

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**TRABALHO FINAL DO CURSO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM SAÚDE PÚBLICA**

**TITULO: O Conflito Ético dos Profissionais de
Saúde em torno dos Princípios de Privacidade
e Confidencialidade: Sua Implicação na
Transmissão do HIV/SIDA**

Supervisor: Doutor Martinho Djedje

Proponente: Dalmázia Cossa

Maputo, Setembro de 2006

TABELA DE CONTEÚDO

LISTA DE TABELAS.....	4
LISTA DE FIGURAS	5
TÍTULO:	6
DEDICATÓRIA.....	7
DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE	8
PREFÁCIO	9
AGRADECIMENTOS.....	10
ABREVIATURAS	12
ESTRUTURA DO TRABALHO	14
SUMÁRIO EXECUTIVO:.....	15
CAPITULO I	17
1. INTRODUÇÃO	17
CAPITULO II	20
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
2.1 SITUAÇÃO ACTUAL DO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE	31
CAPITULO III.....	32
3.PERFIL DE MOÇAMBIQUE	32
3.1 GEOGRAFIA.....	32
3.2 POPULAÇÃO	34
3.3 SISTEMA POLÍTICO E SOCIAL	34
3.4 ECONOMIA E POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO NACIONAL	35
3.5 PERFIL DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	36
3.6 O SECTOR SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	37
3.7 O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	38
3.7.1 SISTEMA DE REFERÊNCIA.....	38
2.1 SITUAÇÃO ACTUAL DO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE	39
3.9 O PROGRAMA DO SIDA EM MOÇAMBIQUE	42
4. MOTIVAÇÕES:	50



5. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO:/QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS.....	50
6. OBJECTIVOS.....	51
6.1. OBJECTIVOS GERAIS	51
7. METODOLOGIA	54
7.1. TIPO DE ESTUDO.....	54
7.2. MATERIAIS E METODOS.....	54
7.2.1. RECOLHA DE DADOS.....	54
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	55
9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
10. RESULTADOS	57
11. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	73
CAPITULO VII.....	78
12. CONCLUSÕES:.....	78
13. RECOMENDAÇÕES.....	80
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	81

A N E X O S

83

FICHA DE ENTREVISTA DO DOENTE.....	84
FICHA DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SNS, ONGS E OUTROS.....	87
DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO.....	92
ORÇAMENTO	93
CRONOGRAMA	94
PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA E ÉTICA.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1 Indicadores Sociais de alguns países da SADC	19
Tabela 2 Taxas ponderadas de Prevalência do HIV por província e por Região - Moçambique	40
Tabela 3 Evolução das prevalências do HIV, Moçambique 2001- 2004	41
Tabela 4 Total de doentes em TARV, 2004.....	47
Tabela 5 Consultas de TARV realizadas nos HDD, Cidade de Maputo	47
Tabela 6 Visitas domiciliárias efectuadas, Cidade de Maputo, 2004	47
Tabela 7 Testes de HIV efectuados nos GATV, Cidade de Maputo, 2004	48
Tabala 8 Distribuição percentual dos entrevistados por sexo	57
Tabela 9 Distribuição percentual dos entrevistados por idade	58
Tabela 10 Frequência de entrevistados por profissão.	58
Tabela 11 Resumo das variantes ou causas de medo	70

Lista de Figuras

Figura 1	Casos de SIDA notificados em Moçambique	42
Figura 2	Projecções de prevalência de HIV SIDA em adultos, 15-49 anos, por Região.....	43
Figura 3	Projecção da População de Moçambique , 2001-2010	43
Figura 4	Mapa da Cidade de Maputo - Distribuição das Unidades Sanitárias	46
Figura 5	Frequência de doentes entrevistados, em relação ao sector de observância de melhorias.	59
Figura 6	Distribuição dos profissionais de Saúde por local de trabalho.....	59
Figura 7	Frequência de doentes entrevistados de acordo com a fonte de informação do estado de seropositividade ao HIV/SIDA.....	61
Figura 8	Distribuição dos entrevistados de acordo com o grau de sentimento após a obtenção da notícia do estado de seropositividade	61
Figura 9	Frequência dos entrevistados de acordo com a fonte de informação sobre a seropositividade do doentes aos familiares.	63
Figura 10	Distribuição dos entrevistados em relação ao conhecimento da legislação ou políticas sobre ética em torno da privacidade e confidencialidade.	64
Figura 11	Conhecimentos dos entrevistados sobre o tipo de protecção legal para os profissionais de saúde em torno do conflito ético privacidade versus confidencialidade.	65
Figura 12	Frequência dos entrevistados em relação ao tipo de sanção aplicável em caso de transmissão voluntária do HIV/SIDA.	66
Figura 13	Conhecimento dos entrevistados em relação as atitudes e práticas existentes sobre as normas de protecção dos profissionais de Saúde.....	67



TÍTULO:

O Conflito Ético dos Profissionais de Saúde em torno dos Princípios da Privacidade e Confidencialidade: Sua Implicação na Transmissão do HIV/SIDA

AUTORA:

Dalmázia Helena de Castanheira e Cossa

Trabalho de Tese submetida à Universidade Eduardo Mondlane, como parte dos Requisitos Necessários para Obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Maputo, Setembro de 2006



Dedicatória

A minha família e
filha Melissa

Com muito carinho

Maputo, Setembro de 2006



Declaração de Originalidade

Eu, Dalmázia Helena de Castanheira e Cossa, declaro por minha honra que este trabalho foi por mim feito e que nunca foi apresentado antes por outro autor.

Dalmázia Helena de Castanheira e Cossa

Prefácio

O presente estudo foi feito com o propósito de lançar uma reflexão profunda em torno da confidencialidade e privacidade e sua implicação na transmissão do HIV/SIDA.

Este trabalho pretende dar uma contribuição no desenvolvimento de políticas, legislação e normas sobre a ética dos profissionais de saúde face à privacidade e confidencialidade e dar uma tónica acentuada sobre a relatividade dos Direitos Humanos, isto é, os diversos condicionalismos a que os Direitos Humanos estão associados, nomeadamente os problemas do desenvolvimento, pobreza, o acesso aos cuidados de Saúde, o Direito à Saúde, atitudes e comportamentos dos infectados e doentes de HIV/SIDA. Outro objectivo a que se presta o presente trabalho é o de auscultar os diferentes intervenientes nomeadamente; profissionais de Saúde ,infectados e doentes e outros organismos da sociedade Civil sobre o assunto.

Por último, formulo votos de que esta Tese seja útil para os profissionais que se interessam por esta matéria, quer os milhares de médicos e demais profissionais de saúde que diariamente combatem num campo de batalha repleto de tantas satisfações quanto as dificuldades, de tantos desafios quantos perigos.

Maputo, aos 18 de Setembro de 2006

Dalmázia Helena de Castanheira e Cossa

Agradecimentos

Pelo apoio tido ao longo da realização desta tese, endereço os meus agradecimentos às seguintes Instituições e Personalidades:

Ao meu Tutor/Supervisor Doutor Martinho Dgedge, que com muita paciência e dedicação acompanhou e criticou o trabalho até à fase final;

Dr^a Aida Libombo, pelo apoio e carinho prestados;

Ao Dr. Gerito Augusto um agradecimento especial pelo seu grande apoio;

À Dr.^a Camélia Boa e Dr.^a Francelina Romão, o meu muito obrigado;

Ao Prof. Dr. Hélder Martins pelo apoio prestado no processo de candidatura ao Curso de Mestrado em Saúde Pública;

Ao Dr. Rui Bastos, pela sua disponibilidade e amabilidade;

Aos docentes da Faculdade de Medicina, do Curso de Mestrado em Saúde Pública, pelos ensinamentos;

Aos colegas do curso de Mestrado em Saúde Pública do ano lectivo 2003/2005, pela camaradagem e solidariedade prestadas;

À Direcção Nacional de Saúde, pelos dados fornecidos;

A todos os que não destaquei e particularmente aos colegas do MISAU que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade, o meu muito obrigado;

À Direcção Nacional de Planificação e Cooperação - Centro de Referência;

À Direcção de Saúde da Cidade do Maputo, pela documentação disponibilizada;

Ao Hospital Central do Maputo - Hospital Dia e Departamento de Medicina, na recolha de informação;

Ao Instituto Nacional de Saúde, pela disponibilização do Software estatístico,

Ao Ministério da Justiça, na recolha de legislação e instrumentos Internacionais ratificados por Moçambique;

Ao Tribunal Supremo e Tribunal Judicial da Cidade do Maputo, na recolha de acórdãos sobre a matéria;

Ao PNUD, na recolha de informação;

Ao UNICEF, na consulta e na utilização da biblioteca.

Abreviaturas

CAFR-Carta Africana dos Direitos dos Povos
CS- Centro de Saúde
CD- Cuidados Domiciliares
C.C- Código Civil
CD- Cuidados Domiciliares
C.P- Código Penal
CRM- Constituição da República de Moçambique,
CS- Centro de Saúde
CSP- Cuidados de Saúde Primários
DNS Direcção Nacional de Saúde
DPS- Direcção Provincial de Saúde
DSCM- Direcção de Saúde da Cidade do Maputo
D.U- Declaração Universal das Nações Unidas dos Direitos dos Homens
GASD- Gabinete Universitário contra o HIV/SIDA
GATV- Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
HCM- Hospital Central de Maputo
HDD- Hospitais de Dia
HGM - Hospital Geral da Machava
HG-Hospital Geral
HIV/SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HR- Hospital Rural
IAF- Inquérito aos Agregados Familiares
INE- Instituto Nacional de Estatística
IOs- Infecções Oportunistas
MIJUS-Ministério da Justiça
MISAU- Ministério da Saúde
MONASO- Rede Nacional de Organizações Nacionais contra o Sida
MDGs- Metas do Desenvolvimento do Milénio
OMS- Organização Mundial da Saúde



ONG- Organização Não Governamental
ONUSIDA- Fundo das Nações Unidas para Combate ao SIDA;
PARPA- Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PEN/HIV/SIDA/ITS- Plano Estratégico do Combate ao HIV/SIDA e Infecções de Transmissão Sexual
PESS- Plano Estratégico do Sector de Saúde
PNUD- Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNCT-Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PCTL – Programa de Controlo da Tuberculose e Lepra
PS- Posto de Saúde
PVHS- Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RI- Rede Integrada
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SWAP- Contexto da Abordagem Sectorial Ampla
TARV- Tratamento Anti-Retroviral
TS- Tribunal Supremo
UNDP- Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Populações
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNGASS -Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas
WHO/GLOBAL TB CONTROL- Programa das Nações Unidas Para o Controlo da Tuberculose

Estrutura do Trabalho

Este trabalho de dissertação está dividido em sete capítulos.

O primeiro Capítulo apresenta a introdução do estudo, fazendo referência à doença de base para o estudo, ao problema do estudo e aos objectivos do estudo.

O Capítulo dois faz a revisão da Bibliográfica ;

O Capítulo três apresenta a informação geral e a situação geral do SIDA em Moçambique.

O Capítulo quatro descreve a abordagem metodológica adoptada para o estudo. Na primeira parte faz a descrição e caracterização da área de estudo e na segunda parte faz a abordagem da forma como foi conduzida a pesquisa e as considerações éticas.

O Capítulo cinco apresenta os resultados do estudo

O Capítulo seis faz a discussão e Interpretação dos resultados do estudo.

O Capítulo sete apresenta as conclusões e as recomendações baseadas nos resultados do estudo e faz ainda a listagem das referências bibliográficas utilizadas. E no fim temos os anexos.

Sumário Executivo:

Com o presente estudo pretende-se abordar o conflito ético entre os profissionais de Saúde, em torno dos princípios da Confidencialidade e Privacidade e as possíveis consequências para a Saúde Pública, no caso vertente no combate ao HIV/SIDA. A pergunta é como é que poderemos tratar de forma relativa estes direitos quando está em causa um bem que é a vida e a Saúde Pública de tal forma que sejam estabelecidas regras de conduta.

Foi feito um estudo qualitativo e descritivo onde foram feitas 48 entrevistas(25 doentes com HIV/SIDA e 23 profissionais de saúde (clínicos) que trabalham com doentes com HIV/SIDA). As entrevistas tiveram lugar no Hospital de Dia do Hospital Central de Maputo, etc. Foi também colhida informação documentada na cidade do Maputo, nomeadamente, nos Ministérios da Saúde, Justiça, Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação Tribunais, Conselho Nacional do combate ao Sida, nos Hospitais de Dia, GATVs e em algumas Organizações não Governamentais e associações,

Quanto ao problema da confidencialidade e Privacidade vs HIV/SIDA, os resultados do estudo mostraram que os profissionais de Saúde entrevistados são de opinião que existe confidencialidade e privacidade, por parte do pessoal médico, porém em relação aos doentes a privacidade é inexistente, entre alguns, alguns 15/23(62.2%) dos profissionais de saúde entrevistados afirmaram que a confidencialidade contribuía para a propagação do HIV/SIDA,14/25(56%) dos doentes entrevistados afirmaram haviam informado aos seus familiares 11/25(44%), .No grupo dos profissionais de saúde, verificou-se que 21/23(91.3%) destes concordaram que o estado de seropositividade dos doentes fosse informado ao seus informado aos seus familiares, e 2/23(8.7), discordaram em transmitir esta informação a terceiros.

A maior parte dos doentes afirmaram que 16/25(64%), que a fonte deveria ser os profissionais de saúde e 9/25 (36%) afirmaram que os familiares fossem informados pelo próprio doente.

O presente estudo demonstrou que existe no ordenamento jurídico Moçambicano legislação e políticas em torno da ética atinente aos

princípios de privacidade e da confidencialidade e que não constituiria problema informar aos familiares, parceiros do infectado ou doente de HIV/SIDA, e que os seus direitos estão protegidos.

O estudo concluiu que deveria ser institucionalizado um quadro Jurídico-Legal como forma de proteger o profissional de saúde de modo a permitir que este informe com segurança aos demais familiares do infectado e do doente.

Este estudo recomenda que haja mais divulgação dos direitos dos infectados, a criação de normas que beneficiem ao profissional de saúde ao informar sobre o estado de saúde do doente aos familiares deste, que haja sanção ao doente que contaminar aos outros e se crie um sistema de informação sobre ou política, e ética dos profissionais de saúde

Capítulo I

1. Introdução

Os Governos e Líderes Mundiais fizeram vários compromissos de alto nível e sem precedência em relação ao combate ao HIV/SIDA. Um dos compromissos feito pelos governos durante a sessão Especial da Assembleia Geral da Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNGASS), em Junho de 2001, foi de promover a elaboração de Políticas, Leis e Regulamentos, bem como outras normas, como forma de proteger os infectados e doentes de HIV/SIDA e, por outro lado, os profissionais de Saúde. Assim, em Abril de 2001, em Abuja, foi proferida uma declaração por todos os Líderes Africanos, abaixo citada:

Nós comprometemo-nos a tomar todas as medidas necessárias, mobilizando todos os recursos humanos, materiais e financeiros indispensáveis para providenciar cuidados de apoio, bem como providenciar políticas, legislação e outras normas para a protecção dos infectados e doentes de HIV/SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e, por outro lado, os Profissionais de Saúde” (Declaração de Abuja 2001). Este compromisso foi assumido e aprovado no UNGASS e os líderes mundiais dos países desenvolvidos também se comprometeram a dar assistência aos líderes Africanos, nos esforços para atingir as metas estabelecidas na Declaração de Abuja.

Moçambique é um dos Países mais afectados pelo HIV/SIDA no mundo. Estima-se que em 2010, 13% da população com idade compreendida entre os 15 e 49 anos, o que representa 1.35 milhões de Moçambicanos, estejam vivendo com HIV/SIDA e espera-se que este número venha a atingir 1.65 milhões em 2010. As províncias da região centro do país, atravessadas pelo corredor comercial da Beira que liga esta região à Zâmbia, Zimbabwe e Malawi são as mais afectadas com prevalência rondando por volta dos 20% (INE 2002).

Em Moçambique, a distribuição da prevalência do HIV/SIDA, por sexo e idade, indica uma elevada taxa de infecção precoce em raparigas (20-24 anos), assim como taxas elevadas em homens com idade compreendida entre os 30 e 40 anos. Este modelo reflecte uma estrutura Social, na qual a actividade sexual ocorre entre raparigas muito jovens e homens adultos com poder económico e social (INE 2000).

No ano 2001, estimou-se que em Moçambique houvesse cerca de 74.000 novos casos de Sida e que em 2003, o número de novos casos passara para 100.000, tendendo a aumentar de ano para ano. A maioria dos casos novos irão acontecer entre pessoas já HIV positivas. Segundo as projecções, o número de casos novos de Sida poderá vir a atingir 170.000 no ano 2010, caso não haja qualquer intervenção imediata e eficaz (INE 2002).

No quadro do princípio de Privacidade e de Confidencialidade, muitos doentes, cuja situação clínica é do conhecimento e domínio dos clínicos, continuam a infectar outras pessoas de forma consciente e voluntária, principalmente nas relações sexuais de trato lícito, recusando-se terminantemente a autorizar os médicos e outros profissionais de Saúde a revelarem o seu estado de saúde aos seus familiares ou pessoas mais próximas, alegadamente, pelo respeito aos Direitos Humanos.

...o réu deveria ter cumprido com o seu dever moral de informar aos seus parceiros sobre o seu estado de seropositivo... (Acórdão do Tribunal Supremo, 2002).

Assim, muitas mulheres e homens casados com um seropositivo acabam contraindo a doença sem o saberem, exactamente porque a coberto do direito à Privacidade e Confidencialidade o doente não se abre com os seus familiares, nem autoriza os profissionais de saúde a revelar a sua real situação (Plano Estratégico de Combate as ITS/HIV/SIDA actualizado 2004-2008).

Moçambique é um dos países mais pobres de África, com a renda *per capita* de USD 210 (Banco Mundial 2003). O Governo, através do Programa da Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), estabelecido em 2002, tornou a redução da pobreza a sua primeira prioridade. Acima de 60% de todos os gastos correntes do Governo estão dirigidos à redução da pobreza, incluindo os cuidados de Saúde , a Educação, a Água e Saneamento.

	Moçambique	Malawi	Zimbabwe	Zâmbia	África Sub-sahariana
Taxa de Mortalidade Infantil	147/1000	134/1000	56/1000	109/1000	91%
Taxa de Mortalidade menor de 5 anos	219/1000	234/1000	74/1000	197/1000	S/I
Taxa de Mortalidade Materna	1083/100,000 NV	620/100,000 NV	153/100,000 NV	649/100,000 NV	S/I
Baixo Peso a nascença	20%	20%	14%	13%	S/I

(Fonte: Pess, 2001)

Tabela 1 Indicadores Sociais de alguns países da SADC

Capítulo II

2. Revisão Bibliográfica

Como forma introdutória começaremos por definir o direito, o qual apresentá-lo-emos em duas perspectivas: uma sociológica: o Direito como ordem de coacção e outra jurídica: o Direito como uma ordem com um "sentido"(Machado, 1999).

Sociologicamente, o elemento determinante do conceito de "direito" consiste na existência de uma instância de coacção. Mas importa referir que, em particular, não é indispensável a existência de uma instância "judiciária". Duma maneira geral, o Direito é visto por todos os sociólogos como um instrumento de controlo social particularmente eficaz, por se tratar de um conjunto de normas assistidas, de uma sanção socialmente organizada¹.

Juridicamente, o Direito é uma ordem de convivência humana orientada pela idéia de uma ordem "justa", idéia essa a que, pelo seu próprio sentido, tal ordem vai referida. Isto porque a ordem jurídica se serve de uma coacção imediata e regulada que tem por trás de si a comunidade jurídica organizada (hoje na forma de Estado) fazendo notar que não é possível dar uma noção de Direito sem fazer necessariamente referência à questão da Justiça. A idéia de Direito exige uma ordem com determinado sentido, uma ordem justa².

O Direito é uma ordem de convivência humana com um sentido – e, esse sentido é o da Justiça, pois é da natureza do Homem viver, não isolado, mas em convivência dentro de um grupo organizado em sociedade. No dia-a-dia observa-se uma variedade de normas de conduta, desde os hábitos alimentares até as relações que

¹ MACHADO, J. Baptista; Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador; 11ª Reimpressão; Almedina. Coimbra; 1999; pág. 31 e 32

² Idem; pág. 32 e 33



estabelecemos com as diferentes categorias de pessoas. A partir do momento em que as normas de conduta passam a ser cumpridas, passam a ser tratadas por regras jurídicas. Toda a realidade social, todas as relações sociais, têm um sentido, em função desse sentido se especificando ou identificando. A coação ou a coercibilidade não especifica, o Direito no plano do ser, não determina no seu conteúdo e não faz parte da sua essência. Porém, o Direito, como realidade social, tem também uma existência no tempo e no espaço. As normas de certo ordenamento valem ou vigoram dentro de certo espaço e dentro de certo tempo histórico. Entram em vigor em certo momento e deixam de vigorar, por revogação (expressa ou tácita) ou pelo desuso noutra momento³.

Ao longo dos anos, o Mundo tem estado a enfrentar grandes desafios com o propósito de combater o HIV/SIDA. Neste âmbito, foram desenvolvidas diversas políticas, de modo a contribuir eficazmente no combate a esta pandemia, por exemplo, o Fundo Global contra o HIV/SIDA, o Banco Mundial e a Fundação Bill Clinton. Paralelamente a estas iniciativas referidas no ponto anterior, foram já elaboradas diversas estratégias no Mundo, particularmente em Moçambique, com o objectivo de determinar o impacto do HIV/SIDA no sector de Saúde em que se destaca o Plano Estratégico de Combate ao HIV/SIDA (PEN 2000).

Para complementar estas iniciativas, várias análises têm sido feitas em termos de desenvolvimento de políticas de apoio, legislação, e outras normas que defendam os profissionais de Saúde os quais, nas diversas frentes de combate a esta epidemia, têm sido confrontados com diversos problemas éticos, em torno dos direitos de confidencialidade e de Privacidade (Hamblin 2003).

³ Idem; pág. 33



Em relação a Confidencialidade e a Privacidade, estes direitos encontram-se consagrados em diversa legislação Internacional e Nacional. A nível Internacional, temos a destacar a Declaração Universal dos Direitos do Homem e dos Povos de 1948, a carta Africana dos Direitos dos Povos, a Carta Internacional dos Direitos dos Pacientes onde definem o Direito a Privacidade e a Confidencialidade (Declaração Universal dos Direitos do Homem 1948).

Ao nível do Ordenamento Jurídico Moçambicano a Privacidade era tratada na Constituição da República de Moçambique de 1990 no artigo 71. *Todo o cidadão tem direito à honra, ao bom nome, à reputação, à defesa da sua imagem pública e à reserva da sua vida privada* (Constituição da República de Moçambique 1990). Refira-se ainda que a confidencialidade é tratada também na Legislação ordinária, nomeadamente, no Código Civil e no Código Penal de 1966. Segundo a doutrina Jurídica a Confidencialidade e a privacidade definem-se nos seguintes termos:

"Confidencialidade significa: dizer em confidência; segredo; ordem ou comunicação em segredo, que tem carácter de secreto ou sigilosa, por outro lado, a Privacidade significa: recato e sossego, intimidade, vida íntima, desprovido vida íntima" (Pinto 1964).

Davies (1998); Payne-James, Dean & Wall (2004) definem a Confidencialidade e a privacidade como direitos Invioláveis e que a todo o paciente lhe são asseguradas. O sigilo sobre o seu estado de Saúde, ninguém, sem excepção, tem o direito de o violar, independentemente das motivações. Segundo a literatura estudada, a presente definição de Confidencialidade e Privacidade é aparentemente consensual.

A Universidade de Pretória recentemente conduziu um estudo que se denominou SIYAM; Kela, HIV/AIDS Stigma indicators a tool for measuring the progress HIV/AIDS stigma mitigation que dá um

enfoque particular à questão da estigmatização e da discriminação como consequências da falta de Confidencialidade e da Privacidade em muitas das Unidades Sanitárias, nestes termos. Este estudo procura definir a confidencialidade e a Privacidade como direitos invioláveis e inalienáveis aos quais nenhum cidadão pode dispor em nome de outrém, salvo quando se trate de doenças transmissíveis. (Insideout, 2003).

Em 2002, a Sociedade Civil Moçambicana liderada pelos seguintes organismos: Gabinete Universitário contra o HIV/SIDA (GASD), Monaso e a Kindlimuka organizaram, no Centro de Conferências das TDM, um Seminário sobre a problemática da estigmatização e da Confidencialidade, tendo para o efeito concluído que, o problema da transmissão voluntária e consciente do HIV/SIDA tem por de trás a inviolabilidade dos direitos, a Confidencialidade e a Privacidade por parte do pessoal Clínico. Por outro lado, este seminário recomenda que se promovam políticas e legislação, como forma de proteger o Profissional de Saúde, permitindo a estes que solicitem os familiares, ente-queridos e parceiros dos pacientes a fim de informar sobre o seu estado de seropositividade para reduzir a transmissão do HIV/SIDA.

Ainda em 2002, o Tribunal Supremo proferiu um acórdão n.º 5/2002, que pune o réu que, de forma voluntária e consciente transmite o vírus ao seu parceiro, ressaltando o facto de "...estando em causa vidas humanas, por um lado, e, por outro, a saúde pública o médico deveria ter convocado aos parceiros do réu para informar a estado serológico do réu..." (*Acórdão do Tribunal Supremo* 2002).

Em resumo, sobre o problema ético dos profissionais de Saúde para o caso específico de Moçambique, não existe qualquer estudo respeitante ao princípio da Confidencialidade e da Privacidade no combate ao HIV/ SIDA, apenas se realçam as recomendações saídas da conferência sobre o HIV/SIDA, organizada pela Sociedade Civil Moçambicana, liderada pela *MONASO- GASD- UEM* e o acórdão referido no ponto anterior.



"...estando em jogo vidas humanas, o médico deveria ter convidado as parceiras do réu para informar sobre o estado de seropositividade, de modo a evitar a contaminação..."(Acórdão do Tribunal Supremo 2002).

Em relação ao Mundo e à região, muitos Países já desenvolveram legislação e outras normas que protegem os Profissionais de Saúde em conflito ético. Por exemplo ,o estudo da UNDP "People Living With HIV: The Law, Ethics and Discrimination by Julie Hamblin". 2002.

Moçambique está um pouco atrasado no processo de regulamentação tendente a proteger os profissionais de Saúde embora nota-se um esforço do Governo em regulamentar estes aspectos. Sendo assim, o presente estudo pretende ser uma contribuição ao desenvolvimento de políticas, legislação e normas sobre o conflito ético dos profissionais de saúde em torno dos princípios da Confidencialidade e da Privacidade, dando uma tônica acentuada da relatividade dos direitos humanos, isto é, a problemática dos Direitos Humanos está associada a diversos condicionalismos, nomeadamente; os problemas do desenvolvimento, pobreza o acesso aos cuidados de Saúde, o Direito à Saúde, atitudes e comportamentos dos infectados e doentes de HIV/SIDA.

Por ultimo, auscultar os diferentes intervenientes (os profissionais de Saúde, doentes e infectados de HIV/SIDA e outros Organismos da Sociedade Civil) sobre o problema.

A presente proposta pretende ser uma contribuição através da definição de uma abordagem jurídica sobre como se poderá dar o consentimento informado aos familiares, ente-queridos e parceiros no respeitante ao estado serológico do infectado e doente do HIV/SIDA e também, da definição de atitudes e práticas dos infectados e doentes do HIV/SIDA em relação a transmissão do vírus do HIV.

Confidencialidade e Privacidade :Significa quebra do segredo médico a nível do HIV/SIDA.

A pandemia do HIV/SIDA⁴, os seus efeitos e impacto na sociedade, vêm assumindo proporções consideráveis e constitui já uma ameaça objectiva ao exercício dos direitos fundamentais do cidadão, à harmonia social e ao desenvolvimento do país. E por ser um assunto bastante pertinente devido à exclusão, estigmatização, discriminação social ou emocional a que as pessoas portadoras têm vindo a sofrer, torna-se importante falar da Confidencialidade e da Privacidade ao nível desta pandemia no que respeita à quebra do segredo médico, da ética médica e das sanções previstas no Código Penal para a quebra do sigilo profissional.

Deste modo, começaremos por referir que todo o cidadão tem direito à vida e à integridade física e moral e não pode ser sujeito à tortura ou tratamentos cruéis ou desumanos. E que também tem direito à honra, ao bom nome, à reputação, à defesa da sua imagem pública e à reserva da sua vida privada.⁵ O direito à vida é um dos direitos humanos⁶ consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) - 1948, a qual estabelece no seu artigo 3 que, todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança social, e que o direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deve ser protegido pela lei: ninguém pode ser arbitrariamente privado da vida⁷. E no caso concreto, quebra do segredo médico a nível do HIV/SIDA, a quebra da confidencialidade pode constituir uma

⁴ Nos termos do artigo 1 alínea a) e b) da Lei nº 5/2002 de 5 de Fevereiro, BR 1ª série, nº 7 (Lei que Estabelece os princípios gerais visando garantir que todos os trabalhadores e candidatos a emprego não sejam discriminados nos locais de trabalho ou quando se candidatam a emprego por serem suspeitos ou portadores do HIV/SIDA) Entende-se por:

SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) – Conjunto de infecções causadas pelo HIV, o qual ataca e destrói certas células do organismo essenciais ao sistema imunológico;

HIV (Vírus de Imunodeficiência Humana) – Vírus que transmite o SIDA.

⁵ Nos termos dos artigos 41 e 40 nº 1 da CRM (Constituição da República de 2004)

⁶ O Estado moçambicano tem como um dos objectivos fundamentais a defesa e promoção dos direitos humanos e da igualdade dos cidadãos perante a lei – artigo 11 alínea e) da CRM

intromissão na vida privada do paciente. E nos termos do artigo 12 da DUDH, ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques, toda a pessoa tem o direito à protecção da lei.

O médico deve falar ou manter-se em silêncio quando o doente com HIV/SIDA não quer dizer a verdade ao parceiro sexual, existindo o risco de transmissão de doença contagiosa? O que deve fazer um médico perante um seropositivo que se recusa a informar à parceira da sua situação e se propõe a manter com ela todo o tipo de relações, sem protecção?

O que é que esta quebra de sigilo, ao nível do HIV/SIDA, representa quando este constitui uma ameaça à vida de terceiros?

Neste caso, o médico encontra-se perante um conflito de deveres - o da defesa da privacidade do doente, através do sigilo médico e o da protecção da saúde e vida da mulher do paciente e eventuais filhos do casal.

Entenda-se que o sigilo médico é um importantíssimo direito do doente e uma obrigação deontológica e ética⁸ do médico, mas que uma comunicação directa e confidencial a alguém para acautelar a sua vida não pode ser considerada acto a publicitar, nem as acções para salvaguarda da vida se podem ter como violadoras de *qualquer obrigação menor*, pelo que se julga não haver, neste caso, ofensa ética, ou sequer, de uma perspectiva ética, violação de um dever de sigilo. Afirma-se, assim, a prioridade da vida como valor e que a sua

⁷ Nos termos do artigo 6 do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, conjugado com o artigo 4 da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos

⁸ Ética: é um estudo geral do que é bom ou mau. Busca justificativas para as regras propostas pela Moral e pelo Direito. É diferente destes 2 pois não estabelece regras. Sua característica é a reflexão que faz sobre a acção humana. A ética tem por objectivo facilitar a realização das pessoas. Que o ser humano chegue a realizar-se a si mesmo como tal, isto é, como pessoa. A Ética ocupa-se e pretende a perfeição do ser humano. A Ética médica é fundamental no exercício da profissão médica e por isso existe um código deontológico. É na prática da Medicina que a aplicação da ética assume papel relevante já que esta pressupõe valores que a distinguem de outras ciências uma vez que recaem em actividades conducentes à manutenção da vida e do bem estar, pela luta contra a doença, a dor, o sofrimento. – Vide trabalho sobre Bioética e Administração Hospitalar, 2004/2005, ISPU

salvaguarda constitui um dever ético primordial, a que todos os outros devem se subordinar.

Nos termos do artigo 5 (o qual trata especificamente da Privacidade e confidencialidade) n.º 1 da Lei n.º 5/2002 de 5 de Fevereiro⁹, os trabalhadores vivendo com HIV gozam do direito à confidencialidade sobre a sua condição de seropositivos, no local de trabalho ou fora dele, salvo se tal informação for legalmente requerida. Ou seja, este direito só poderá ser quebrado por via legal. E o n.º 2 do mesmo artigo estabelece que os profissionais de saúde, dos serviços públicos ou privados e outros equiparados que prestam serviços a uma entidade empregadora são obrigados a manter confidencialidade da informação sobre trabalhadores seropositivos, salvo se essa informação for necessária para as medidas de prevenção do HIV/SIDA. Neste caso, a confidencialidade só poderá ser quebrada se através da informação poderem tomar-se medidas adequadas para a protecção e a prevenção do contágio com HIV/SIDA, isto é, quando represente risco de vida ou seja relevante para terceiros, Desde que, do meu ponto de vista, o portador do HIV/SIDA seja informado com antecedência da necessidade de quebra do sigilo e da confidencialidade. Mas, a quebra da confidencialidade prevista neste artigo acarreta sanções como a de pena de multa correspondente a cinquenta salários mínimos, se a pena mais grave não couber, isto nos termos do artigo 16 n.º 3 da mesma Lei.

Importa referir que também existem casos em que a confidencialidade pode ser quebrada quando o próprio trabalhador ou pessoa seropositiva dá o seu consentimento livre e expressamente para que se divulgue a sua condição de seropositivo¹⁰.

Os seropositivos não devem ser discriminados nos seus direitos de trabalho, formação, promoção e progresso na carreira por serem

⁹ BR 1ª série, nº 7

¹⁰ Nos termos do artigo 6 nº 1 da Lei nº 5/2002 de 5 de Fevereiro, BR 1ª série, nº 7. A sanção para a violação deste preceito é de pena de multa correspondente a cem salários mínimos, nos termos do artigo 16 nº 4 da mesma Lei.



portadores de HIV/SIDA pois, a eles deve ser assegurado o princípio de igualdade de direitos e oportunidades em função do seu mérito e capacidade de desempenhar a sua função laboral¹¹. Estes são protegidos pela Constituição da República de 2004 no seu artigo 37 que estabelece que os cidadãos portadores de deficiência gozam plenamente dos direitos consignados na Constituição e estão sujeitos aos mesmos deveres com ressalva do exercício ou cumprimento daqueles para os quais, em razão da deficiência, se encontrem incapacitados.

Mas como é tratada a confidencialidade e a privacidade ao nível do HIV/SIDA, ao nível do segredo profissional médico, ou seja, o sigilo profissional do médico face a um portador do HIV/SIDA?

O sigilo sempre foi considerado como característica moral obrigatória da profissão médica. Contemporaneamente, o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Esta dupla natureza do conceito de segredo profissional, transforma-o num *direito-dever*, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde. E o conceito de privacidade é visto sob dois enfoques distintos: o primeiro centra-se no controlo que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio; o segundo, define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade.¹²

Neste caso concreto, a privacidade caracteriza a não-permissão de outrem no espaço da consulta e a confidencialidade é definida como um acordo entre o médico e o paciente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não podem ser passadas, por exemplo, a seus pais e/ou responsáveis, sem a permissão explícita do adolescente.

¹¹ Idem, artigo 7

¹² <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio11v1/artigo5.pdf>



A confidencialidade apoia-se em regras de ética médica, através de princípios morais e de autonomia¹³. A definição clássica de confidencialidade é a garantia do guardar das informações dadas pessoalmente, em confiança e a protecção contra a sua revelação não autorizada. Actualmente, confidencialidade é considerada como sendo o dever de guardar todas as informações que dizem respeito a uma pessoa, isto é, a sua privacidade.

A confidencialidade; é o dever que inclui a preservação das informações privadas e íntimas.¹⁴

Na área da saúde, a preservação da privacidade - seja ela vista como um *status* ou como um direito do paciente - permite que este revele ao seu médico situações potencialmente embaraçosas, num ambiente de grande confiança e com o propósito de cuidados com sua integridade física e emocional.

A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de comunicação privilegiada (*privileged communication*), compartilhando com ambos, uma ideia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou à mente de um indivíduo, em particular.

A confidencialidade implica um pressuposto - a *confiança* - que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada. Assim, a informação confidencial é tanto privada quanto voluntariamente compartilhada, numa relação de confiança e fidelidade.

Os termos privacidade e confidencialidade estão directamente relacionados e claramente ligados a valores normativos, protegendo as preferências e os direitos individuais.

Conceitualmente, privacidade e confidencialidade são diferentes entre si: a primeira, como um *status* ou um direito à intimidade que

¹³ <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/412/body/05.htm>

¹⁴ Vide trabalho sobre Bioética e Administração Hospitalar, 2004/2005, ISPU

permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto a segunda, garante que a revelação será mantida em sigilo.¹⁵

Em razão desta diferença, não acontece uma violação aos direitos de confidencialidade se o paciente autorizar a divulgação de uma informação, embora ocorra com a revelação uma *perda*, tanto de confidencialidade, quanto de privacidade.

É imperioso referir que a sanção para a violação do segredo profissional, ao nível do Código Penal, no seu artigo 290, é a de prisão até seis meses e multa correspondente para aquele que revelar segredo de que só tiver conhecimento ou for depositário, em razão do exercício do seu emprego; e para aquele que indevidamente entregar papel ou cópia de papel, que não devia ter publicidade e lhe esteja confiado ou exista na respectiva repartição, ou dele der conhecimento sem a devida autorização. Esta disposição é aplicável a todos aqueles que, exercendo qualquer profissão, que requeira título, e, sendo em razão dela depositários de segredos que lhes confiarem, revelarem o que ao seu conhecimento vier no exercício do seu ministério.

Por último, com este estudo pretende-se incentivar a mudança de comportamento nas relações sexuais de trato lícito, uma vez quebrado este silêncio ou por recomendação médica ou por iniciativa do infectado ou do doente, reforçando o papel da comunicação. Pretende-se ainda, saber o que os profissionais de Saúde, doentes e infectados pensam sobre esta matéria.

¹⁵ <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio11v1/artigo5.pdf>

2.1 Situação Actual do HIV/SIDA em Moçambique

Os resultados actualizados sobre o impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, com base nas taxas do HIV da Ronda de vigilância epidemiológica do ano 2000 e 2004, respectivamente, demonstraram que a situação actual do HIV em Moçambique é de 16.2%. Estimam-se 500 novos casos de SIDA por dia, contra o número de novos casos em 2004 que era de 109 mil, 20 mil mortes em crianças com menos de 5 anos em 2004, 273 mil órfãos dos 0-17 anos (Ronda de vigilância epidemiológica 2004). Em 2004, estimou-se que 1.4 milhões de Moçambicanos estavam infectados pelo HIV, sendo: 800 mil crianças; 570 mil homens; 800 mil mulheres((Ronda de vigilância epidemiológica 2004).

A região Norte apresenta as prevalência mais baixas seguidas da região Sul (Tabela 2). Na região Sul, Inhambane apresenta a prevalência baixa em relação a das outras províncias da mesma região. O nível de prevalência na região Sul aproxima -se ao da região Centro (Ronda 2004, Divulgação de dados de vigilância epidemiologica).



Capítulo III

3.PERFIL DE MOÇAMBIQUE

Neste capítulo faz-se a apresentação geral da informação sócio-demográfica económica, política e sanitária de Moçambique, e aborda em particular a doença de base do estudo: O SIDA em Moçambique e seus respectivos Programas de controle.

3.1 Geografia

Moçambique está situado na África Austral. Está limitado a norte com a Tanzânia, a Noroeste com o Malawi, Zâmbia e Zimbabwe e a Sudoeste com a África do Sul e Suazilândia. A Este é banhado pelo Oceano Índico. A faixa costeira do País se estende ao longo de 2500 Km formando o canal de Moçambique que separa o País da Ilha de Madagáscar. Possui uma área territorial de 799.380 Km².

O clima é subtropical, com uma estação seca e fria de Abril a Setembro, e outra chuvosa e quente de Outubro a Março, sendo a Zona Norte do País a que regista maior índice de precipitação. O País é frequentemente assolado por calamidades naturais, como cheias, ciclones e secas. O território é favorável à agricultura na qual aproximadamente 70% da população trabalha (INE/IAF, 1997), é rico em fauna bravia, recursos minerais cuja produção registou um aumento no ano de 2004 como p. ex. o gás natural, o carvão mineral, bauxite, bentonite, tantalite e pedras preciosas.



Fig. 1: Mapa de Moçambique. Fonte: World fact Book

3.2 População

De acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2000), a população é estimada em 18 972 396 habitantes em 2004 e está distribuída por 10 Províncias e Cidade de Maputo. É predominantemente jovem (cerca de 44% tem menos de 15 anos) e o sexo feminino constitui a maioria (51%); a taxa de crescimento populacional é de 2,4%. Cerca de 75% da população, reside nas zonas rurais (INE, Inquérito CAP), porém na última década registou-se uma migração significativa de pessoas para as vilas e cidades. A densidade populacional é de 20.1 habitantes por Km². A esperança média de vida foi estimada para 46,5 anos em 2005 num cenário sem o SIDA, mas devido os efeitos da epidemia do SIDA a longevidade diminui para 38,8 anos (INE, 2002).

3.3 Sistema Político e Social

Moçambique teve a sua Independência de Portugal em 1975 depois de cerca de 400 anos de colonização. Após a Independência o País viu-se mergulhado numa guerra civil que durou cerca de 25 anos. O poder legislativo cabe ao Presidente da República. Este é escolhido por sufrágio universal directo. O Governo é constituído pelo Presidente, 1 Primeiro Ministro e o Conselho de Ministros (EIU, 2004; PESS, 2001-2010)

Administrativamente está dividido em 10 Províncias e Cidade de Maputo. Cada Província se divide em distritos e estes em Postos administrativos. Alguns distritos e vilas constituíram-se em Municípios (PESS, 2001-2010).

3.4 Economia e Política de Desenvolvimento Nacional

Quando Moçambique se tornou independente em 1975 era um dos Países mais pobres do Mundo, a maioria da população era pobre e analfabeta, e menos de 10% da população tinha acesso efectivo aos cuidados de saúde (Abdul Razac et al, 1992). O nível de pobreza continua ainda extremamente alto, aproximadamente 80% das pessoas sobrevivem com menos de 2 dólares por dia.

Segundo o Inquérito aos agregados familiares (IAF) realizado pelo INE 2002/3, cerca de 70% da população vive abaixo da linha oficial da pobreza. Foram identificadas as seguintes variáveis determinantes da pobreza:

- a) Crescimento lento da economia até o começo da década de 90;
- b) Fraco nível educacional das pessoas nos agregados em idade economicamente activa com destaque para as mulheres;
- c) Elevada taxas de dependência nos agregados familiares;
- d) Baixa produtividade da agricultura familiar;
- e) Falta de oportunidades de emprego dentro e fora do sector agrícola;
- f) Fraco desenvolvimento de infra-estruturas, em particular nas zonas rurais

A política económica do Governo vem descrita no Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) que define a estratégia de redução da pobreza absoluta como intervenção para o desenvolvimento económico e social sustentável do País.

Na sua política de desenvolvimento nacional o Governo se propôs até ao ano 2005 a i) reduzir os níveis de pobreza absoluta de 70% para cerca de 60%; ii) crescimento económico rápido e sustentável com

prioridade para as zonas rurais; iii) reduzir os desequilíbrios regionais, (PESS, 2001-2010).

O FMI, considerou que Moçambique teve um desempenho satisfatório em 2004. Dados recentes do Governo estimam um crescimento real do PIB de 8,4% no primeiro semestre de 2004 comparado com o mesmo período do ano passado. O nível de inflação está a decrescer, em Janeiro 2004 era 17,4% e no mês de Outubro passou para 10,6%. (EIU, 2004).

Moçambique tradicionalmente exporta amêndoa de caju, camarão, mas recentemente o governo reconheceu a grande contribuição da exportação do alumínio e da energia eléctrica para a economia do País. A exportação do alumínio aumentou em 133% no primeiro semestre de 2004, comparado ao mesmo período de 2003, (EIU, 2004).

3.5 Perfil de Saúde em Moçambique

O perfil do estado de saúde da população é consequência do actual nível de desenvolvimento socioeconómico. A taxa de mortalidade infantil era de cerca de 124‰ em 2003 e a taxa de mortalidade materna era quatrocentos e oito por cento **(408/100000)** também em 2003, uma das mais altas do mundo comumente atribuídas ao baixo acesso físico e económico. Devido à pobreza e insegurança alimentar, a prevalência da malnutrição crónica é também das mais altas. O inquérito demográfico e de saúde de 2003 revelou que 41% de crianças com idade inferior a 5 anos tinham mau crescimento (baixa altura para idade), (INE, 2004).

O quadro sanitário é influenciado também pelos seguintes factores determinantes:

- Baixo nível de escolaridade da população geral e da mulher em particular,



- Nutrição deficiente, sobretudo a malnutrição e a deficiência em micronutrientes (vitamina A, Ferro, Iodo)
- Meio ambiente desfavorável, particularmente saneamento do meio deficiente por tratamento deficiente dos lixos e excretos humanas, deficiente drenagem das águas, etc.
- Abastecimento limitado de água potável que apenas abrange 25% da População total.

O padrão de doença é favorecido pela existência de um perfil socioeconómico da população e pelas condições climáticas existentes. O País é vulnerável a frequentes surtos de doenças transmissíveis através da água como a cólera, disenteria e outras epidemias como a meningite meningocócica. As doenças mais frequentes e sérias que afectam as populações são a malária que é responsável por 48% de todas as consultas externas, a tuberculose que foi considerada a primeira causa de internamento nos hospitais rurais do país em 1997, as diarreias, as infecções respiratórias agudas e infecções sexualmente transmissíveis que inclui o HIV/SIDA, (PESS, MISAU, 2001-2005).

3.6 O Sector Saúde em Moçambique

Moçambique desenvolveu um Plano estratégico para o Sector Saúde (PESS, 2001- 2005-2010) tendo como referência de base o PARPA e o contexto da abordagem sectorial ampla (SWAP). Este documento faz parte da agenda nacional para um crescimento acelerado e alívio da pobreza, através de intervenções sanitárias como prestação dos cuidados de saúde, fortalecimento individual e das comunidades e, a advocacia em saúde.

O programa do sector Saúde no PARPA, inclui os seguintes componentes: os Cuidados de Saúde Primários (CSP); combate às

epidemias; HIV/SIDA; rede sanitária; recursos humanos; gestão e planificação (BASICS II, 2004).

Desde o final da década 70, o País adoptou as políticas dos CSP e direccionou a prestação de serviços às pessoas mais vulneráveis da sociedade, particularmente mulheres e crianças, população das zonas rurais e aos que vivem na pobreza absoluta.

Os serviços de saúde em Moçambique são ainda inadequados em termos de cobertura, acesso e qualidade de cuidados principalmente devido à falta de infraestruturas e a capacidades de gestão e de pessoal limitados. Cerca de 20% da infra-estrutura foi destruída durante a guerra civil. (WHO/Global TB control, 2004).

O processo de implementação da descentralização é a opção do Sector, porém tem sido influenciado por vários factores, tais como: falta de pessoal qualificado ao nível do distrito e da província; gestão centralizada; verticalização excessiva das Direcções e Departamentos Centrais, reforçados pelos Projectos verticais (BASICS II, 2004).

3.7 O Serviço Nacional de Saúde em Moçambique

3.7.1 Sistema de Referência

O Sistema de saúde em Moçambique compõe-se do sector público, sector privado com fins lucrativos e não lucrativos. O Sector público, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sector Comunitário, constitui o principal prestador de atenção de saúde a todo o país. Embora o sistema continue dominado pelo sector público, o sector privado, particularmente o que inclui as Organizações não governamentais (ONGs), tem dado um contributo importante na prestação de cuidados, incluindo cuidados de saúde às PVHS, nas

áreas de TARV, tratamento e profilaxia das IOs e cuidados domiciliários.

O SNS está organizado em quatro níveis de atenção de saúde: o nível I (primário) e II (secundário) mais periférico, constituído pelos Postos de Saúde (PS), Centros de saúde (CS), Hospitais Rurais (HR) e Gerais (HG), destinados a executar as estratégias dos CSP. O nível II é a referência imediata dos CS para condições que não podem ser tratadas àquele nível, tais como: complicações do parto, trauma, emergências médico-cirúrgicas. Os níveis III (Terciário) e IV (Quaternário) são constituídos pelos Hospitais e estão orientados, fundamentalmente, para acções curativas, constituindo assim, referência dos níveis inferiores (PESS, MISAU)

O distrito é a base de planificação e implementação dos Programas de saúde (Abdul Razac e Segall, 1992). Como exemplos de Programas sxe destacam o da Malária, Tuberculose e Lepra, o Programa Nacional do SIDA, entre outros .

2.1 Situação Actual do HIV/SIDA em Moçambique

Os resultados actualizados sobre o impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, com base nas taxas do HIV da Ronda de vigilância epidemiológica do ano 2000 e 2004, respectivamente, demonstraram que a situação actual do HIV em Moçambique é de 16.2%. Estimam-se 500 novos casos de SIDA por dia, contra o número de novos casos em 2004 que era de 109 mil, 20 mil mortes em crianças com menos de 5 anos em 2004, 273 mil órfãos dos 0-17 anos (Ronda de vigilância epidemiológica 2004). Em 2004, estimou-se que 1.4 milhões de Moçambicanos estavam infectados pelo HIV, sendo: 800 mil crianças; 570 mil homens; 800 mil mulheres((Ronda de vigilância epidemiológica 2004).

A região Norte apresenta as prevalência mais baixas seguidas da região Sul (Tabela 2). Na região Sul, Inhambane apresenta a prevalência baixa em relação a das outras províncias da mesma

região. O nível de prevalência na região Sul aproxima –se ao da região Centro (Ronda 2004, Divulgação de dados de vigilância epidemiológica).

Província	Taxa de prevalência	Região	Taxa de prevalência
Maputo Cidade	20.7%	Sul	18.1%
Maputo Província	20.7%		
Gaza	19.9%		
Inhambane	11.7%		
Sofala	26.5%	Centro	
Manica	19.7%		
Tete	16.6%		
Zambézia	18.4%		
Niassa	11.1%	Norte	9,3%
Nampula	9.2%		
Cabo Delgado	8.6%		
Nacional			16.2

Fonte: Ronda 2004

Tabela 2 Taxas ponderadas de Prevalência do HIV por província e por Região - Moçambique

No geral, as prevalências das províncias do sul e norte estão em crescimento à excepção de Niassa, uma vez que a informação disponível é insuficiente para verificar a evolução.

O centro porém, exceptuando a província da Zambézia, apresenta-se ainda em pleno crescimento, enquanto as outras províncias desta região a estabilizar.

O Mapa ou tabela 3, mostra a Evolução de Prevalência do HIV por província no período 2001 – 2004

As cores representam níveis diferentes de prevalência conforme a legenda:

O verde escuro representa as províncias com taxas de prevalências abaixo de 10%.



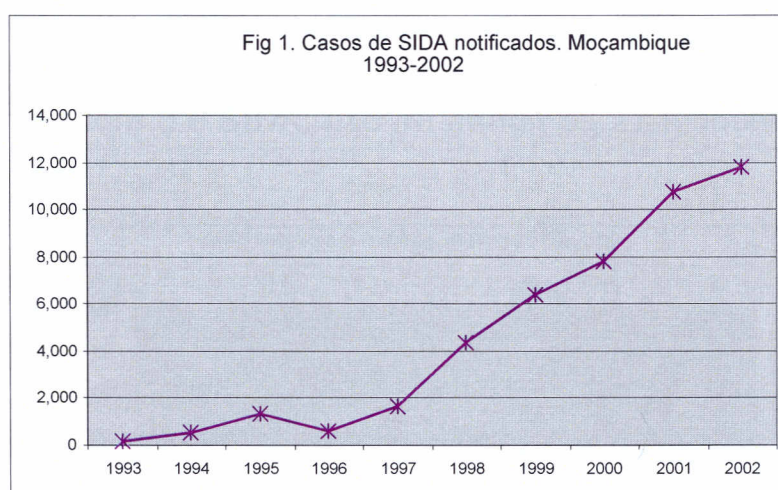
Pode se observar que, em 2001 ,4 províncias apresentaram níveis de prevalência abaixo de 10%; em 2002, passaram para 3 e em 2004 somente duas províncias mostram prevalências abaixo de 10% (Ronda 2004)

Província	2001	2002	2004
Maputo Cidade	15.5%	17.3%	20.7%
Maputo Província	14.9%	17.4%	20.7%
Gaza	19.4%	16.4%	19.9%
Inhambane	7.9%	8.6%	11.7%
Zambézia	15.4%	12.5%	18.4%
Sofala	18.7%	26.5%	26.5%
Manica	18.8%	19.0%	19.7%
Tete	16.7%	14.2%	16.6%
Niassa	5.9%	11.1%	11.1%
Nampula	7.9%	8.1%	9.2%
Cabo Delgado	5.0%	7.5%	8.6%

Tabela 3 Evolução das prevalências do HIV, Moçambique 2001-2004

3.9 O Programa do SIDA em Moçambique

O SIDA começou a afectar o país na década de 80, tendo sido diagnosticado o primeiro caso em 1986 (INE, 2002). Desde então, a prevalência de casos foi aumentando de forma assustadora. Em 1990 foram reportados 98 casos; em 1994, 534 e em 1998, 4.376 novos casos. Em 2002 a cifra atinge aproximadamente os 12.000 casos, estando a Cidade de Maputo com mais de 50% dos casos. Contudo, os casos notificados representaram 13% dos casos esperados (PEN, 2004-2008).

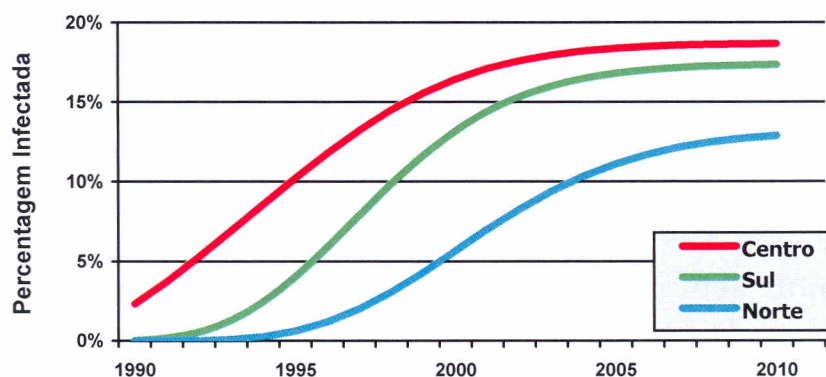


Fonte: MISAU/PNC ITS/SIDA

Figura 1 Casos de SIDA notificados em Moçambique

O Impacto Demográfico da Epidemia de HIV/SIDA, elaborado no ano 2002, utilizando um modelo matemático, resulta em projecções de proporções catastróficas. A esperança de vida ao nascer, que devia atingir os 50 anos em 2010, ficará reduzida a 36,5 anos. Cumulativamente, mais de um milhão de pessoas irão morrer devido ao SIDA durante a década, e estima-se que em 2005, cerca de 500 pessoas serão infectadas diariamente.

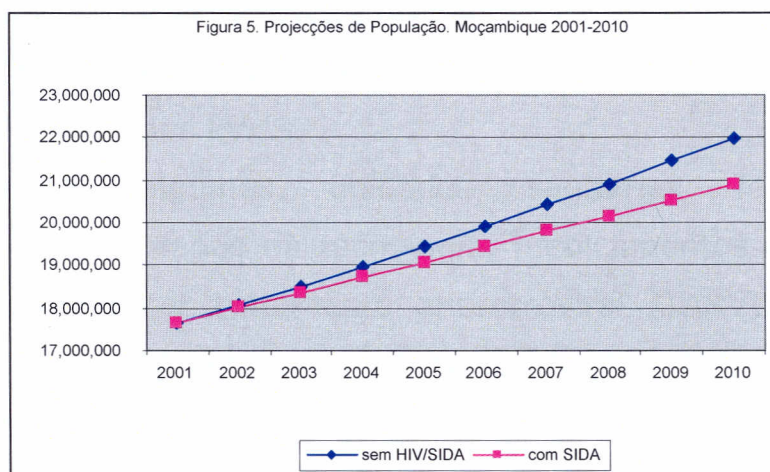
O gráfico na figura 2 apresenta as taxas de prevalência do HIV, nas 3 regiões do País, entre a população adulta dos 15-49 anos.



Fonte: Impacto demográfico do HIV/SIDA. INE, 2000

Figura 2 Projeções de prevalência de HIV SIDA em adultos, 15-49 anos, por Região

Segundo as projeções do INE, tendo como referência o ano 2001, a população de Moçambique deveria chegar a 22 milhões de habitantes em 2010, mas com o o SIDA, não irá atingir os 21 milhões (Fig. 3).



Fonte: Impacto demográfico do HIV/SIDA. INE, 2000

Figura 3 Projecção da População de Moçambique , 2001-2010

3.9.1 Plano Estratégico de Combate ao HIV/SIDA

O primeiro Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA foi produzido em 1999. A responsabilidade do MISAU concentrava-se na garantia de bio-segurança sobre as actividades do sector, as transfusões seguras, diagnóstico e tratamento das Infecções de Transmissão Sexual, diagnóstico e tratamento das Ios, incluindo a Tuberculose, Vigilância Epidemiológica e Monitorização. O Tratamento Antiretroviral não foi considerado uma opção naquela altura, devido aos altos custos e às dificuldades técnicas para a sua implementação, no contexto duma rede sanitária com graves carências (PEN/HIV/SIDA, 2004).

Em 2004, é aprovado um novo Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA, cujo objectivo é oferecer uma combinação adequada de serviços de saúde preventivos e curativos, por forma a que seja reduzida a transmissão da doença e prolongado o tempo e a qualidade de vida das PVHS.

Paralelamente, algumas unidades sanitárias foram sendo seleccionadas e dotadas da tecnologia, medicamentos e capacidade clínica para oferecer tratamento antiretroviral (TARV) que se vão integrando os novos serviços em Redes Integradas (RI).

3.9.2 Redes Integradas

Em Moçambique as Redes Integradas representam um sistema de referência que consiste em serviços especializados para as PVHS, bem como nas vias de acesso a estes serviços e sectores de apoio.

Fazem parte dos serviços especializados da RI os HDD, GATV e CD e os serviços que os complementam: as consultas externas (triagens, consultas de medicina), o PNCT, o laboratório, etc.

O HDD é um unidade especializada no atendimento às pessoas infectadas com HIV/SIDA, com componentes ambulatoriais e de assistência domiciliar, que se denominam de Cuidados Domiciliares

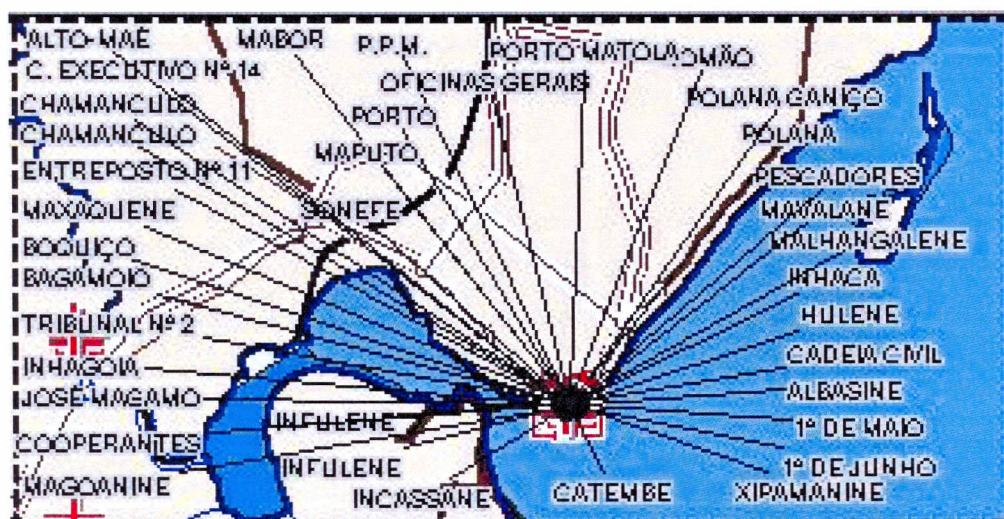
(CD). Estes, prestam atendimento integral às PVHS nas suas residências, fornecendo cuidados de saúde paliativos, profiláticos, assegurando a adesão aos medicamentos, etc. O SNS não implementa, mas subcontrata as ONGs para estas actividades, cabendo ao SNS um papel regulador e de coordenação.

4.1.2 Rede Sanitária e Rede Integrada HIV/SIDA

A Cidade de Maputo possui uma rede sanitária constituída por 3 Hospitais Gerais (HG), 16 Centros de Saúde (CS), e 19 Postos de Saúde (PS).

Os serviços de atendimento às PVHS é formado por 3 Hospitais-dia (HDD), incluindo o HDD do Hospital Central de Maputo (HCM) que não faz parte da jurisdição da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo. Existem Gabinetes de aconselhamento e testagem, (GATV) num total 7, sendo 6 em CS e 1 no Hospital Militar (DSCM, 2004).

Os 2 HDD com maior afluência de pessoas estão localizados no CS de Alto-maé e no CS 1 de Maio. No total, foram observadas nestas unidades, até o ano de 2004, 45.329 pessoas com HIV/SIDA, dos quais 1.632 estão em TARV.



Fonte: HEALTH FACILITIES IN MOZAMBIQUE - 27-Sep-00

Figura 4 Mapa da Cidade de Maputo - Distribuição das Unidades Sanitárias

As quatro tabelas seguintes apresentam as unidades sanitárias de atendimento ao HIV/SIDA na Cidade de Maputo e as actividades desenvolvidas em 2004.

HDD	Doentes em TARV
CS Alto-maé	840
CS 1 de Maio	792
Santo Egídio	s/info.
TOTAL	1.632

Fonte: DSCM

Tabela 4 Total de doentes em TARV, 2004

TABELA 5
Consultas de TARV realizadas nos HDD. Cidade Maputo. 2004

US	Primeiras consultas	Consultas seguintes	Total
Alto-maé	2.229	16.088	18.317
1 de Maio	4.255	22.757	27.012
Santo Egídio	496	4.139	4.635
TOTAL	6.980	42.984	49.964

Fonte: DSCM

Tabela 5 Consultas de TARV realizadas nos HDD, Cidade de Maputo

HDD	No.visitas
Alto-Maé	468
CS 1 de Maio	1.441
TOTAL	1.909

Fonte: DSCM

Tabela 6 Visitas domiciliárias efectuadas, Cidade de Maputo, 2004



US/GATV	TOTAL	HIV + (%)	HIV- (%)
Alto-Maé	3.981	49	50
Bagamoio	4.582	19	80
Chamanculo	5.768	34	66
1 de Maio	12.020	42	58
Xipamanine	6.596	22	78
1 de Junho	5.445	26	74
Hosp. Militar	3.673	27	72
TOTAL	42.065	32	67

Fonte: DSCM, 2004

Tabela 7 Testes de HIV efectuados nos GATV, Cidade de Maputo, 2004

Capítulo IV

I. Parte

3. Justificação do Estudo:

O presente estudo aborda um dos problemas de Saúde do País, do mundo e da região o HIV/SIDA, no que concerne a Confidencialidade e a Privacidade.

Moçambique está actualmente afectado pela epidemia do SIDA. O número de casos de SIDA e de mortes devido a esta epidemia contribuiu, de certa forma, para a mudança de opinião política sobre as estratégias de combate ao HIV/SIDA no País.

Por conseguinte, é urgente a definição de Políticas , Legislação e outras normas relevantes, com o propósito de se garantirem os direitos à Confidencialidade e Privacidade e, por outro lado, definir o papel reservado aos Profissionais de Saúde, accionando os mecanismos de informação aos familiares mais directos, tais como os cônjuges e todas as pessoas com quem o doente coabita para que possam conhecer a realidade e se estabeleçam regras de conduta.

Na abordagem desta problemática, pretende-se dar uma tónica acentuada ao desenvolvimento de Políticas e Leis que protejam, por um lado, os infectados pelo HIV/SIDA contra o estigma e discriminação e, por outro, a protecção dos profissionais de Saúde em permanente conflito com os princípios da confidencialidade e privacidade, no combate a esta doença, salvaguardando e protegendo-os, sem descurar os direitos humanos e a preservação e defesa da Saúde Pública.



4. Motivações:

As motivações que me levam a fazer este estudo são:

- Jurista no Ministério da Saúde que ao longo da sua carreira profissional tem desenvolvido diversa legislação e Políticas na área de Saúde na preservação e defesa da Saúde Pública, particularmente na área dos direitos humanos,
- Saber como é que as leis existentes relativas à confidencialidade, direitos humanos afectam a vida da população, na transmissão do HIV/SIDA na área de Saúde Pública.

5. Definição do Problema de Estudo:/Questões a serem respondidas

As principais questões de pesquisa a serem respondidas pelo presente estudo são:

1. O que os Profissionais de Saúde infectados pensam sobre o direito a Confidencialidade e Privacidade?
2. Qual o papel reservado aos profissionais de Saúde, no respeito pelos princípios da Confidencialidade e da Privacidade, no combate ao HIV/SIDA?
3. Existirá conflito ético entre os profissionais de Saúde e o problema de informar ou não, relativamente a atitudes e práticas dos profissionais de saúde e os princípios da Confidencialidade e da Privacidade no combate ao HIV/SIDA?



4. Existirá ou não a necessidade de adopção de legislação, políticas e textos legais pelos órgãos competentes sobre a matéria?

5. Relativamente aos doentes, haverá conflito entre as práticas e atitudes dos doentes, em relação aos princípios da Confidencialidade e da Privacidade e as suas obrigações pessoais e morais com os seus parceiros?

As respostas a estas três questões irão contribuir para apoiar o Parlamento e o Governo na formulação de Políticas, Legislação e Normas, com o propósito de proteger e defender os direitos à Confidencialidade e à Privacidade e, ao mesmo tempo, definir um papel privilegiado dos profissionais de Saúde.

6. OBJECTIVOS

6.1. Objectivos Gerais

- O Estudo determinou o nível de conflito ético dos profissionais de saúde em torno dos princípios de privacidade e confidencialidade na transmissão por HIV/SIDA.
- Verificou em que medida o conflito ético entre os profissionais de saúde, relativamente ao respeito aos princípios da privacidade e da confidencialidade no combate ao HIV/SIDA, e o problema informar ou não em relação as atitudes e praticas e de que forma é que se poderá dar o consentimento para informar aos familiares e outros ente queridos bem como nas relações extraconjugais e determinou a relatividade dos direitos humanos em relação ao direito a privacidade e a confidencialidade.
- Por último, verificou até que ponto as políticas e a legislação existentes contribuem para a protecção dos infectados e doentes de HIV/SIDA e, por outro lado, o papel reservado aos

profissionais de saúde em torno da problemática da inviolabilidade destes princípios, o problema imanente da Saúde Pública e o combate desta perigosa doença.

6.2. Objectivos Específicos

- Analisou e identificou a legislação e políticas sobre a matéria que existe a nível do país, do Mundo e da Região, por intermédio de informação electrónica, consulta a textos legais, políticas e outros documentos relevantes sobre a matéria e as convenções internacionais que Moçambique assumiu em conferências internacionais,
- Identificou as diferentes sensibilidades ligadas ao assunto, nos diferentes quadrantes nomeadamente, profissionais de saúde, doentes e outros como por exemplo, grupos focais e associações da sociedade civil,
- Mostrou atitudes e práticas dos profissionais de saúde, em torno do conflito ético da confidencialidade e da privacidade na transmissão do HIV/SIDA,
- Formulou recomendações para o desenvolvimento de políticas, legislação e normas que protejam os direitos da confidencialidade e privacidade aos cidadãos infectados e doentes de HIV/SIDA e, ao mesmo tempo, definam e protejam os diferentes profissionais de saúde em conflito ético, no sentido de estes puderem informar os parceiros dos doentes e

familiares sobre o estado serológico, quando esteja em causa a Saúde Pública.

Em relação aos objectivos específicos supra citados, foram respondidas as seguintes variáveis:

1. Existe no ordenamento jurídico Moçambicano legislação e políticas em torno do conflito ético atinente aos princípios de Privacidade e da confidencialidade?
2. Se existe, quais são essas leis versus políticas ?
3. O que acha da problemática de se informar ou não aos familiares, parceiros do infectado ou doente de HIV/SIDA?
4. De que forma poderá ser dado o consentimento para informar?
5. Deveria ou não ser institucionalizado um quadro jurídico-legal, como forma de proteger o profissional de saúde?
6. Quais são as atitudes e práticas dos profissionais de saúde, em torno da confidencialidade e da privacidade?
7. Quais são as atitudes e práticas dos infectados e doentes de HIV/SIDA, em torno dos direitos a confidencialidade e da privacidade?
8. Deveria ser emitida uma norma que permitisse ao profissional de saúde informar o estado de seropositividade do doente, quando esteja em causa a vida, por um lado, e, por outro lado, a saúde pública?
9. Determinar o que os diferentes intervenientes pensam sobre o direito à confidencialidade e à privacidade?
10. Em que situações deveria ser dado um tratamento diferenciado ao direito à confidencialidade e à privacidade?
11. Na situação das doenças transmissíveis, qual seria o tratamento a ser dado aos direitos a confidencialidade e privacidade?
12. Quais são as normas relevantes sobre os direitos à privacidade, confidencialidade;
13. Conhece o código de ética deontológico e outras normas e princípios éticos?
14. O que pensa do estigma e da descriminação *versus* HIV/SIDA?

II. Parte

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de Estudo

Foi feito um estudo qualitativo e descritivo.

7.2. MATERIAIS E METODOS

7.2.1. Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos na cidade de Maputo, nomeadamente, no Ministério de Saúde, Ministério de Justiça, Ministério dos negócios estrangeiros e Cooperação, Tribunais, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, hospitais de Dia, GATVs que constam das redes integradas e, em alguns organismos da sociedade civil, bem como em ONGs e associações.

Foi feita a recolha de alguns textos legais como por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos do Homem e dos Povos, Carta Africana dos Direitos dos Povos, Carta Internacional dos Direitos dos Pacientes, Constituição da Republica de Moçambique, Código Civil e Código Penal.

7.2.2. MÉTODO

Para a prossecução dos objectivos adoptou-se um método qualitativo e descritivo, tendo sido entrevistadas 48 pessoas (25 doentes e 23 profissionais de saúde), através de amostras por conveniência, aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais (Nacionais e Estrangeiros), que intervêm de forma directa nas redes integradas. O grupo alvo foi o dos profissionais de Saúde de três Hospitais de Dia, nomeadamente: Centro de Saúde do Alto Maé, Centro de Saúde 1º de Maio, Hospital Central de Maputo e respectivos GATVs das diferentes redes, integradas na Cidade de Maputo.

Foram entrevistados 25 pacientes infectados e doentes de HIV/SIDA de forma aleatória, assim como foram feitas reuniões de discussão, com três grupos focais, oriundos de três bairros da Cidade e Maputo, a saber: Alto Maé, Luís Cabral e Chamanculo.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- A primeira limitante deste estudo deveu-se ao facto de a legislação existente proibir, de forma expressa, a violação dos Direitos Humanos nomeadamente, os direitos à Privacidade e à Confidencialidade, proibindo aos profissionais de saúde de divulgar o estado serológico dos infectados e doentes de HIV/SIDA;
- Falta de estudos sobre a matéria e, por outro, a inexistência de legislação que defina o papel específico dos profissionais de Saúde, relativamente à decisão de informar ou não sobre o estado do doente, quando está em causa um problema de Saúde Pública,
- A outra limitante do estudo resulta do facto de este se debruçar sobre o direito dos pacientes que, em princípio, são invioláveis pela natureza destes direitos, razão que inviabiliza a obtenção de toda a informação julgada pertinente para o estudo.

III. Parte

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As entrevistas de todos os participantes do presente estudo e das reuniões com alguns grupos focais serão totalmente voluntárias, anónimas e confidenciais. A forma a ser adoptada nas entrevistas para a identificação dos entrevistados será numérica que será a única e exclusiva forma de identificação. As entrevistas aos profissionais de Saúde e aos infectados e doentes de HIV/SIDA deverão ser sob a forma de consentimento informado, para os profissionais de Saúde. Cumulativamente, deverão possuir uma autorização da Direcção da Unidade Sanitária onde se encontra implantado o Hospital de Dia e a informação a ser recolhida será confidencial (Anexo 2).

Capítulo V

10. RESULTADOS

Foram entrevistados 48 indivíduos distribuídos da seguinte maneira: 25 doentes de HIV/SIDA provenientes da Cidade de Maputo e 23 profissionais de Saúde, nomeadamente do SNS, ONGs e outros.

10.1. Características demográficas dos entrevistados

As características demográficas relevantes encontradas neste estudo, segundo o inquérito realizado, foram o sexo, idade, nível de escolaridade, proveniência e profissão.

Dos 25 doentes entrevistados a maioria, 14 (56%), era do sexo feminino e 11(44%) eram do sexo masculino. Sendo o nível primário, o grau de escolaridade que se observou (tabela 1).

Num total de 23 profissionais de Saúde entrevistados, 16 (69.9%) eram do sexo masculino e 7 (30.4%) do sexo feminino (tabela 1). A maior parte dos doentes, assim como os profissionais de saúde, tinham a idade compreendida entre 19 a 49 anos de idade.

PERFIL	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Doentes	11(44,00%)	14(56,00%)	25
Profissionais de Saúde	16(69,57%)	7(30,43%)	23

Tabala 8 Distribuição percentual dos entrevistados por sexo



PERFIL	FAIXA ETÁRIA			TOTAL
	<19 Anos	19 a 49 Anos	> 49 Anos	
Doentes	3(12,00%)	22(88,00%)	0(0%)	25
Profissionais de Saúde	0(0%)	19(82,61%)	4(17,39%)	23

Tabela 9 Distribuição percentual dos entrevistados por idade

No grupo dos profissionais de Saúde a maior parte dos entrevistados 7/30 (30%) eram médicos ou enfermeiros. Os doentes entrevistados na sua maioria era constituída por estudantes, seguidos de domésticos.

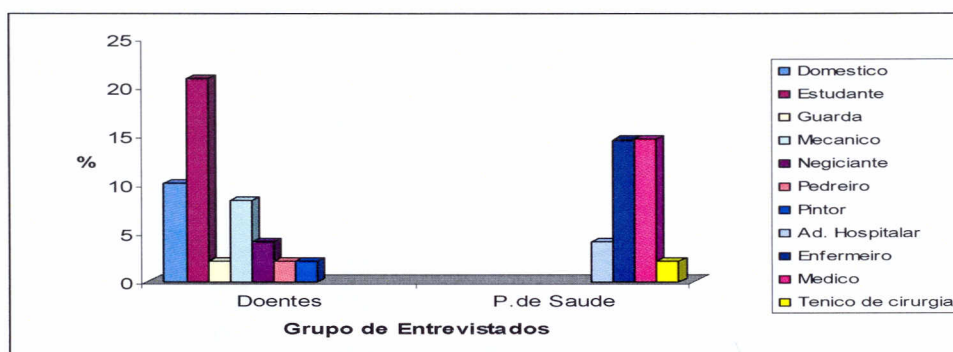


Tabela 10 Frequência de entrevistados por profissão.

10.2. Tipo e nível de atendimento nas unidades sanitárias.

Em relação ao nível de atendimento nas Unidades Sanitárias, 20/25 (80%) dos doentes entrevistados afirmaram terem sido bem atendidos. Verificou-se que 9/25 (36%) doentes foram de opinião que algumas coisa devia algumas das reclamações ser melhorada, sendo algumas das reclamações, a demora nas filas de espera quer das consultas, assim como no laboratórios de análises. Os sectores onde estas melhorias deveriam ser implementadas são ilustrados na figura 5.

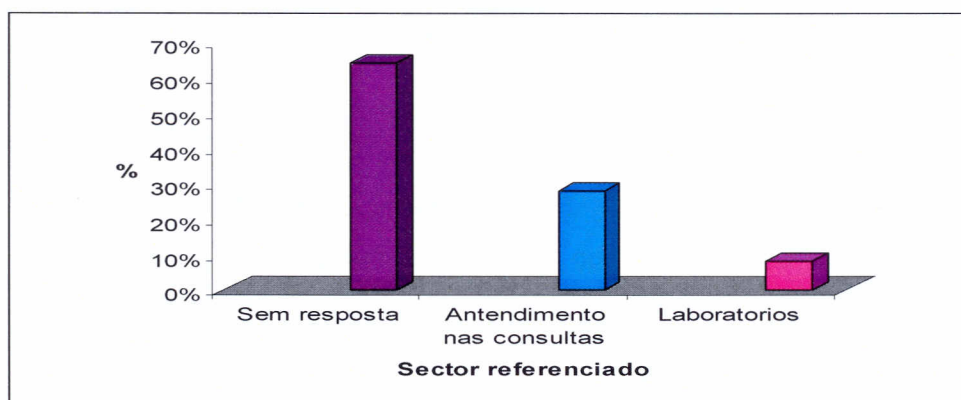


Figura 5 Frequência de doentes entrevistados, em relação ao sector de observância de melhorias.

10.3. A maior parte dos profissionais de saúde entrevistados trabalhavam no Hospital Central de Maputo, distribuídos pelos diferentes sectores do mesmo Hospital. Pode se observar que destes, a maioria pertence ao sector de Cirurgia (Figura 6).

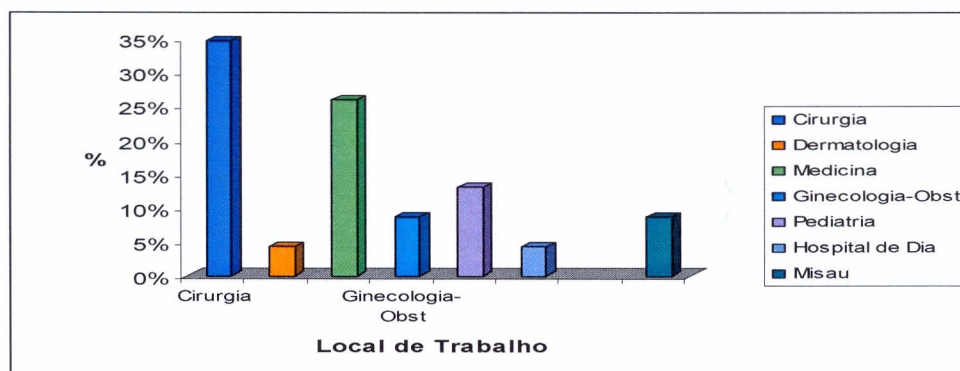


Figura 6 Distribuição dos profissionais de Saúde por local de trabalho.

Quanto a satisfação em relação às condições de trabalho, 22/23 (95.7%) dos profissionais de Saúde entrevistados afirmaram que estavam insatisfeitos com as condições de trabalho, alegando as péssimas condições de trabalho, a falta de material e o baixo salário, como sendo as maiores dificuldades por eles enfrentadas.

10.4. Percepção e nível de conhecimento dos Direitos dos doentes

A maioria dos doentes entrevistados 3/25 (12%) afirmaram ter um nível de conhecimento dos seus direitos, 22/25 (88%) afirmaram que não tinham nenhum conhecimento sobre os direitos que lhes assistem. O bom atendimento e a obtenção dos medicamentos foram alguns dos direitos mencionados pelos doentes que afirmaram ter algum conhecimento sobre o assunto.

Quanto à opinião sobre o que se devia fazer para dar a conhecer os direitos do doente, a maior parte 14/25 (56%) de doentes entrevistados era de opinião que algumas coisas deviam ser melhoradas em termos dos Direitos do Doente, tendo sido referido que a divulgação destes pelas Unidades Sanitárias ou entidades de Saúde e a maior abrangência de atendimento dos doentes a nível domiciliário seriam medidas importantes. Os restantes 11/25 (44%) não tiveram qualquer ideia sobre o que se deveria fazer em relação aos seus direitos.

No que concerne à implementação dos mesmos direitos, os entrevistados afirmaram ser da responsabilidade do Estado.

10.5. Estado de seropositividade ao HIV/SIDA

Em relação ao estado de seropositividade ao HIV/SIDA, a maior parte 20/25 (80%) dos doentes entrevistados afirmaram ter tido a informação através dos médicos e enfermeiros que os atendiam nas unidades sanitárias e os restantes 5/25 (20%) tiveram-na através dos laboratórios e Gabinetes de Testagem Voluntária (GATVs), como ilustra figura 7.

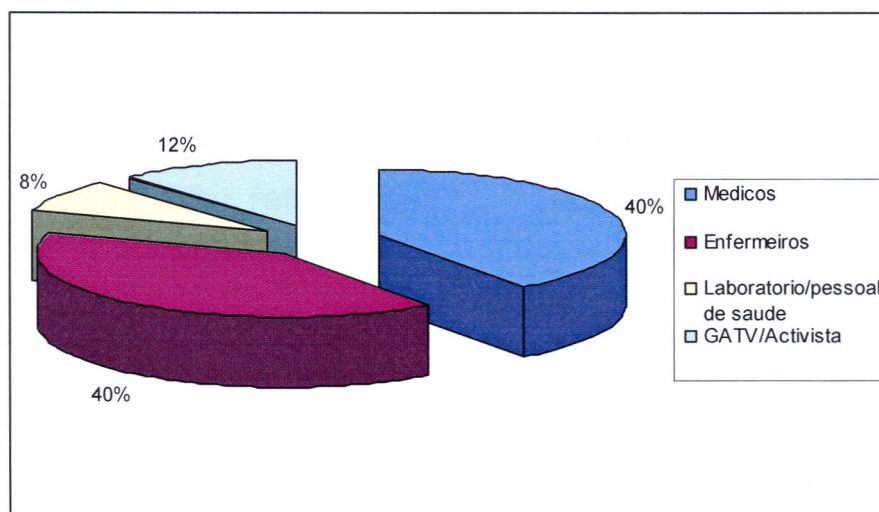


Figura 7 Frequência de doentes entrevistados de acordo com a fonte de informação do estado de seropositividade ao HIV/SIDA.

Relativamente ao sentimento dos doentes depois de receber a informação sobre o estado de seropositividade ao HIV/SIDA, 20/25 (80%) de doentes entrevistados afirmaram terem ficado tristes após a notícia, 3 (12%) indiferentes e 2 (8%) ficaram sem saber o que fazer (figura 8).

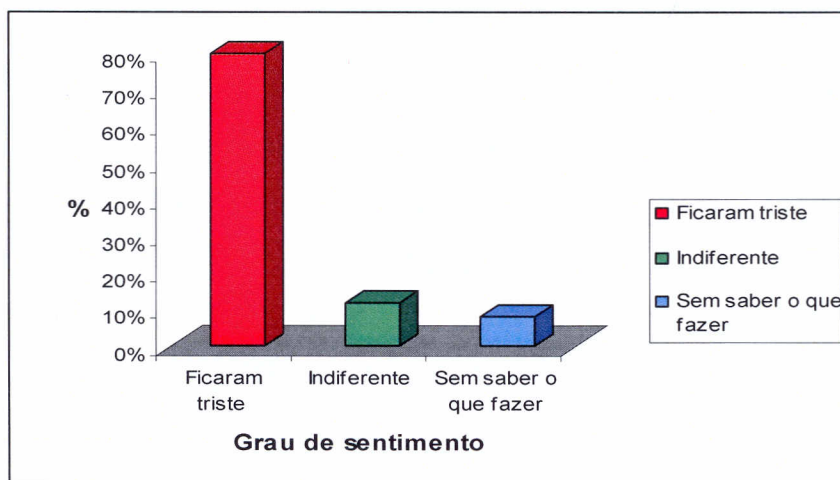


Figura 8 Distribuição dos entrevistados de acordo com o grau de sentimento após a obtenção da notícia do estado de seropositividade

Em relação à obtenção de informação relativa ao HIV/SIDA depois dos doentes terem tido conhecimento sobre seu estado de seropositividade, 12/25 (48%) dos entrevistados não tiveram acesso a esta informação através dos profissionais de Saúde .

Quando questionados os doentes da qualidade da informação obtida sobre o HIV/SIDA, 11/25 (44%) dos doentes entrevistados consideraram a informação obtida insuficiente para viver com a doença porém, 8% referiu que a mesma era insuficiente pois, gostariam que esta fosse mais explicativa acompanhada do fornecimento de material adicional que lhes pudesse informar mais sobre o HIV/SIDA com o pessoal de saúde.

10.6. Conflito Confidencialidade e Privacidade vs. HIV/SIDA

Os resultados do inquérito, mostraram que os profissionais de Saúde entrevistados são de opinião que existe confidencialidade e privacidade, por parte do pessoal médico porém, em relação aos doentes a privacidade é inexistente. Entretanto, alguns 15/23 (65.2%) dos profissionais de Saúde entrevistados afirmaram que a confidencialidade contribuía para a propagação do HIV/SIDA e que o SIDA devia ser visto com uma determinada ponderação pois, envolve tabus e outros preconceitos que levam à estigmatização.

No que diz respeito ao estado de seropositividade ou doença por HIV/SIDA, 14/25 (56%) dos doentes entrevistados afirmaram que haviam informado os seus familiares, cônjuges e outros entes queridos, tendo os restantes 11/25 (44%) ocultado esta informação. No grupo dos profissionais de saúde, verificou-se que 21/23 (91.3%) destes concordaram que o estado de seropositividade dos doentes fosse informado ao seus familiares mas, com prévia autorização do próprio doente, e 2/23 (8.7%) discordaram de transmitir esta informação a terceiros.

A maior parte dos doentes 16/25 (64%) afirmaram que a fonte de informação do seu estado de seropositividade ou doença por HIV/SIDA aos familiares deviam ser os profissionais de Saúde (médicos e enfermeiros) por serem as pessoas mais indicadas e experientes para dar a informação de forma correcta. Além disso, estimulariam os doentes a encarar a doença diante dos seus

familiares e, 9/25 (36%) afirmaram que os familiares fossem informados sobre o estado de seropositividade pelos próprios doentes, pois estes conhecem-nos bem e têm confiança neles.

Em relação ao grupo dos profissionais de saúde, verificou-se também que a maior parte (20/23 - 87.1%), afirmou que a informação sobre a seropositividade dos doentes deveria ser dada a conhecer aos familiares, através do pessoal de Saúde ou dos GATVs treinados. Apenas 3/23 (12.9%) acharam que cabia ao próprio doente dar a conhecer o seu estado de seropositividade aos seus familiares, figura 9 Contudo, todos os profissionais de saúde entrevistados referiram que a informação sobre o estado de seropositividade dos doentes aos seus familiares devia ser precedida de consentimento verbal ou escrito do próprio doente, caso contrário seria incorrecto.

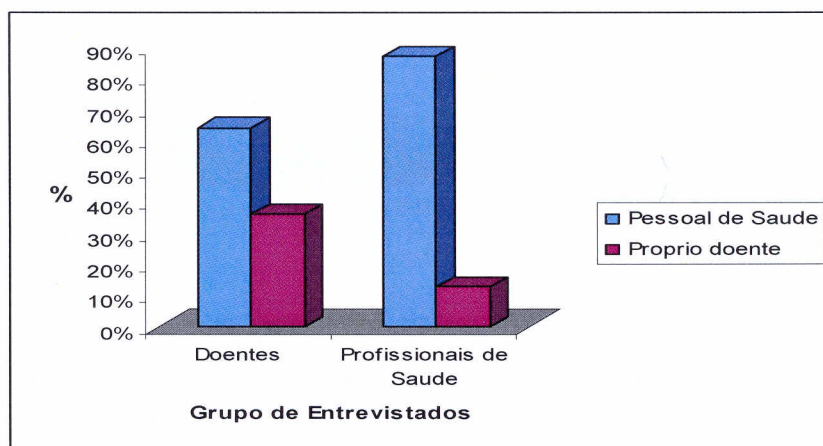


Figura 9 Frequência dos entrevistados de acordo com a fonte de informação sobre a seropositividade do doentes aos familiares

10.6.1. Conhecimento sobre a legislação ou políticas sobre a ética em torno da privacidade e confidencialidade

Dos 23 profissionais de Saúde entrevistados, verificou-se que 19 /23 (83%) não tinha qualquer conhecimento sobre a legislação ou políticas de ética dos profissionais de Saúde, em torno da privacidade e confidencialidade, e 4/23 (17.%) afirmaram o contrário, figura 10. Estes afirmaram, como sendo a legislação ou políticas por eles conhecida em torno da privacidade e confidencialidade, o consentimento, a deontologia médica, o Estatuto Geral dos Funcionários do Estado e a lei que defende os doentes de HIV/SIDA.

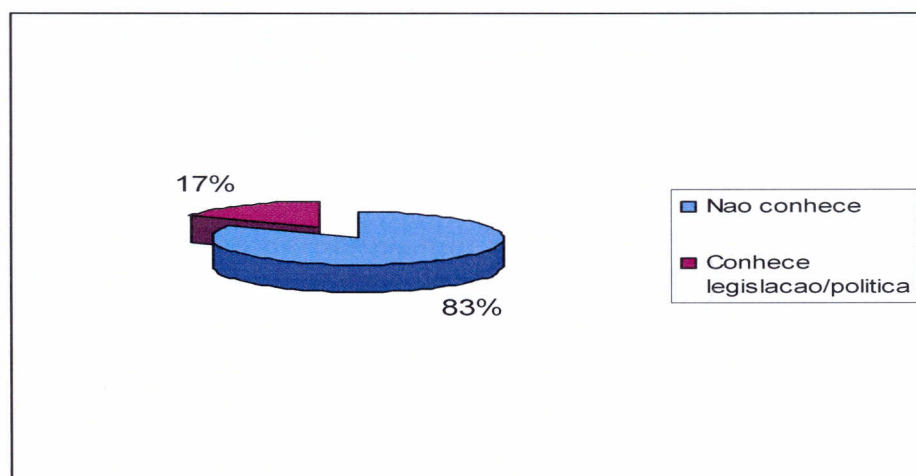


Figura 10 Distribuição dos entrevistados em relação ao conhecimento da legislação ou políticas sobre ética em torno da privacidade e confidencialidade.

Em caso de violação dos direitos de privacidade e confidencialidade, 16/23 (69.6%) dos profissionais de Saúde entrevistados afirmaram que deveria se institucionalizar um quadro jurídico-legal, de modo a proteger os médicos e doentes, da possível responsabilidade Civil e Criminal. Entretanto, 7/23 (30.4%) consideraram não haver necessidade da criação dum quadro jurídico-legal para a protecção dos médicos e doentes.

Em relação ao tipo de protecção legal para os profissionais de saúde em torno do conflito ético privacidade *versus* confidencialidade, 9 /23 (39.1%) dos profissionais de Saúde entrevistados foram de opinião que havia uma necessidade da criação de uma protecção legal, através de normas deontológicas, segredos e leis hospitalares específicas relacionadas com o HIV/SIDA; Observou-se que uma percentagem inferior a 20 % afirmou não ser necessária, como ilustra a Figura abaixo.

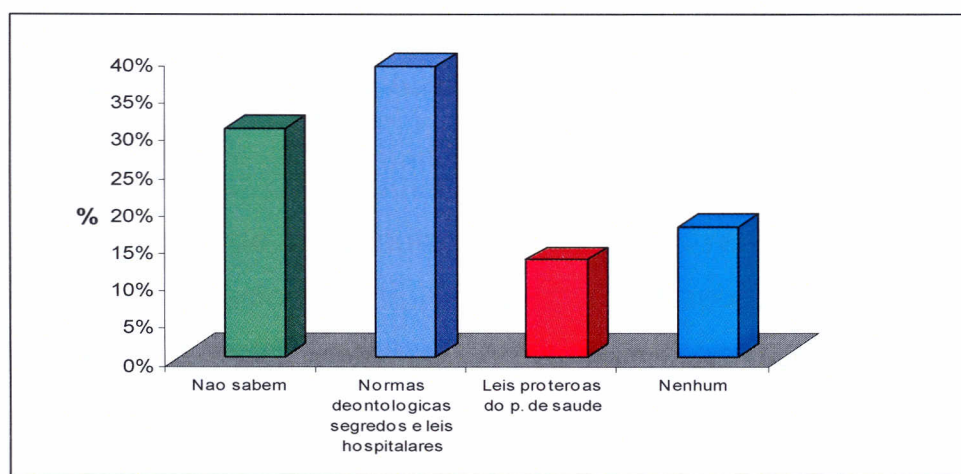


Figura 11 Conhecimentos dos entrevistados sobre o tipo de protecção legal para os profissionais de saúde em torno do conflito ético privacidade versus confidencialidade.

A maior parte 17/23 (73.9%) dos profissionais de Saúde opinou que além de um acompanhamento psicológico, não se devia aplicar sanções nos casos de transmissão voluntária e consciente de HIV/SIDA a outras pessoas, e 4/23 (17.4%) consideraram que era necessário uma repreensão oral ou processar criminalmente o doente e cerca de 2/23 (8.7%) consideraram um acto pouco delicado falar-se de sanção, já que se trata de um indivíduo doente, figura 12.

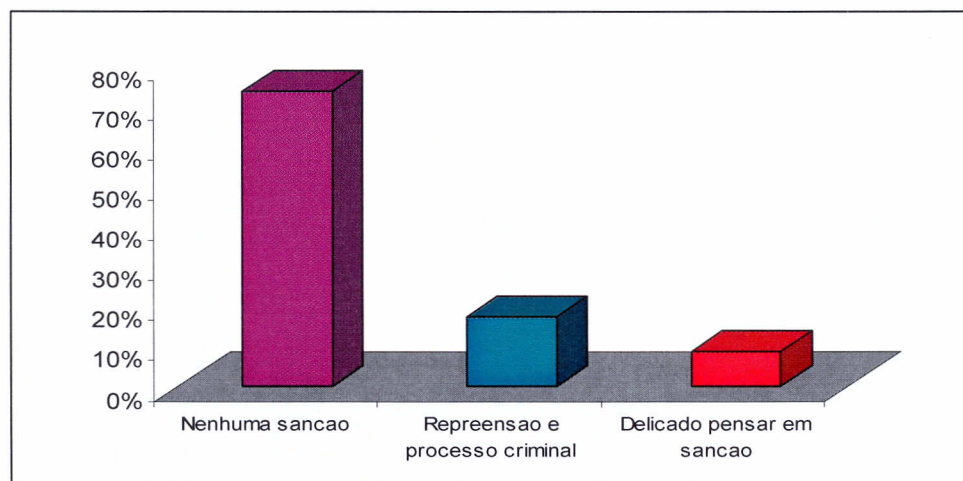


Figura 12 Frequência dos entrevistados em relação ao tipo de sanção aplicável em caso de transmissão voluntária do HIV/SIDA.

Quanto à criação de uma norma, mais de noventa por cento 21/23 (91.3%) dos profissionais de Saúde entrevistados, foram de opinião que não se deve emitir qualquer norma para autorizar os profissionais de Saúde a dar informação acerca de infecção por HIV/SIDA, aos familiares ou parceiros dos doentes, como forma de reduzir a transmissão, pois estariam por cima da confidencialidade e seria um acto que incentivaria a discriminação dos doentes. Porém, 2/23 (8.7%) afirmaram que deveria existir uma norma, sobretudo, seria necessário que se acautelasse para que não se faça sem o consentimento dos próprios doentes.

A figura 13 mostra que cerca de 14/23 (60.9%) dos profissionais de Saúde entrevistados afirmaram que, as atitudes e práticas existentes sobre as normas dos profissionais de saúde não os protegem, pelo contrário, contribuem para o aumento de infecção por HIV, tendo 9 /23 (39.1%) destes considerado que estas normas protegem somente a nível da instituição, pecando pelo silêncio absoluto em determinados casos, incluindo o dos próprios doentes.

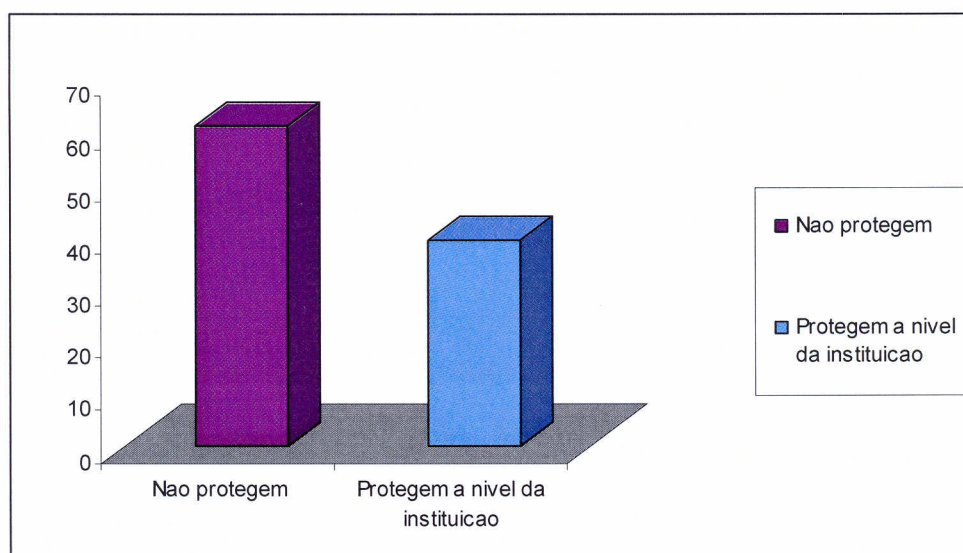


Figura 13 Conhecimento dos entrevistados em relação as atitudes e práticas existentes sobre as normas de protecção dos profissionais de Saúde.

Entrevista qualitativa em grupos focais

As entrevistas em grupos focais, foram conduzidas em grupos diferentes, 2 de mulheres e 3 de homens, todos doentes ou infectados pelo HIV/SIDA, num total de 66 participantes. Embora o ideal fosse não exceder 8-12 participantes, na prática afigurou-se difícil de cumprir, porque muitos queriam participar. A média de participantes foi de 12, em 2 grupos participaram 15 pessoas por grupo. As idades variaram entre 16 a 55 anos. A interacção e dinâmica de grupo foi melhor no grupo das mulheres e adolescentes de 16 anos não se coibiram de falar. Estas eram mais abertas e livres de falar sobre o assunto. Os homens sentiam-se mais constrangidos na discussão do tema. Todos os homens falavam a língua portuguesa, no grupo das mulheres falou-se o português e ronga. Todos os grupos focais responderam que sim, que já ouviram falar. Uns poucos acrescentaram que nunca tinham tido a oportunidade de falar sobre o tema, nem haviam presenciado qualquer palestra sobre o HIV.

Porquê a relutância ou recusa em fazer o teste de HIV?

O Medo foi a causa que mais prevaleceu. O medo foi justificado de diversas formas. A tabela 11 resume as variantes de medo identificados.

Medo de ser discriminado ou estigmatizado pela família, de ser abandonado, medo de ser tratado como uma pessoa estranha. A discriminação ou estigmatização foi manifestada com relação aos membros da família e aos vizinhos que se riem do seu estado de saúde, ou que podem aponta-lo como um "morto-vivo", expressão usada na comunidade para dizer que tem SIDA.

A reacção que a família pode adoptar, representou a primeira grande preocupação nas pessoas. O primeiro respondente, falou nos seguintes termos:

Conheci uma pessoa que foi discriminada pela família, e construíram uma palhota só para ela.

Outra intervenção *Fui discriminado na minha casa pelos meus pais e irmãos, por ter recaído de Sida. Tinha o prato, copo, talheres marcados e lavados em separado. É por esse motivo que não vou fazer o teste, porque se for seropositivo será pior.*

Sobre a estigmatização se pode incluir a vergonha de saber que é seropositivo, ou mesmo de ir a um GATV. Para muitos contrair SIDA é uma vergonha ou causa complexos.

Eu estava com muita vergonha quando fui ao GATV. Os jovens têm a vergonha de encarar a realidade.

Para alguns,

O problema de muitos jovens é a vergonha, por isso só procuram ajuda quando já estão a morrer.

Muitos intervenientes homens disseram HIV/SIDA é ainda uma doença estigmatizada, *Estive no C.S. a fazer tratamento para SIDA e observei que algumas pessoas chegavam, entregavam o cartão e se afastavam, misturando-se com doentes na bicha da triagem".*

O medo é traduzido de várias formas: O medo de morrer foi a razão mais citada em ambos os sexos mas, principalmente, pelos homens. Medo de morrer de desgostos, de tristeza ou porque o tempo de vida torna se curto. O medo nas mulheres é relacionado, particularmente, à reacção do parceiro. Medo de ser abandonada pelo marido ao informar o resultado. Medo de ser acusada de infidelidade e ser obrigada a revelar com quem manteve relações sexuais. Muitas mulheres consideram que o SIDA se contrai durante o coito com um homem. O medo de informar ao marido, parte do pressuposto de que este não vai aceitar fazer também o teste, por não se sentir doente. Enquanto os homens manifestam apenas o medo de revelar à mulher, ou de não poder fazer mais sexo, ou nos mais jovens o medo de não poder constituir uma família. Em termos de aceitar ou não fazer o teste, as mulheres manifestaram-se mais receptivas em fazer o teste do que os homens. Estes condicionam o fazer teste ao tratamento.

Porquê fazer o teste se dizem que SIDA não tem cura, só se acalma.

Eu sou aceito fazer teste se houver tratamento

Eu sou pobre, não tenho dinheiro para custear os tratamentos, para quê fazer o teste?

Causas do Medo	HOMEM	MULHER
De ser discriminado/estigmatizado	++	++
De depressão (desgosto e tristeza)	-	++
De vergonha	++	+
De informar a esposo/a	+	++
De não poder constituir família ou fazer sexo livremente	++	-
De morrer mais cedo	++	++
De saber o resultado do teste	++	++
De ser rejeitado ou abandonado	-	++
Falta de coragem	++	-
Complexo da doença	++	+

Tabela 11 Resumo das variantes ou causas de medo

A falta de informação foi a segunda causa mais citada da relutância em fazer teste:

As pessoas não sabem que devem fazer o teste, onde fazer, e que doença tem tratamento. Se houvessem debates como este, muitos fariam voluntariamente o teste.

A intervenção da mulher mais idosa do grupo: *Há falta de informação sobre a SIDA. Eu quando vou ao C.S. Oferecem-me preservativos para distribuir ao meu marido e filhos, coloco-os nos quartos. Mais tarde observo que os preservativos desaparecem. Eu me interrogo: Serão os ratos que comem?. Não me explicam para que servem, oiço dizer que é para evitar doenças.*

A mensagem fatalista que "SIDA não tem cura" "SIDA mata", transmitido na comunicação social e repetido pela comunidade, confunde muitas pessoas. Segundo os participantes se SIDA não tem

cura ou mata, não é vantajoso fazer o teste porque a pessoa vai morrer em pouco tempo.

As mensagens não são as mais adequadas, ou não são bem compreendidas.

Outra razão apontada por uma minoria mais informada, é a dificuldade de acesso aos GATVs, devido às restrições no número de clientes a atender por dia.

É muito difícil fazer o teste. Fui ao GATV e não consegui. Provoca desânimo, e a pessoa acaba desistindo.

Um jovem de 16 anos referiu que foi ao GATV sozinho para fazer o teste e não aceitaram por ser menor de idade e mandaram voltar na companhia dos pais. Ela disse que não mais voltou.

Os problemas de falta de ética e deontologia profissionais foram também apontados.

Revelar o resultado do teste ao parceiro sem o conhecimento da pessoa infectada provoca medo, revolta e problemas conjugais.

O meu marido foi chamado pelo médico para ser informado que eu era seropositiva, porque na guia de referência vinha escrito imunodeficiência, mas eu não sabia do meu estado. O meu marido nunca mais me visitou. Ele desconfia que andei com outro homem.

Não sei o que me vai acontecer.

Resumindo os pontos focados na discussão de grupo, o medo de ser discriminado ou estigmatizado, de morrer mais cedo, de ser abandonado pela família ou de confrontar com a realidade, a falta de informação ou informação inadequada sobre HIV e o SIDA, as barreiras de acesso aos GATVs, foram as causas referidas para não se fazer o teste.

É importante fazer o teste?

A maioria respondeu que sim. Em apenas um grupo de homens, parte dos participantes referiu que o teste é voluntário e a decisão devia ser pessoal.

Quais os problemas, barreiras encaradas nos serviços de Saúde

As barreiras podem ser resumidas em:

- ✓ Acesso a alguns GATVs limitado no número e na hora.
- ✓ As pessoas de menor idade não poderem fazer o teste voluntariamente sem o conhecimento dos pais.
- ✓ Falta de ética nos profissionais de Saúde (revelar o teste ao parceiro sem conhecimento da pessoa infectada).
- ✓ Falta de informação sobre a epidemia do HIV/SIDA, a mensagem é transmitida de forma inadequada e extemporânea.

Capítulo VI

11. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa foi feita com base em entrevistas aos doentes de HIV/SIDA e profissionais de Saúde de três Hospitais de Dia.

Dos doentes entrevistados na sua maioria eram do sexo feminino (tabela 8), o que provavelmente significa que as mulheres são as mais afectadas, elas estão mais sujeitas à infecção devido a sua anatomia, fisiologia e cultura, isto é, os papeis e funções atribuídos de acordo com valores e normas culturais para o sexo masculino e femino são diferentes.

Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos pelo INE (2002), em que a distribuição da prevalência do HIV/SIDA por sexo indica uma elevada taxa de infecção precoce em raparigas.

No grupo dos profissionais de Saúde a maioria eram do sexo masculino, isto deveu-se ao facto de a selecção do grupo de amostra ter sido feita aleatoriamente e, por outro lado, ao facto de a maioria das mulheres não estar a trabalhar.

Tipo e nível de atendimento nas unidades sanitárias

Todos os doentes entrevistados afirmaram ter sido bem atendidos, e as demoras nas filas e espera nas , assim como no laboratório de análises deviam ser melhoradas, o que significa que há falta de unidades sanitárias. Quanto ao atendimento pode significar que os técnicos destas Unidades Sanitárias têm estado a melhorar em relação às suas actividades. As enchentes são algo que, provavelmente, possa continuar pois, é nestes locais onde a maioria das pessoas recorrem quando sentem que estão em desequilíbrio ou



estão doentes, para aliviar as dores que lá os levam. Os técnicos não são suficientes para evitar enchentes nas Unidades Sanitárias. Paralelamente, as poucas unidades sanitárias existentes não estão preparadas para realizarem certos exames.

Segundo os resultados da última ronda de Vigilância Epidemiológica, algumas das reclamações em 2004 como um dos impactos do HIV/SIDA em Moçambique é a potencial para superlotar as unidades Sanitárias e gastos astronómicos com medicamentos.

Local e condições de trabalho dos profissionais de saúde

Os entrevistados afirmaram-se insatisfeitos, alegando as fracas condições de trabalho e baixo salário. Em termos de espaço, existem ainda poucos locais para cuidados específicos de HIV/SIDA (hospitais de dia); quanto às instituições públicas, existe um em cada uma das seguintes Unidades Sanitárias: HCM, Centro de Saúde do Alto Mãe e Centro de Saúde Primeiro de Maio.

Percepção e nível de conhecimento dos Direitos dos doentes

A maioria de doentes entrevistados afirmaram que não tinham qualquer conhecimento sobre os seus direitos. Isto deve-se, provavelmente, aos níveis sociais, culturais diferentes e também à falta de informação.

Estado de seropositividade ao HIV/SIDA

Em relação ao estado de seropositividade ao HIV/SIDA, a maioria dos doentes entrevistados afirmou ter tido informação dos médicos e enfermeiros que os atendiam nas unidades sanitárias e os restantes tiveram-na através dos Gabinetes de Testagem Voluntária. Isto deve-se ao facto de muitas vezes ser o médico ou enfermeiro que sugere ao doente a realizar o teste, de acordo com a história clínica do doente. Nesta ordem de ideias, logicamente, o doente ao fazer o

teste tem que levar o resultado ao médico, ou à pessoa que o pediu e o médico é quem abre o resultado e o revela. Poucas pessoas decidem ir aos GATVs fazer testes de HIV/SIDA.

Relativamente ao sentimento dos doentes depois de receber a informação sobre o estado de seropositividade ao HIV/SIDA, a maioria afirmou ter ficado triste após a notícia e os restantes ficaram sem saber o que fazer. Isto deve-se, eventualmente, ao facto de estas pessoas saberem que, sendo seropositivas, muita coisa poderá mudar em sua vida. Esta informação cria um desequilíbrio mental, pois estas pessoas sabem que SIDA não tem cura, conseqüentemente, o receio da morte e da discriminação. Os que ficaram indiferentes pode ser que se deva ao choque, ao desespero de saber que o seu tempo de vida ficou duas vezes limitado e, provavelmente, a única ideia que lhes ocorreu no instante foi a morte.

Depois de ter conhecimento sobre o seu estado de seropositividade a maioria dos doentes teve acesso a mais informação sobre a doença, através dos profissionais de Saúde. Na actualidade, com a propagação do HIV/SIDA, a tendência é difundir esta informação, aconselhar o doente, pois este pode reagir de um modo inesperado enveredando pelo 'suicídio', 'depressão' ou outra reacção. Os profissionais estão cada vez mais preparados e treinados para lidar com estas pessoas e, conhecendo mais formas de melhor apoiar o doente.

Sobre o estado de seropositividade ou doença por HIV/SIDA a maior parte dos doentes entrevistados afirmaram que havia informado aos seus familiares, conjugues e outros ente-queridos, tendo os restantes ocultado essa informação, o que provavelmente possa significar que estes doentes irão precisar de apoio dos familiares no caso de uma

fraqueza ou baixa, tendo, pelo menos, alguém da família a par do que está a acontecer. Estes doentes têm uma certa dieta alimentar que precisa de ser cumprida e sozinhos ou por si só ficaria muito mais difícil. Enquanto os que ocultaram, provavelmente, tivessem medo da reacção dos familiares como sejam a discriminação ou exclusão familiar, como também pode ser por vergonha de saber que os outros conheçam o seu real estado de saúde.

O presente estudo mostrou que a grande maioria concorda com a doutrina jurídica e de saúde que o segredo médico é inviolável apesar de muitos dos inqueridos afirmarem que deveria se informar aos ente-queridos do paciente e que a doutrina jurídica e de saúde são muito pobres na abordagem desta matéria.

No grupo de profissionais de saúde verificou – se que mais de 90% destes concorda que o estado de seropositividade dos doentes seja informado aos seus familiares, porém com previa autorização do próprio doente e menos de 10% discordaram em transmitir esta informação. Isto significa que existe uma preocupação, por parte dos profissionais de saúde, em evitar mais contaminação por HIV/SIDA, que, provavelmente, possa ser voluntária. O parceiro ao informar os familiares, este saberia como e o que fazer para evitar a contaminação.

Segundo o Acórdão do Tribunal Supremo, 2002, o réu neste caso que é o doente deve cumprir com o seu dever moral de informar aos seus parceiros sobre o seu estado de seropositividade ou seropositivo.

No grupo de doentes a maioria afirmou que a fonte de informação do seu estado de seropositividade aos familiares deviam ser os profissionais de Saúde (médicos ou enfermeiros). Eventualmente porque estes são mais capacitados e podem explicar melhor o que é isso de SIDA ou ser seropositivo, que cuidados a pessoa deve ter

porque muitos ao receberem esta informação pensam que é doença contagiosa, que não se pode conviver com a pessoa e os profissionais de Saúde são pessoas mais indicadas pois, eles estimulariam os doentes, bem como os familiares, a encarar a doença perante o doente. O profissional inspira uma confiança aos familiares e ao próprio doente.

Em relação a aplicação de sanções no caso de transmissão voluntária e consciente de HIV/SIDA a outrém, os resultados mostraram que a maior parte dos profissionais de Saúde entrevistados não estão a favor da aplicação de sanções. Os resultados obtidos neste estudo contrastam com a informação obtida pelo Acórdão do Tribunal Supremo em 2002, em que o Tribunal Supremo profere o acórdão nº 5/2002, que pune o réu que, de forma voluntária e consciente, transmite o vírus ao seu parceiro, ressalvando o facto de, estando em causa vidas humanas, por um lado, e, por outro lado, a saúde pública, o médico deveria convocar os parceiros do réu para informar do seu estado serológico.

Capítulo VII

12. Conclusões:

Os resultados obtidos no presente estudo mostram que:

- Existe no ordenamento jurídico moçambicano legislação e políticas em torno do conflito ético, atinente aos princípios de privacidade e da confidencialidade;
- Mais de 90% dos familiares e parceiros do infectado ou doente possuem informação sobre o estado de saúde ou situação do mesmo;
- Não constituiria problema informar aos familiares, parceiros do infectado ou doente de HIV/SIDA;
- Deveria ser institucionalizado um quadro jurídico-legal, por forma a proteger o profissional de Saúde, permitindo que ele informe com segurança aos familiares do infectado.
- Os infectados e doentes de HIV/SIDA sentem que os seus direitos à confidencialidade e privacidade estão protegidos.
- Deve se emitir uma norma que permita ao profissional de Saúde, informar o estado de seropositividade quando está em causa a vida, por um lado, e, por outro lado, a saúde pública.
- Os diferentes intervenientes pensam que todos os infectados têm o direito à confidencialidade e à privacidade.
- Em casos de um consentimento prévio do infectado ou um possível risco de contaminação voluntária ao parceiro ou ainda em casos de um estado avançado da doença, deveria se dar um tratamento diferenciado ao direito à confidencialidade e à privacidade.
- Existe privacidade e confidencialidade em relação aos doentes.
- Com a autorização prévia do doente pode se dar a informação sobre o estado de seropositividade.

- Deve haver uma norma que permita ao profissional de Saúde informar o estado de seropositividade.
- Existe confidencialidade e privacidade entre os profissionais de Saúde.
- Não se conhece nenhum, regulamento ou política sobre a confidencialidade e a privacidade.
- Deveria se institucionalizar um quadro jurídico-legal, em caso de violação dos direitos à confidencialidade e à privacidade, quando estejam em causa a vida e a saúde pública.
- O doente não conhece que direitos tem quando vai à procura de assistência nas unidades sanitárias, havendo uma necessidade de se fazer a divulgação dos Direitos aos utentes.
- A maior parte dos infectados tiveram acesso a informação sobre o que é HIV/SIDA,

13. Recomendações

Tendo em conta estas conclusões recomendo:

1. Que se façam mais estudos sobre os problemas éticos dos profissionais de Saúde, com relação ao princípio da confidencialidade e da privacidade, no combate ao HIV/SIDA.
2. Que haja mais unidades sanitárias preparadas para o atendimento aos problemas de HIV/SIDA.
3. Que haja mais divulgação dos direitos do infectados , quer nos postos de saúde quer nos GATVs.
4. A necessidade de se criarem normas que beneficiem o profissional de Saúde ao informar os familiares sobre o estado de saúde do infectado ou se Institucionalize um quadro jurídico-legal, de modo a proteger os médicos e doentes.
5. Que haja sanção a aplicar aos doentes que forem a contaminar voluntariamente outros indivíduos.
6. Que se crie um sistema de informação sobre a legislação ou política, de ética dos profissionais de saúde, em torno da privacidade e confidencialidade.
7. Que haja leis que defendam o profissional de Saúde ao dar a informação aos familiares sobre o estado de seropositividade do doente.



14. Referências Bibliográficas:

- Abdul Razac et al, *O Acesso aos Cuidados de Saúde em Moçambique*, 1992;
- Acórdão nº. 5/2002 do Tribunal Supremo;
- Bioética e Administração Hospitalar, 2004/05, ISPU;
- Basics II 2004 , Instituto Nacional de Estatística, 2004;
- Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, 1994;
- Código Civil de 1966,
- Código Penal de 1886;
- Constituição da República de Moçambique, 1990;
- Constituição da República de Moçambique, 2004
- Declaração de Abuja, 2001;
- Declaração Universal das Nações Unidas sobre os Direitos do Homem, 1948;
- IAF-Inquérito dos Agregados Familiares, Instituto Nacional de Estatística, 2002/2003;
- Inquérito Demográfico e de Saúde de 2004, Instituto Nacional de Estatística, 2004;
- Insideout, 2003 *Siym ´kela:Measuring HIV/AIDS Related Stigma*;
- Khindlimuka & Monaso *A Vida dum Seropositivo*, 2002;
- Lei, nº. 5/2202 de 5 de Fevereiro BR nº. 7, 1ª. Série, Imprensa Nacional;
- Machado, J.B *Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador* 11ª. Ed, Almeidina, Coimbra,1999;
- PARPA – Plano de Acção para a Redução de Pobreza Absoluta, 2002
- Plano Estratégico de combate ao ITS/HIV/SIDA actualizado, 2004-08
- Plano Estratégico do Sector de saúde, 2001 – 2010;
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos;
- Payne,J Dean, P, Wall,I *Medicolegal Essentials*, II ed
- Relatório sobre a Pobreza Absoluta, Banco Mundial, 2003;
- Ronda 2004, Divulgação de dados de vigilância Epidemiológica.

WHO/Global TB Control;

Sites:

- ✓ [Http://WWW.Portalmédico.org.br/revista/bro11v1/artigo_5.pdf](http://WWW.Portalmédico.org.br/revista/bro11v1/artigo_5.pdf)
- ✓ <http://www.pediatriasãopaulo.usp.br/uplocal/html/u12/body/05.htm>
- ✓ [Http://www.portalmedico.org.br/revista/bio11_v1/artigos.pdf](http://www.portalmedico.org.br/revista/bio11_v1/artigos.pdf)

ANEXOS



Anexo I

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Ficha de Entrevista do Doente

Nr. de Ordem _____
Data da Entrevista ____/____/____
Hora da Entrevista _____

1. Identificação do entrevistado

- a) Sexo _____
- b) Idade _____
- c) Proveniência _____
- d) Nível de escolaridade _____
- e) Profissão _____
- f) Outra informação útil _____

2. Tipo e nível de atendimento recebido nas unidades sanitárias

2.1. Quando foi a unidade sanitária pela primeira vez, como foi recebido pelos profissionais de Saúde?

/ _____

/

/

/

/

/

2.2. Em sua opinião, existe alguma coisa que deve ser melhorada?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/



c) Se **sim**, em que sector(es) de atendimento [recepção, sala de espera, gabinete médico, sala de tratamento, laboratório, raios-X, Farmácia, etc]?

/ _____
_____ /

d) Explique porquê?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

3. Percepções e nível de conhecimentos dos Direitos dos Doentes

3.1. Sabe que tipo de direitos os doentes têm quando vão receber assistência nas Unidades Sanitárias?

a) Sim / _____ /

b) Não / _____ /

c) Se **sim**, quais são os direitos?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

3.2. Na sua opinião o que deveria ser feito em termos dos Direitos dos Doentes?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

3.3. Quem seria responsabilizado por implementar esses direitos [Estado, a sociedade civil, etc.]?

/ _____
_____ /



/ _____
_____ /

4. Em relação ao seu estado de seropositividade

4.1. Como é que lhe foi transmitida a informação sobre a situação de seropositividade/doença

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

4.2. Como é que se sentiu após a notícia?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

4.3. Depois de ter recebido a notícia teve acesso, através dos profissionais de saúde à informação sobre HIV/SIDA?

a) Sim / _____ /

b) Não / _____ /

c) Se **sim**, acha que a informação que recebeu é suficiente para viver positivamente?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /

d) Se **não**, como é que os profissionais de Saúde deveriam ter agido?

/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____
_____ /
/ _____ /

Anexo II

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Ficha de Entrevista aos Profissionais de Saúde do SNS, ONGs e outros

Nr. de Ordem _____
Data da Entrevista ____/____/____
Hora da Entrevista _____

1) Identificação, conhecimento e práticas do entrevistado

1.1. Informação pessoal do entrevistado

- a) Sexo _____
b) Idade _____
c) Proveniência _____
d) Grau de escolaridade _____
e) Profissão _____

1.2. Onde é que trabalha

/ _____

/

/

1.3. Que tipo de condições existem no seu local de trabalho

/ _____

/

/

1.4. Existe alguma coisa que deve ser melhorada?

- a) Sim /_____/
b) Não /_____/

c) Se **sim** mencione qual(s)
/ _____/
/ _____/
/ _____/



d) _____ porque?/

2) Nível de conhecimento da legislação existente em torno da ética dos profissionais de saúde em relação à confidencialidade e Privacidade.

2.1. Conhece alguma legislação/regulamento e/ou políticas em torno da Confidencialidade na saúde?

- a) Sim /_____/
- b) Não /_____/

c) _____ Se **sim**, _____ qual(s)

2.2. Conhece alguma legislação/regulamento e/ou políticas em torno da privacidade na saúde?

- a) Sim /_____/
- b) Não /_____/

c) _____ Se **sim**, _____ qual(s)

2.3. Qual é a sua opinião em torno da Confidencialidade na saúde?

2.4. Qual a sua opinião sobre a Privacidade na saúde?

2.5. Em caso de doenças transmissíveis qual, em sua opinião, seria o tratamento a dar aos direitos à confidencialidade e privacidade?



/ _____

/ _____

2.6. Acha que se deveria institucionalizar um quadro jurídico legal em caso de violação dos direitos á confidencialidade e privacidade quando estejam em causa a vida e a Saúde pública?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/

c) _____ Porquê
/ _____

/ _____

/ _____

3.Mecanismos de protecção aos profissionais de saúde

3.1. Tem conhecimento de algum mecanismo legal que dá protecção ao profissional de saúde em torno da confidencialidade e da privacidade?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/

c) _____ Se **sim** qual(s)
/ _____

d) Se **não**, em sua opinião qual seria a protecção legal a ser dada ao profissional de saúde em torno do conflito ético Privacidade vs Confidencialidade?

/ _____

/ _____

3.2. Em relação as atitudes e práticas dos Profissionais de Saúde acha que as normas existentes o protegem de alguma forma?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/

c) _____ Porquê
/ _____



/ _____
/ _____
/ _____
/ _____

3) O HIV/SIDA vs a Confidencialidade e a Privacidade

4.1. Em caso de infecção por HIV/SIDA poderá ser dada a informação sobre o estado de seropositividade/doença a outros interessados como por exemplo familiares, cônjuges, e outros parceiros?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/

c) Se **sim** como é que seria dada a informação?

/ _____
/ _____
/ _____
/ _____

d) Se **não** porquê?

/ _____
/ _____
/ _____
/ _____

4.2. Ao informar aos familiares, cônjuges, e outros ente queridos sobre o estado de seropositividade estaria a contribuir para a redução da transmissão por HIV/SIDA?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/

c) _____ Porquê

/ _____
/ _____
/ _____
/ _____
/ _____

4.3. Acha que deveria haver uma norma que permitisse ao profissional de saúde informar o estado de seropositividade aos familiares, cônjuges, e demais interessados?

a) Sim / _____/

b) Não / _____/



c) Porquê
/
/
/
/
/
/
/

4.4. Qual a sua opinião em relação ao estigma e discriminação como resultado da infecção por HIV/SIDA?

/
/
/
/
/
/
/

4.5. Em caso de transmissão voluntária e consciênte do vírus do HIV/SIDA qual, em sua opinião, seria a sanção a ser aplicada ao infectado ou doente que transmite?

/
/
/
/
/

4.6. Se tivesse poder de decisão em suas mãos emitiria uma norma a autorizar aos Profissionais de saúde a informar aos familiares e parceiros do infectado ou doente do HIV/SIDA como forma de reduzir a transmissão?

- a) Sim /____/
b) Não /____/

c) Explique
/
/
/
/
/
/

Outros comentários

/
/



ANEXO III



Declaração de Consentimento

Eu _____, doente internado no Hospital Geral da Machava, acedi participar de livre vontade e consciente dos meus actos e direitos, no estudo de tese de mestrado relacionado com o tema: tuberculose associado ao HIV/SIDA. A minha intervenção será unicamente responder, de forma aberta e clara, às perguntas que me forem colocadas. Fui igualmente informado que, quando não for meu desejo, participar neste estudo, não irei sofrer represálias e que poderei desistir a qualquer momento se assim o pretender.

Maputo, _____ de _____ de 2004.

Assinatura: _____



ANEXO IV

Orçamento

ORÇAMENTO				
Nr.Ordem	Material	Quantidades	Custo/unitário Mts	Valor total/item
1	Resma de papel	4	150.000.00	600000
2	Esferográficas	4	5.000.00	20000
3	Lápis de Carvão	6	4.000.00	24000
4	Borracha	6	3.500.00	21000
5	Afiador	6	1.000.00	6000
6	Pranchetas	6	90.000.00	540000
7	Disquetes	2	1.500.000.00	3000000
8	Máquina Fotográfica	1	15.000.000.00	15000000
9	Memória	1	4.000.000.00	4000000
10	Computador	1	66.000.000.00	66000000
Sub-total1				89211000
Pessoal		Nr.. Dias	Custo/dia Mts	Total
3	Investigadores	30	1.000.000.00	90000000
6	Entrevistadores	20	650.000.00	26000000
Sub-total2				116000000
Transporte		30	1.000.000.00	30000000
Sub-total3				30000000
Total				235.211.000
Imprevistos 10%				23.521.100
Grande Total				258.732.100

Anexo V

Cronograma

Amostra em Gantt Chart para este projecto de Pesquisa												
2004/2005												
Nome da Actividade	Período do ano (em meses)											
	Julho	Agosto	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUNHO
Elaboração da proposta de pesquisa												
Revisão bibliográfica (RB) e Documentação												
Revisão do protocolo e operacionalização												
Elaboração de Fichas												
Elaboração do questionários												
Colheita de dados no terreno												
Análise dos dados de terreno												
Documentação das análises de dados												
Discussão de resultados e implicações												
Elaboração de conclusões e recomendações												
Compilação e Submeter o relatório												
Fazer correcções												
Submeter a versão final												

ANEXO VI

Parecer da Comissão Científica e Ética



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

**PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA E ÉTICA SOBRE O PROJECTO
“O CONFLITO ÉTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TORNO DOS
PRINCÍPIOS DA PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: SUA IMPLICAÇÃO NA
TRANSMISSÃO DO HIV/IDA”**

A Comissão Científica e Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane reuniu-se no dia 21 de Dezembro 2004 com o objectivo de estudar e discutir diversos protocolos de investigação.

Em relação ao protocolo de investigação “*O conflito ético dos profissionais de saúde em torno dos princípios da privacidade e confidencialidade: sua implicação na transmissão do HIV/SIDA*” a Comissão Científica e Ética decidiu aprovar este estudo uma vez que o mesmo apresenta um padrão científico aceitável, e não fere os princípios éticos e deontológicos.

Este protocolo tem como investigadora principal a dra. Dalmázia Cossa, mestranda em Saúde Pública tutorada pelo Prof. Doutor Martinho Dgedge, e tem como objectivo determinar o grau do conflito ético dos profissionais de saúde a respeito da confidencialidade da seropositividade dos doentes em relação ao HIV /SIDA e sua implicação na transmissão e combate a esta pandemia.

Maputo, 22 de Dezembro de 2004

Os membros da Comissão Científica e Ética da Faculdade de Medicina

Prof. Doutor Mamudo Ismail

Prof. Doutora Elena Folgosa

Prof. Doutor Fernando Vaz

Prof. Doutor José Branco Neves