

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

O SIGILO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SALEN MARCHESI DE ALMEIDA

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2011

SALEN MARCHESI DE ALMEIDA

O SIGILO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Ayla Norma Ferreira Matos

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2011

SALEN MARCHESI DE ALMEIDA

O SIGILO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista.

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos (Orientadora)

Profa. Fernanda Magalhaes Duarte

Aprovado em Belo Horizonte em 03/03/2012

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2011

DEDICATÓRIA

Ao meu pai José, meus irmãos Danny, Natália e José Neto e ao Diego que sempre me apoiam em todos os momentos, me oferecendo carinho e dedicação e que acima de tudo confiam no meu sucesso.

Agradeço à Deus por iluminar minha vida e cuidar do meu caminho.

Ao meu pai pelo exemplo de grande homem, honesto e dedicado.

Aos meus irmãos Danny, Natália e José pelo carinho e amor sempre presentes.

Ao Diego pelo companheirismo e amor todos esses anos. Você é o meu grande incentivador.

À Direção da UFMG, pelo excelente curso prestado.

À professora Ayla Norma pela maravilhosa orientação, paciência e dedicação prestadas na construção desse trabalho, sempre procurando o aperfeiçoamento necessário.

À professora Fernanda Duarte Magalhães pelo grande empenho na construção dos nossos conhecimentos.

Aos colegas de curso pelo relacionamento prazeroso e pela troca de experiências cotidianas que enriqueciam nosso curso.

Obrigada a todos!

“Não há medicina sem confidências, não há confidências sem confiança e não há confiança sem segredo”.

Porthes

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família trabalha com uma equipe multiprofissional dinâmica e articulada com o intuito de oferecer ao paciente uma atenção integral à saúde. O objetivo do estudo foi identificar na literatura nacional a importância do sigilo profissional e a relação com o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, por meio de revisão de literatura. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica narrativa, com publicações entre 1940 a 2011 disponíveis na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, nas seguintes bases de dados LILACS e SciELO e leis brasileiras. Para a busca dos artigos foram utilizadas as palavras chave sigilo, estratégia saúde da família e ética. Os profissionais da ESF trabalham em contato direto com a comunidade, realizando visitas domiciliares e desenvolvendo trabalhos educativos por meio de grupos e, nestes contatos próximos revelam informações pessoais. As informações constituídas através da prática profissional configuram segredo profissional e devem ser manejadas com ética e zelo. O compartilhamento das informações deve ser realizado nos casos previstos em lei ou com a autorização do titular da informação. É de responsabilidade do profissional manter a guarda do prontuário, podendo o paciente solicitar o acesso a qualquer tempo. Conclui-se que o sigilo profissional é resguardado por lei e deve ser manipulado com ética e compromisso pelos profissionais da saúde dentro do processo de trabalho da ESF.

Palavras-chave: Sigilo profissional, equipe multiprofissional da ESF, ética profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy works with a dynamic and articulated multidisciplinary team in order to offer the patient a comprehensive health care. The aim of this study was to identify on national literature the importance of professional secrecy regarding the process of health work in the Family Health Strategy through literature review. We conducted a narrative literature, with publications from 1940 to 2011 available in VHL - Virtual Health Library in the following databases LILACS and SciELO and Brazilian laws. To search for articles the keywords used were secrecy, the family health strategy and ethics. The FHT professionals working in direct contact with the community, making home visits and developing educational work through groups, and these close contacts reveal personal information. The information constituted throughout professional practices sets professional secrecy and should be managed ethically and zeal. The sharing of information must be made in cases provided by law or with the authorization of the information. It is the professional's responsibility to maintain custody of the records, because the patient may request access to any time. It is concluded that professional secrecy is safeguarded by law and should be handled with ethics and commitment by health professionals within the working process of the FHS.

Keywords: Professional secrecy, multidisciplinary team of FHS and professional, ethics.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BVA – Biblioteca Virtual em Saúde

CC – Código Civil

CEO – Código de Ética Odontológica

CEM – Código de Ética Médica

CD – Cirurgião Dentista

CF – Constituição Federal

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CP – Código Penal

CPC – Código de Processo Civil

CPP – Código de Processo Penal

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

TSB – Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 A Estratégia Saúde da Família.....	14
3.2 O sigilo profissional.....	16
3.3 O prontuário.....	23
4 METODOLOGIA	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

O sigilo profissional foi o tema escolhido para ser objeto de estudo neste trabalho monográfico por estar presente no cotidiano do profissional/paciente/equipe de saúde da família.

Durante o curso de Especialização em Saúde da Família em Atenção Básica (CEABSF), ao estudar o módulo de Processo de Trabalho em Saúde, percebi que a Estratégia Saúde da Família (ESF) lida o tempo inteiro com demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades de forma mais íntima, buscando entender seu universo; suas crenças, valores, conhecimentos e tudo aquilo que influencia seu modo de viver, assim como os questionamentos e suas tendências (comportamento e posição frente realidade vivida) a fim de buscar diferentes possibilidades de trabalhar em saúde e desenvolver processos resolutivos que proporcionem qualidade de vida (FARIA et al, 2009).

Além deste fato, este mesmo autor afirma ainda que no desenvolvimento das atividades profissionais é extremamente importante que o profissional conheça o seu objeto de trabalho, ou seja, o elemento que sofrerá uma ação transformadora. Sendo o indivíduo ou a comunidade esse objeto, o profissional deve ter conhecimento de informações individuais e coletivas para estruturar suas ações. Essas informações frequentemente são compartilhadas entre os diversos profissionais da ESF para desenvolvimento de ações multiprofissionais e de trabalho interdisciplinares em saúde. Sendo assim, é importante pesquisar e entender como relaciona a questão do sigilo profissional no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A palavra sigilo remete a segredo. O sigilo profissional trata-se de uma informação que é descoberta ou exposta em razão da atividade profissional exercida. Essa informação deve ser manipulada pelo profissional com total zelo a fim de contribuir para o cuidado do paciente (SALES-PERES et al., 2008)

Com o passar dos anos e o avanço do cuidado na Medicina, na Odontologia e, nas mais diversas áreas da saúde, entendeu-se que o cuidado ao paciente deve ser como um todo e não de forma segmentada como vinha ocorrendo. Sendo assim cresceu significativamente a relação de troca de informações entre os profissionais,

a respeito da saúde, comportamento e hábitos de seus pacientes, com objetivo de proporcionar-lhes melhor assistência (SALES-PERES et al., 2008).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o principal objetivo de reorganizar o modelo assistencial vigente e proporcionar a população práticas de saúde mais humanizadas, integradas e acima de tudo resolutivas através de equipes multiprofissionais atuando juntas nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011)

A equipe básica ou mínima compõe de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS), principal responsável pela comunicação entre comunidade e profissionais. A partir de dezembro de 2000, o governo através da portaria 1.444 resolve inserir os profissionais da saúde bucal no programa saúde da família, através da criação do incentivo de saúde bucal, visando ampliar o acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos e melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. Assim, a ESF passou a contar com o cirurgião-dentista (CD), o técnico em saúde bucal (TSB) e o auxiliar de saúde bucal (ASB) (BRASIL, 2011).

Diante esse novo cenário, onde diferentes profissionais da saúde trabalham juntos em prol do bem estar individual e coletivo, faz-se necessário a troca de informações muitas vezes pessoais e individuais dos pacientes pelos integrantes da equipe, gerando assim um questionamento a respeito do sigilo das informações (FRANCESCHINI et al, 2009).

Discutir os aspectos que envolvem o trabalho em equipe, realizado no dia-a-dia das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode indicar a melhor forma para tratar a questão do sigilo profissional e, assim, evitar constrangimentos para o paciente/profissional e melhorar o atendimento.

2. OBJETIVO

Identificar na literatura nacional a importância do sigilo profissional e a relação com o processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família, por meio de revisão de literatura.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Estratégia Saúde da Família

Em substituição ao modelo tradicional, bio-médico de assistência à saúde no Brasil, em 1994 foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família, hoje chamado de Estratégia saúde da família-ESF (BESEN et al., 2007).

Propondo novas bases e critérios, estes mesmos autores afirmam ainda que a ESF tem como principal intuito proporcionar uma assistência centrada na família, seguindo os princípios fundamentais da atenção básica: integralidade, qualidade, equidade e participação social.

A diretriz da ESF é o olhar para saúde como qualidade de vida, sendo a atenção concentrada no coletivo e tendo a prestação de serviços em saúde como um direito do cidadão. São garantidos atenção nos três níveis de assistência: primária, secundária e terciária, respeitando a hierarquia da rede de atendimento (ELLAS e COSTA, 2009).

A ESF trabalha voltada para a atenção primária e sendo assim, tornou-se a porta de entrada para os usuários ao sistema de saúde. A equipe tem enfoque multidisciplinar com ênfase na promoção à saúde articulada com a participação da comunidade (COIMBRA et al., 2005).

Realiza ainda suas atividades mediante a adscrição de clientela, tendo uma área física e número de famílias definido, proporcionando que as equipes de saúde da família estabeleçam vínculo com a população, o que possibilita o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade. As equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Existem ainda equipes ampliadas, que contam com um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal. A média recomendada de habitantes por equipes de saúde são de 3 mil habitantes, e o máximo de 4,5 mil (BRASIL, 2011).

A criação e implantação desse novo modelo de atenção primária visa segundo Roncolleta, (2003) apud Besen et al, (2007) a resolução de cerca de 85% dos problemas de saúde da população atendida.

Atuar na Atenção Primária implica conhecer o que é comum, estar familiarizado com as doenças prevalentes, o que permitirá a resolução da maior parte dos problemas e das queixas dos pacientes. É importante ter um conhecimento das prevalências e também das pessoas envolvidas, já que a falta desse conhecimento implica em insucesso. O conhecimento da pessoa é um passo indispensável para atuação eficaz em nível primário (JANAUDIS, 2010).

As ações educativas que antes não eram vistas como prioridade e, quando praticadas, tinha como objetivo domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta previamente impostas, passou a ser um importante instrumento de reflexão e aprendizagem compartilhada entre equipe e comunidade na busca por qualidade de vida (ALVES e AERTS, 2011).

O trabalho da equipe acontece tanto dentro da unidade de saúde com ações de prevenção, promoção e recuperação à saúde quanto fora em atividades extras a unidade, como nas escolas e creches pertencentes à área de abrangência da ESF. Além disso, as visitas domiciliares com orientação e atendimento fazem parte das atividades realizadas, assim como, as ações intersetoriais, onde as parcerias com instituições e atores sociais são também fundamentais e caracterizam a intersetorialidade proposta pela ESF, capaz de ajudar na modificação do quadro social e epidemiológico do local (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

O processo saúde-doença passa a ser visto de forma mais ampla, preocupando-se com a realidade local comunitária e familiar. O ser humano deixa de ser pensado de forma fragmentada, e passa para uma compreensão mais integral (FERNANDES e SECLLEN, 2004).

Visando o fortalecimento da ESF, em janeiro de 2008 foi criado por meio da portaria GM/MS n. 154, o NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composto por diversos profissionais como: nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico e psicólogo, entre outros que atuam em parceria com os profissionais

das ESF, funcionando como apoio, compartilhando experiências, saberes e práticas importantes para a saúde da comunidade (BARBOSA et al., 2010).

No exercício de um modelo assistencial que comporta equipes com inúmeros profissionais de diferentes áreas trabalhando em conjunto em prol das famílias, torna-se essencial discutirmos a questão do sigilo das informações.

3.2 O sigilo profissional

A relação paciente-profissional tem mudado com o passar dos anos e aliado a isto, o conceito de sigilo profissional tem evoluído. Segundo a enciclopédia livre Wikipédia (2011), durante o período hipocrático, o sigilo não era considerado como um direito do doente e sim um dever do profissional de saúde. Neste período o doente não era protegido por nenhuma base jurídica. Durante o século XX o sigilo profissional começa a enquadrar-se na esfera jurídica e apoiar-se no direito do cidadão e não mais apenas como dever do profissional.

A palavra sigilo, de acordo com o dicionário online Michaelis (2011), significa de forma abrangente segredo absoluto.

O sigilo profissional compreende ao conjunto de confidências relatadas ao profissional pelos pacientes ou familiares, bem como aquelas percebidas no decorrer do tratamento e também aquelas descobertas e que o paciente não tem o intuito de informar. Em suma é tudo o que chega ao conhecimento do médico em função de sua profissão (VIEIRA, 1995).

Na mesma linha a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2010 o Parecer CJ-194 que dispôs sobre a segurança da informação em saúde e sigilo profissional em enfermagem. O documento enfatiza a natureza da atividade em saúde, contextualizando as equipes multiprofissionais. Cita que o dever do sigilo não se restringe às informações prestadas por livre convicção do paciente, estendendo-se para aquelas que são produzidas durante os processos de trabalho próprio da equipe. Sendo assim a fonte da informação nem sempre é o próprio paciente ou um familiar, podendo resultar do juízo diagnóstico sobre as pessoas, do planejamento do cuidado e da avaliação dos resultados. Por fim afirma que as informações percebidas sobre esse aspecto têm o mesmo fundamento ético e garantia de

confidencialidade que as prestadas por livre e espontânea vontade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

“A legislação brasileira ética, civil e penal, é extensa, rigorosa e clara” (MARTINS, 2003, p.260). Estando esta sempre apoiada com a jurisprudência firmada pelos tribunais brasileiros, torna-se dever dos profissionais das diversas áreas do conhecimento conhecê-la a fim de prevenir atos ou omissões que possam trazer descontentamento ou prejuízos a si próprios ou a terceiros (MARTINS, 2003).

Na Constituição Federal do Brasil (CF), promulgada em 1988, a questão do sigilo está inserida em seu artigo 5 inciso X de forma implícita quando diz que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas...” (BRASIL, 1988, p.09).

No Código Civil (CC) de 1942, artigo 229 caput dispõe sobre os fatos em que nenhuma pessoa poderá ser obrigada a depor. O inciso I do referido artigo diz que não são obrigados a depor sobre fato, aqueles a “cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo” (BRASIL, 1942, p.180).

De acordo com o Código de Processo Civil (CPC) de 1973, artigo 406, inciso II também dispõe que a “testemunha não é obrigada a depor de fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo” (BRASIL, 1973, p. 447).

Rocha (2007) cita a proteção do sigilo em situações de testemunho e salienta que o desconhecimento das normas de conduta profissional pode deixar o profissional sem saber como agir frente às diversas circunstâncias.

O Código Penal (CP) de 1940, na seção IV “Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos” obriga os profissionais ao devido sigilo sobre as informações obtidas no exercício profissional quando descreve: “Artigo 153 – Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem”, pena de detenção de 1 a 6 meses ou multa. Já o artigo 154, indica pena de detenção, de 03 meses a 01 ano ou multa a quem “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 1940, p. 597).

O artigo 325 do mesmo código dispõe sobre a violação de sigilo para profissionais da administração pública, estabelecendo uma pena de detenção de 06 meses a 02 anos, ou multa, para os infratores.

No capítulo III dos crimes contra a saúde pública, ainda no código penal, em seu artigo 268 determina pena de detenção de 1 mês a 1 ano para as infrações de medida sanitária preventiva, ou seja aquele que infringir determinação do poder público, destinada a impedir a introdução ou propagação de doença contagiosa. E, no parágrafo único relacionado, indica que a pena é aumentada em um terço, caso o agente infrator for funcionário da saúde pública, ou exercer a profissão de dentista, farmacêutico, médico ou enfermeiro. Em seguida, o artigo 269 descreve o crime de omissão de notificação de doença, dizendo que deixar de notificar a autoridade pública doença de notificação compulsória é uma infração com pena de detenção de 6 meses a 2 anos e multa. Em todos esses casos a quebra de sigilo é descaracterizada pela obrigação legal de fazer (BRASIL, 1940, p. 610).

No Código de Processo Penal (CPP), de 1941, artigo 207, “são proibidas de depor as pessoas, que em razão de função, ministério, ofício ou profissão devam guardar segredo, salvo se desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho” (BRASIL, 1941, p. 678).

A Lei das Contravenções Penais (1941), no que se refere à administração pública, coloca que é crime:

“ Artigo 66 – Deixar de comunicar à autoridade competente: I - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação; II - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.” (BRASIL, 1941, p. 3)

O sigilo profissional seguindo a legislação do país foi regulamentado, também, pelos códigos de ética profissionais. O Código de Ética Médica (CEM) (2009) traz normas claras, que não deixam dúvida ao profissional. Em seu capítulo I, dos Princípios Fundamentais, artigo 11 regulamenta que “O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto

nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

No capítulo IX, do Código citado acima, intitulado Segredo Médico, os artigos trazem as inúmeras vedações expressas ao médico e entre elas define no artigo 102: “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”. Como forma de complementação, o parágrafo único subsequente considera que a proibição expressa no artigo 102 permanece mesmo que o segredo em questão seja de conhecimento público ou até em casos em que o paciente já tenha falecido. Considera ainda que quando o médico estiver ligado a um litígio judicial como testemunha, o mesmo deverá comparecer perante a autoridade e declarar-se impedido de revelar o segredo.

O artigo 103 do Código de Ética Médica (CEM) dispõe sobre a quebra de sigilo com relação aos pacientes menores de idade e regulamenta que “desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo”, o sigilo deve ser mantido, “salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

O CEM ainda regulamenta a questão do sigilo do pessoal auxiliar, e diz que é de responsabilidade do profissional médico orientar seus auxiliares a zelar e respeitar o segredo a que estão obrigados por lei.

O Código de Ética Odontológica (CEO), de 2006, que regula os direitos e deveres dos profissionais, em seu capítulo VI do Sigilo Profissional lista as situações que constitui infração ética. O artigo 10 inciso I diz que constitui infração ética “revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006).

Assim, como o CEM, o CEO regulamenta a responsabilidade do cirurgião dentista quanto ao pessoal auxiliar expondo no inciso II do artigo 10 que constitui infração ética o cirurgião dentista “negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006).

O Código em questão traz ainda as situações as quais o sigilo profissional possa ser quebrado enquadrando-se na hipótese de justa causa. São elas:

“Notificação compulsória de doença; colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; perícia odontológica nos seus exatos limites; estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz (CEO, 2006, p. 8).”

Neste mesmo código, mais precisamente no art. 10 inciso 1, letra b, prevê que o sigilo profissional deve ser mantido, exceto em situações nas quais a sua conservação implica diretamente na manutenção de um mal maior a vida ou a integridade do paciente. Assim, ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deve rompê-lo.

O código de ética dos profissionais da enfermagem, aprovado através da resolução COFEN-240/2000, em seu artigo 29 dispõe que é dever do profissional “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007, p. 1).

Para os profissionais da área da psicologia o código de ética profissional do psicólogo (1995) em seu artigo 21 apresenta que “o sigilo protegerá o atendimento em tudo aquilo que o psicólogo ouve, vê ou de que tem conhecimento como decorrência do exercício da atividade profissional” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1995).

Todos os profissionais estão sujeitos ao sigilo, inclusive os estudantes que tenham conhecimento de informações sobre o paciente. As informações prestadas sobre o paciente nunca podem significar prejuízo ao mesmo, devendo sempre ser usada em seu benefício. O sigilo deve ser tratado com a maior delicadeza e só pode ser rompido em casos muito especiais (SALES-PERES et al, 2008).

Apoiada na legislação pertinente, o sigilo passou a ser uma relação de direito e dever, criando uma espécie de estabelecimento de vínculo ético na relação paciente-profissional. A relação de confiança entre as duas partes se torna extremamente necessária para o bom desenvolvimento do tratamento e acompanhamento necessário (VIEIRA, 1995).

Liberal (1993) coloca que o segredo médico representa um dos mais importantes pilares de sustentação do prestígio da medicina e demais áreas da saúde.

Para Fávero (1980) o segredo médico é o esteio, a coluna mestra de toda deontologia médica.

Goldim e Francisconi (1999) abordam a questão do segredo profissional pode tanto pela privacidade quanto pela confidencialidade. Segundo os autores, a confidencialidade tem como objetivo a preservação da intimidade da pessoa e do segredo revelado. Caracteriza-se pela garantia do resguardo das informações, é a garantia de que as informações não serão divulgadas. Já a privacidade se qualifica pela limitação de acesso às informações. “A privacidade é um dever institucional”.

Ferreira (2003) diz que o sigilo está ligado ao silêncio e ao cuidado. O “cuidado silencioso do sigilo” possibilita espaços para promover o bem estar.

O silêncio exigido aos profissionais tem como principal objetivo impedir a publicidade de informações cuja desnecessária revelação provocaria prejuízos ao paciente tanto moral como econômicos. Essa defesa a privacidade individual como já foi exposto é garantida por princípio constitucional e também garantido na conquista da cidadania. O direito de cada pessoa ao respeito de sua vida privada é assegurado pela Declaração Universal dos Direitos humanos (FRANÇA, 2008).

Gostin et al, (1993) denomina o fato de informações sobre uma pessoa manter-se fora do alcance de outras, de “privacidade informacional”. Mas a quem pertence o segredo?

É importante deixar claro que o segredo pertence ao paciente, sendo o profissional apenas o depositário de uma confidência, em decorrência da natureza dos deveres impostos a sua profissão (FRANÇA, 2008).

Nichiata e Abdala (2008) desenvolveram um trabalho de pesquisa em uma estratégia saúde da família e constataram que o formato da estratégia contribui para que as informações dos pacientes sejam disseminadas, sendo necessária uma postura ética dos profissionais envolvidos para que não ocorra revelação imprópria das informações. Dentro da EFS os agentes comunitários de saúde foram identificados como elo de ligação entre os usuários e a equipe de saúde, sendo este muitas vezes o detentor de informações sigilosas que devem ser resguardadas com total responsabilidade. Constataram ainda que a confiança depositada nos agentes

comunitários de saúde é um dos principais elementos que possibilitam a abertura da privacidade. Eles são os profissionais que atuam mais intimamente com a comunidade através das visitas domiciliares realizadas diariamente.

Ainda segundo estes mesmos autores, o compartilhamento dessas informações deve ser realizado nos casos previstos em lei ou com a autorização do titular da informação, devendo este ser informado sobre a importância do compartilhamento de informações relevantes para o desenvolvimento de um cuidado multiprofissional.

O ACS apesar de ser um profissional que lida diretamente com informações sigilosas dos pacientes, uma vez que mantém contatos regulares com as famílias sob sua responsabilidade, não possui formação específica, e, portanto deve ser capacitado e supervisionado pelo enfermeiro responsável pela equipe, a fim de saber como lidar e como se comportar, frente a essas situações (ALENCAR, 2006).

O guia prático da ESF dispõe sobre as atribuições específicas do enfermeiro, e entre outras informações preconiza as atividades educativas e a supervisão e coordenação das ações para a capacitação dos ACS (BRASIL, 2001a).

O Conselho Regional de Enfermagem descreve como uma responsabilidade do enfermeiro, “a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente os programas de educação continuada” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010, p.21)

Deve-se obter por escrito um consentimento livre e esclarecido do paciente ou de seu representante legal, autorizando a quebra do sigilo, para que no futuro esse ato não lhe cause transtornos inesperados (FRANÇA, 2008).

O compromisso com a preservação da informação é dever igual de todos os profissionais que atuam diretamente com o paciente, sendo funcionário administrativo, médico, dentista, enfermeiro ou outros profissionais de saúde. Todos devem ter consciência do valor que o sigilo tem para o paciente, para a sociedade como um todo e para o bom desenvolvimento do trabalho (GOLDIM e FRANCISCONI, 1999).

O relacionamento paciente-profissional inicia-se com o acolhimento, culminando no momento da realização da anamnese. É imprescindível que o profissional conduza bem uma anamnese, já que através dela, se coleta as informações pertinentes ao tratamento e se conhece o paciente. A negligência na anamnese caracteriza erro profissional, podendo este estar sujeito às sanções éticas e legais (SILVA, 1997).

3.3 O prontuário

O prontuário é o documento que registra os dados colhidos durante a anamnese. Registra também, o diagnóstico, prognóstico e as eventuais intercorrências ocorridas durante o tratamento, permitindo sua consulta sempre que necessário (GALVÃO, 2000).

Para Holanda et al, (2010) faz parte do prontuário todos os documentos produzidos em função do atendimento ao paciente. São documentos ordenados, sistematizados e concisos que quando devidamente produzidos permitem ao profissional provar a qualquer época, que o diagnóstico e tratamento realizado encontra-se dentro dos padrões técnicos e éticos recomendados.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) o prontuário, permite mais interação entre os profissionais que acompanham o paciente por ser um importante instrumento de comunicação e através da Resolução n.º 1.638 de 2002, define-o como:

“documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, **sigiloso** e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (CFM, 2002).

O prontuário representa o principal veículo de comunicação entre os profissionais a respeito do tratamento do paciente. O registro correto das informações permite uma eficiente continuidade do cuidado através da equipe multiprofissional, que trabalha na ESF (MASSAD et al., 2003).

Quanto à guarda dos prontuários, o Código de Ética Odontológico (CEO) de 2006, em seu capítulo III dos Deveres Fundamentais, regulamenta que é de

responsabilidade do profissional manter sua guarda, podendo o paciente solicitar o acesso a qualquer tempo. Sendo assim o profissional caracteriza-se por ser um depositário das informações dos pacientes, devendo zelar por seu armazenamento (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2006).

4. METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o sigilo profissional e o processo de trabalho da ESF. Segundo Cordeiro et al (2007) a revisão narrativa, também chamada de tradicional, é uma revisão que tem como característica apresentar uma temática mais aberta. A seleção dos artigos é facultativa, com grande interferência da percepção subjetiva do autor.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de publicações entre 1940 a 2011, disponíveis na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, nas seguintes bases de dados LILACS e SciELO e leis brasileiras. A busca de artigos durou 06 meses (de maio a outubro de 2011) e, para a busca dos artigos foram utilizadas as palavras chaves sigilo profissional, equipe multiprofissional da ESF e ética profissional.

Foram encontrados aproximadamente 70 artigos, que após a leitura destes, foram selecionados 15 artigos, tendo como critério a proximidade com o tema.

Além de artigos, foram usados também, revistas, legislações, livros entre outros, que tem relação com os aspectos legais do sigilo profissional e seu contexto no processo de trabalho, que envolve a relação entre equipe de saúde/paciente e profissional/profissional.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sigilo profissional está intimamente ligado as profissões da saúde, já que para promover e/ou recuperar a saúde de seus pacientes é necessário que o profissional obtenha o máximo de informações possíveis do indivíduo, de sua família e do meio em que vivem. Essas informações frequentemente atingem a intimidade do paciente e devem ser manipuladas com o máximo de cuidado, sempre visando o seu benefício.

Com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do novo modelo assistencial, que visa um atendimento integral e participação de equipes multiprofissionais as quais examinam juntas a situação de seus pacientes, além dos agentes comunitários de saúde que trabalham em contato direto com as famílias, a manipulação do sigilo profissional tem sido muito questionada.

Segundo Galvão (2000) o prontuário é o documento que registra os dados coletados durante a anamnese, o diagnóstico, prognóstico e as eventuais intercorrências ocorridas durante o tratamento. Holanda et al, (2010) vai mais além e afirma que, os prontuários devem ser devidamente produzidos permitindo ao profissional provar a qualquer época que o diagnóstico e tratamento realizado encontra-se dentro dos padrões técnicos e éticos recomendados.

Frente às disposições dos códigos de leis brasileiras (CP, 1940; CPC, 1941; CFM, 2002; CFO, 2006) é correto afirmar que os mesmos visam estabelecer, regulamentar e assegurar o sigilo das informações, como papel importante na relação interpessoal paciente-profissional, apresentando normas e diretrizes, que devem ser respeitados pelo profissional a fim de proteger o direito individual do cidadão. Além disso, é correto dizer que além de assegurar o direito do cidadão, a proteção ao sigilo também garante aos profissionais a segurança e tranquilidade de trabalhar frente a tantas confidências, essenciais para o bom desempenho do cuidado, colocando a medicina e as demais atividades da saúde como um direito coletivo, assegurando a proteção da relação médico-paciente.

Para exemplificar essa segurança e tranquilidade do profissional, Rocha (2007) e Sales-Peres et al, (2008) tendo como referência o que dispõem os CC,

CPC e CPP sobre sigilo profissional, afirmaram que o profissional quando atuar como testemunha em processos judiciais, não está obrigado a declarar as informações as quais tem posse em razão de sua profissão, podendo assim esquivar-se de tal ato justificando como sigilo profissional.

Há um consenso na literatura de que toda a legislação normatizadora das profissões (Código de ética médica, 2002; Código de ética odontológico, 2006; Código de ética dos profissionais da enfermagem, 2007; Código de ética do psicólogo, 1995) visam proteger o paciente quanto ao direito de ter suas informações protegidas, resguardando também ao profissional o direito de obter informações importantes na construção do diagnóstico, prognóstico e aplicação de sua conduta frente a cada caso individualmente.

A legislação vigente em nosso país, constituição federal (1988), código penal (1940), código processual penal (1941), código civil (2002), código de processo civil (1973), além de resguardar o princípio da confidencialidade das informações prestadas pelos indivíduos, também, normatizam os casos de ação ou omissão por parte do profissional que configuram infração. Inclusive, a Constituição da República Federativa no Brasil de 1988 assegura essa garantia e dá direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

França (2008) destaca que para se caracterizar a quebra de sigilo profissional é necessário o preenchimento de alguns requisitos: existência de um segredo, o qual sua revelação pode trazer dano; conhecimento desse segredo em razão e função, ofício, ministério ou profissão; ausência de motivos relevantes; possibilidade de dano a outrem, não sendo necessário que esse dano se concretize e a existência de dolo obrigatoriamente. Há infração por quebra de sigilo, quando esta se faz de forma intencional, ou seja, com a presença de dolo, sendo as mais diversas formas utilizadas para essa quebra como: forma oral, escrita, por meio da imprensa, entre outros.

Porém, autores como Silva (2007) e Sales-Peres et al, (2008) afirma que o sigilo não tem caráter absoluto, já que existem algumas situações as quais ele pode ou deve ser revelado. Essas situações são apoiadas em casos de extremo interesse da justiça e da saúde pública.

O sigilo profissional médico pode, por exemplo, frente ao interesse coletivo maior, excepcionar a sua obrigação frente às doenças de notificação obrigatória, conforme o previsto no capítulo dos crimes contra a Saúde Pública, do Código Penal, de 1940 quando diz que constitui infração: “artigo 269 – Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”. Sendo assim neste caso, a revelação do sigilo passa a ser um dever do profissional, limitada essa revelação apenas ao órgão responsável pela notificação.

As doenças de notificação compulsória de doença transmissível estão regulamentadas pela lei número 6.259 de 30 de outubro de 1975, em seu artigo oitavo:

Art. 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Ainda com relação às doenças de notificação compulsória, o CP de 1940 determina que constitui infração penal o profissional deixar de denunciar à autoridade competente as doenças cuja notificação é compulsória. Define ainda que é crime infringir determinação do poder público destinada a impedir a introdução ou propagação de doença contagiosa. Essa infração quando cometida por funcionário da saúde pública ou por médico, dentista, farmacêutico e enfermeiros, tem a pena aumentada em um terço.

Outra questão importante quando se fala do sigilo profissional refere-se a violência, inclusive a doméstica. De acordo com Saliba et al, (2007) o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos que tiver conhecimento e, poderá responder pela omissão caso não realize este procedimento. Pois, neste caso, estará zelando pela saúde e dignidade dos pacientes. Inclusive, de acordo com informações do Código de Ética da Odontologia (2006), no artigo 10 inciso 1 letra b, o cirurgião-dentista ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos do paciente, deve romper o sigilo profissional.

Inclusive, França (2008) lembra que a quebra do sigilo por dever legal é a obediência ao que está estabelecido na lei, constituindo crime o não cumprimento. Só se caracteriza como dever legal o que está na lei, não podendo assim se confundir com a justa causa. Pois, a justa causa, ainda segundo França (2008) fundamenta-se na existência de estado de necessidade. É o interesse tanto de ordem moral quanto social que autoriza o descumprimento de uma norma, sendo os motivos para tal violação relevante. É difícil estabelecer seus limites, já que abrange um amplo universo.

A última alternativa para a possibilidade de quebra de sigilo, não acarretando uma infração, de acordo com França (2008) é quando o próprio paciente pede pela revelação do segredo, devendo ele ser maior e capaz, ou caso contrário, seus representantes legais. É prudente por parte de o profissional esclarecer ao paciente sobre todas as possíveis conseqüências de tal revelação inclusive os prejuízos que podem ser causados.

O CEM (2009) no artigo 102 e o CPP (1941) artigo 207 afirmam que o sigilo pode ser quebrado com a autorização expressa do paciente. Para se resguardar de futuros contratempos, Vieira (1998) e Nichiata e Abdala (2008) concordam que essa autorização deve ser realizada mediante documento assinado, sendo neste esclarecido os prós e os contras de tal revelação.

França (2008, p. 473) ainda enumera e exemplifica algumas situações especiais em que pode-se gerar dúvida quanto a manutenção ou não do sigilo:

- Em causa própria: O ideal é que o profissional nunca revele em defesa própria um segredo profissional e sim procure na justiça o foro apropriado para tal defesa.
- Estudantes de medicina: O conhecimento passado aos estudantes de medicina pelos seus professores não se pode caracterizar como quebra de sigilo. Já o estudante pode responder criminalmente caso repasse essa informação.
- Segredo post mortem: Os profissionais têm obrigação ética e legal de não revelar os segredos de seus pacientes mesmo após a morte.

- Pacientes aidéticos: O médico não pode revelar a família do paciente com AIDS sobre sua condição, caso este não permita.
- Aposição do CID nos atestados: Entende-se como quebra de sigilo a aposição do CID nos atestados médicos e odontológicos, salvo com autorização livre e esclarecida por escrito do paciente.

Dentro do ambiente da ESF esses conflitos éticos devem ser sempre discutidos em equipe para que todos os profissionais envolvidos no cuidado da comunidade sintam-se habilitados a desenvolver um bom trabalho (GOLDIM e FRANCISCONI, 1999).

É importante que a comunidade estabeleça uma relação de confiança entre os profissionais da equipe da ESF e entenda que o compartilhamento do segredo entre eles é essencial para o bom acompanhamento do paciente (NICHATA e ABDALA, 2008).

É dever do profissional conscientizar o usuário sobre a importância da abertura de suas informações aos demais membros da equipe para que seu atendimento seja realizado como um todo, podendo ser assistido por uma equipe multiprofissional voltada para sua demanda. Esse incentivo se dá através da explicação para o paciente sobre a dinâmica de funcionamento da ESF e o propósito que envolve a discussão de casos entre os inúmeros profissionais, tudo voltado para a saúde dos usuários.

Quando se refere ao fato de que as informações devem se estender aos demais membros da equipe e não apenas ao profissional, Sales-Peres et al, (2008) afirmaram que, também, os estudantes integrantes da equipe devem manter o sigilo, caso tenham conhecimento de informações sobre o paciente.

Já Nichiata e Abdala (2008) lembram que os ACS, identificados como o elo de ligação entre os usuários e a equipe de saúde, muitas vezes são detentores de informações sigilosas, em virtudes das visitas domiciliares realizadas rotineiramente, assim as mesmas devem ser resguardadas com total responsabilidade.

Neste contexto, alguns autores (Brasil, 2001; Alencar, 2006; Conselho Regional de Enfermagem, 2010) destacam que o ACS, em virtude de sua formação

deve ser capacitado, através de atividades educativas, e supervisionado pelo enfermeiro a fim de se habilitar positivamente para o dia a dia do trabalho, compreendendo assim a importância de suas atividades serem realizadas com sabedoria e ética.

Outro aspecto importante levantado, diz respeito ao tipo de informações consideradas sigilosas. Fortes e Spinetti, (2004) apud Nichiata e Abdalla, (2008) ressaltaram que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do usuário. Concordando assim com o Parecer CJ-194 publicado em 2010 pela Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Sobre a quebra de sigilo, quando é sem justa causa constitui infração penal determinada pelo CP brasileiro. A pena é de detenção de um a seis meses ou multa. No entanto, quando a quebra de sigilo ocorrer em segredo revelado em razão de função, ministério, ofício ou profissão, a pena é aumentada de três meses a um ano ou multa. Em contrapartida, é crime deixar de revelar segredo que possa impedir a introdução ou propagação de doença contagiosa, determinado como infração de medida sanitária. Neste caso a pena é de detenção de um mês a um ano ou se cometida por funcionário da saúde pública é aumentada em um terço. Assim, realizar a notificação compulsória de doenças é um dever do profissional frente as leis brasileiras.

O profissional no exercício de suas atividades deve estar sempre atento as questões cotidianas e manter uma postura adequada frente à manipulação da informação dos pacientes, para que sua conduta seja ética no exercício da profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da revisão bibliográfica é possível concluir que o sigilo profissional compreende o silêncio frente às informações cedidas pelo paciente ou seus familiares, ou mesmo aquelas ocultadas pelo paciente, mas percebidas pelo profissional em razão de sua profissão.

O sigilo profissional está resguardado por lei e sua quebra injustificada pode gerar ação penal. Contudo, há situações em que o segredo das informações pode ou deve ser revelado como nos casos de justa causa, dever legal e autorização expressa do paciente.

A ESF trabalha com uma equipe multiprofissional, dinâmica e integrada realizando atividades que buscam compreender, acolher, assistir, promover e recuperar a saúde do usuário como um todo, tendo como foco a família. Para tanto, é necessário o compartilhamento de informações sigilosas a fim de embasar o cuidado.

A equipe da ESF deve trabalhar na construção de um relacionamento íntegro e honesto com a população, para que esta tenha a segurança de compartilhar informações importantes para sua saúde.

É essencial para a prática das ações em saúde o compartilhamento de informações entre os profissionais sobre os usuários. Assim, que possam juntos determinar a melhor conduta para cada caso. Mas, para isso, é importante que o paciente esteja ciente da abertura do segredo e autorize por escrito esta ação.

É prudente lembrar que, em relação às penas as infrações relacionadas ao sigilo, são aumentadas os quando profissionais da saúde e/ou da saúde pública estão envolvidos. Dessa forma, é correto afirmar que os profissionais atuantes nas ESF se enquadram nesta afirmação, considerando que são funcionários públicos municipais.

Como sugestão para continuidade do estudo, seria interessante uma pesquisa de campo realizada junto aos profissionais vinculados a ESF, sobre seus conhecimentos éticos e legais advindos de suas práticas diárias relacionadas à manipulação de informações dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. C. V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família (PSF)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2601.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2012.

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v.16 n.1. Rio de Janeiro, Jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lang=pt&lng=pt. Acesso em: 21 out. 2011.

BARBOSA, E. G, et al, Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em movimento**, v. 23, n. 2. Curitiba Abril/Junho 2010. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=3603&dd99=view>. Acesso em: 08 set. 2011.

BESEN C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

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

BRASIL. Lei 10.406 de 10 de Janeiro de 2002. Institui o **Código Civil**. Brasília, DF, 10 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Lei 5.869 de 11 de Janeiro de 1973. Institui o **Código de Processo Civil**. Brasília, DF, 17 jan. 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Lei 2.848 de 07 de Dezembro de 1940. Institui o **Código Penal**. Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Lei 3.689 de 03 de Outubro de 1941. Institui o **Código de Processo Penal**. Brasília, DF, 13 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm. Acesso em: 20 set 2011.

BRASIL. Lei no 3.688, de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 3 out. 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm. Acesso em: 23 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF Rio de Janeiro, 2008. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acesso em: 01 out. 2011.

BRASIL. **Atenção básica e a saúde da família**. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica a saúde. Brasília/DF. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde 2001a. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2012.

COIMBRA, V. C. C, et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.01, p.113-117, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/REVISAO_03.pdf. Acesso em: 28 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética de profissional de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4280>. Acesso em 03 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em: 25 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológico**. Rio de Janeiro, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética do psicólogo**. Brasília, 1995. Disponível em: http://pol.org.br/legislacao/pdf/codigo_de_etica.pdf. Acesso em: 03 out. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Enfermeiro responsável técnico (RT): Legislações, orientações e informações básicas em Minas Gerais**. Belo Horizonte, p.21, 2010. Disponível em: http://dc242.4shared.com/doc/V_7m68Vg/preview.html. Acesso em: 21 jan. 2012.

CORDEIRO A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v.34, n.6, Rio de Janeiro, nov-dez 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012. Acesso em: 22 jan. 2012.

CORRÊA, E. J, et al . **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.

ELLAS, L. B; COSTA, N. R. A. Equipe de saúde da família: reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde. **Revista Investigação** São Paulo, v. 9 n. 1, p. 91–99, JAN/ABR. 2009. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/42/14>. Acessado em: 01 jul. 2011.

FARIA, H. P, et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FÁVERO, F. **Medicina Legal**. 11. ed. Belo Horizonte, 1980. v. 2; *apud* LIBERAL, H. S. P. Sigilo profissional. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/des_etica/10.htm. Acessado em: 15 set. 2011.

FERNANDES, A. S; SECLLEN, J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil**. Brasília: OPAS, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=398411&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 out. 2010.

FERREIRA, D. **Ética profissional e sigilo**. Manaus, 2003. Disponível em: <http://portalamazonia.globo.com/plantaopsicologico/textoencontrodeetica.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

FRANÇA, G. V. **Medicina legal**. 8 edição, Guanabara koogan, pag 472. 2008.

FRANCESCHINI, S. C. C; et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 62, n.1, Brasília, janeiro/fevereiro 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em: 15 set. 2011.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004 *apud* NICHATA, L. Y. I; ABDALLA, F. T. M. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2. São Paulo, Abril/Junho, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/14.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

GALVÃO, M. F, **Tempo de guarda do prontuário odontológico – parecer técnico ao Ministério da Saúde**. Brasília, fev. 2000. Disponível em www.malthus.com.br. Acesso em: 09 set. 2011.

GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Atuação profissional e privacidade**. Rio Grande do Sul, jul. 1999. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/privapoi.htm>. Acesso em: 20 out. 2011.

GOSTIN, L. O. et al. Privacy and Security of Personal Information in a New Health Care System. **JAMA**, v. 270, p. 2487-2493, 1993. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/270/20/2487.citation>. Acesso em: 09 set. 2011.

HOLANDA, D. A. et al. Documentação digital em odontologia. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, v. 9, n.2, abr. 2010. Disponível em: www.cro-pe.org.br/revista/v9n2/2.pdf. Acessado em: 09 set. 2011.

JANAUDIS, M, A. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. **O mundo da saúde**. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/300a310.pdf. Acesso em: 21 out. 2010.

LIBERAL, H. S. P. **Sigilo profissional**. 1993. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/des_etic/10.htm. Acesso em: 15 set. 2011.

MARTINS, G. Z. Sigilo médico. In Simpósio de Medicina e Direito. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 2, n.3, 2003. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-260.pdf>. Acesso em: 20 out. 2011.

MASSAD, E. et al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo, mar. 2003. Disponível em: www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf. Acesso em: 09 set. 2011.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=sigilo>. Acesso em: 13 set. 2011.

NICHIATA, L. Y. I; ABDALLA, F. T. M. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2. São Paulo, Abril/Junho, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/14.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **PARECER CJ 194**. 25 mar. 2010. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20-%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 20 out. 2011.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS C. O território no programa saúde da família. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**. 2(2):47-55, jun 2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br. Acesso em: 02 out. 2011.

ROCHA, F. **O cirurgião dentista e o sigilo profissional no Brasil**. Monografia – Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000787883>. Acesso em: 23 out. 2011.

RONCOLLETA, A. F. T; *et al.* Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003. apud BESEN C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

SALES-PERES, S. H. C; *et al.* Sigilo profissional e valores éticos. **RFO**, v. 13, n. 1, p.7-13, janeiro/abril 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2008/v13n1/a7-13.pdf>. Acesso em: 03 set. 2011.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista Saúde Pública**. v.41, n.3, São Paulo, Junho, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021. Acesso em: 24 jan. 2012.

SILVA, M. **Compêndio de Odontologia Legal**. Ed. Guanabara koogan. Rio de Janeiro, 1997.

VIEIRA, T. R. Segredo médico: um direito ou um dever. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**. v. 2, n. 3, 1995. Disponível em:

<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/revcesumar/article/view/160/52>

4. Acesso em: 25 set. 2011.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. Sigilo profissional. Disponível em:

http://pt.wikipedia.org/wiki/Sigilo_profissional. Acesso em 20 set. 2011.