o compartilhamento das informações com outros profissionais da área que não estão no atendimento do paciente (Villas-Bôas, 2015).

Sobre os aspectos éticos e legais, o prontuário deve ser um para cada usuário, o sigilo das informações deve ser mantido, os auxiliares devem ser orientados que são obrigados por lei quanto ao segredo profissional e que devem salvaguardar o sigilo das informações que manuseiam (Minas Gerais, 2007).

No prontuário, é obrigatório conter: identificação do paciente – nome completo, sexo, data de nascimento, nome da mãe, naturalidade e endereço completo, anamnese, exames

complementares e resultados, exame físico, diagnóstico, ou hipóteses de diagnósticos, e tratamento. Dos indivíduos internados, deve conter: data e hora, evolução diária, descrição de todos os procedimentos e o nome, a assinatura e o carimbo dos profissionais que atenderam. Nas emergências, deve conter: relatório do médico com os procedimentos que realizou e o diagnóstico, caso não seja possível a coleta da história do paciente conforme a resolução CFM 1638, a Deliberação COREN-MG 135/2000 e a resolução do CFO-042/2003 (Brasil, 2000; Minas Gerais, 2007).

Para o usuário, o prontuário é uma ferramenta eficiente e segura de suas informações, pois, quando necessitar de especialidades, de transferências ou de reinternações, seu histórico será resgatado, permitindo também a redução do tempo de permanência e de custos, pois constarão as anotações de exames. É, dessa forma, um instrumento de defesa de prejuízos em eventuais reivindicações relacionadas aos direitos (Minas Gerais, 2007).

As informações contidas nos prontuários são de grande relevância, pois contêm registros do estado de saúde, da sua evolução e do seu tratamento. É um documento que pertence ao paciente o qual deve ter seu sigilo preservado (Araújo; Rechamann; Magalhães, 2019). As informações presentes nos prontuários pertencem ao paciente, pois dizem respeito à sua vida íntima e, conforme a ótica do usuário, são informações de cunho valioso que estão resguardadas pela privacidade (Albuquerque, 2019).

O prontuário pertence ao paciente. Dessa forma, seu acesso deve ser assegurado aos profissionais e não permitido aos que não estão relacionados ao seu tratamento, nem mesmo sua família – somente se isso for permitido pelo usuário. Na incapacidade, a responsabilidade é dos pais. O sigilo não acaba com a morte do paciente, estando o profissional na incumbência de mantê-lo (Villas-Bôas, 2015).

Nesse contexto, devido a grandes transformações universais, sempre ocorreu uma preocupação sobre a Bioética na ótica da confidencialidade e da privacidade. No âmbito do prontuário, há mudanças que merecem reflexões devido às consequências que podem ocasionar (Salles; Castelo, 2023).

No âmbito hospitalar, não é diferente: todos os que possuem acesso aos prontuários dos usuários e as informações que foram compartilhadas por outro profissional, assim como os colaboradores no atendimento, estão sob a mesma obrigação legal de sigilo, pois ela se estende a todos durante seu trabalho (Sales-Peres *et al.*, 2008).

Embora a confidencialidade, o sigilo e a privacidade sejam usadas como sinônimos, possuem diferenças que são importantes. O sigilo é a não divulgação das informações dos pacientes que foram confiadas aos profissionais de saúde em seu atendimento, seja em

consultório ou registrados em prontuários. Implica que tais informações devem ser tratadas com sigilo nas reuniões de equipe onde o caso é discutido, protegendo, assim, o usuário de que suas informações sejam expostas (Tiezmann *et al.*, 2021). As informações que os profissionais possuem vão além das condições de saúde, como o modo de vida dos usuários, e sua propagação sem sua autorização pode trazer constrangimentos e discriminações aos envolvidos (Chuengue; Franco, 2018).

Na atenção à saúde, o sigilo possui outras dimensões, pois, além do paciente e do médico, as informações são compartilhadas em registros de forma que outras pessoas tenham acesso ao que significa, dimensão que também necessita do entendimento do sigilo profissional (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021). Lidar com as informações obtidas dos pacientes é um dilema, pois precisamos definir e delimitar que tipos de informações devem ser discutidas na equipe de saúde de forma a preservar e a manter o sigilo delas (Caetano *et al.*, 2016). Valadão, Lins e Carvalho (2017) apontam que existem alguns problemas bioéticos relacionados aos Agentes Comunitários de Saúde em preservar o sigilo profissional das informações obtidas dos usuários com a existência de divulgação de detalhes de conversas clínicas.

Os registros, os exames e os encaminhamentos ao quais os ACSs têm acesso podem presumir a doença sem que os profissionais da equipe os revelem (Melo *et al.*, 2021).

O sigilo é um direito do usuário e uma obrigação. É um dever do profissional em mantê-lo, uma vez que está em cargo público. Ele possui, dessa maneira, um compromisso intrínseco em proteger e em resguardar informações e dados independentemente da solicitação do paciente (Villas-Bôas, 2015). É um direito do paciente e uma conquista da sociedade a proteção dos segredos profissionais Art. 34, 102, 107, 107, 108 (Brasil, 2008).

O sigilo das informações é um princípio importante que deve fazer parte do cotidiano das equipes de saúde devido à dificuldade em preservar as informações dos usuários na unidade de saúde, na casa dos pacientes (Batista *et al.*, 2015).

Devido ao crescimento das leis que protegem a confidencialidade e a privacidade, houve um melhoramento e um aumento no número de informações, embora a proteção ao sigilo e o avanço tecnológico estejam em margens divergentes (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

O Enfermeiro, na Estratégia da Saúde da Família, é uma importante profissional para o funcionamento da unidade. Possui muitas atribuições e assiste de forma direta e indireta o cidadão e seus familiares, além da gerência da unidade. Encontra, portanto, dois desafios, o de gerir a unidade e prestar cuidados assistenciais ao indivíduo, no entanto, com muita habilidade

consegue conduzir a unidade. A equipe é composta pelo Médico, Enfermeiro e ACS (Martins; Antonio, 2019).

O ASB, na ESF, possui o objetivo de colaborar para a qualidade de vida das famílias. Suas ações ajudam, assim, a modificar situações consideradas problemas, tais como exclusão social, desemprego, drogas, violência, moradia precária, problemas associados ao lixo e saneamento básico (Brasil, 2009). O Agente Comunitário de Saúde pode ter acesso ao prontuário da unidade para realizar atualizações dos envelopes e das fichas devido a mudanças de endereço e de constituição familiar, além de ter a possibilidade de realizar leitura (Brasil, 2019).

O Agente Comunitário de Saúde pode acessar o prontuário familiar para atualizar as informações coletadas através das fichas do prontuário físico e Esus-AB, porém, com restrição a áreas que são específicas para o acompanhamento das famílias e dos indivíduos, respeitando as regras de informação de uso geral. O ACS realiza o levantamento das informações que são importantes para ESF, utiliza coleta de dados e registro no eSUS-AB e tem acesso às informações no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que possui uma senha individual com acesso restrito para cadastrar e para acompanhar as famílias e os indivíduos. Desse modo, participam do processo do cuidar. No entanto, independentemente da categoria da qual o ACS faz parte, deverá de cumprir as regras gerais, destacando o sigilo e a privacidade das informações dos usuários (Corem, 2021).

Portanto, todos os profissionais de saúde envolvidos, não somente os ACS que tiveram contato com as informações de um usuário, seja em prontuário ou através de sua própria fala, possuem o dever e a responsabilidade de manter o segredo profissional, sejam eles Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Assistentes Sociais, entre muitos outros (Villas-Bôas, 2015).

A disseminação de dados de um indivíduo é um afrontamento ao direito à privacidade e pode gerar discriminação social e pessoal, pois pode influenciar a compreensão de outros sobre o indivíduo que porta a doença. Na Constituição de 1988, temos resguardo da intimidade, da honra, da imagem e da vida privada como direitos obtidos em lei (Lettieri *et al.*, 2021). A Constituição de 1988 reconhece que, na vida privada, a intimidade, a imagem e a honra devem ser protegidas como um direito dentro do arcabouço jurídico (Brasil, 1988).

A proteção da divulgação dos dados do paciente é importante, pois podem instigar a compreensão errônea sobre o estado de saúde de terceiros. Dados como uso de drogas, doenças graves, incapacitantes, paternidade e vida sexual podem gerar ao paciente discriminação na vida social (Lettieri *et al.*, 2021).

A organização das Nações Unidas da Ciência, da Cultura e da Educação preconiza o princípio da precaução, priorizando princípios como o respeito ao indivíduo e sua autonomia, resguardando sua privacidade (Barchifontaine; Trindade, 2019). As informações obtidas durante o atendimento do usuário na unidade de saúde pelos profissionais, sejam elas privadas ou sigilosas, devem ser mantidas em confidencialidade, conforme o código deontológico da profissão (Junges *et al.*, 2015).

O sigilo das informações obtidas precisa estar vinculado à confiança das relações entre o usuário e o profissional com as informações obtidas durante o atendimento. A lei constitucional garante ao cidadão o sigilo das informações prestadas, que são privadas assim como a honra relacionada à sua imagem que deve ser preservada e respeitada (Sampaio; Rodrigues, 2014).

Para Chuengue e Franco (2018), o sigilo das informações do paciente é um direito independente do exercício profissional na saúde, que deve ser tratada com muita discrição aos dados confidencializados. O sigilo é um dos mais importantes pilares da profissão, pois direciona condutas morais e éticas que encontramos nos documentos do código de ética profissional (Lima *et al.*, 2020). O resguardo das informações dos pacientes, dessa forma, é um dever ético que todos os profissionais da saúde devem manter, sendo sua quebra uma infração ética (Discacciati; Vilaça, 2001).

O sigilo envolve a não divulgação dos dados dos usuários colhidos durante o processo de trabalho no qual o profissional deve manter em resguardo como dever (Sampaio; Rodrigues, 2014).

2.3.2 Confidencialidade

A confidencialidade é um tipo de segredo que foi confiado a alguém que deve ter seu acesso restrito por algum regulamento ou por alguma lei (Ferreira, 1986). Para Goldim e Francisconi (1998), a confidencialidade é a responsabilidade de salvaguardar as informações que foram recebidas em confiança e de proteger contra divulgação que não foi autorizada. Alguns referem-se ao sigilo como a responsabilidade da guarda do segredo e a confidencialidade como o objeto desse sigilo, portanto, ambos estão relacionados ao princípio bioético da autonomia, pois relacionam informações pessoais dos pacientes e somente eles podem determinar a quem informarão seus dados (Villas-Bôas, 2015).

Autonomia significa a habilidade de que um indivíduo possui de se autodeterminar, se autogerir. Na Bioética, um dos pilares do princípio da autonomia do paciente é a ideia de que

ele deve tomar as decisões sobre seu tratamento (Ugarte; Acioly, 2014). A confidencialidade, nesse contexto, pressupõe confiança em que determinada informação que foi compartilhada estará segura a quem foi confidenciado, fazendo emprego somente para a finalidade para a qual foi divulgada. Dessa forma, a informação confidencial é tanto livremente compartilhada como privada (Sales-Peres *et al.*, 2008).

A confidencialidade é a qualidade da informação que necessita de segurança mútua entre indivíduos participantes, garantindo o acesso único somente aqueles autorizados. Assim, a confidencialidade e o sigilo são instrumentos jurídicos que atribuem obrigações legais entre as partes que devem manter a confidencialidade das informações envolvidas (Seoane; Fortes 2009; Loch, 2003; Lima *et al.*, 2023; Dias *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2012; Teixeira, 2016).

A confidencialidade prevê regras que têm como objetivo proteger a informação do usuário para somente os que possuem direito a tais informações, possuindo base ética na proteção da integridade do usuário, principalmente os que portam o HIV e AIDS (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021). A confidencialidade, desse modo, é a garantia que suas informações serão mantidas em sigilo (Silva *et al.*, 2017).

Battle *et al.* (2020) apontam que a confidencialidade ultrapassa o encargo moral para uma atribuição legal, sendo a pedra angular do cuidado que assegura que as informações do paciente, obtidas no desempenho profissional, não serão divulgadas. É um compromisso legal do profissional manter seguros os dados relativos à saúde dos usuários e, quando houver a obrigatoriedade, que esse relato ocorra dentro da norma ético-legal inexorável.

A confidencialidade é o ato de receber informações sobre a saúde das pessoas, tendo implícita a responsabilidade de sigilo, sendo o uso de informações indevidas pelos profissionais um problema para o cuidar e para a humanização (Silva *et al.*, 2017).

Para Tiezmann *et al.* (2021), a confidencialidade é a proteção das informações que foram compartilhadas com confiança ao profissional no desempenho de suas funções e as instituições, não sendo autorizada a sua confissão. É considerado *prima facie* até que exista outro dever que conflite, que permita compartilhar as informações com a equipe, garantindo a proteção, diferente do sigilo que não admite tais exceções. A confidencialidade é uma característica de adesão do usuário através do vínculo de confiabilidade aos profissionais de saúde que se sentem seguros de que suas informações não serão conhecidas sem sua permissão (Silva *et al.*, 2017).

Para Salvadori e Hahn (2019), a confidencialidade é uma característica importante para os profissionais que lidam com informações pessoais de seus usuários, pois demonstra sua postura ética, ao mesmo tempo em que não o expõe. A confidencialidade e a privacidade, no

Brasil, são questões que merecem atenção, pois são direitos do paciente os quais não somente o médico, mas todos os profissionais de saúde, assim como as instituições, possuem o dever de resguardar (Carvalho *et al.*, 2017).

Para Silva *et al.* (2017), a confidencialidade, assim como a privacidade dos usuários, pode ser desrespeitada nos mais diversos níveis e nas mais distintas formas, como informação, corpo, psicológico, moral, nos espaços territoriais e pessoais, tendo o profissional de saúde o dever de tomar cuidado para não ferir os direitos dos pacientes. A confidencialidade, a privacidade e o segredo de informações são direitos do indivíduo que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde, além do seu ambiente de trabalho, guardando tais informações como sigilosas (Chuengue; Franco, 2018).

Representam, nesse sentido, princípios normativos, garantem a virtude ética e, embora sejam usados como sinônimos, possuem diferenças entre si. A confidencialidade garante a manutenção do sigilo de informações pessoais e a privacidade garante ao usuário segurança para compartilhar algo íntimo (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

Desta forma, confidencialidade, assim como o respeito à privacidade, são preceitos morais que indicam o que deve ser guardado e a quem foi confiado em virtude do exercício da atividade laboral (Villas-Bôas, 2015). Carvalho *et al.* (2017) apontam que confidencialidade funciona como uma garantia que estimula os laços entre o paciente e o profissional, favorecendo a adesão.

2.3.3 Privacidade

O termo “privacidade” tem origem latina, “*privatus*”, e significa literalmente “pertence a alguém”, o que remete ao conceito de acolher com cuidado a algo que, para uma pessoa, lhe é próprio (Silva, 2007). A privacidade é a restrição do acesso à informações de um indivíduo, à sua intimidade e à sua pessoa. É o respeito ao direito à intimidade e ao segredo (Mulhorlland, 2018, ONU, 1948).

A evolução da tecnologia e da biotecnologia a facilidade da propagação dos dados pessoais e o acesso aos dados sensíveis e sua disseminação tornaram-se inquietantes. A facilidade do acesso aos dados por terceiros não autorizados fere não somente tutela da privacidade, mas o direito do controle dos seus dados pessoais, impedindo que sua exposição indesejada (Mulhorlland, 2018; Sarleet; Ruaro, 2018).

O conceito de privacidade possui dois enfoques: um deles é relacionado ao controle que o indivíduo possui sobre os outros e, em outra definição, a privacidade é definida como

condição de intimidade (Loch, 2007). A privacidade, no sentido físico, é a segurança de uma determinada pessoa à sua integridade física. No sentido informal, possui a ideia de confidencialidade e significa não expor a vida de alguém ao público. Na privacidade, é o indivíduo que tem controle de suas informações e de quem deve acessá-las (Lopes Junior, 2018).

Desta forma temos três conceitos sobre o direito à privacidade, o direito de ficar só, o direito de ter controle sobre os dados pessoais e sua propagação indevida, e o direito à liberdade de fazer escolhas pessoais. Desta forma, a privacidade é o direito de ter o manejo de suas próprias informações (Mulhorlland, 2018)

Os termos “privacidade” e “confidencialidade”, às vezes, são utilizados de forma indiferenciada na discussão da assistência à saúde para proteção das informações do paciente. Contudo, a privacidade está relacionada ao indivíduo, e o foco na execução, conforme a sua autodeterminação, é um direito à intimidade que permite a segurança de revelar o que é íntimo, e a confidencialidade é a garantia de que sua revelação será mantida em sigilo, que é da competência dos profissionais que atuam nas instituições de saúde (Loch, 2003, 2007).

Os conceitos de confidencialidade e privacidade são diferentes, no entanto, se relacionam muito. A privacidade está relacionada ao limite da intromissão de terceiros, pensando no corpo, no espaço físico, nos pensamentos, nos sentimentos e nas informações (Salles; Castelo, 2023).

O direito à privacidade está atrelado também à proteção do sigilo das informações do paciente. O art. 5º, XII da CF/99 pontua que é inviolável o sigilo dos dados, comunicações telefônicas, correspondências, exceto por ordem judicial e no que a lei estabelecer (Brasil, 1988).

A privacidade e a confidencialidade são princípios essenciais na ética da relação entre os indivíduos. Sua vida e suas informações não devem ser violadas (Salles; Castelo, 2023).

O direito à privacidade é um direito individual que protege a intimidade pessoal. É uma solicitação pela liberdade daquilo que o indivíduo deseja ou não revelar e o momento que achar apropriado. Está relacionado à sua escolha e com quem compartilhar as informações pessoais e os fatos de sua vida (Loch, 2007). A privacidade é o direito do usuário em manter a sua intimidade (Silva *et al.*, 2017).

No Brasil, a privacidade dos dados é um problema de relevância que deve ter atenção dos profissionais e das instituições de saúde, pois qualquer informação obtida no exercício profissional da função deve ser protegida e considerada confidencial (Carvalho *et al.*, 2017).

Quando autorizamos a intervenção sobre o corpo e as histórias com outras pessoas, cedemos uma parte de nossa privacidade a terceiros e um certo controle de nossas informações (Beauchamp; Childress, 1999). Para Tiezmann *et al.* (2021), a privacidade é um direito de gerir suas próprias informações, limitando o acesso dos dados pessoais. Pode ser entendida como privacidade informacional ou física; a primeira está relacionada à sua história de vida; a segunda, por sua vez, é entendida como limite de acesso à imagem e ao corpo.

A privacidade, como princípio normativo, é a habilidade que o usuário tem de controlar o acesso a suas informações, assim como limitar seu acesso. A privacidade divide-se em: privacidade psicológica, sendo o resguardo de crenças, de julgamentos de outros, de atitudes e de valores; privacidade informativa, sendo o direito de controlar sua própria informação; privacidade social, sendo o manejo das relações interpessoais na vida social (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

A privacidade das informações dos usuários, assim, é um direito que os serviços de saúde devem garantir através de projetos de humanização (Fortes; Spinetti, 2004). Batlle *et al.* (2020) afirmam que a privacidade é, muitas vezes, usada como sinônimo de confidencialidade e é um direito adquirido no qual uma pessoa pode manter seguras suas informações. Expressa a autonomia do usuário, sendo sua ruptura uma demonstração de traição pelo profissional que possui o dever da guarda das informações. A privacidade é um direito inalienável. As informações estão ligadas ao direito à liberdade. Por fim, a autonomia de escolher sobre o uso de suas informações e sua violação diz respeito à própria liberdade (Aragão; Schiocchet, 2020).

O sigilo respeita a privacidade e fornece um vínculo de confiança com aquele o qual o segredo foi endereçado, às vezes, em situações embaraçosas (Prenycka; Lacerda; Chamma, 2011). Embora a intimidade e a privacidade tenham conceitos parecidos, a distinção está na particularidade, pois a privacidade possui alguma comunicação com terceiros e a intimidade, não. Ela descarta toda a comunicação com qualquer pessoa (Avila; Woloszy, 2017).

Antigamente, o sigilo era dever dos médicos devido ao modelo assistencial de saúde na época. Atualmente, com a atuação da equipe multidisciplinar na ESF, é importante que reconsideremos a reflexão ética da partilha das informações que são privadas com responsabilização do cuidado ofertado ao usuário (Junges *et al.*, 2015).

Embora os pacientes permitam que seus corpos sejam examinados e tratados, eles almejam que não sejam expostos e que suas informações sejam administradas com responsabilidade e sigilo pelos profissionais para os quais as confienciaram (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017). Faz-se importante ressaltar que a Atenção Básica se preocupe e

aprimore as relações de confiança, preservando a privacidade daqueles que prestam cuidados (Sciarotta *et al.*, 2021).

Sem confidencialidade não existe privacidade, e sem privacidade não há controle sobre a própria vida, pois o direito da pessoa está intrinsecamente ligado à responsabilidade do sigilo profissional no que concerne à sua intimidade. E com a perda da privacidade ocorre a devastação de si mesma aliada à insegurança nos profissionais de saúde, podendo ocasionar danos à sua integridade (Pereira *et al.*, 2012).

2.3.4 O dever ético de manter o sigilo

A ética faz parte da filosofia, que estuda os preceitos morais e a compreensão das proibições e das normas. No campo profissional, a ética pontua dos deveres relacionados à conduta dos profissionais em ações de serviços prestados às pessoas. Está estabelecida tanto nas condutas regidas pelos órgãos fiscalizadores quanto nos costumes (Przenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

Tradicionalmente, considera que os profissionais de saúde possuam obrigações de natureza ética de segredo profissional no exercício de sua profissão com todas as informações compartilhadas. As bases morais apoiam-se em três argumentos: a confiança nos profissionais da área de saúde, o respeito à autonomia do indivíduo e a construção de um vínculo terapêutico (Pereira *et al.*, 2012).

O sigilo é um comprometimento ético de manter em segredo as informações e a privacidade dos indivíduos que usam os serviços de saúde. O sigilo é essencial para a construção de vínculos de confiança com o paciente. Não se deve compartilhar informações que não foram autorizadas pelas PVHIV com seus familiares, companheiros e outros (Brasil, 2017).

O segredo profissional possui como o pilar a ciência dos acontecimentos que chegaram à determinada pessoa em razão dos exercícios de sua profissão, e cuja divulgação pode acarretar danos ao sujeito a quem pertence o segredo. A confiança depositada aos profissionais de saúde fornece ao indivíduo segurança para expor seus problemas (Przenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

Mundialmente, tem ocorrido inúmeras modificações nas áreas políticas, econômicas, sociais e éticas que, de forma muito intensa, atingiram profundamente o sistema de saúde, causando um desafio enorme aos responsáveis pela formação dos recursos humanos e pela atenção das ações em saúde. A qualidade, que é um direito, ainda não é um acesso para muitos

brasileiros, pois requer modificações no paradigma de atenção à saúde de forma que os princípios éticos e morais estejam entrelaçados nas ações de serviço (Ferreira; Silva; Zanolli, 2009). A preocupação em manter o sigilo das informações comprova a relevância do tema, que deve ser introduzido na gestão dos cuidados ao paciente, procurando desenvolver formas em que tanto os profissionais de saúde quanto o PVHA possam se relacionar no serviço (Sciarotta *et al.*, 2021).

Infelizmente, o desrespeito na saúde é bem antigo e, hoje, embora atual, é um tema bastante desrespeitado em diversas unidades de saúde, em vários níveis de assistência. Ao deixarmos ocorrer em várias conversas e em diversas falas nos elevadores, nos corredores, nas enfermarias e nos postos de enfermagem, assim como em qualquer ambiente quando emitimos informações sobre as doenças ou os agravos dos pacientes, bem como em exposição dos prontuários sem necessidade, estamos agindo com desrespeito (Villas-Bôas, 2015).

Como manter o sigilo não é muito natural para nós, há a necessidade de instrumentos legais que nos ajudem a proteger as informações obtidas. No processo de trabalho, os profissionais utilizam a comunicação, e as informações obtidas nesse processo devem se manter sigilosas, cuja complexidade ética dos casos e a vários eventos e dificuldades colocam em risco o resguardo das informações (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021).

Devido ao crescimento das leis que protegem a confidencialidade e privacidade, houve um melhoramento e um aumento no número de informações, embora a proteção ao sigilo e o avanço tecnológico estejam em margens divergentes (Silva Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

A disseminação de dados de um indivíduo é um afrontamento ao direito à privacidade e pode gerar discriminação social e pessoal na medida em que há o risco de influenciar a compreensão de outros sobre o paciente que porta a doença. Na Constituição de 1988, temos o resguardo da intimidade, da honra, da imagem e da vida privada como direito obtido em lei (Lettieri *et al.*, 2021). No documento, reconhece-se que, na vida privada, a intimidade, a imagem e a honra devem ser protegidas como um direito dentro do arcabouço jurídico (Brasil, 1988).

A proteção da divulgação dos dados do paciente é primordial porque sua violação pode instigar a compreensão errônea sobre o estado de saúde de terceiros, e dados como uso de drogas, diagnóstico de doenças graves, incapacitantes e informações sobre paternidade e vida sexual podem gerar ao paciente discriminação na vida social (Lettieri *et al.*, 2021).

A Organização das Nações Unidas da Ciência, Cultura e Educação preconiza o princípio da precaução, priorizando princípios como o respeito ao indivíduo e a sua autonomia, resguardando sua privacidade (Barchifontaine; Trindade, 2019).

O sigilo das informações obtidas precisa estar vinculado à confiança das relações entre o usuário e o profissional com as informações obtidas durante o atendimento. A lei constitucional garante ao cidadão o sigilo das suas informações cedidas que são privadas assim como a honra relacionada à sua imagem, que devem ser preservadas e respeitadas (Sampaio; Rodrigues, 2014).

Para Chuengue e Franco (2018), o sigilo das informações do paciente é um direito independente do exercício profissional na saúde, que deve ser tratado com muita discricção no que concerne aos dados confidencializados. O sigilo é um dos mais importantes pilares da profissão, pois direciona condutas morais e éticas com respaldo nos documentos do código de ética profissional (Lima *et al.*, 2020).

O resguardo das informações dos pacientes é um dever ético para todos os profissionais da saúde, e seu não cumprimento constitui uma infração ética (Discacciati; Vilaça, 2001).

Desde 1824, a palavra “sigilo” aparece na Constituição Imperial, referindo-se ao segredo inviolável das cartas. Em 1891, na Constituição, a correspondência passou a ser entendida como inviolável o que seguiu até 1946. Em 1967, foi dada uma amplitude a essa palavra, se referindo às comunicações telefônicas e telegráficas. Mais tarde, em 1988, com a Constituição Federal, a ampliação do significado abarcou a vida privada, a honra e a imagem das pessoas como direito invioláveis (Ávila; Woloszyn, 2017). A Constituição de 1988 incorporou ao ordenamento jurídico no Brasil a proteção dos direitos à intimidade e à privacidade, reconhecendo quatro aspectos: vida privada, honra, imagem e intimidade (Lettieri *et al.*, 2021).

Como indivíduos, nos comunicamos de várias formas, virtual ou presencialmente, em comunicação verbal ou não verbal, por meio de gestos e de outros elementos. Independentemente dessa comunicação, temos informações entendidas pelas partes comunicantes no diálogo, informações essas que podem ser sigilosas e que devem ser respeitadas entre as partes (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021). A comunicação é um modo pelo qual dois indivíduos trocam informações, é uma propagação e uma recepção de mensagem a partir da qual a comunicação verbal é feita através da linguagem escrita ou verbal e a não verbal, por meio de gestos, de demonstrações faciais (Amorim *et al.*, 2019).

O sigilo das informações, que é um princípio antigo de caráter confidencial tem sido desrespeitado na *práxis* do trabalho nas mais diversas instituições de saúde. As conversas nos corredores a respeito das doenças dos usuários, a exposição dos prontuários e fichas sobre as mesas que possuem informações importantes das enfermidades, além das macas e os leitos que

dispõem fisicamente o paciente de forma desnecessária, todos esses elementos levam à quebra do sigilo (Silva *et al.*, 2017).

De forma embrionária, o Juramento de Hipócrates menciona que o que foi ouvido ou visto no exercício da profissão, ou fora dela, não deve ser divulgado, isto é, que deve ser mantido em segredo (Meireles; Rechmam; Magalhães, 2019). Em escritos cerca de 430 a.C., o Juramento de Hipócrates é a origem para ética dos profissionais de saúde. Portanto, qualquer informação que eu ouça ou veja não deve ser revelada, eu manterei em segredo e não contarei a ninguém (Brasil, 2008).

Para compreender melhor a história do sigilo médico, convém mencionar que aconteceu, desde o século V a.C., no Juramento de Hipócrates. O médico deveria guardar o segredo dos seus doentes relacionado a tudo que ouvia e visse caso se referisse à intimidade. O juramento hipocrático ficou conhecido como um padrão de ética médica, e a profissão como uma responsabilidade dada por Deus por meio da qual os profissionais deveriam buscar qualidade moral e dever ético. Alguns anos mais tarde, nos séculos XVIII e XIX, o sigilo reaparece como um novo código motivado do desenvolvimento científico e tecnológico da saúde no qual assinalava: delicadeza e segredo deveriam ser absolutamente observados (Sales-Peres *et al.*, 2008).

Na Antiguidade, o Juramento de Hipócrates fundamentou a confidencialidade ao sigilo médico, que é um dos princípios morais mais convencionais, porém, ainda continuamente violado, tendo a necessidade de atualização constante dos códigos de ética profissional (Junges *et al.*, 2015). Hipócrates ensinou que, no cotidiano ou na prática profissional, o que ouvimos da vida dos outros não deve ser divulgado, mas guardado em sigilo. Desde tempos mais remotos, o cuidado com a confidencialidade, o sigilo e a privacidade na prestação dos cuidados em saúde eram observados como uma prática ética (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021; Silva *et al.*, 2017).

Desde o período hipocrático, os pacientes possuem direito à confidencialidade e privacidade de seus dados que são relatados em prontuário e sob aspecto ético-jurídico, permitindo que suas informações sejam salvaguardadas e submetidas ao sigilo profissional (Albuquerque, 2019).

Desde 1824, a palavra “sigilo” aparece desde a Constituição Imperial, referindo-se ao segredo inviolável das cartas. Em 1891, a Constituição passou a ser usada como inviolável na correspondência e se arrastou até 1946. Em 1967, foi dada uma amplitude a esta palavra se referindo às comunicações telefônicas e telegráficas; e mais tarde, em 1988, com a Constituição Federal, a ampliação do significado abarcou a vida privada, a honra e a imagem

das pessoas como direitos invioláveis (Ávila; Woloszyn, 2017). A Constituição de 1988 incorporou ao ordenamento jurídico no Brasil a proteção dos direitos à intimidade e à privacidade, reconhecendo quatro aspectos: vida privada, honra, imagem e intimidade (Lettieri *et al.*, 2021).

Na Constituição Federal, aspectos legais determinam o direito à privacidade dos cidadãos. São invioláveis a vida privada, a intimidade, a honra e a imagem das pessoas, sendo assegurada à vítima indenização pelo dano moral ou material em consequência da quebra exposição (Martorell *et al.*, 2016). Em 1988, foi promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos Humanos que, no Artigo 12, assegura que o indivíduo, em sua vida privada, familiar, no domicílio ou em correspondências, não receberá intromissões desnecessárias – muito menos ataques à sua reputação e à sua integridade (Silva-Junior; Araujo; Nascimento, 2017).

Carvalho *et al.* (2017) pontuam que a confidencialidade está garantida na carta dos usuários da saúde, garantindo, em todos os procedimentos, que sua integridade física, assim como a privacidade, seja preservada. É direito do paciente esperar que suas informações sejam tratadas como segredo e, segundo a Constituição 1988, é um dos direitos invioláveis. A Carta de Direitos Humanos, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), é uma ferramenta poderosa de informação para os usuários, uma vez que, nela, estão descritos direitos e deveres relacionados ao atendimento nas unidades do setor público ou do setor privado (Silva-Junior; Araujo; Nascimento, 2017).

Conforme Salvatori e Hahn (2019), o sigilo é uma forma de proteção à individualidade do usuário. O sigilo é uma decisão ética. Pautado na confidencialidade, é um direito subjetivo de base constitucional. Art. 5º X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. É um pacto entre as partes que possui a escolha de guardar ou não. Uma vez que ocorra a decisão de descumpri-lo, será requerido aos próximos, que terão acesso a novos pactos para obtenção a tais informações (Hokama; Bonequini; Hokama, 2021; Salvatori; Hahn, 2019). Quando expomos um sigilo ou algo que fere a imagem do paciente que já se encontra fragilizado, por diversas circunstâncias, contribuimos para uma agressão adicional, levando à dor e ao sofrimento (Villas-Bôas, 2015).

A exposição indevida da imagem de um paciente pode ser possível por meio da associação de sua identificação. Outro exemplo é a veiculação de uma imagem que, embora não consiga identificar o paciente, ainda sim é considerada um ultraje à privacidade, pois fere

um conjunto de informações que determinada pessoa decidiu manter em controle próprio e exclusivo (Martorell *et al.*, 2016).

Vários documentos legais, como a Constituição Federal Brasileira, a Lei das Contravenções Penais, o Código Civil de Processo Penal, o Código Penal e Cível e o Código de Processo Civil, pontuam que a guarda de informações que foram obtidas durante o processo de trabalho deve permanecer em sigilo profissional (Sampaio; Rodrigues, 2014).

O cuidado individual, com a família e com a comunidade, através de ações de enfermagem, educativas e administrativas de saúde, são pautadas através do Regulamento do Exercício Profissional, a Lei nº 7498/56, assim como o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, na Resolução COFEN 311/07 (Brasil, 2008).

Na Carta de Direitos Humanos, no artigo 4º e no Parágrafo III, informa-se que o usuário tem direito à confidencialidade, à privacidade e ao conforto nos procedimentos, tais como: consultas, diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, internações, processos terapêuticos e preventivos (Silva-Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

Atualmente, em nosso país, devido à permanência da epidemia do vírus da SIDA (AIDS), e o acréscimo da transmissão vertical pelo vírus, no Art. 7º conforme o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.665 de 2003, é dever do médico solicitar exames no acompanhamento de pré-natal da gestante que detecte o vírus, mantendo o sigilo profissional (CFM, 2003).

O médico é vedado, conforme seu código de ética profissional no Art. 73, a revelar o conhecimento que adquiriu em desempenho de sua função, no entanto, salvo por um justo motivo, dever legal ou consentido pelo paciente por escrito (Couto Filho; Souza, 2010).

Conforme a Resolução COFEN 311/2007, no Art. 83, o profissional Enfermeiro é responsável por sua equipe e possui o dever de orientar sobre a importância do sigilo profissional a sua equipe. Pontua-se a necessidade de se manterem sobre o linear de seu código de ética com reflexão sobre a questão do sigilo (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

Na Resolução do COFEN nº 240/2000, no Capítulo IV, no Art. 29, é possível ler: deve-se manter sigilo sobre os fatos sigilosos que tenhamos conhecimento no exercício da atividade. A Lei nº 7.4498 de 25.06.87 dispõe que o exercício da Enfermagem, e regulamentada pelo decreto nº 94.906 de 08.06.87, no Art. 14 - item II sobre as anotações no prontuário do paciente as atividades assistenciais realizadas pela Enfermagem. A Resolução CFO – 42 de 05.2003, no Capítulo III, no Art. 5º, faz menção ao sigilo profissional, à elaboração e à atualização do prontuário com direito à cópia mediante recibo de entrega (Brasil, 2008).

O código de ética de Enfermagem preconiza o Art. 81 - a proibição de revelar informações confidenciais do seu exercício profissional a pessoas ou entidades recebidas como sendo um dever dos profissionais de Enfermagem (Caetano *et al.*, 2016).

A garantia da proteção ao sigilo é uma obrigação legal abrangida no Código Penal, que prevê sobre crimes contra a inviolabilidade dos segredos. Art. 153: a divulgação de alguém, sem justa causa, a correspondência confidencial ou o conteúdo de documento particular de que possui e cuja divulgação produza dano a outrem. Art. 154: revelar a alguém, sem justa causa, o segredo que possui em função do ofício que possui devido à profissão e cuja revelação possa causar dano (Brasil, 2008).

Portanto, informações obtidas durante o atendimento do usuário na unidade de saúde pelos profissionais, sejam elas privadas ou sigilosas, devem ser mantidas em confidencialidade conforme o código deontológico da profissão (Junges *et al.*, 2015). Embora exista a Lei nº 12.984/2014, que penaliza a discriminação contra pacientes portadores de HIV/AIDS, na prática, esse tipo de crime ainda continua acontecendo em vários ambientes de saúde (Sviarotta *et al.*, 2021). Dessa forma, para os que trabalham com seres humanos, a confidencialidade é uma questão ética que envolve não somente o segredo das informações, como também o caráter do profissional. A manutenção do sigilo profissional, desse modo, é um princípio moral no campo da saúde no qual se resguarda o indivíduo (Salvadori; Hahn, 2019).

A manutenção do sigilo, assim, é uma obrigação ética de toda a equipe de profissionais: auxiliares, técnicos, administrativos e também ACS, embora suas competências não estejam totalmente definidas. Portanto, é um dever de toda a equipe de saúde garantir o segredo das informações dos pacientes com os quais possui contato, seja nas informações que foram reveladas de forma confidencial ou aquelas informações que foram descobertas no exercício da profissão (Fortes; Spnetti, 2004).

O marco civil da Internet, que é conhecido como Lei nº 12.965 de 2014 teve como normativa regularizar os direitos, deveres e garantias no uso da internet. Essa lei determina princípios que regem a internet no Brasil de forma mais democrática e segura, removendo deste ambiente tecnológico a sensação de “terra sem Lei”. Este marco civil trouxe a normativa sobre o uso de dados pessoais na internet. No art. 1º, garantias, princípios, direitos e deveres no uso da internet no Brasil. Nas tarde, com a criação do art. 7º temos assegurado a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, sua proteção e indenização pela violação caso ocorra dano moral ou material (Athias; Santana; Lima, 2024).

No ano de 2018, foi promulgada a Lei nº 13.709, entrando em vigor em 18 de setembro de 2020, a qual traz obrigações legais relacionadas à proteção dos dados pessoais visando a segurança das informações. Nesta lei existem regras para entidades, empresas ou o Poder Público sobre o que podem ou não fazer com o acesso aos dados pessoais das pessoas, trazendo a proteção dos direitos fundamentais de privacidade, livre formação da personalidade de cada indivíduo e liberdade (Brasil, 2018; Mulhorlland, 2018; Sarleet; Ruaro, 2018; Athias; Santana; Lima, 2024; Aragão; Schioccehet, 2020).

A Lei Geral de Proteção de Dados Brasileira (LGPD) caracteriza de duas formas os dados. A primeira são os dados pessoais e a segunda os dados sensíveis. Os dados pessoais são aqueles que identificam ao indivíduo como nome, sobrenome, endereço, RG, CPF, número de telefone entre outros e os dados sensíveis são aqueles que revelam a condição sexual, racial, genética, condições de saúde do indivíduo, filosófica, política, filiação organização religiosa ou a sindicato, étnica e racial (Mulhorlland, 2018).

A Lei nº 14.289 de 2022 torna obrigatória a manutenção do sigilo dos pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Portanto, torna-se vedado aos agentes públicos ou privados, bem como aos planos privados de assistência a saúde, nos âmbitos da saúde, locais de trabalho, estabelecimentos de ensino, segurança pública, administração pública, mídia, entre outros, a divulgação de informações que identifiquem os pacientes portadores da infecção – também, tal obrigatoriedade recai sobre todos os profissionais que trabalham no âmbito da saúde, de modo que os serviços nas unidades de saúde serão organizados a fim de não identificar os portadores pelo público geral. Por fim, o sigilo profissional somente poderá ser quebrado em casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa da pessoa com o vírus (Brasil, 2022).

Embora tendo a não divulgação dos dados sensíveis de saúde pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a nova Lei de 14.289/22 não traz novidades, mas pontua um cuidado especial e específico por meio da necessidade de análise e revisão dos procedimentos e processos nos Recursos Humanos e Judiciais que abrangem os dados para atualização. Da mesma forma, esta nova lei traz para os estabelecimentos de ensino atualização minuciosa com intuito de preservação dos alunos portadores da infecção e de suas informações (Brasil, 2018, 2022).

Sobre o sigilo judicial, a lei no Art. 5º também prevê o sigilo da informação em inquéritos ou processos judiciais que algumas das partes seja uma pessoa que possua a soropositividade da infecção. E que caso não seja possível em julgamento manter o sigilo das

informações, as sessões serão acessíveis somente às partes interessadas (Brasil, 2018, 2022; Athias; Santana; Lima, 2024).

A lei, ao descumprimento de suas determinações, impõe ao infrator sanções que são previstas no Art. 52 da Lei nº 13.709, e, por meio do Art. 927 da Lei nº 10.406 do Código Civil, sanções administrativas de indenização por danos morais e materiais à vítima com agravamento de caso de dolo. E em situações que as informações forem divulgadas em razão do cargo ou profissão que ocupam, a preservação do sigilo aos dados estão obrigados, e ficando essa divulgação caracterizada como intencional, e causando algum dano ou ofensa, as penas de suspensão de atividades ou penas pecuniárias que são previstas na Lei nº 13.709 no Art. 52 serão em dobro. Desta forma, são aplicadas a atuações da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e na LGPD sanções administrativas (Brasil, 2018, 2022).

A multa decorre do descumprimento da lei, sujeito o agente público ou privado às punições previstas na Lei Geral de Proteção de Dados LGPD — Lei nº 13.709, de 2018 e suas demais sanções administrativas, bem como a indenização à vítima por danos morais e materiais conforme Lei nº 10.406 de 2022 do Código Civil. Conforme as penalidades previstas na Lei de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), se ficar caracterizado que a divulgação das informações foi intencional, ou seja, com a intenção de ofensa ou dano, as aplicações serão em dobro (Brasil, 2022).

2.3.5 Limites da confidencialidade

Na vida humana, em seu cotidiano, estão implícitas várias ocorrências, fatos e atos que muitas vezes necessitam ser mantidos em segredo para proteção individual. Na saúde não é diferente, o que implica maior responsabilidade dos profissionais que são regidos pelos códigos de ética e postulados morais à proteção do sigilo (Sales-Peres, 2008).

O sigilo, na maioria dos Códigos de Ética profissionais, é um dever de *prima facie* de todos os profissionais e suas instituições. No entanto, não pode haver regras sem exceção. O dever *prima facie* é uma obrigação que deve ser cumprida, a não ser que conflite, como outro dever igual ou maior, em uma situação particular. Não obstante, podem existir situações que podem constituir exceções para manutenção do sigilo, uma vez que pode estar associado ao risco de vida ou a um benefício social que poderia ser conseguido (Brasil, 2008; Minas Gerais, 2007).

O sigilo é um dever do profissional e direito do paciente, sua garantia possibilita a individualidade e a autonomia. Representa uma proteção contra as pressões externas no meio social, cabendo somente ele tomar decisões sobre seu efetivo sigilo (Villas-Bôas, 2015).

O sigilo possui exceções. Aconteceu um caso ocorrido em 1969 chamado de Tarasoff, em que um estudante chamado Prosenjit Poddar, um universitário da Califórnia, matou a colega Tatiana Tarasoff, tendo ele relatado, dias antes ao doutor Lawrence Moore, a sua intenção no atendimento no *campus*. Esse profissional buscou ajuda dos seus superiores, alertando o risco e se poderia quebrar o sigilo, no entanto foi orientado a não o fazer. O homicídio foi realizado e a família obteve ganho de causa (Villas-Bôas, 2015).

Podem também acontecer situações em que o sigilo profissional pode se opor à requisição da instituição por um motivo legítimo, como o que ocorreu entre os anos de 1830 e 1836. Ocorreu um movimento francês revolucionário no qual os monarquistas solicitaram ao hospital de Paris o nome dos insurgentes que foram acolhidos pelo hospital. Foi respondido pelo responsável na época “Eu não vi no meu hospital nenhum insurgente, vi somente feridos” (Sampaio; Rodrigues, 2014).

Os profissionais da saúde são os portadores das informações pessoais dos pacientes e as mesmas não devem ser divulgadas a não ser com autorização – exceto em algumas circunstâncias excepcionais previstas em lei e pontuadas pela ética como, por exemplo, a notificação compulsória (Villas-Bôas, 2015).

Sempre que várias pessoas possuem o acesso a determinadas informações de uma pessoa que seja de caráter sigiloso, ou de anonimato, ou algo relacionado à intimidade, tem-se uma perda de privacidade. No entanto, há duas situações relacionadas a essa informação: quando alguém tem acesso a uma informação que é protegida, sem o consentimento da pessoa, ocorre uma violação da privacidade; agora, quando alguém em quem foi depositado o segredo em confiança o revela sem a autorização, quebra o direito de confidencialidade (Loch, 2003).

A legislação abrange a confidencialidade em fatos que o profissional é intimado a depor em juízo, no entanto, mesmo nessas situações, ele pode alegar a responsabilidade em resguardar o segredo. Podem, no entanto, ocorrer ocasiões em que o juiz pode solicitar a revelação da informação, assumindo a responsabilidade e contrariando o Código de Ética profissional. Isso deve estar adequadamente registrado nos autos do processo de forma clara, não caracterizando, assim, uma quebra, mas uma exceção, que ocorre também quando o paciente possui uma doença contagiosa e se faz necessária uma notificação. Embora ocorram

essas situações, é importante que fique clara a lealdade ao paciente mesmo após seu óbito ou quando se encontrar inconsciente (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011; Villas-Bôas, 2015).

A quebra da confidencialidade e sua fundamentação baseiam-se no princípio de justiça dependendo de cada caso em particular. Existem duas linhas de justificativas: blindagem débil e blindagem forte. A blindagem débil pontua que o sigilo é uma responsabilidade de *prima facie*, podendo ser violado quando outros direitos essenciais entram em conflito, situação que os que representam a justiça podem determinar. A blindagem forte, por sua vez, aponta que a quebra do sigilo pode acontecer apenas devido a motivos específicos profissionais como, por exemplo, a saúde, para salvaguardar terceiros. Nas duas situações, a guarda do segredo é uma obrigação legal e sua quebra é legitimada apenas em casos de extrema exceção. Assim, sua exceção, na segunda situação, configura-se na preocupação pela proteção da população e, na primeira, na preocupação com o bem-estar social e público (Loch, 2003).

Usando a teoria principalista, para fundamentação de forma ética, temos quatro condições para a quebra de confidencialidade: (1) a primeira diz respeito ao princípio da não maleficência – se ocorrer uma probabilidade grande de acontecer algum dano físico a alguém, estaria justificada; (2) a segunda diz respeito ao princípio da beneficência – quando um provento pode advir da quebra de sigilo; (3) o terceiro princípio diz respeito à autonomia – depois de terem sido esgotadas todas as oportunidades possíveis, seria a última tentativa; (4) a quarta condição, enfim, diz respeito ao princípio da justiça – quando uma decisão puder ser usada em outras ocasiões, tendo as mesmas características, independentemente da classe social do indivíduo. Outras situações são: perícia odontológica, notificação compulsória de doenças infectantes, revelação de algo sigiloso ao responsável pelo incapaz (Sales-Peres *et al.*, 2008).

Nas informações em saúde, é o paciente que decide quais informações podem ser contadas, não o profissional de saúde. Existem limites éticos para o rompimento da confidencialidade, e tais limites, externos às normas do sigilo profissional, são preconizados por obrigações legais: doenças transmissíveis, violência, notificação compulsória, abuso infantil, lesões por agressão. Podem também ocorrer intervenções de planos, notificação compulsória de algumas doenças transmissíveis, as lesões por agressão ou por violência e as suspeitas de abuso infantil (Sales-Peres *et al.*, 2008).

Ética e legalmente falando, a confidencialidade e a privacidade dos dados não são questões absolutas, pois sua quebra pode ocorrer com a autorização do paciente ou de alguém que o represente de forma legal, ocorrendo por existir uma justa causa ou dever legal. Conforme a legislação, o sigilo pode ser quebrado quando: o dono do segredo consente, quando o confidente o exige ou até mesmo quando o bem comum reivindique. Pode ser

violado quando for uma declaração de nascimento, em casos de casamento, quando se quer evitar patologias que possam passar para seus descendentes, na notificação compulsória para declaração de doenças, algum acontecimento que seja delituoso previsto em lei, caso de crueldade a menores, casos de abortos realizados por profissionais, nas perícias de livros hospitalares e médico-legais (Villas-Bôas, 2015).

Na área dos cuidados com a saúde, há algumas exceções justificadas e conhecidas aos direitos de confidencialidade. Apesar de ser um dever fundamental (*prima facie*) do médico, não se constitui em obrigação absoluta. Limites externos às regras do sigilo profissional estão expressos por obrigações legais dos médicos, como a notificação compulsória de algumas doenças transmissíveis, as lesões por agressão ou por violência e as suspeitas de abuso infantil. Há dois tipos de situações relacionadas à revelação de uma informação: quando uma pessoa é confidente, pode descumprir os direitos da confidencialidade quando ocorre a autorização expressa do informador, prevenindo a quebra da confidencialidade e da privacidade (Loch, 2003).

O sigilo, no âmbito jurídico, está associado aos direitos da privacidade e aos direitos constitucionais da intimidade. Nos Direitos Humanos, é conhecido como ordenamento pátrio e, nas legislações constitucionais, como códigos deontológicos. As exceções para a quebra do sigilo são: notificação compulsória, riscos de vida para os outros e para si, maus-tratos a vulneráveis ou incapazes (Villas-Bôas, 2015).

Existem algumas exceções na área dos cuidados em saúde que são justificadas e caracterizadas aos direitos da confidencialidade. Embora seja um dever a guarda do segredo, não é uma obrigação absoluta, pois existem limites às regras que são caracterizados como obrigações legais dos profissionais de saúde como: violência, suspeita de abuso infantil, lesões por agressão e doenças de notificação compulsória que são transmissíveis. Ainda ocorrem casos de médicos nas Forças Armadas ou os que trabalham em instituições que têm duplo compromisso com seus patrões e com seus pacientes (Loch, 2003).

Diante de situações que envolvam maus-tratos, risco de vida para si ou para outras pessoas, podendo ser suspeitas ou comprovadas, doenças de notificação compulsória, o Código de Ética do Assistente Social prevê que, quando a situação for de gravidade, que envolva ou não um fato delituoso, ou traga prejuízos a terceiros, à coletividade, ou mesmo ao interesse do usuário, o assunto pode ser revelado estritamente se necessário (Villas-Bôas, 2015).

Outra exceção na lei é o Art. 269 do Código Penal, que coloca como omissão de notificação de doença ao médico que deixar de notificar uma doença à autoridade pública.

Esse dever também está estendido a todos os profissionais de saúde. A pena é detenção de seis meses a dois anos e multa (Przenytk;: Lacerda; Chamma, 2011).

Em determinados casos, a violação do sigilo pode ser considerada uma obrigação legal quando o médico deve compartilhar informações à autoridade. O Art. 73 do CEM aponta que ao médico é vedado revelar informações no exercício de sua profissão, salvo por algum motivo justo no qual teve consentimento por escrito ou por dever legal. Um exemplo é a violação do sigilo devido aos maus-tratos a adolescentes ou a crianças. Pode acontecer também ao informar uma doença infecciosa, procurando proteger o público do perigo (Lettieri *et al.*, 2021).

A perda do sigilo pode ser o resultado de vários fatores não somente relacionados a obrigações legais e de trabalho, tais como: negligência do profissional de saúde ou da própria instituição, ou uma terceira pessoa como os planos de saúde que solicitam informações para garantir um serviço de melhor qualidade. Embora a confidencialidade seja um forte vínculo, não caracteriza como uma obrigação absoluta. O problema ético que se implica é definir a justificativa para ruptura do sigilo (Loch, 2003; Sales-Peres *et al.*, 2008).

A quebra do sigilo pode acontecer em situações que tenham gravidade com envolvimento ou não de circunstância delituosa que possa levar prejuízos ao indivíduo ou à coletividade. Portanto, pode ocorrer quando envolve risco de vida para outra pessoa ou para o próprio usuário; em casos suspeitos ou comprovados de maus-tratos a adolescentes e a crianças; e também em doenças de notificação compulsória (Villas-Bôas, 2015).

Existem leis que salvaguardam a imagem, a vida privada, a privacidade e a identidade do indivíduo. Quando ocorre a violação de direitos, o profissional que violou responderá legalmente por realizar tais ações de forma análoga àqueles que publicam imagens dos usuários nas redes sociais, uma vez que responderão pelos atos e pelo dano causado, além da quebra do sigilo profissional, sendo a pena de três meses a um ano de reclusão ou multa (Martorell; Nascimento; Garrafa, 2016).

Outra situação legal é concernente aos maus-tratos contra o adolescente e a criança, pois devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar. Da mesma forma, no Estatuto do Idoso, uma vez que será realizada uma coleta de dados minuciosa para investigação. Outra forma são as doenças de notificação compulsória que constam na Portaria nº 1.271/2014 – não comunicar aos órgãos competentes é delito penal. Ainda, no Art. 269 do Código Penal – o médico não denunciar a doença às autoridades públicas, sendo uma notificação compulsória, tendo detenção de seis anos e multa. Outra forma de quebra de sigilo

é a solicitação judicial do prontuário e a defesa do profissional Resolução CFM nº 1.605/2000 (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011; Villas-Bôas, 2015).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no Capítulo 4, Dos Deveres, Art. 29, prevê que é dever manter sigilo sobre os fatos sigilosos que possui conhecimento em razão da atividade profissional (Brasil, 2008). A penalidade no Código Penal Brasileiro aos que revelam, sem justa causa, um sigilo que deveria manter e cause dano a outrem está no Art. 154: pena com detenção de três a um ano ou multa (Salles-Peres *et al.*, 2008; Scarton, 2019). O Art. 2º prevê que deve ser rigorosamente respeitado o sigilo profissional dos pacientes com AIDS, mesmo aqueles que não desejam que sua situação seja divulgada para os familiares, mesmo após a sua morte, persistindo a proibição. No entanto, a violação do sigilo pode acontecer quando for expressa sua autorização ou por algum dever legal como: preenchimento de atestado de óbito e notificação sanitária, ou por motivo de proteger a vida de terceiros, como grupos de uso de drogas endovenosas, parceiros sexuais e quando o paciente se recusa a informar sua condição de positividade (CFM, 2003). Assim, o paciente deve ser estimulado a informar a seus comunicantes sexuais sua condição, evitando, assim, a quebra de sigilo, no entanto essa violação somente ocorrerá se persistir em uma conduta resistente, colocando em risco os outros (Villas-Bôas, 2015).

A quebra do sigilo, pela teoria principialista, pode acontecer em quatro situações gerais: (1) com base no princípio da beneficência, quando a violação do sigilo pode resultar em um benefício; (2) com base no princípio da não maleficência, quando pode ocorrer algum dano físico sério a uma pessoa com alta probabilidade de acontecimento; (3) depois de terem sido esgotadas todas as condutas possíveis ao princípio da autonomia e ter o último recurso; (4) por base no princípio da justiça, quando pode ser utilizada a mesma decisão para vários casos para situações iguais (Loch, 2003; Scarton, 2019).

O Art. 229 do Código Civil pontua que o profissional pode ser obrigado a testemunhar sobre um fato tendo a profissão como a guarda do sigilo. O Código Penal, no Art. 207, prevê que o depoimento, em razão da profissão, é proibida, salvo se a parte interessada desobrigar. No Art. 207, o Código Processual aponta que as pessoas, em razão de sua função, ofício, profissão, ou ministério são proibidas de depor, devendo guardar os segredos, sendo desobrigadas se a parte interessada quiser dar seu testemunho (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

No Art. 82, o Cepe informa que a violação do segredo tem exceções. Uma delas é se ocorreu um crime, que deve ser relatado quando o paciente não for apresentado a métodos criminais. A omissão é crime, pois não comunicar às autoridades um fato que tem ciência

devido ao exercício é crime de ação pública, não colocando o paciente em exposição. O descumprimento possui uma pena de multa. De igual modo, o segredo pode ser rompido se o crime for de ação pública, ou seja, não precisa da reclamação da vítima. Embora o Cepe pontue que o segredo possa ser revelado por ordem judicial, o Art. 207 do Código Penal e o Art. 229 do Código Civil pontuam que nem por ordem judicial devem ser revelados os segredos adquiridos em exercício da profissão. No Código de Ética da Enfermagem, no Art. 82, no § 3º, se chamado para depor, o profissional deve apresentar-se perante a autoridade e expor que está impedido de revelar o sigilo (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

Em todos os acontecimentos, sejam eles formais, informais e legais, que possam interferir no sigilo dos profissionais, os mesmos devem ser considerados com muita cautela, pois, por trás das informações confiadas, existe um ser que possui uma história que deve ser respeitada em todos os aspectos (Villas-Bôas, 2015). Se menor de idade, § 4o do Art. 82, o Cepe informa que o sigilo profissional deve ser mantido, tendo o menor a capacidade de discernir, não podendo ser revelado aos pais ou aos responsáveis, mesmo se solicitados. A exceção é em casos de riscos ou de dano a si (Prenyczka; Lacerda; Chamma, 2011).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O trabalho será uma revisão integrativa da literatura das publicações sobre HIV/AIDS com enfoque no sigilo, na confidencialidade e na privacidade das informações, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO. Passou por seis fases: (1) identificação do tema da pesquisa; (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão; (3) seleção dos estudos; (4) categorização dos trabalhos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados; (6) apresentação das informações e síntese de conhecimento.

A pesquisa é uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa, buscando analisar as produções científicas relacionadas ao HIV/AIDS e ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações. Esse tipo de estudo caracteriza-se pela união da síntese de vários estudos com seus respectivos resultados sobre um determinado tema, com seus diversos métodos, com o propósito de orientar práticas com base em evidências científicas (Amaral *et al.*, 2017). A revisão integrativa será realizada por meio de busca e de análise dos conhecimentos produzidos em artigos sobre: por que as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) não aderem à Atenção Básica?

A investigação apresenta a partir da abordagem qualitativa exploratória com finalidade da ética descritiva e método dedutivo. Optou-se por realizar uma abordagem qualitativa, pois os problemas éticos do fenômeno investigado encontram-se no universo de crenças, aspirações, valores, atitudes e significados. Portanto, por meio das pesquisas qualitativas, procura-se entender esses fenômenos e suas relações, o que dificilmente pode ser descrito em uma abordagem quantitativa.

A revisão integrativa possui muitas finalidades, podendo ser utilizada nos mais diferentes conceitos, métodos e revisões. Procura-se, a partir dela, sintetizar os assuntos de forma abrangente, ordenada e criteriosa, procurando melhor fornecer os conhecimentos para um problema de pesquisa (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014). A revisão integrativa permite analisar e discutir dados referentes a um determinado assunto nos mais variados lugares, permitindo realizar mudanças na prática (Silva-Junior; Araújo; Nascimento, 2017).

3.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os descritores são da BVS, tendo sido a busca realizada em seu *site* através de chaves de busca. As relações de cada palavra, com os operadores booleanos OR, AND e NOT, é que palavras e termos de cada conjunto indicam um resultado na busca.

Quadro 1 - Palavras-chave

Palavras-chave	
Adesão pacientes HIV	Hiv patient adherence
Atenção Primária	Primary attention
Bioética	Bioethical
Confidencialidade	Confidentiality
Enfermagem	Nursing
Privacidade dos dados	Data privacy
Privacidade do paciente	Patient privacy
Profissionais de Saúde	Health professionals
Problemas éticos	Ethical problems
Problemas bioéticos	Bioethical problems
Saúde da Família	Family Health
Segredo	Secret
Sigilo	Secrecy
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Fonte: A autora.

As palavras-chaves são termos que são escolhidos para resumir os principais temas de um dado trabalho de forma a identificar as ideias principais. Os descritores servem para organizar de forma hierárquica os termos conforme área e terminologia para facilitar dados e localizações (Brandau; Monteiro; Braile, 2005). Encontram-se separados para visualização por motivos didáticos.

3.3 DESCRITORES (DECS/MESH)

Quadro 2 - Descritores

Descritores	
Atenção Básica de Saúde	Primary Health Care
Atenção primária à saúde	Primaryhealthcare
Bioética	Bioethics
Confidencialidade	Confidentiality
Enfermeiras de Saúde da Família	Family Health Nurses
Estratégia Saúde da Família	Familyhealthstrategy
HIV/AIDS	HIV/ AIDS
Pacients	Pacientes
Privacidade dos dados	Data privacy
Privacidade do paciente	Patientprivacy
Saúde da família	Familyhealth
Sigilo	Secrecy

Fonte: A autora.

3.4 CHAVE DE BUSCA

Quadro 3 - Chave de busca

Chave de busca	
Chave 01	(HIV) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (ética) OR (ethics).
Chave 02	(Síndrome de imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (ética) OR (ethics).
Chave 03	Portal BVS - (HIV) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (bioética) OR (bioethics).
Chave 04	(Síndrome da imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (bioética) OR (bioethics).
Chave 05	(síndrome da imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy).

Chave 06	Portal BVS - (síndrome da imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy).
Chave 07	Portal BVS - (HIV) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy) AND (ética) OR (ethics).
Chave 08	Portal BVS - (síndrome da imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy) AND (ética) OR (ethics).
Chave 09	Portal BVS - (HIV) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy) AND (bioética) OR (bioethics).
Chave 10	Portal BVS - (síndrome da imunodeficiência adquirida) OR (AIDS) AND (Pacientes) OR (Patients) AND (Recusa do paciente ao tratamento) OR (recusa ao tratamento) OR (treatment refusal) AND (estratégia saúde da família) OR (family health strategy) AND (bioética) OR (bioethics).
Chave 11	Portal BVS - (Pacientes) OR (paciente) OR (patient) AND (HIV) OR (vírus da Aids) AND (Confidencialidade) OR (sigilo) OR (privacidade dos dados do paciente) OR (segredo) OR (confidentiality).
Chave 12	(HIV) OR (vírus da Aids) AND (Confidencialidade) OR (sigilo) OR (privacidade dos dados do paciente) OR (segredo) OR (confidentiality) AND (Pacientes) OR (paciente) OR (patient).
Chave 13	(Atenção primária à saúde) OR (atenção básica à saúde) OR (primary health care) AND (Confidencialidade) OR (sigilo) OR (privacidade dos dados do paciente) OR (segredo) OR (confidentiality) AND (HIV) OR (vírus da Aids).
Chave 14	(Atenção primária à saúde) OR (atenção básica à saúde) OR (primary health care) AND (Confidencialidade) OR (sigilo) OR (privacidade dos dados do paciente) OR (segredo) OR (confidentiality) AND (HIV) OR (vírus da Aids) AND (bioética) OR (bioethics).
Chave 15	(Bioética) OR (bioethics) AND (Confidencialidade) OR (sigilo) OR (privacidade dos dados do paciente) OR (segredo) OR (confidentiality) AND (HIV) OR (vírus da Aids) AND (Pacientes) OR (paciente) OR (patient)
Chave 16	SciELO - (Bioética) AND (Atenção Básica de Saúde) OR (privacidade dos dados do paciente) AND (HIV) OR (Vírus da Aids).

Fonte: A autora.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão: livros e artigos nos últimos cinco anos (2013-2022), em idiomas português e inglês, periódicos na íntegra, de modo *online* e de forma gratuita.

Critérios de exclusão: artigos não relacionados ao tema que estiverem fora do corte temporal e artigos em outros idiomas. O corte temporal foi colocado a partir de 2013 para conseguir buscar as informações que ocorreram na história da Saúde Pública no Brasil.

3.6 IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

A primeira escolha foi relacionada aos critérios de inclusão e de exclusão em livros e em artigos publicados nos últimos cinco anos e nos idiomas português e inglês, além de periódicos na íntegra, *online* e de forma gratuita. Após, foi realizada uma busca nos bancos de dados, e todos os artigos que considerei que possuíam alguma familiaridade com o tema foram selecionados pelo título – os que não atendiam este critério foram descartados.

Os artigos foram colocados em um arquivo de Word, cada qual com suas respectivas chaves de busca e, ao mesmo tempo, foram tabulados através do *software* Excel em planilha, separados por: ano, revista, página, base de dados, título, autor, *link* do artigo, para facilitar a contagem e as repetições. Num segundo momento, foram lidos os resumos e as conclusões e, destes, foram analisados os que atendiam a pesquisa – os que não atendiam foram, de igual modo, descartados. No terceiro momento, foi realizada a leitura dos textos na íntegra – os que não estavam em conformidade com a proposta foram descartados.

Com os artigos selecionados, foram realizadas, de forma minuciosa, a leitura e a análise com o objetivo de explorar e de interpretar o seu conteúdo. Dos artigos encontrados, foram excluídos os que não estavam disponíveis gratuitamente, os que foram publicados há mais de cinco anos e os que não abrangiam pesquisas voltadas a seres humanos.

3.7 CRONOGRAMA

A pesquisa foi desenvolvida em seis etapas, distribuídas em 12 meses de trabalho, para pesquisa integrativa, como segue:

- 1ª etapa: coleta de dados por meio de artigos científicos necessários à estruturação do trabalho;
- 2ª etapa: elaboração do método para construção da pesquisa;
- 3ª etapa: leitura sistemática dos artigos científicos para a revisão integrativa;
- 4ª etapa: tratamento dos dados, sistematização e análise das informações;
- 5ª etapa: crítica do trabalho a partir de sua apresentação a várias pessoas;
- 6ª etapa: redação final do relatório, incluindo, revisão do texto.

Quadro 4 - Cronograma

Etapas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Etapa	x	x	x	X								
2 Etapa			x	X	x							
3 Etapa						x	x					
4 Etapa							x	x				
5 Etapa								x	x			
6 Etapa										x	x	x

Fonte: A autora.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, serão seguidas as normalizações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados pela abordagem epistemológica da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que é um conjunto de técnicas para verificação de hipóteses ou de questões, buscando compreender de forma mais profunda os conteúdos apresentados (Piana, 2009). A técnica de pesquisa Análise de Conteúdo, defendida por Bardin (2011), se estrutura em três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material, categorização ou codificação; (3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Após coletados, os dados obtidos foram codificados, categorizados e avaliados pelas etapas de Bardin através da Análise de Conteúdo, a qual é baseada na contagem da frequência da aparição de características dos conteúdos das mensagens analisadas. É uma descrição objetiva, descritiva, sistemática e qualitativa dos assuntos (Bardin, 1977; Villela; Taquete; Borges, 2020).

Dessa forma, através do referencial teórico, por meio da revisão integrativa, objetiva-se a síntese de conhecimento através da pesquisa em bibliografias, visando à obtenção de conhecimento sobre o objeto de pesquisa de forma a analisar e a identificar o marco teórico que conduzirá o trabalho (Villela; Taquete; Borges, 2020).

Os dados foram organizados em duas tabelas, de acordo com os critérios de análise escolhidos para a revisão: (1) dados bibliográficos, (2) título, (3) objetivos e (4) metodologia. Em seguida, buscou-se extrair – das seções referentes aos resultados e às discussões/conclusões dos trabalhos que compuseram a amostra final – as informações relativas ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações dos pacientes e sua adesão à Atenção Primária de Saúde. Após extraídas essas informações, procede-se com uma análise criteriosa dos conteúdos, buscando identificar elementos convergentes e divergentes, isto é, buscando identificar o que havia de comum entre os estudos e o que havia de particular em cada um deles. Com base nessa análise, procede-se com uma síntese integrativa das informações, organizadas na seção de resultados da presente pesquisa.

A partir dos dados coletados, foi possível a elaboração dos fichamentos, dos resumos e das resenhas para seleção de material para revisão bibliográfica proposta. Os apontamentos dos textos que serão utilizados serão os que apresentarem relação com a adesão e a não adesão das PVHIV à Atenção Básica.

O trabalho de pesquisa, nesse sentido, aponta elementos indispensáveis para raciocínio demonstrativo, buscando, então, um volume de fontes suficientes para cumprir essa tarefa, seja

ela com intuições e raciocínio do pesquisador. Portanto, aprendemos a procurar as fontes, os livros e os materiais científicos que utilizamos em nosso trabalho (Severino, 2007).

A escolha dos documentos foi, *a priori*, para a constituição do *corpus*, que é o conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin, 1977). O *corpus* teve critérios conforme a análise de Bardin, com exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Neste caso, foi realizado a separação de forma exaustiva os documentos relacionados ao problema de pesquisa – os que foram descartados não estavam em conformidade ao tema e objetivo.

Os cinco artigos que foram selecionados, isto é, que tiveram os temas relacionados ao objetivos, serão analisados na Análise de Conteúdo.

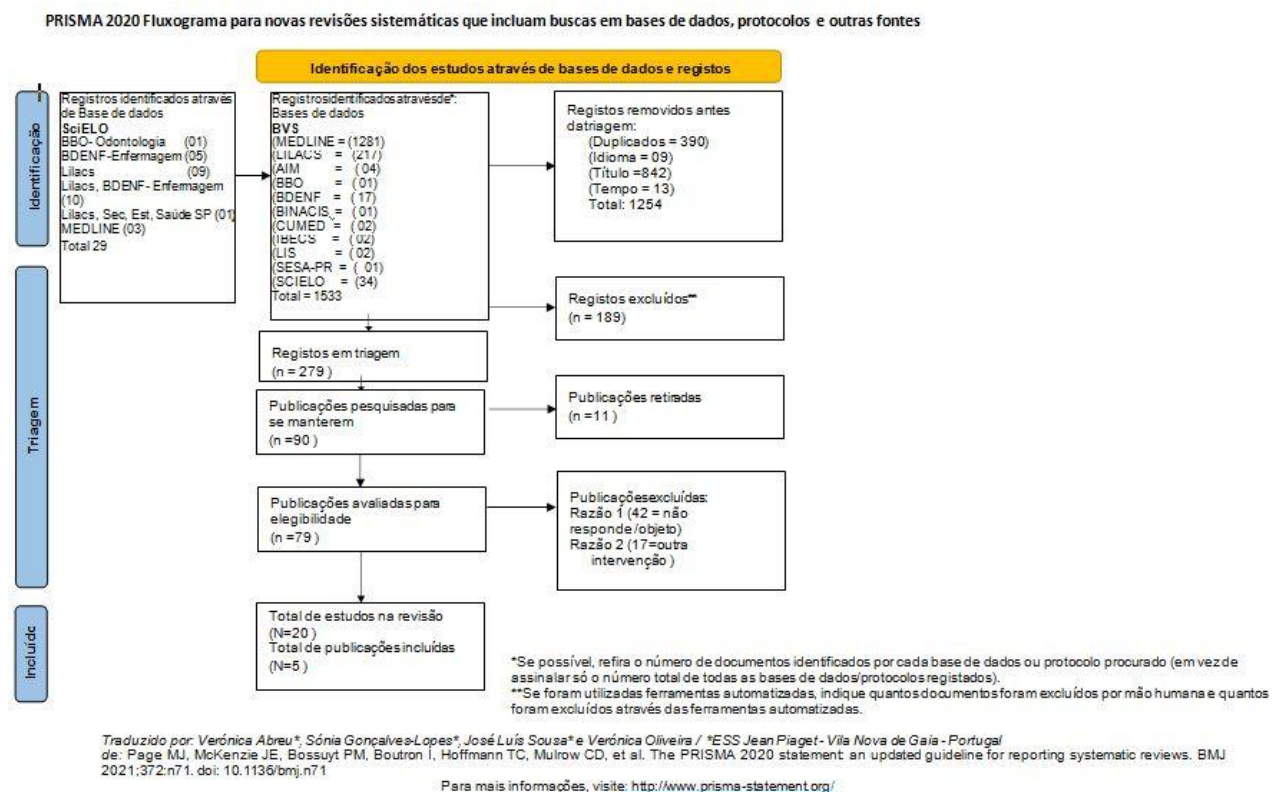
A preparação do material passou pela organização do material, os artigos colhidos, identificação dos documentos com relação à sua fonte.

Fase de codificação, análise do *corpus* e selecionar trechos dos textos para análises. Para Bardin, é uma transformação de dados brutos em recortes que permite ser representada pela Análise de Conteúdo.

Por meio desta pesquisa e do estudo das fontes, o tema será contextualizado: o impacto da quebra do sigilo pacientes portadores de HIV/AIDS e sua não adesão à Atenção Básica de Saúde. A seleção dos dados obtidos, conforme a metodologia proposta anteriormente, resultou em 05 (cinco) artigos que apresentaram o conteúdo relevante ao tema proposto, os 05 (cinco) indexados na BVS foram encontrados também na base de dados da SCIELO. Todos os artigos selecionados tiveram abordagem qualitativa e, dentro do total de artigos selecionados, 04 (quatro) foram em forma de pesquisa de campo e 01 (um) artigo uma revisão integrativa. O ano que mais apresentou maior número de publicações sobre o tema proposto foi o ano de 2017 com (05) cinco artigos.

Na figura 1, estão descritos os números de periódicos encontrados, analisados, excluídos, duplicados, além dos periódicos completos utilizados, avaliados para elegibilidade.

Figura 1 - Fluxograma de seleção das produções com Aplicação dos Filtros nas Bases de Dados



Fonte: A Autora.

No Quadro 5, estão descritos os estudos utilizados e separados por autores e por anos de publicação, bem como título do artigo, tema, base de dados dos periódicos e da revista, volume e página.

Quadro 5 - Publicações analisadas na revisão integrativa, ordenadas conforme citação nas categorias

Autor(es)	Título	Tema	Periódico (base de dados)	Vol. (n)
1 Fernada Esmério Pimentel e colaboradores – 2020	Percepções de pessoas que vivem com HIV/Aids sobre o cuidado oferecido na atenção básica	Conhecer as percepções de pessoas que vivem com HIV sobre o cuidado oferecido na atenção básica	Revista: Enfer. Atenção a Saúde BVS/SCIELO	9 (2)
2 Daniely Sciarotta e colaboradores –	O segredo sobre o diagnóstico de HIV/AIDS na	Analisar a experiência da descentralização	Revista: Interface BVS/SCIELO	25 e200878

2021	Atenção Primária à Saúde	do cuidado das pessoas que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro com ênfase no sigilo		
3 Eduardo Alves Melo e colaboradores – 2021	Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: Reconfigurações na rede de atenção à saúde?	Analisar a experiência da descentralização do cuidado das pessoas que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro	Cad. Saúde Pública BVS/SCIELO	37 (12)
4 Morgana Salvadori e Giselda Veronice Hahn 2019	Confidencialidade médica no cuidado do paciente com HIV /aids	Abordar a confidencialidade no cuidado às pessoas com HIV.	Revista bioética (impr.). BVS/SCIELO	27 (1): 153-63
5 Camila Moraes Garollo Piram e colaboradores 2022	Não adesão ao tratamento ou abandono deste entre adolescentes e jovens vivendo com HIV/ aids	Identificar e mapear a literatura científica os motivos da não adesão ao tratamento ou abandono deste entre adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids.	AQUICHAN BVS/SCIELO	V2 OL. 23 n°

Fonte: A autora.

Quadro 6 - Informações sobre metodologia, objetivos e etnias dos estudos selecionados

Número de artigos	Metodologia	Etnia
01	Pesquisa descritiva e exploratória qualitativa no SAE pacientes HIV/AIDS com 16 participantes	Diversas
02	Investigação qualitativa com médico, agentes comunitários de saúde e usuários HIV/AIDS	Diversas
03	Relato de experiência com base em observações realizadas na atenção primária do Rio de Janeiro estudo qualitativo	Diversas
04	Revisão integrativa da literatura	Diversas
05	Scoping review	Diversas

Fonte: A autora.

5 CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Foram realizadas leituras dos artigos para análises dos dados a partir da técnica Análise de Conteúdo de Bardin; e como resultados de análise, por meio do critério utilizado para codificação, foi a unidade de registro o tema. Chegamos a duas categorias: na primeira, intitulada como “barreiras intrínsecas” e “barreiras extrínsecas” da não adesão à Atenção Básica de Saúde pelos usuários portadores de HIV/AIDS.

Quadro 7 - Fatores/barreiras intrínsecas que dificultam a adesão

Medo da quebra do sigilo	Art.01 pg 81. Tenho medo que eles contêm para alguém (profissionais da AB), Eu não quero que ninguém de lá (AB) saiba. Tem pessoas que não guardaria segredo sobre o que a gente tem, por isso, tenho medo de procurar o posto. Pg 82. O bairro é muito pequeno, tudo pertinho do posto e fica fácil descobrir o que eu tenho. Nunca procurei o posto, porque não pessoas conhecidas, bairro todo se conhece.
Medo da quebra do sigilo	Art.02 – pg 04 ...esse paciente, ele tem pânico da comunidade saber do diagnóstico dele... ...ele (paciente) acha que se ele vier na unidade, algum vizinho , alguém vai ficar sabendo.
Medo da quebra do sigilo	Art. 02 pg 09 ...mas alguns já jogou indiretas ou piadas por insegurança, de achar que as pessoas vão saber, entendeu? Porque mora no mesmo local.
Medo da quebra do sigilo	Art. 04 pg 05 Desconfiança quanto à quebra do sigilo leva usuárias com HIV a não revelar seu diagnóstico aos profissionais da AB.
Medo da quebra do sigilo	Art. 05 pg 12 Medo da revelação sorológica
Medo da falta da privacidade	Art.02 pg 06 Até por causa do protocolo, da forma como as coisas são feitas, sabe? Pega o papel para teste rápido.....Enquanto isso a pessoa está ali sentada na porta...

Medo da falta da privacidade	Art. 02 pg 08 Fulano, seu HIV tá pronto. Passa lá. Vai pegar seu antirretroviral.
Medo da discriminação	Art. 02 pg 05 Ninguém vai querer falar que tem HIV, ainda mais ator, membro do tráfico porque vive uma vida promíscua.....Imagina? O cara esta no auge da popularidade dele com várias mulheres, várias novinhas.....
Medo da falta confidencialidade	Art. 04-pg 05 Revelação do diagnóstico causam constrangimento aos pais

Fonte: A autora.

Quadro 8 - Fatores/barreiras extrínsecas que dificultam a adesão

Não reconhecimento da Atenção Básica como habilitada ao atendimento do HIV.	Art. 01, pag. 79 Vou ao posto por conta de uma gripe ou coisinha boba. Vou ao posto por coisas simples, como controle da diabetes. Vou ao posto para fazer controle da pressão, preventivos, exames, trocar receitas, coisas comuns. Eu gosto do atendimento do posto, mas não vou para coisas relacionadas ao HIV. O posto é muito bom, gosto da equipe e do atendimento, mas vou para um exame de rotina ou algum encaminhamento para médico de fora, mas coisas do vírus não.
Não reconhecimento da Atenção Básica como habilitada ao atendimento do HIV.	ART. 01 – PG 82 Assim que eu descobri meu diagnóstico, eu procurei a SAE. Quando descobri que estava com essa doença, vim logo para cá (SAE).
Não reconhecimento da Atenção Básica como habilitada ao atendimento do HIV.	ART. 01- 83 Não procurei o posto, porque tudo que eu preciso eu tenho no SAE, tenho nutricionista, dentista, médico psicólogo, aqui é uma unidade completa. Nunca busquei outros serviços d saúde para o HIV, pois o serviço daqui (SAE) é de qualidade. Depois que eu descobri o diagnóstico, eu fiquei sendo acompanhada aqui (SAE) e não procurei outro serviço para cuidador do HIV. Não vou no posto por causa desse vírus, porque, aqui no (SAE), eles me acolheram e a assistência é muito boa, tenho tudo aqui.

Não reconhecimento da Atenção Básica como habilitada ao atendimento do HIV.	Art. 03 pg 04 Pode até fazer fora da área também ...é a mesma coisa, vai fazer um cadastro rápido La no acolhimento ..., passa por uma consulta e vai fazer o teste. E aí você pode escolher e dizer: ... eu não moro na área, mas se caso der positivo eu quero fazer o tratamento aqui.
---	--

Fonte: A autora.

6 ANÁLISE DOS TRATAMENTOS DOS DADOS, QUEBRA DO SIGILO E MEDOS DIANTE DA DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, analiso os dados oriundos dos artigos selecionados na revisão integrativa. Com o objetivo de guiar a análise, organizo, a partir das leituras, os principais medos acerca das implicações diante da divulgação dos dados do paciente, relacionando-os à não adesão ao tratamento. Após exposição do conteúdo dos artigos, traço breve reflexão diante do que eles apontam.

A pesquisa de Pimentel *et al.* (2020) pontuou que, embora os participantes da pesquisa não tenham narrado experiências sobre a quebra do sigilo pessoais, consideram que a Atenção Básica de Saúde é um cenário que possui potencial para a quebra do sigilo e da confidencialidade das informações. Pacientes relataram ter medo de que suas informações sejam quebradas pelos profissionais de saúde, o que prejudica o vínculo entre os profissionais e os usuários. A violação do segredo profissional tornou-se uma barreira, gerando uma dificuldade ao acesso dos cuidados desses usuários devido à preocupação com a discriminação e o estigma. A aproximação com a Atenção Básica lhes causa insegurança e medo de que seu diagnóstico seja revelado. Se os pacientes possuem a percepção de que a Atenção Básica é um cenário perigoso de violação dos dados, precisamos, de forma urgente, reavaliar condutas e ações aos serviços prestados a esse grupo populacional, pois não podemos admitir que um serviço ofertado à população, por direito, não seja utilizado, pois somos nós trabalhadores da saúde que deveríamos salvaguardar esse sigilo.

Em seu estudo, observou que as PVHIV possuem muita preocupação com a violação da confidencialidade devido ao preconceito, à discriminação e ao estigma que a doença traz consigo e ao medo de serem descobertas. Dentre os entrevistados, foi pontuado, nos relatos dos pacientes, que as pessoas são conhecidas e o bairro é muito pequeno. Embora consigam perceber que o tratamento é mais fácil perto de casa, a proximidade os deixa inquietos, pois há riscos para o sigilo dos dados, causando-lhes insegurança a revelação de suas informações.

O medo desses pacientes está relacionado à segurança de suas informações, que são compartilhadas com a equipe de saúde. Eles entendem que é melhor e mais fácil de tratar, pois estão próximos da unidade, porém, o fato de não se sentirem seguros com a informação de seus dados causa uma barreira para a adesão. Embora seu domicílio esteja dentro do território, muitas vezes próximo da unidade, isso não garante qualidade dos serviços prestados, garante que o serviço seja ofertado em uma unidade próxima, no entanto, fora de seu alcance quando não possui garantia da qualidade dos serviços prestados referentes ao sigilo das informações.

Ao longo da linha do tempo até chegarmos na criação do SUS, ocorreram muitos acontecimentos com grandes dificuldades, com lutas que foram travadas para que as demoradas mudanças ocorressem, culminando no SUS que temos hoje. Agora, chegamos ao momento de percebermos que as ações de serviço precisam chegar às pessoas, não somente de forma universal, com equidade e com integralidade, mas com qualidade de assistência a partir da qual possam confiar que seus segredos não serão violados. Isso, mais uma vez, nos remete à reflexão de que o serviço existe, ele está ali ao lado, porém, é necessário que os humanos que prestam serviços tenham um olhar de equipe mais refinado para qualidade do atendimento quando o assunto é sigilo das informações dos pacientes.

Sobre os serviços clínicos de saúde prestados na Atenção Básica, veem como satisfatório, gostam do posto e do atendimento, mas não buscam o serviço quando o problema está relacionado ao HIV. Buscam o serviço para necessidades consideradas por eles mais simples, tais como problemas agudos e crônicos não transmissíveis, no entanto, ao relacionar estes mesmos serviços aos serviços para as PVHIV, desconsideram, subestimando, assim, suas potencialidades e não reconhecendo como um local habilitado para tratar os portadores de HIV.

Se esses pacientes estão vendo o serviço na Atenção Básica como um serviço não habilitado para aderirem e realizar o tratamento, é importante questionar em que estamos sendo insuficientes e o que precisa, de fato, ser modificado na equipe, na unidade, enfim, no serviço, para que as PVHIV enxerguem o serviço como qualificado para aderirem ao tratamento.

O medo da violação do sigilo e da confidencialidade é assustador e, de fato, uma barreira para não adesão à Atenção Básica de Saúde. O Pimentel *et al.* (2020) ainda pontua que há medo de que as informações fossem divulgadas e de que fossem estigmatizados e discriminados, além do falso entendimento de que a Atenção Básica não está preparada para absorver essa demanda dos pacientes PVHIV que só devem procurá-la para serviços de cuidados de ações agudas e clínicas.

A Atenção Básica foi incluída no cuidado partilhado com os serviços especializados de HIV/AIDS no Brasil para melhoria do atendimento, para facilitação de acesso dos usuários e para a criação de vínculos, o que contribuiria para a qualidade de vida das PVHIV. Os serviços especializados continuam e são importantes, no entanto, a Atenção Básica é uma outra forma de cuidado que funciona como suporte, favorecendo a criação de vínculo terapêutico e facilitando a adesão ao tratamento e a redução da transmissão do vírus, bem como a diminuição da mortalidade causada pela doença (Minas Gerais, 2007).

Assim, nesse modelo de Atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos SAE. Outros pontos também são importantes, como os serviços de atenção domiciliar e as equipes de consultório na rua, quando indicado, para compor a rede de atenção. A Atenção Básica favorece o vínculo terapêutico com a PVHIV, promovendo um estilo de vida saudável e avaliando/identificando fatores de risco para outros agravos crônico-degenerativos (diabetes melitus, hipertensão arterial, osteoporose, entre outros). A PVHIV deve ser acolhida sem discriminação, participando ativamente do autocuidado, o que facilita a adesão e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para AIDS e reduz a mortalidade pela doença.

Sciarotta e colaboradores (2021) relatam que os pacientes PVHIV possuem temor de que sua privacidade e seu sigilo sejam expostos devido à descentralização do cuidado aos pacientes portadores de HIV para a Atenção Básica, possibilitando que sejam estigmatizados e discriminados. O pânico é tanto que preferem atendimento em outros territórios, mesmo sendo distantes de sua moradia.

Apontam que existem inúmeros motivos pelos quais não querem que seu segredo seja violado, como a imagem que os filhos possuem da mãe que não gostaria de ser prejudicada, relações de trabalho como, por exemplo, a manicure que acredita que perderá seus clientes, o padeiro que tem medo de como será visto, pois manipula alimentos, ou o ator que é membro do tráfico, que possui várias mulheres e tem medo de ser rejeitado em caso de abraços e de troca de palavras.

Nessas conjunturas, embora o público seja o mesmo, o PVHIV, percebemos que os medos que cada um possui são diferentes – cada um possui um determinado tipo de medo. Na fala da mãe, seu medo era de que seus filhos soubessem e tivessem sua imagem prejudicada como matriarca do lar. Na fala da manicure, seu medo é diferente da fala anterior, sua preocupação é voltada inteiramente ao trabalho, o medo de perder suas clientes se souberem que possui a doença, assim como a fala do padeiro, com medo de que os outros saibam que possui o vírus e que manipula os alimentos. O vírus da AIDS não é transmitido pelo pão, muito menos por alguém que o faça as unhas. Sobre o ator que é membro do tráfico, seu medo é de rejeição com falta da palavra e de abraço. A AIDS não se pega por meio de palavras e de abraços. Percebe-se, no entanto, que a sociedade ainda, de forma geral, precisa ser esclarecida sobre a transmissão da doença para que a discriminação e o estigma sejam amenizados.

Melo e colaboradores (2021) mostram um outro fluxo de pessoas vivendo com HIV/AIDS que também preferem acompanhamento em uma outra unidade que ofereça menos

riscos de que seu diagnóstico seja conhecido, pois, conforme os relatos, elas possuem medo de que ocorram violências, expulsão de território, conhecimento dos familiares, dos vizinhos, além de outros que pensam que o especialista infectologista é o profissional mais adequado para assisti-lo. E nos pareceres médicos registrados nas receitas, resultados de exames e encaminhamentos que possam de alguma forma indicar aos ACS o diagnóstico dos pacientes, como na fila da farmácia da UBS para retirada de antirretrovirais. Outros, ainda, nem foram atendidos pela equipe, e estão na coleta de CD4 ou na fila da farmácia da UBS para retirada de antirretrovirais.

Os pacientes portadores da sorologia HIV/AIDS já lidam com muitos dilemas, sejam eles emocionais, sociais, entre outros, em função da doença e, ao chegarem a uma unidade de saúde, deveriam ser acolhidos e bem tratados para se sentirem seguros no serviço conforme a orientação do Ministério da Saúde. Assim, seria possível ter uma melhor qualidade de vida, tendo maior o controle sobre o vírus. Isso nos faz ponderar o quanto ainda precisamos melhorar em nosso comportamento ético, pois os que precisam dos serviços não o aceitam devido a não ética com relação aos dados pessoais de alguém e o quanto de sofrimento produzimos ao ponto de terem que procurar outra unidade que é, às vezes, distante para o tratamento, sabendo que muitos terão dificuldade para deslocamento e, com isso, para o tratamento.

Como nós, enquanto profissionais de saúde, podemos afastar em vez de acolher? Isso é inadmissível! Temos um compromisso com a população, pois trabalhamos para o SUS. É necessário refletir sobre nossa conduta enquanto profissionais para mudar de olhar e para traçar estratégias de busca, em nosso território, para que se sintam acolhidos e seguros.

Salvadori e Hahn (2019), em sua pesquisa de revisão integrativa, observaram que ocorre um problema no sigilo e na privacidade de informações, impedindo as mulheres portadoras de HIV/AIDS na adesão à AB. Nesse contexto, as portadoras da doença que possuem classe social alta preferem ser atendidas na unidade particular para não terem seu nome registrado no sistema de saúde. A adesão das mulheres aos serviços e às ações voltadas para a diminuição da transmissão vertical do vírus depende de assegurar os direitos femininos relacionados à integridade física, à autonomia, à privacidade e a não discriminação, além do consentimento das PVHIV para comunicar aos parceiros o diagnóstico.

Neste contexto, a quebra do sigilo traz uma proporção enorme de problemas, pois as mulheres, em primeiro, não aderem à Atenção Básica, procurando instituições particulares. A adesão delas ao serviço é importantíssima, pois, caso contrário, serão subnotificadas e não teremos a proporção real de números e ações para quebrar a transmissão vertical do vírus. O

medo desse grupo em específico era de serem registradas e de serem reconhecidas, sofrendo discriminação. Outra vez, a não adesão interfere no acolhimento, no tratamento e na transmissão do vírus.

O temor dos entrevistados Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) era ser discriminado se acontece a violação das informações, e a inquietação com a confidencialidade gerou um baixo acesso à testagem em relação aos HSH de classe social mais baixa. O medo desses homens é de serem discriminados como no passado. Infelizmente, ainda no século XXI, a sociedade associa a doença à preferência sexual e, hoje, isso já caiu por terra, pois a doença se espalhou e todos são sujeitos a contrair o vírus, não podendo ser associada aos grupos homossexuais.

O estigma é a marca de um indivíduo, isto é, ele fica marcado perante a sociedade. Seus efeitos são nocivos e podem dificultar a adesão e o tratamento devido ao medo de rejeição social. Os estigmas da homossexualidade e suas várias formas de segregar estimulam a vulnerabilidade do indivíduo, diminuindo sua compreensão sobre seus direitos e sua autoestima. Nesse cenário, o medo de serem estigmatizados gera barreiras de acesso aos serviços de saúde (Cota; Cruz, 2021).

Sobre as crianças positivadas, os profissionais de saúde e os cuidadores não revelam a condição sorológica delas por terem medo de serem estigmatizadas e sofrerem algum dano psicológico. No entanto, ocorreram falhas na manutenção da confidencialidade, ultrapassando limites da equipe dos profissionais e dos cuidadores, chegando até ao vigia da unidade, o que contribui para o estigma dos pacientes portadores de HIV/AIDS na comunidade e na família.

É importante que os limites da confidencialidade sejam delineados entre os profissionais da equipe somente para aqueles que devam saber, evitando o compartilhamento dessas informações pessoais com outros membros que não deveriam ter o conhecimento.

Nos pacientes adolescentes, o diagnóstico é mais restrito à família. É importante entender que o adolescente possui direito de compartilhar seu diagnóstico com quem achar que deva ou não, e que o compartilhamento das informações só pode ocorrer em caso de consentimento ou de risco. A adesão aos testes está estritamente condicionada à não divulgação aos familiares.

O medo da quebra do sigilo ocorre também dos próprios colegas de trabalho que preferem realizar exames em outras unidades devido à falta de confidencialidade e ao estigma. No campo da Tecnologia da Informação e comunicação (TIC), a disseminação de forma eletrônica possibilita a utilização de vários dados, favorecendo a abrangência dos personagens e, simultaneamente, causando uma ilusão de que estão seguras e em anonimato.

No contexto das testagens, ressalta-se a importância da divulgação de que são confidenciais e sigilosas para decisão dos usuários, mas, quando percebem que as unidades não são confiáveis, tendem a não realizar os testes. O medo desses usuários nessa fala implica aos familiares não tomarem conhecimento de que são portadores da doença e as possíveis implicações que precisarão enfrentar. Quanto à testagem, são essenciais para a detecção e o tratamento do usuário, assim como a confidencialidade de suas informações é para os pacientes PVHIV e o quanto sua falta pode acarretar disseminação do vírus e morbimortalidade pela doença.

Garollo Piran e colaboradores (2022) pontuaram em seu trabalho realizado com público jovem que eles possuem medo e vergonha de que sejam expostos sua positividade a doença AIV/AIDS e que essa violação lhes causem danos, levando ao estigma e à discriminação, e dentro desse cenário, a violação de vínculos familiares.

O medo a que esse público jovem se refere é o de serem estigmatizados. O estigma acontece quando são usados elementos de estereotipação, de discriminação e de perda de *status*. A rotulação é um método social pela qual é eleita uma característica empregada a alguém, mesmo que não possua. Ela associa determinado indivíduo a características ofensivas, resultando em um estereótipo, perdendo o *status* e sendo discriminado (Siqueira; Cardoso, 2011).

7 DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou analisar, por meio da revisão integrativa, cinco artigos que se debruçaram sobre a temática da (não) adesão dos pacientes HIV/AIDS à Atenção Básica. A partir da análise dos dados, verificou-se que o medo da violação dos dados foi um fator de maior afastamento do tratamento oferecido pelo SUS. Dentre todos os artigos expostos, percebe-se que o medo da quebra do sigilo implica comportamentos diferentes entre os indivíduos entrevistados. O que, para um, seria o medo de ser descoberto como soropositivo em função da vergonha em relação à família, para outros, seria medo de perder o emprego ou a clientela. Há, ainda, aqueles que sentem medo da perda do contato físico como consequência do estigma da doença.

Encontramos na categorização barreiras intrínsecas e extrínsecas que dificultam a não adesão dos pacientes portadores da doença HIV/AIDS à Atenção Básica. Entre elas, conforme a primeira, medo da quebra do sigilo, falta de privacidade, medo da discriminação, medo da falta da confidencialidade. Entre as barreiras extrínsecas encontramos o não reconhecimento da Atenção Básica como habilitado ao atendimento ao paciente HIV/AIDS.

Nos cinco artigos acima abordados, houve a preocupação com a violação dos dados pelos profissionais de saúde, assim como os dilemas e os sofrimentos que se originam dessa violação. A fala dos entrevistados merece escuta atenta, uma vez que são PVHIV, pessoas que usam e que precisam dos serviços de saúde, no entanto, não conseguem adesão devido ao medo de terem suas informações sigilosas compartilhadas, trazendo prejuízos no tratamento da doença e contribuindo para proliferação do vírus.

É importante pontuar que a história da saúde pública no Brasil em sua linha do tempo perpassou por vários acontecimentos, cada um com seu respectivo cenário, tudo que foi construído até aqui se ergueu a duras penas, por muitas lutas e perdas, para chegar no SUS que temos hoje. O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde permite-nos fazer parte de uma estrutura gigantesca com acesso à saúde universal para todos, no entanto, a importância do olhar bioético dentro desta conjuntura é essencial no que se refere à gestão do sigilo e dos cuidados aos pacientes portadores da infecção.

Percebe-se a necessidade de reflexões éticas sobre o sigilo, confidencialidade e privacidade das informações e o quanto a falta de conduta ética nas relações humanas dos profissionais da saúde é um empecilho para a adesão aos programas estabelecidos pelo governo.

Esta investigação, assim, tem contribuição para área da saúde, sobretudo no que diz respeito ao tema, uma vez que reúne informações acadêmicas a respeito das ações que geram ou não adesão, possibilitando reflexões para formulação de novas orientações para os profissionais da área, trazendo a realidade enfrentada por estes usuários, dando-lhes voz e ajudando na percepção do direito ao sigilo e ao tratamento mais digno.

Devido ao tempo e às condições relativas à pesquisa, que se desenvolveu parcialmente em um contexto de pandemia, houve limitações que, ao mesmo tempo, podem ser desdobradas por outros pesquisadores.

Melo e colaboradores (2021) perceberam que um determinado fluxo de pessoas PVHIV que possui uma relação de acolhimento e de vínculo com a AB se sentem seguras e satisfeitas nesse contexto. Salvadori e Hahn (2019) pontuam sobre as relações horizontais de serviço prestadas pelas ONGs e seu bom resultado sobre a preservação da confidencialidade dos usuários que atendem e o estreitamento de vínculos que facilitam o acesso e diminui a discriminação. Os usuários que são atendidos por essas unidades são: HSH, usuários de drogas injetáveis, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo e imigrantes ilegais.

Nesse contexto, o sigilo é um fator essencial na formação dos vínculos aos serviços de saúde prestados aos pacientes portadores da doença na Atenção Básica, que contribui como uma barreira de acesso dos pacientes PVHIV ao serviço. Os profissionais de saúde possuem um dever ético vital ao desempenhar os serviços de cuidado com respeito às relações bioéticas do cuidado, sendo o compromisso do profissional essencial para a decisão do usuário à adesão ao serviço que mais lhe forneça segurança. Apesar dos inúmeros desafios enfrentados pelos portadores da doença na formação do vínculo, é essencial quebrar as barreiras do medo e da discriminação que são os sentimentos que este público sente. Dessa forma, a AB torna-se um instrumento capaz de fornecer qualidade melhor de vida através da promoção da saúde.

Segundo Sciarotta e colaboradores (2021), devido à descentralização do cuidado das PVHIV para a Atenção Primária de Saúde, ocorre a necessidade de profundas mudanças sociais que consigam permitir enfrentar o estigma da doença, que se torna uma questão primordial para o controle da epidemia. Percebemos que o impacto da adesão à Atenção Básica pode diminuir os índices de morbimortalidade, assim como a transmissibilidade da doença. No entanto, os relatos mostram a importância do cuidado territorial das PVHIV e que o estigma, assim como a discriminação, pode ocorrer em vários tipos de territórios, não somente os físicos, mas também na dimensão existencial. Nesse contexto, há urgência da reflexão dos profissionais de saúde sobre o sigilo, a confidencialidade e a privacidade das informações. Sobre a privacidade, é importante pontuar que é direito dos pacientes PVHA

revelarem ou não seu diagnóstico aos ACS, no entanto, na cidade do Rio de Janeiro, os ACS possuem, assim como outros da equipe, o dever ético da manutenção do segredo ético e profissional, o que causa inquietação sobre a revelação do seu diagnóstico. No entanto, mesmo com o todo o cuidado, os ACS acabam percebendo quem são os soropositivos no território através da ligação das informações, idas periódicas às farmácias, a periodicidade na UBS e conforme as receitas médicas. Embora os ACS sejam um elo muito importante na equipe de saúde, para alguns, são vistos de forma depreciativa como fofoqueiros.

A fofoca possui o objetivo social de informar a reputação de alguém, arruinando sua imagem pública. Nos casos associados ao HIV, sua função é depreciar a imagem social do portador, visto que está associada ao estigma, pois a doença está vinculada, socialmente, ao comportamento. Dessa forma, tendem a ocultar seu diagnóstico na UBS por ser um potencial para fofoca por estar em sua vizinhança.

Diante deste dilema sobre a violação do diagnóstico, usuários e profissionais de saúde usam de algumas táticas de forma a salvaguardar o segredo do HIV, tais como: não realizam o registro do diagnóstico nos prontuários e as visitas domiciliares são mais cautelosas. Em relação às PVHIV, quando precisam de um atendimento, relatam uma sintomatologia de uma doença que não existe ou escrevem no papel HIV para que seu acesso ao médico seja mais rápido. Porém, ocorrem situações de rompimento do segredo do diagnóstico de HIV, quando a PVHIV precisa ser atendida urgentemente devido ao agravamento de seu quadro clínico ou nos resultados de exames, e o médico pode acabar comunicando ao ACS a sorologia do paciente, o que também acontece no atendimento pré-natal.

Melo e colaboradores (2021) apontam que algumas PVHIV preferem os especialistas infectologistas por pensar serem mais capacitados, por medo da violação do sigilo e de sofrerem violências e expulsão. Os autores pontuaram em sua pesquisa que a SMS-RJ por meio de uma nota técnica colocou como escolha de qualquer usuária a unidade de saúde da APS que quisessem ser atendidos, não se restringindo as barreiras do território, exceto para os serviços de atenção domiciliar. Tal permitiu que as PVHIV escolhessem a unidade que gostariam de ser atendidas e acompanhadas, mesmo que fora do seu território. Portanto, o usuário pode escolher em que UBS pode ser atendido e qual equipe na APS, inovando, de forma significativa, o serviço ofertado a esses usuários.

Isso foi uma flexibilização territorial relevante por parte da gestão, visto que está indo ao encontro com a realidade brasileira, diferente de outros países onde o usuário está condicionado ao seu território. Essa flexibilidade lembra as ponderações de Cecílio (2001 *apud* Melo *et al.* 2021), que ressalta que a tecnologia existente nos serviços de saúde deve ser

determinada conforme o indivíduo em seu momento e que a hierarquia de aquisição das tecnologias não é decidida somente pelos técnicos, porém, o são pelas pessoas com suas verdadeiras necessidades.

Portanto, além da importância do acolhimento e do vínculo do usuário aos profissionais de saúde, ao acompanhamento e à adesão ao tratamento, implicações como: a acessibilidade territorial, a insegurança das PVHIV por medo da discriminação e do estigma pelo fato de serem acompanhadas na mesma unidade em que seus familiares e seus amigos devem ser seriamente consideradas.

Salvadori e Hahn (2014) pontuam que o dilema ético da quebra do sigilo do diagnóstico está condicionado ao risco de saúde de terceiros, à necessidade de notificação compulsória ou notificação às seguradoras e ao registro de declaração de óbito. Identificaram, em sua pesquisa, que os profissionais de saúde podem romper o sigilo profissional em casos nos quais o parceiro sexual é colocado em risco. Portanto, quando ocorre o risco de saúde de outrem, é obrigação do profissional da saúde violar o sigilo profissional sempre que ocorra o risco de saúde de um indivíduo, estando sob a lei penal por transmissão do vírus, pois a guarda do sigilo é justificada para salvaguardar a PVHIV dos estigmas e das discriminações sociais e não para colaborar com a propagação do vírus. Entretanto, embora a confidencialidade seja um direito adquirido, ocorrem restrições à autonomia, pois esbarra na integralidade de outros indivíduos, colocando-os em risco de vida. Sendo assim, constitui um dever ético e moral informar o(a) companheiro(a) ou o/a cônjuge sobre a situação.

Ocorre também a dificuldade de muitos médicos de colocarem no registro de óbito a causa da doença devido à exigência de notificação, o que pode envolver a confidencialidade do indivíduo. Em outro aspecto, ocorre também a subnotificação dos dados, levando prejuízos às ações de políticas para o enfrentamento e para o manejo do vírus. O não acolhimento adequado dos profissionais de saúde, por não terem retirado os medicamentos e pelas ausências nas consultas que foram agendas antecipadamente, são fatores que causam abandono do tratamento.

Piran e colaboradores (2022) pontuam sobre o impacto devastador que o estigma causa às PVHIV, tanto no seu bem-estar quanto em sua saúde, pois, além de enfrentar o estigma da sociedade, esses pacientes precisam lidar com os sentimentos de culpa e de vergonha por serem portadores da doença, o que lhes causa depressão, problemas à saúde mental, além de provocar uma exacerbação de sua sensibilidade, dificultando a procura do serviço e, conseqüentemente, a sua não adesão ao tratamento.

Os mesmos autores argumentam também que a distância geográfica existente entre a unidade de saúde e o domicílio, tempo de locomoção, as viagens e o tempo de espera para os atendimentos para a obtenção do medicamento e das consultas, fatores socioeconômicos, escolaridade, ser do sexo masculino, solteiro, condições sociodemográficas, o gênero, uso do álcool, depressão, efeitos colaterais dos medicamentos, são também motivos para não a adesão ao tratamento e abandono do mesmo (Piran *et al.*, 2022).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos que foram apresentados possibilitou inteirar sobre a percepção dos pacientes soropositivos na Atenção Básica e o cuidado que lhes é ofertado. Foi evidenciado que, embora a descentralização tenha sido um processo importante que amplia o acesso físico aos serviços, ela traz consideráveis desafios, como a gestão do sigilo dos cuidados devido à discriminação social e ao estigma, causando um impacto na não adesão destes pacientes à Atenção Básica.

Devido à descentralização do cuidado das PVHIV para a Atenção Básica de Saúde, surgiram algumas lacunas ao atendimento e ao cuidado prestado devido às barreiras da adesão ao serviço, tornando um grande problema para implementar políticas públicas.

Embora para os autores citados em sua pesquisa os usuários do serviço público de saúde – as PVHIV – considerem o Serviço de Atenção Básica relevante e com bom atendimento, entendem que a Atenção Básica é para os casos clínicos, sejam eles agudos ou crônicos, não transmissíveis; já quanto ao atendimento e os cuidados de pacientes PVHIV são da atenção especializada. Entre as barreiras encontradas, estão o medo de que suas informações sejam violadas e propagadas, deixando-os mais ainda fragilizados com a possibilidade da quebra do sigilo e da exposição, devido a privações e ao sofrimento que pode ocorrer pelo estigma e pelas discriminações.

Neste contexto, os pacientes PVHIV possuem medo e insegurança de que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) compartilhem seu diagnóstico com as pessoas da vizinhança, pois morram no mesmo espaço territorial, comprometendo sua imagem no meio social em que vive.

Dentre as barreiras encontradas, destacam-se o sigilo, a confidencialidade e a privacidade das informações. Muitos não aderem à Atenção Básica de referência, migrando para outros bairros para não serem reconhecidos como portadores da doença. A possibilidade da quebra de sigilo traz às PVHIV sofrimento por causa do medo do estigma e da discriminação e vulnerabilidade.

A Atenção Básica de Saúde é um instrumento imprescindível no fluxo e no manejo destes pacientes, no entanto, possui várias fragilidades como comunicação insuficiente, despreparo dos funcionários no atendimento das PVHIV e desigualdade no serviço na AB. Portanto, o vínculo destes pacientes ao PSF é extremamente importante, pois contribui não somente para um diagnóstico como também para um tratamento precoce, repercutindo de forma favorável na vida dos usuários.

O Programa da Saúde da Família é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa reorganizar a atenção básica em saúde. Ele está fundamentado em equipes multiprofissionais como: Médicos, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde que atuam nas unidades de saúde, trabalhando em conjunto a fim de ofertar um atendimento integral às famílias. Seu objetivo é promoção da saúde, prevenção das doenças e contribuição com a qualidade de vida dos cidadãos, principalmente os que são considerados mais vulneráveis e carentes no território. O HIV/AIDS são questões graves de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil, e neste contexto, o Programa da Saúde da Família exerce um papel crucial por meio da abordagem, criação dos vínculos aos profissionais de saúde que o ajudam tanto para prevenção como para o tratamento da doença. Na educação em saúde, são oferecidos atividades educativas para a comunidade com intuito de conscientização da população, oferecem informações sobre o HIV, formas de prevenção, como o uso de preservativos e a importância da realização do teste de HIV. Ofertam testagem e aconselhamento pós-teste, este último funcional como um suporte emocional aos soropositivos e orientação sobre o tratamento e cuidados com acompanhamento médico regular e os antirretrovirais (ARVs), suporte psicossocial e encaminhamento para outros serviços.

O rompimento do sigilo profissional dos pacientes HIV/AIDS na Atenção Básica pode ter várias repercussões prejudiciais, entre elas:

- No Psicológico: devido o resultado da exposição não autorizada de sua condição, eles podem experimentar sentimentos de medo, ansiedade, angustia, depressão e vergonha. A quebra do sigilo pode ser devastador na saúde mental desses pacientes;
- Discriminação e estigma: a revelação de soropositividade dos PVHIV sem consentimento podem levar a discriminação e ao estigma, ostracismo social, rejeição familiar, perda de emprego e violência;
- Perda de confiança na relação médico-pacientes: a confiança quando é comprometida, pode levar em resistência do paciente aos cuidados médicos necessários oferecidos na unidade no futuro;
- Obstáculos ao cuidado: o medo de ter sua intimidade violada pode contribuir para que os pacientes HIV/AIDS tenham relutância em buscar os testes, tratamento e cuidados médicos quando necessário. Isso pode colaborar para a piora do quadro destes pacientes, aumento na propagação da doença;

- Danos e riscos profissionais e sociais: a violação do sigilo pode levar a danos sociais e profissionais significativos, por exemplo, quando sua condição de saúde é revelada sem seu consentimento, isso pode afetar possibilidades de emprego e lesar sua reputação.

A legislação de segurança da informação dos portadores soropositivos são essenciais por muitos motivos:

- Confidencialidade: as leis de segurança das informações dos pacientes permitem a garantia de que somente pessoas autorizadas tenham acesso aos dados, ajudando na proteção da identidade dos pacientes PVHIV;
- A privacidade: por meio das leis de segurança dos dados, as informações médicas dos pacientes são colocadas em sigilo e somente compartilhadas com seu consentimento. Isso traz segurança ao portador da doença trazendo garantia ao direito do sigilo preservado;
- Segurança dos dados: as leis de segurança dos dados dos pacientes possuem procedimentos e padrões que protegem os dados contra o acesso não autorizado. Isso porque os registros dos pacientes possuem informações sensíveis que se divulgadas indevidamente, podem causar danos graves aos pacientes;
- Ética dos profissionais: os profissionais de saúde possuem leis éticas deontológicas que protegem a privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes. Isso permite seu vínculo com a unidade e garante sua adesão e tratamento;
- Consequências legais: Se as leis de segurança da informação não forem cumpridas podem resultar em várias consequências legais como: processos judiciais, multas e perda da licença do seu exercício de profissão;

A ruptura do segredo profissional dos pacientes HIV/HIDS é uma questão muito delicada, pois coloca em cheque a confiança que deveria existir entre os pacientes e os profissionais de saúde. Isso traz consequências agravantes aos pacientes que se tornam relutantes ao serviço, como resultado diminuição na adesão a Atenção Básica de Saúde, conseqüentemente ao tratamento, prevenção e aumento na disseminação do vírus. A violação do sigilo pelos profissionais de saúde na Atenção Básica tem impactos negativos aos pacientes portadores da doença como: violência e discriminação – a revelação do status de HIV/AIDS

de um paciente sem o seu conhecimento pode o colocar em situações de violência e discriminação na família, na comunidade e no ambiente profissional. Estigma – a quebra do segredo pode aumentar o estigma afetando o bem-estar psicológico e emocional do indivíduo; acesso aos cuidados de saúde – pacientes por temerem o desrespeito a sua privacidade podem evitar buscar os serviços de saúde em seu território; relação de confiança médico e paciente: – a ruptura do sigilo prejudica a confiança no profissional de saúde e o paciente decepcionado não mais o procura. Portanto, a guarda dos dados sensíveis como o *status* de HIV/AIDS pelos profissionais de saúde são imprescindíveis pois favorece o vínculo e confiança entre os pacientes e profissionais de saúde.

O sigilo do *status* de HIV/AIDS pelos profissionais de saúde é de crucial importância por várias razões, entre elas estão: (1) proteção da privacidade – o sigilo resguarda a privacidade do indivíduo, evitando discriminação, estigmatização e violação dos direitos humanos; (2) confiança no Sistema de Saúde – a confiança é fundamental em qualquer relacionamento, é o alicerce seguro que são estabelecidos entre pessoas. No ambiente profissional não é diferente, quando os pacientes percebem que podem confiar que suas informações médicas estão em segurança, eles estarão inclinados em procurar cuidados de saúde e tratamento; (3) diminuição do estigma – o sigilo das informações médicas do paciente o protege contra a estigmatização social e a discriminação. Permite que tenham privacidade em suas ações e viva com dignidade, não temendo preocupações relacionadas a esta violação; (4) as leis da ética profissional – os códigos de ética profissional são uma bússola que guia o profissional em suas ações no cotidiano de sua profissão. Relacionado ao sigilo, confidencialidade e privacidade dos pacientes os profissionais são obrigados eticamente a respeitar.; (5) prevenção da disseminação do HIV – o sigilo profissional fortalece a adesão à Atenção Básica, promove promoção, prevenção e reabilitação à saúde. Os PVHIV sentem-se seguros ao compartilharem suas informações aos profissionais de saúde o que favorece o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a prevenção da transmissão do agente etiológico.

Nesse cenário, tais ações sinalizam importantes reflexões que devem ser realizadas não somente pelo ACS no atendimento às PVHIV, mas também por todos os profissionais envolvidos no cuidado, permitindo sua adesão e garantindo sua individualidade, bem como a segurança ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade desse público. O conhecimento de sua não adesão ao serviço proporciona aos profissionais da saúde estabelecerem cuidados para melhorar o serviço prestado e a continuação integral desses indivíduos para sua adesão ao serviço de AB e ao tratamento proposto.

Percebe-se a urgência de investimento em processos educativos tanto para as PVHIV quanto para as equipes de saúde sobre direitos humanos e sexuais, vulnerabilidades existentes nos territórios, a importância do sigilo, da privacidade e confidencialidade das informações, a temática da bioética permitindo a conscientização, reflexão e mudança de comportamento e de respeito aos usuários, fortalecendo o binômio dos direitos e deveres referente a não violação do diagnóstico desses pacientes.

Este trabalho, portanto, contribui para o diagnóstico da dimensão da dicotomia dos serviços de saúde aos pacientes portadores de HIV/AIDS e da necessidade imprescindível de reflexão sobre as posturas não éticas relacionadas ao sigilo, confidencialidade e privacidade das informações compartilhadas aos profissionais de saúde. Contribui para a necessidade de fortalecimento de políticas públicas capazes de modificar o quadro caótico do acolhimento bioético na Atenção Básica de Saúde. Neste contexto, os achados apresentados apontam peculiaridades da descentralização dos cuidados dos pacientes sorologicamente positivos para a Atenção Básica, nos PSFs, sinalizando a necessidade de mudanças mais pertinentes, visíveis e palpáveis no padrão ético dos profissionais no cuidado das informações compartilhadas. Isso porque o PSF é a porta de entrada deste usuário no sistema, isto é, por estarem mais próximos ao seu cotidiano, deveria ser a primeira ferramenta a ser utilizada pelos pacientes, capaz de fornecer acolhimento e resolubilidade necessária para que se cumpra o princípio da integralidade das ações ao cuidado.

A reflexão ética sobre este assunto é essencial para que seja desconstruído o estigma e ocorra os ajustes necessários no modelo assistencial atual baseado no perfil epidemiológico e no real cenário territorial.

Nesse sentido, devido às moralidades, a formação social do estigma e às relações de poder, ressaltamos que o rompimento do sigilo nas relações comunitárias e de trabalho causam ao usuário privações e sofrimentos, aumentando a barreira para a não adesão à Atenção Básica, acontecendo como consequência o não tratamento e o aumento dos índices epidemiológicos da doença.

Desta maneira, quanto mais se sentirem seguros dos seus segredos compartilhados, mais aderidos se tornarão aos serviços e mais adesão ao tratamento e diminuição da morbimortalidade e o controle da epidemia.

Nesse sentido, percebe-se a dimensão da importância do sigilo, da confidencialidade e da privacidade das informações das PVHIV, bem como suas relações à aderência do usuário a unidade básica de saúde para o acompanhamento e ao tratamento com o TARV para o controle da multiplicação viral e a propagação do vírus.

Portanto, é importante que os gestores proporcionem estratégias que vão ao encontro da realidade dos enfrentamentos dos usuários no serviço de saúde, considerando seus discursos para mudança nos serviços. É essencial que os profissionais de saúde, os quais estão envolvidos no cuidar das PVHIV, tenham uma transformação no olhar pela lente da Bioética para que ocorram mudanças concretas na Atenção Básica de forma que esses indivíduos se sintam acolhidos e seguros de que sua privacidade será preservada pelo sigilo e pela confidencialidade de suas informações.

Espera-se, por fim, que tal estudo possa contribuir para que estratégias possam ser criadas para abarcar o público das PVHIV que, além da vulnerabilidade, do estigma e das discriminações, precisa lidar com o medo da violação dos direitos relacionados ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade de suas informações.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, Fernanda Tavares de Mello; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200014>.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.
- ALBUQUERQUE, Aline. Pesquisa com prontuário: análise ético-jurídica à luz dos direitos humanos dos pacientes. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 41-52, 2019. Disponível em: <https://cadernosdeeticaempesquisa.emnuvens.com.br/Caderno19/article/view/12>. Acesso em: 6 maio 2024.
- ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no brasil**. Recife: [s. n.], 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.
- ALONSO-CASTILLO, María Magdalena *et al.* Clima ético, estrés de consciência e laboral de enfermeiras e médicos que trabalham em intensivos neonatais. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Bogotá, v. 19, n. 2, p. 63-74, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4177>.
- ALVES, Bernardo Lago; LAGO, Regina Ferro do; ENGSTROM, Elyne Montenegro. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 31-47, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E702>.
- AMARAL, Alice Mayara *et al.* Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 62-67, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1114>.
- AMORIM, Caroline Bettanzos *et al.* Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- ANGELIM, Rebeca Coelho de Moura *et al.* Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017903478>.
- AOKIA, Roberta Nazario; GUIRARDELLOA, Edinêis de Brito. Bullying no ambiente de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>.
- ARAGÃO, Suélyn Mattos de; SCHIOCCHET, Taysa. Lei Geral de Proteção de Dados: desafio do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i3.2012>.

ARAÚJO, Ana Thereza Meireles; RECHAMANN, Tanaina Lemos; MAGALHÃES, Thyná Andrade. O sigilo do prontuário médico como um direito essencial do paciente: uma análise a partir das normativas do Conselho Federal de Medicina. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 1-163, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v8i1.517>.

ATHIAS, Arianne Brito Cal; SANTANA, Agatha Gonçalves; LIMA, Leandro Pereira Carvalho de. Lei geral de proteção de dados e o dever de sigilo das pessoas com HIV/AIDS no cárcere: uma análise de decisões observadas do PJE do TJPA. **Revista Jurídica**, Curitiba, v. 1, n. 77, p. 394-420, abr. 2024. doi: <http://dx.doi.org/10.26668/revistajur.2316-753X.v1i77.6832>.

ÁVILA, Ana Paula Oliveira; WOLOSZYN, André Luis. A tutela jurídica da privacidade e do sigilo na era digital: doutrina, legislação e jurisprudência. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 167-200, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/kdqYTvJ7GWsS75twG6f37Bc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2024.

BARCIFONTAINE, Christian de Paul de; TRINDADE, Marcos Aurélio. Bioética, saúde e realidade brasileira. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 439-445, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZvSBP75G4dywpTNjXbRzyRf/?format=pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BATISTA, Rodrigo Siqueira *et al.* Bioética e estratégia da saúde da família mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

BATLLE, Amanda Ribeiro *et al.* Confidencialidade em medicina ocupacional: protegendo informações. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 126-38, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301513PT>.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BIRKHEUER, Elizandra. **Trabalho interdisciplinar e sigilo profissional: o cuidado com a informação**. 2020. 20 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde) – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2020.

BOEMER, Magali Roseira; MAUREN, Alexandra Sampaio. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, abr. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000200005>.

BRANDAU, Ricardo; MONTEIRO, Rosangela; BRAILE, Domingo M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 20, n. 1, p. 7-9, jan./mar. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382005000100004>.

BRASIL. Lei nº 14.289, de 03 de janeiro de 2022. Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114289.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Orientação sobre Prontuários clínicos nas Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2015-2018/2018/lei/113709.htm>. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS a saúde do Brasil**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399>. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade da saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Caderno Atenção Básica, n. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAETANO, Patrícia Sônego *et al.* Conduta do enfermeiro frente aos conflitos éticos e bioéticos em área vulnerável na ESF. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 349-360, maio/ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n2p349-360>.

CARVALHAL, Gustavo Franco *et al.* Recommendations for the protection of patient privacy. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 39-43, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/fLbrpnxYkC3wP9CvVWWN9gg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 6 maio 2024.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2001. p. 113-126.

CHUENGUE, Ana Paula Gonçalves; FRANCO, Túlio Batista. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280423>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica – Res. (1931/2009) – Capítulo IX – Sigilo profissional. **Portal CFM**, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/codigo-de-etica-medica-res-1931-2009-capitulo-ix-sigilo-profissional/#:~:text=%C3%89%20vedado%20ao%20m%C3%A9dico%3A,%2C%20por%20escrito%2C%20do%20paciente>. Acesso em: 6 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Conselho Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/18212007.pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.665, de 07 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/650/resolucao-cfm-n%C2%B0-1.665>. Acesso em: 6 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.359/1992. Normatiza o atendimento profissional a pacientes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1992. [Revogada pela Resolução nº 1.665/2003]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/13591992.pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

COLODETTE, Renata Maria *et al.* Bioética, odontologia e atenção primária à saúde: o sigilo em questão. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2036](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2036).

CONDELES, Pedro Cesar *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0096>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP nº 026/2021**. Ementa: Acesso e anotação no prontuário pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Parecer_026_2021-Acesso-e-anotacao-no-prontuario-pelo-Agente-Comunitario-de-Saude.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira; ACIOLI, Sônia; TINOCO, Tayane Fraga. Cuidado do Enfermeiro na Estratégia Saúde Família: práticas e fundamentações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>.

COTA, Vanda Lúcia, CRUZ, Marly Marques da. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 393-405, abr./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112911>.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Novo Código de Ética Médica: Comentada a Luz da Responsabilidade Civil Médica**. [S. l.: s. n.], 2010.

CUNHA, Thiago; LORENZO, Cláudio. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 116-125, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pXtsDt8qV8kQ6SHmBm6LSyv/?format=pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

DIAS, Orlene Veloso *et al.* Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 448-454, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tpXv5nCQXNXPQvb3NyWp7CM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2024.

DISCACCIATI, José Augusto César; VILAÇA, Ênio Lacerda. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 9, n. 4, p. 234-239, 2001. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v9n4/234-239/pt>. Acesso em: 6 maio 2024.

DOURADOS, João Victor Lira *et al.* Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282397>.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2014.50174>.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. [S. l.: s. n.], 1986.

FERREIRA, Ricardo Correa; SILVA, Roseli Ferreira da Silva; ZANOLLI, Muirício Braz; VARGA, Cássia Regina Rodrigues. Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1533-1540, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800027>.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Riberio. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500027>.

- GARCIAL, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 72-83, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010>.
- GIUSTINA, Tatiana Bragança de Azevedo Della; NUNES, Rui. Bioethics: a compass to guide our path. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 407-409, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283000>.
- GOMES, Clarice Brito *et al.* Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.
- GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/wDqrgD5DQM4YZgbqjWbSyYh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 6 maio 2024.
- GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos; LORENZO, Claudio Fortes Garcia; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310128>.
- HOKAMA, Newton KEY; BONEQUINI, Pedro Junior; HOKAMA, Paula de Oliveira Montandon. Sigilo, anonimato e confidencialidade de doadores de sangue com HIV. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 287-294, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292466>.
- ISMAEL, Danielly Lorrany Oliveira *et al.* Dilemas éticos vivenciados na prática dos profissionais enfermeiros. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA FASB, 17., 2019, Barreiras-BA. **Anais eletrônicos** [...]. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/414>. Acesso em: 10 out. 2022.
- JUNGES, José Roque *et al.* Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, p. 200-206, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231060>.
- KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100014>.
- LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando; SPRINZ, Eduardo. HIV/AIDS e treinamento concorrente: a revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 16, n. 2, mar./abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200015>.
- LIMA, Jackdon Souza *et al.* O Instituto do Sigilo e Conidencialidade como Ferramenta de Apoio à Propriedade Intelectual na Ufopa. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 693-708, abr./jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.9771/cp.v16i3.51443>.

LETTIERI, Gabriela Kato *et al.* Sigilo médico na era digital: análise da relação médico-paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 4, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294515>.

LIMA, Sylvia Márcia Fernandes dos Santos *et al.* Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre sigilo médico. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, p. 98-110, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281372>.

LINS, Gabriela Almeida Nogueira *et al.* Reflexões éticas na atenção à saúde de pacientes com HIV. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 3, jul./set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/7qSQDzcRwwdFXzBczpD7f7r/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 6 maio 2024.

LOCH, Jussara de Azambuja. **Privacidade e confidencialidade em diferentes cenários clínicos**: comportamentos e justificativas de um grupo de jovens universitários de Porto Alegre. 2007. 199 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12626/000622900.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 6 maio 2024.

LOCH, Jussara de Azambuja. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética**, Brasília, n. 11, nov. 2003. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/149/153. Acesso em: 6 maio 2024.

LOPES JUNIOR, Dalmir. **Consentimento informado na relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Editora Plácido, 2018.

LUNARDIL, Valéria Lerch *et al.* Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400018>.

MACIEL, Fernanda Bortolin; NAGARO, Arnaldo. Conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros em hospital universitário. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273329>.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claumara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

MARTINS, Joelma Lima; ANTONIO, Carla Roberta Silva. A importância do enfermeiro (a) frente à estratégia da saúde família: a visão da equipe multidisciplinar. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Barras das Graças-MT, v. 11, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-716719780003000007>.

MARTORELL, Leandro Branbilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do; GARRAFA, Volnei. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 13-23, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0902>.

MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein *et al.* Satisfação dos usuários com um serviço de referência no cuidado do VIH. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 320-327, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66509>.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>.

MENDES, Naira de Cassia; ROSSONI, Eloá; SILVA, Aline Hubner da. A atuação do enfermeiro em ações educativas com pré-escolares e escolares na atenção básica. **Salusvita**, Bauru, v. 38, n. 1, p. 225-238, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/230471>. Acesso em: 6 maio 2024.

MENEZES, Katiucha Mendes de; POMPILIO, Maurício Antonio; ANDRADE, Maria Oliveira. A integração do cuidado: dificuldades e perspectivas. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1052-1063, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a238305p1052-1063-2019>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do prontuário de saúde da família**. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

MULHOLLAND, Caitlin Sampaio. Dados pessoais sensíveis e a tutela de direitos fundamentais: uma análise à luz da Lei Geral de Proteção de Dados (LEI 13.709/18). **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 19, n. 3, p. 159-180, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18759/rdgf.v19i3.1603>.

MOTTA, Luíz Cláudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/m8M3Ycwj38fJtMkCJhVYbvs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>. Acesso em: 8 maio 2024.

PEREIRA, Ana *et al.* Sigilo profissional. **Percursos**, Setúbal, Portugal, n. 23, p. 3-8. jan./mar. 2012. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n23.pdf. Acesso em: 6 maio 2024.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP: Cultura Acadêmica, 2009.

PIMENTEL, Fernanda Esmério *et al.* Percepções de pessoas que vivem com HIV/AIDS sobre o cuidado oferecido na atenção básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 9, n. 2, p. 75-87, ago./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v9i2.3961>.

- PINHEIRO, Patricia Neyva da Costa *et al.* O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-75, jul./ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400016>.
- PINTO, Vitor Menoita; CAPELETII, Nuno de Mattos. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: a experiência do município de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, jan./dez. 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1710](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710).
- PINTO, Cristiano José Mendes *et al.* Educação nas unidades de atenção básica: dificuldades e facilidades. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1429-36, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237759/32297>. Acesso em: 6 maio 2024.
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
- PINTO NETO, Lauro Ferreira da Silva *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, p. e2020588, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.espl>.
- PIRAN, Camila Moraes. *et al.*, 2022. Não adesão ao tratamento ou abandono deste entre adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: scoping review. **Aquichán**, Chía, Colombia, v. 23, n. 1, p. e2322, abr./jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.2.2>.
- PRZENYCZKA, Ramone Aparecida; LACERDA, Maria Ribeiro; CHAMMA, Rita de Cássia. Sigilo profissional: quando revelar? **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 145-148, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/115/97>. Acesso em: 6 maio 2024.
- REIS, Oliveira; ARAUJO, Eliane Cardoso de; CELILIO, Luiz Carlos de Oliveria. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**. [S. l.: s. n.], 2009.
- ROCHA, Kátia Bones *et al.* O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na política de HIV/AIDS. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 10, n. 3, p. 19-33, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.2..>
- RODRIGUESA, Celeste S. *et al.* Interrupção do acompanhamento clínico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 183-190, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Z7ssmgBKc3HfcpFRYd8WgMw/?format=pdf&lang=PT>. Acesso em: 6 maio 2024.
- ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi Labate. Programa da Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

SALES-PERES, Sílvia Helena de Carvalho *et al.* Sigilo profissional e valores éticos. **RFO**, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 7-13, jan./abr. 2008. DOI: <https://doi.org/10.5335/rfo.v13i1.583>.

SALLES, Alvaro Anglo; CASTELO, Luana. Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233340PT>.

SALVADORI, Morgana; HAHN, Gisela Veronice. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/AIDS. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 153-163, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271298>.

SAMPAIO, Simone Sobral; RODRIQUES, Filipe Wingeter. Ética e sigilo profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 84-93, jan./mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100006>.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100004>.

SAYAGO, Mariana; AMORETTI, Rogério. Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 4, out./dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294517>.

SARLET, Gabrielle Bezerra; RUARO, Regina Linden. A proteção de dados sensíveis no sistema normativo brasileiro sob o enfoque da Lei Geral de Proteção De Dados (LGPD)—L.13.709/ 2018. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 81-106, mai./ago. 2021. DOI: [10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v26i22172](https://doi.org/10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v26i22172).

SCARTON, Rodrigo Resende. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e (bio) éticos. **Âmbito Jurídico**, 19 jul. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violacao-do-segredo-profissional-dos-medicos-aspectos-juridicos-e-bioeticos/>. Acesso em: 6 maio 2024.

SCIAROTTA, Daniely *et al.* O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200878>.

SEOANE, Antonio Ferreira; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100005>.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia científica**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIQUEIRA, Rayella; CARDOSO, Hélio. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norteamericana. **Imagonautas**, Valle del Cauca, Colombia, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781280>. Acesso em: 6 maio 2024.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* (Bio)ética e Estratégia da Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100009>.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, set.2004/fev.2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100003>.

SILVA JUNIOR, Danyllo do Nascimento *et al.* Privacidade e confidencialidade de usuários em um hospital geral. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 585-595, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253215>.

SOUZA, Hélia Carla de *et al.* Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1361-1369, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.

TEIXEIRA, Angelina. A chave para a regulamentação da proteção de dados. **Revista Data Venia**, [s. l.], v. 4, n. 6, nov. 2016. Disponível em: <https://www.datavenia.pt/ficheiros/pdf/datavenia06.pdf#page=33>. Acesso em: 6 maio 2024.

TIETZMANN, Ana Cristina *et al.* Privacidade e confidencialidade das informações clínicas em saúde mental: velhos desafios em um novo contexto. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 165-175, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n3a13.pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

TUNALA, Letícia Gaspar. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl., p. 24-31, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500005>.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 274-277, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013>.

UNAIDS. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer técnico COREM –SP N°026/2021**. Brasil: UNAIDS, 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 6 maio 2024.

VALADÃO, Patrícia Aparecida da Silva; LINS, Liliane; CARVALHO, Fernando Martins. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 725-744, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00080>.

VILELLA, W. V.; TAQUETE, S. R.; BORGES, L. **Pesquisa qualitativa para todos**. Petrópolis: Vozes 2020.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513-23, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2024.

ZOBOLI, Elma Lourde Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v. 38, n. 1, p. 21-7, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>.