

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRIVACIDADE E
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES DOS USUÁRIOS**

ANA LÚCIA DOS SANTOS BASILEU

CAMPOS GERAIS/MG

2012

ANA LÚCIA DOS SANTOS BASILEU

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRIVACIDADE E
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES DOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde de Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Salete M. F. Silqueira

CAMPOS GERAIS/MG

2012

ANA LÚCIA DOS SANTOS BASILEU

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A PRIVACIDADE E
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES DOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde de Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Salete M. F. Silqueira

Banca examinadora

Profa. Dra. - Salete M. F. Silqueira orientadora

Profa. Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte:11/08/2012

RESUMO

O Programa Saúde da Família ou PSF conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família visa mudar o modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial, para um modelo onde o enfoque é a família no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Tem como membro de sua equipe de saúde os Agentes Comunitários de saúde (ACS). O objetivo deste trabalho buscou investigar qual preparação é atribuída ao profissional Agente Comunitário de Saúde para realizar as suas funções, respeitando-se a privacidade e confidencialidade das informações dos usuários. Utilizou-se o método de revisão bibliográfica que consiste na pesquisa em livros e artigos científicos de acordo com o tema e a proposta previamente idealizada para a pesquisa. Os estudos selecionados, no total de 33, apontaram que cabe ao ACS realizar visitas domiciliares às famílias cadastradas, com objetivo de conhecer a situação social de cada uma delas e, assim, segundo suas necessidades, oferecer alguma ação de saúde. Ele deve ter bom relacionamento com a comunidade e saber trabalhar com a grande diversidade de situações e com as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional uma vez que recebe informações privativas das famílias e/ou pessoas cadastradas na sua área de abrangência. Precisa cultivar relação de confiança entre ele e usuários, dentre outros. Considera-se, portanto, que cursos de capacitação e educação permanente para os ACS devem abordar todos esses aspectos bem como os fatores culturais e religiosos que possam influenciar no comportamento dos indivíduos com relação à sua saúde

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde; Programa Saúde da Família; Atenção básica.

ABSTRACT

The Family Health Program or FHP is known today as the Family Health Strategy and it aims to change the current health care model, in which the emergency care is prevailing, to a model where the focus is the family environment, allowing a broader understanding of the health / disease. It has as members of its healthcare team the Community Health Agents (CHA). The objective of this study was to investigate which preparation is attributed to the Community Health Agent to perform his duties, respecting the privacy and confidentiality of the information of the users. We used the method of literature review which consists in researching books and scientific articles according to the theme and the proposal designed to advance the research. The selected studies, totaling 33, pointed out that is the CHA responsibility to home visit the enrolled families, aiming to know the social situation of each and thus, according to their needs, offer some health action. He must have good relationship with the community and know how to work with the great diversity of situations and issues related to prejudice, confidentiality and professional ethics once he receives private information from the families and / or persons registered in his area. He needs to cultivate the confidence between him and the users, among others. It is considered that the continuing education and training courses for the CHA must address all these aspects as well as the cultural and religious factors that may influence the behavior of the individuals in relation to their health.

Keywords: Community Health agent. Family Health Program. PrimaryCare.

Sumário

1 Introdução	7
2 Objetivo	10
3 Metodologia	11
4 Referencial Teórico	12
4.1 Programa de Saúde da Família	12
4.2 Agentes Comunitários de Saúde	16
4.3 Bioética	19
4.4 Privacidade e Confidencialidade das Informações	21
5 Resultados e Discussões	23
6 Considerações Finais	25
Referências	26

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS – tem como diretrizes a descentralização na gestão de serviços, a integralização das ações, a regionalização e a hierarquização das unidades prestadoras de serviços, a participação da população na formulação, o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde e o fortalecimento do papel do município. Baseia-se no pressuposto de que o acesso à saúde deve ser universal e gratuito, enfatizando ainda a necessidade de práticas mais humanizadas em saúde (MATTOS, 2009).

A partir da experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, o Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. O PSF vem se consolidando como uma estratégia de reorientação, organização permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de ações transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011).

A equipe multiprofissional organizada no PSF é composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Os ACS são selecionados no interior das áreas onde serão desenvolvidas as ações do PSF e se espera que, pela proximidade de seu trabalho com as famílias, possam, conforme o ideário do PSF, estabelecer com elas vínculo que, com toda a equipe, transforme a realidade da comunidade, melhorando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para o desenvolvimento da construção da cidadania.

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

Com o Programa Saúde da Família, um novo profissional se aproxima dos usuários com características particulares até então inexistentes. As informações privativas sobre as condições ou agravos à saúde dos pacientes, além de serem reveladas ao ACS, agora são por este observada e analisada, uma vez que pelas características específicas de suas atribuições o mesmo deve comparecer com regularidade às casas dos usuários cadastrados no PSF.

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

Este novo profissional, deve realizar suas ações desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e orientação da comunidade no sentido de conscientizá-la para a construção de um hábito de vida mais saudável. Com o acompanhamento das famílias passa a estabelecer com essas famílias um vínculo (BRASIL, 2011).

O trabalho do profissional ACS com também de toda a equipe requer conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas. Com isto é necessário o conhecimento sobre a ética e a bioética.

Ética é uma palavra de origem grega “*éthos*” que significa caráter e que foi traduzida para o latim como “*mos*”, ou seja, costume, daí a utilização atual da ética como a “ciência da moral” ou “filosofia da moral” e entendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceitos numa época por determinada comunidade humana. (GOLDIM, 1998; PADILHA, 1995). A ética se ocupa com o ser humano e pretende a sua perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, que se refletem sobre o agir humano e suas finalidades.

A Bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. (FORTES, 2009). O comportamento ético em atividades de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde. Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a Bioética se sustenta em

quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

De acordo com o que foi exposto acima, questiona-se: qual a preparação, capacitação, do ACS, para atuar com a privacidade, confidencialidade das informações dos usuários dentro da ética?

2 Objetivo

Investigar qual preparação é atribuída ao profissional agente comunitário de saúde para realizar as suas funções, respeitando-se a privacidade e confidencialidade das informações dos usuários.

3 Metodologia

Para elaboração desta pesquisa foi utilizado o método de revisão bibliográfica que consiste na pesquisa em livros e artigos científicos de acordo com o tema e a proposta previamente idealizada para a pesquisa.

Para este trabalho foi realizada uma pesquisa em livros, trabalhos e artigos científicos. As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs) e o Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 1995 a 2011, utilizando as seguintes palavras chave: Agente Comunitário de Saúde; Programa Saúde da Família; Atenção básica; Ética; Bioética; Privacidade; Confidencialidade.

Os estudos selecionados foram 33 e são os que apresentavam evidências e os que sintetizavam as evidências sobre a preparação e capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuar dentro da ética.

4 Referencial Teórico

4.1 Programa de Saúde da Família

No Brasil existem dois programas de Atenção da Família que podem ser implantados de maneiras variadas em um mesmo município: Programa de Saúde da família (PSF) e ou Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS foi criado no Brasil em 1991-1994 pelo MS/FNS e o programa atual retrocede as experiências advindas do processo de implantação nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e tinha como base idealista contribuir com a redução dos problemas dos serviços públicos de saúde. Neste programa, a equipe é composta por até 30 ACS e uma enfermeira, esta tem a função de planejar, coordenar, orientar e avaliar as ações dos ACS, assim como, realizar atenção a saúde da clientela adscrita no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (MOROSINI, 2007).

O Programa Saúde da Família ou PSF, no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para modificar a atenção primária (BRASIL, 2010). A Estratégia de Saúde da Família visa mudar o modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial, para um modelo onde o enfoque é a família no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Na ação de remodelar os serviços de saúde, a estratégia da saúde da família responde os debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que norteia o modelo de atenção à saúde atual e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (MOROSINI, 2007).

A modificação do modelo assistencial acontecerá gradualmente, dependendo totalmente das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. As atividades deverão ser voltadas para promoção e qualidade de vida da população, deixando para trás as ações curativas (FARIA *et al.*, 2008).

Nas discussões sobre a reforma sanitária, constata-se que, há necessidade de uma mudança na qualidade do atendimento e que uma nova forma de trabalho teria de ser adotada.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2011). Em 2011, a portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) – (BRASIL, 2011).

Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia é otimista no que diz respeito a importância dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas em seu ambiente social, familiar.

Desse modo, a saúde da família é identificada como uma proposta de mudança do modelo assistencial, ressaltada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas são responsáveis pelo cadastramento e, posteriormente, acompanhamento de um número definido de pessoas territorializadas.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a Portaria Nº 2488/2011 define as atribuições do trabalho das equipes de saúde da família:

- Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das equipes;
- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o

planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
- Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;
- Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e
- Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com

menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

4.2 Agentes Comunitários de Saúde

O agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, esses programas reuniram-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil.

O Programa de Agente de Saúde, que teve início no Ceará em 1987, foi uma tentativa de fixar profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população (SILVA, 1997, *apud* PUPIN *et al.*, 2008).

Continuando, Silva (1997, *apud* PUPIN *et al.*, 2008) refere que o slogan *a saúde bate à sua porta*, criado pelo Governo do Ceará, destaca a importância política do Agente de Saúde, a mudança preconizada do *fazer* saúde e sua posição estratégica junto à comunidade, já que tem acesso aos domicílios e pode estar ligado às famílias por laços afetivos e até de parentesco.

O ACS é um profissional que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer experiência teórica ou técnica referida a esta especificidade. Esse papel lhe é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe embasamento, mediante incipientes dinâmicas de capacitação.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controlar da malária e da dengue.

Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (NOGUEIRA *et al.*, 2000).

A figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), inserido no PSF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que deve residir na própria comunidade em que atua. Acredita-se que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade e contribuirá para o desenvolvimento da construção da cidadania (SILVA E DALMASO, 2002).

O fato de os agentes comunitários de saúde compartilharem o mesmo contexto com a comunidade é apontado por Nunes *et al.* (2002), como decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde. Além disso, segundo esses mesmos autores, a entrada no mundo familiar é sinônimo de contato com a intimidade das pessoas, com o seu universo privado, trazendo novas construções relacionais e novos sentidos para essas relações.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), consegue-se identificar duas dimensões principais de atuação dos ACS: uma mais política, não apenas de solidariedade à população e da inserção da saúde no contexto geral da vida, mas também no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde; outra mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias e à intervenção para a prevenção dos agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos.

Essas autoras evidenciam alguns desafios para o saber fazer e saber ser agente comunitário de saúde, dentre eles: a enorme variedade de contexto, exigindo flexibilização em sua prática e nos processos e metodologias de preparação de pessoal; a amplitude das finalidades do programa, exigindo ora uma vertente mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia de trabalho adequada às necessidades; o trabalho em equipe e a identidade do agente, compondo dimensões técnicas e políticas do trabalho.

O Agente comunitário de saúde é um profissional que obrigatoriamente mora na comunidade onde atua. Ele configura como elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família. O ACS é voz da comunidade dentro da unidade de saúde (JARDIM *et. al.*, 2009).

De acordo com Campos (2003), o trabalho do agente comunitário de saúde não está pautado na doença, mas sim no sujeito enfermo ou com possibilidade de

adoecer, ele considera o paciente como “sujeito singular”, pertencente a uma família, a uma comunidade, ou organizações institucionais, ou seja, o território como espaço de intervenção.

Os profissionais da saúde trabalham com informações sigilosas a respeito da saúde e da vida dos usuários. Respeitar o direito deles quanto ao sigilo das informações conquistará a credibilidade, favorecendo assim, a qualidade do tratamento.

De acordo com tudo que já foi citado anteriormente, o ACS é um profissional diferenciado, pois, sua atribuição principal é a de realizar visitas domiciliares. Esta fará com que eles recebam informações privativas de suas famílias e/ou pessoas cadastradas.

Certamente o fato do ACS ser morador da comunidade onde exerce suas atividades profissionais, faz com que a relação de confiança entre ele e usuários se torne indispensável.

Cabe aqui lembrar que o fato dos usuários necessitarem de ajuda, de cuidado e de atendimento, não quer dizer que serão tratados com desrespeito aos seus direitos básicos de cidadão, sendo necessária a preservação da sua dignidade, e, nesse sentido, a privacidade e a confidencialidade das informações.

Por fim se espera do profissional ACS, um bom relacionamento com a comunidade e que saibam trabalhar com a grande diversidade de situações e com as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional.

4.3 Bioética

No conjunto das reflexões éticas, a que se relaciona com à saúde é considerada essencial, pois, da ênfase ao acompanhamento e a qualidade de vida das pessoas. Leopoldo e Silva (1998 *apud* ZOBOLI, 2003), consideram a ética da saúde profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos. Nesse sentido os autores afirmam que a ética da saúde implica “compromisso com a realização histórica de valores que encarnem nas condições determinadas de situações sociais e políticas diferenciadas o direito de que todo ser humano deveria primordialmente usufruir”.

A ética em saúde não se direciona somente pela “boa intenção”, é preciso também o “bem pensar” e o auto-exame (introspecção). Com o auto-exame descobre-se que nós seres humanos somos frágeis, passíveis de erros, precisamos uns dos outros e necessitamos de compreensão. A bioética é um instrumento que traçará o caminho nas reflexões de situações divergentes em nossos trabalhos, servindo de experiência para as gerações futuras.

O termo bioética, literalmente, significa ética da vida. O vocábulo de raiz grega *bios* designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, dentre outras. *Ethos* busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida (GRACIA 1998; PESSINI e BARCHIFONTAINE 2000).

A palavra bioética originou-se na metade do século passado, devido à alta complexidade de tecnologias na área biológica e também aos problemas éticos relacionados as pesquisas e condutas aplicadas à vida e as natureza. Com a descoberta da AIDS, a bioética ganhou campo definitivo, obrigando grandes estudos, devido ao efeito que pode causar aos indivíduos e a sociedade.

Completando o que foi escrito acima, o termo bioética não estuda apenas à ciência da saúde e sim todas as áreas de conhecimento. Seu enfoque é relacionado à vida, porém, é interdisciplinar ou transdisciplinar.

Com relação a bioética atual, salientam-se quatro pontos fundamentais que levará a uma reflexão mais profunda entre a bioética da vida cotidiana, que estuda comportamentos e idéias de cada pessoa como também as descobertas biomédicas; bioética deontológica, que são os códigos morais dos deveres profissionais; bioética legal, com normas reguladoras, promulgadas e interpretadas

pelos Estados, com valor de lei e uma bioética filosófica, que procura compreender os princípios e valores que estão das ações humanas nestes campos (KOERICH, 2005).

Para explicar conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a bioética se ampara em quatro princípios. Estes princípios devem orientar as discussões, decisões, procedimentos e ações no campo dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade (KOERICH, 2005).

O princípio da beneficência entende-se em fazer o bem aos outros, de desejar fazer ou promover o bem. Reconhece o valor moral do outro, considerando que realizando o bem para o outro, possivelmente pode-se reduzir o mal. **O princípio de não-maleficência** relaciona-se no dever de não fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. Deixar de fazer o mal intencional as pessoas. Não prejudicar. **Autonomia**, diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Recomenda que o direito à dignidade, à privacidade e à liberdade de cada ser humano deve ser respeitada (KOERICH, 2005).

O direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Assim, também os profissionais da saúde precisam estabelecer vínculos com os clientes em que ambas as partes se respeitem.

A quebra deste princípio só é eticamente aceitável, quando o bem público se sobrepõe ao bem individual.

O princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.

A relação do paciente com seus cuidadores pode estar permeada pelo conflito, pois distintos critérios morais e éticos guiam a atuação de cada um dos envolvidos. Os profissionais de saúde, em geral, orientam-se pelo critério da beneficência, os pacientes pelo da autonomia e a sociedade pelo de justiça" (CAPONI *et al.*, 1995 *apud* KOERICH *et al.*, 2005).

4.4 Privacidade e Confidencialidade das Informações

Os termos sigilo e segredo são usados por alguns autores e códigos. A palavra segredo, de acordo com o minidicionário Luft, significa “o que se oculta ou não se deve divulgar; o que se diz ao ouvido de alguém em voz baixa; confidência; sigilo”. Segundo o que foi citado, segredo está relacionado à intimidade da pessoa, portanto não se deve revelar. A palavra sigilo não tem sido muito utilizada, quando as usam é mais no sentido de ocultação e menos os de preservar.

A preservação de segredos está relacionada tanto à privacidade quanto à confidencialidade. A privacidade requer do profissional o direito de não divulgar as informações que lhe foram reveladas e de preservar a pessoa que as revelou. Isto pode ser considerado como dever institucional. A confidencialidade, diz respeito à confiança, por sua vez, entende-se que o cliente revele informações diretamente ao profissional, que passa a ser o responsável por resguardá-las.

De acordo com Goldim (1997), confidencialidade é a propriedade da informação pelo qual não estará disponível ou não será divulgada a indivíduos, entidades ou processos, sem autorização, ou seja, confidencialidade é a garantia do abrigo das informações dadas pessoalmente em confiança e proteção contra a sua divulgação sem o consentimento. Esse mesmo autor relata que atualmente, a confidencialidade é considerada como sendo o dever de resguardar todas as informações que dizem respeito a uma pessoa, isto é, à sua privacidade. A confidencialidade é o dever que inclui a preservação das informações privadas e íntimas.

Conforme já esclarecido anteriormente, a palavra confidencialidade tem origem na palavra confiança, que é o fundamental para um bom vínculo terapêutico (COSTA et. al. 2012). O cliente acredita que a equipe de saúde irá preservar tudo que lhe for relatado, tanto que fornecem dados que outras pessoas de seu convívio, sequer imaginam existir.

A preservação das informações obtidas não acaba com a morte do informante e nem com o fato deste ser uma pessoa pública. Os familiares não tem o direito de tomar ciência dos dados revelados e nem de obrigar a equipe de saúde esclarecer algo à este respeito. Apenas caberá ao profissional explicar à família que o ato de manter em segredo as informações vai de encontro aos princípios da bioética.

Por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e somente divulgadas quando autorizadas por quem as revelou. O segredo das informações deve ser garantido em todas as formas de comunicação orais ou escritas e com outros profissionais. As informações devem ser conhecidas apenas por aqueles que necessitam tê-las, em função da necessidade do seu trabalho junto ao paciente, mas devendo, ainda assim, ser preservada, respeitando-se o direito do usuário (FORTES, 1998).

De acordo com Fortes *et al.* (2000), relaciona a privacidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, devendo o paciente decidir sobre a divulgação de informações sobre seu estado de saúde.

A privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, bem como do acesso à própria pessoa e à sua intimidade. É a preservação do anonimato e dos segredos (GOLDIM *et al.*, 2004).

De acordo com a atribuição dos agentes comunitários de saúde, eles devem realizar visitas domiciliares as famílias cadastradas, com objetivo de conhecer a situação social de cada uma delas e, assim, segundo suas necessidades, oferecer alguma ação de saúde. Seria importante conhecer até que ponto o agente está preparado para adentrar as casas e trabalhar com as informações reveladas e/ou as situações observadas!

se possam identificar condições sociais ou ambientais que comprometam negativamente a saúde das famílias (SEOANE *et al.*, 2007).

Em contraposição a este relato, o estudo de Mandú *et al.* (2008), afirmam que o respeito à vida privada e o comportamento ético são apresentados como essenciais à abertura do domicílio e que as visitas significam intromissão do setor saúde na vida das pessoas e interferem em sua liberdade. Para fortalecer a fala deste autor descreverei a fala de um usuário que ele usou em seu estudo, “minha irmã não fez consultas de pré natal, porque a ACS contou para o bairro inteiro que ela estava grávida”.

Na pesquisa de Fortes *et al.* (2004) observa-se que os profissionais médicos, enfermeiros e gerentes se preocupam com o fato dos ACS não terem uma profissão onde exista um órgão responsável por eles, portanto, em questão ao princípio ético da privacidade das informações, geram inseguranças. Diante a este fato, eles também afirmam que os ACS não devem ter acesso aos prontuários.

No que diz respeito à educação continuada e capacitação dos ACS, Tomaz (2002, p. 75-94), declara que “o processo de qualificação é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficientes para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”.

Bachilliet *et al.* (2006) verificaram que o curso de capacitação oferecido não foi adequado para a realidade dos serviços dos ACS, pois o enfoque foi insuficiente em algumas áreas e excesso de informações em tempo restrito.

Nesse sentido as autoras reforçam que a capacitação para os ACS ainda é muito insuficiente e que o próprio Ministério da Saúde reconhece a necessidade de educação continuada nas equipes de saúde da família.

Martines *et al.* (2007) também relatam que a oferta de capacitação e educação continuada não sistematiza com mais detalhes o preparo do ACS.

No trabalho de Villa e Aranha (2009) constata-se que os ACS adquiriram algum aprendizado através das enfermeiras, não havendo nenhuma capacitação subsequente.

Ferraz e Aerts (2005) ressaltam que a capacitação e a educação permanente para os ACS devem abordar também os fatores culturais e religiosos que possam influenciar no comportamento dos indivíduos com relação à sua saúde.

Santos *et al.* (2011) encontraram que mais da metade dos ACS não participaram de uma capacitação e que nem trabalhavam na área da saúde antes de ingressarem na saúde da família.

Finalizando, Fortes *et al.* (2004) reforçam que as capacitações e educações continuadas devem fazer parte do cronograma das equipes, porque os ACS têm acesso a muitas informações pessoais dos usuários e que existem dificuldades em se limitar tal acesso, uma vez que os usuários, na maioria das vezes, revelam as condições de sua saúde primeiramente aos agentes, gerando conseqüentemente um dilema ético. O trabalho das equipes de saúde da família colabora para as informações mesmo que sigilosas sejam disseminadas.

6 Considerações Finais

Ao fim desta pesquisa foi confirmado o fato principal em que se focou o trabalho; a falta de uma capacitação e/ou educação continuada adequada as atribuições dos ACS. Nas literaturas consultadas foram citados exemplos de fracassos tanto nas ações dos profissionais quanto nas capacitações, porém, é preciso um estudo mais detalhado, aprofundando mais nos temas privacidade e confidencialidade das informações dos usuários, que muitas vezes são o maior obstáculo para que este programa se torne totalmente eficaz.

O Agente comunitário de saúde é um profissional fundamental para o fortalecimento do SUS, pois é através dele que a comunidade reconhecerá o SUS (unidade de saúde) como porta de entrada para a sua saúde. Este profissional é a aliança que a unidade faz com os usuários, por meio de classificação de situações de risco, planejamento de ações de organização do território adscrito e de promoção à saúde.

No entanto, não devemos imputar aos ACS como os únicos atores responsáveis em solidificar o SUS, pois há vários fatores envolvidos e também o fato deles não estarem preparados e nem possuem embasamento teórico sobre o SUS. Para isso, é preciso elaborar uma capacitação que envolva princípios e diretrizes do SUS; ética; necessidades de saúde; o foco de saúde coletiva e vigilância em saúde, sem deixar de fora a parte prática, ou seja, trabalhar com a realidade e os problemas que eles irão vivenciar em seu dia-a-dia, baseado em outras experiências.

Dentre os fatores observados nesta pesquisa estão o despreparo (inexperiência) dos ACS para atuarem como o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família, insegurança por parte dos usuários e por partes dos outros profissionais da equipe quanto à manutenção do sigilo, a visita domiciliar é entendida por alguns, como, intromissão do setor saúde na vida das pessoas e as capacitações e educações continuadas quando existente são inadequadas e insuficientes para garantir uma boa atuação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). P. 9-55.

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

BACHILLI, R. G. *et al.* A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 51-60, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAPONI, G. A. *et. al.* (coordenadores). A saúde como desafio ético. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde; 1995 *apud* KOERICH, M. S. *et. al.* Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p. 106 – 110, jan. / mar., 2005.

COSTA, S. I. F. *et al.* Iniciação à Bioética. In: FRANCISCONI, C. F. *et al.* [colab]. **Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade**. [online]. Copyright. Conselho Federal de Medicina. Brasília, P. 269-284, 1998. Disponível em:

www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioeticaindice.htm. Acesso em: 03 de janeiro de 2012.

FARIA, H. P. et.al. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática I – modelo assistencial e atenção básica à saúde: módulo II. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008.

FERRAZ, L. et. al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 2, p.347-355, 2005.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1998.

FORTES, P. A. C. et. al. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, p.31 – 33, dez. 2000. Número especial.

FORTES, P. A. C. *et al.* O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328 – 1333, set. / out., 2004.

FORTES, P. A. C. Reflexões Sobre a Bioética e o Consentimento Esclarecido. **Revista Bioética**, Brasília, v.2, n.2, nov. 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/458/341. Acesso em: 16 jan. 2012.

GRACIA, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998. ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família**. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

GOLDIM, J. R. **Confidencialidade**, 1997 – 2003. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/bioinfo.htm. Acesso em: 03 de jan. de 2012.

GOLDIM, J. R. **Bioética, cultura e globalização**, 1998. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/global.htm. Acesso em: 03 de jan. de 2012.

GOLDIM, J. R. et. al. **Bioética e informação**, 2004. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioinfo.htm>. Acesso em: 03 de jan. de 2012.

JARDIM, T.A. et.al. Aspectos subjetivos do morar trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-135, jan./mar. 2009.

KOERICH, M. S. et. AL. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p. 106 – 110, jan. / mar., 2005.

LEOPOLDO e SILVA, F. Da ética filosófica à ética em saúde In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; p.

19-36, 1998 *apud* ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família.** Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

LUFT, C. P. **Minidicionário Luft.** São Paulo, Ática, 2000.

MANDÚ, E. N. T. et. al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 131 – 140, jan. / mar., 2008.

MARTINES, W. R. V. et. al. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. Universidade de São Paulo**, v.41, n.3, p.426 – 433, 2007.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl. 1, p.771 – 780, 2009.

MOROSINI, M.V.G. C. et. al. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde - Modelos de atenção e a saúde da família - **Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 69-106, 2007.

NOGUEIRA, R. P. et. al. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde.** [texto para discussão 735 – online]. 2000. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

NUNES, M. O. et. al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1639 – 1646, nov. / dez., 2002.

PADILHA, M. I. C. S. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.4, n.2, p. 118 – 132, jul. / dez., 1995.

PESSINI, L., BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética.** 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.

SANTOS, K. T. et. al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1023 – 1028, 2011.

SEOANE, A. F. **A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações.** Dissertação (mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

SILVA, M. J. Agente de saúde: agente de mudança? – a experiência do Ceará. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997 *apud* PUPIN, V. M. et.

al. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente” **Estudos de Psicologia**, V.13, n.2, p. 157 – 163, 2008.

SILVA, J. A., DALMASO, A. S. W. O. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.6, n.10, p. 75 - 94, fev., 2009.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “Super Herói”. **Interface Comunic., Saúde, Educ.** v.6, n.10, p. 75 – 94, fev., 2002.

VILLA, E. A. et. al. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa saúde da família. **Texto Contexto Enfer.**, Florianópolis, v.18, n. 4, p. 680 – 687, out./dez., 2009.