

MANUAL DE ENFERMAGEM

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto
Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio
Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@saude.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli¹

Cleide Lavieri Martins²

Paulo Antonio de Carvalho Fortes³

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como estratégia de reorganização da atenção à saúde, que se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médico-sanitária em nosso país. **Humanizar** significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir como pessoa autônoma.

*Autonomia*⁴ relaciona-se com tomada de decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme a escolha por ela feita.

Ser autônomo não equivale a ser respeitado como agente autônomo. Para os profissionais de saúde, respeitar o usuário como agente autônomo quer dizer, no mínimo, ser capaz de acatar o direito de ele ter opiniões próprias, fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, lembrando que, muitas vezes, suas opções podem discordar das indicações técnicas. É essencial um respeito ativo, que ultrapasse os limites da não-intervenção nos assuntos alheios e busque assegurar as condições necessárias para que as escolhas ocorram autonomamente, minimizando as circunstâncias que dificultam ou impedem o exercício da autonomia. Muitas ações autônomas somente são possíveis com a cooperação ativa de outros, a fim de se vislumbrarem as opções viáveis.

Por isso, considera-se que, para a modificação expressiva do modelo assistencial e a garantia da humanização das relações entre os componentes da equipe de Saúde da Família, é preciso que esta esteja imbuída quanto ao respeito à autonomia dos usuários, que devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, família, comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em adequada e compreendida informação, para que possam aceitar ou recusar ao que lhes é proposto.

A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o *direito à informação* do usuário. A informação é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família, quer sejam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos ou agentes comunitários, devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhes são mais afeitas, assim como cabe aos gestores dos Programas criarem condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que leve em conta as condições socioculturais de cada comunidade atendida.

As informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguagem técnico-científico. Basta que elas sejam *simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitadas e suficientes* para garantir a autonomia dos usuários nas escolhas e nos atos. Desta forma, além de considerar a compreensão intelectual, cultural e psicológica do usuário, a fim de que as informações sejam fornecidas dentro de padrões acessíveis, as equipes de saúde de família devem levar em conta também os objetivos e o contexto específico de cada situação.

Na prática da assistência à saúde, é comum a utilização da autoridade profissional para favorecer ou perpetuar a dependência dos usuários em lugar de promover sua autonomia. Entretanto,

compreendemos que é exatamente a relação de confiança existente entre os profissionais de saúde e os usuários que determina a obrigatoriedade de respeitar a autonomia destes, incluindo o dever de conversar e expor-lhes a informação de maneira compreensível. Convém lembrar que esta relação de confiança no Programa de Saúde da Família é reforçada pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adesão das famílias de determinada região a uma equipe específica.

É preciso se evitar *posturas paternalistas*, que, em nome de levar benefícios às pessoas, impedem que elas tomem decisões autônomas. Entende-se o paternalismo como sendo a interferência com a liberdade de um indivíduo eticamente capacitado para tomada de decisões, mediante uma ação beneficente justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar, às necessidades da pessoa que está sendo coagida, e não por interesses de terceiros, do próprio profissional de saúde ou mesmo da sociedade. Isto significa que o paternalismo precisa ser compreendido com vistas à beneficência⁵ de cada ação e à autonomia da pessoa, pois o que é benéfico para um usuário, pode não o ser necessariamente para o outro.

A equipe de saúde da família, com base nos fundamentos advindos do saber e da especificidade de cada profissional, busca o que entende ser bom para o usuário, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses. No entanto, parece claro que ela não pode, ao exercer a beneficência, aniquilar a manifestação da vontade, dos desejos, sentimentos e crenças pessoais de cada um. Isto é especialmente importante em situações de conflito entre os interesses individuais de um usuário e os interesses de outros membros da família ou desta como um todo. Nestas situações, os profissionais de saúde, após exporem a alternativa de ação que identificam como a mais adequada, devem levar a família a decidir autonomamente, sem coerção ou manipulação.

Aceita-se eticamente que se possa exercer uma ação persuasiva ou propositiva, mas não é válido que ocorram atitudes coercitivas ou manipuladoras de fatos ou dados - persuasão entendida como a tentativa de induzir alguém através de apelos à razão para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade. Já a manipulação é a tentativa de fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, desconhecendo

o que ele intenta, fazendo com que a pessoa perca o controle de seus atos.

Cabe destacar, ainda, outros dois princípios éticos que devem ser observados com atenção nas atividades do PSF: a *privacidade* e a *confidencialidade das informações*. A privacidade deriva da autonomia e engloba a intimidade, vida privada, honra das pessoas, significando que são os próprios usuários que têm direito de decidir quais informações pessoais querem que sejam mantidas sob o seu exclusivo controle e a quem, quando, onde e em quais condições estas informações podem ser reveladas. Segundo Sacardo (2001), "...a privacidade é um mecanismo de regulação da relação entre profissional de saúde e paciente, a qual pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho."

Do direito à privacidade do usuário deriva o dever da manutenção do segredo por todos os elementos da equipe, lembrando que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas também aquelas que a equipe de saúde da família venha a conhecer no exercício de suas atividades, mesmo havendo desconhecimento do usuário. Está no âmbito do segredo tudo aquilo que se tem acesso e se compreende através das informações advindas dos contatos profissionais com os usuários, na anamnese clínica, na consulta de enfermagem, no exame físico, na realização de exames laboratoriais ou radiológicos, assim *como nas visitas domiciliares*. Quanto a esta última situação, deve-se estar atento para a possibilidade de ela ser encarada pelos usuários como um ato invasivo da privacidade familiar; assim, o dever de assegurar a confidencialidade dos fatos e dos dados torna-se ainda mais indispensável.

O dever de manter o segredo das informações constitui-se em obrigação ética dos profissionais de saúde, técnicos, auxiliares, do corpo técnico-administrativo e dos agentes comunitários e devem ser criadas condições para que se mantenham sob sigilo os dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. Isto se aplica igualmente ao âmbito interno e próprio de cada família, pois um usuário pode não desejar que alguns fatos ou dados de sua privacidade sejam revelados a outros membros da família. Basta lembrar que é comum as adolescentes não quererem revelar dados de sua vida sexual a seus pais, procurando a unidade de saúde, muitas vezes, sem o conhecimento destes.

⁵ A beneficência é o critério mais tradicional que tem norteado as diferentes práticas profissionais da saúde e significa "fazer o bem", "cuidar da saúde", "favorecer a qualidade de vida", enfim dilatar os benefícios, evitar, ou ao menos minorar os danos. Não existem rupturas claras entre provocar prejuízos e oferecer benefícios. Assim, de maneira geral, pode-se compreender como uma ação beneficente toda aquela que pretende beneficiar as pessoas (BEAUCHAMP e CHILDRESS 1999, p. 245; PESSINI E BARCHIFONTAINE 2000, p. 46).

Os serviços de estatística, de guarda de arquivos ou os demais sistemas de informações devem ser cuidados para a observação da confidencialidade das informações. Os administradores das unidades devem estar atentos aos encaminhamentos de informações ou cópias de prontuários para outros estabelecimentos ou profissionais, devendo se orientar pelo consentimento prévio do paciente ou de seu responsável, à exceção de fatos cobertos pelo dever legal.⁶

A prática de registrar informações em prontuários de família, utilizada em algumas instituições, pode trazer riscos adicionais à preservação da confidencialidade das informações. Um deles é o compartilhamento indevido ou desnecessário de informações entre os profissionais de saúde que cuidam de diferentes membros da família. Um outro problema é estabelecer critérios de acesso ao prontuário de família. Quem pode solicitar uma cópia do prontuário? Qualquer membro da família ou seria necessária a autorização ou solicitação de todos da família? Como sugerem Francisconi e Goldim (1998), uma alternativa pode estar na liberação pelo grupo e não no exercício do direito individual de cada um de seus membros. Outra pode ser manter no prontuário de família registro conjunto para as informações que dizem respeito à família como um todo (condições de moradia, número de membros, idade e sexo de cada um, etc.), registrando separadamente os dados pessoais e privativos de cada membro. Nas solicitações de cópia feita por um usuário individualmente se forneceria a parte relativa à família e ao solicitante.

É oportuno lembrar que preservar a confidencialidade das informações não se limita aos procedimentos que visam evitar o acesso aos registros por quem não tem permissão para tal ou à não-revelação das informações obtidas no exercício das atividades das equipes de saúde da família. Ainda devem ser incluídos os cuidados que se fazem necessários no momento da obtenção destes dados. As informações, muitas vezes, são colhidas nos domicílios que podem não oferecer condições para que se crie um espaço reservado à conversa entre o membro da equipe que realiza a visita domiciliar e o usuário. Assim, cabem cuidados, como procurar manter um tom baixo de voz ou até mesmo propor a ida do usuário à unidade de saúde. Com as pessoas idosas, os cuidados neste momento devem ser

redobrados, pois, algumas vezes, por suas dificuldades auditivas, é necessário falar em um tom de voz mais alto do que o habitual, o que naturalmente exporá sua privacidade.

O trabalho em *equipe multiprofissional* é necessário e a troca de informações é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na atenção à saúde das famílias. Porém, as informações devem ser limitadas àquelas que cada elemento da equipe necessite para realizar suas atividades específicas em benefício do usuário.

O *Agente Comunitário de Saúde* possui uma situação singular na equipe de saúde da família, uma vez que obrigatoriamente deve residir na área de adscrição da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros integrantes da equipe. Ao exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para discernir quais as informações que ele deve compartilhar com o restante da equipe, que são relevantes para gerar benefícios para a comunidade e acionar ou orientar o trabalho da equipe. Também não se pode desconsiderar a possibilidade de o usuário não querer revelar dados de sua própria privacidade ou de sua família ao agente de saúde por ser ele seu vizinho. Esta possibilidade pode aumentar na ocorrência de doenças com risco de estigmatização ou segregação, como a Aids, a Hanseníase, etc.

Cabe ainda considerar a própria privacidade do agente comunitário de saúde, ou seja, como preservar sua privacidade, intimidade e liberdade enquanto morador da comunidade pela qual é responsável ao ser membro de uma determinada equipe de saúde da família.

Na busca da humanização da atenção à saúde, é essencial a manutenção de atitudes que marquem o respeito pelo usuário, merecendo destaque a exigência de chamar a pessoa por seu nome, jamais utilizando termos impessoais de pretendido afeto, como “mãe”, “tio”, “vozinho”, “meu filho”, “minha querida” e outros que podem ser mais estigmatizantes ou rotuladores, como “o aidético”, “o tuberculoso”, “o desnutrido”, etc. Isto também deve ser observado ao se fazer referência aos domicílios das famílias, nunca usando “a casa dos desnutridos” ou “a casa dos hipertensos” e outros.

Outro direito fundamental do usuário é a liberdade de expressão, do qual deriva a possibilidade de ele

manifestar sua opinião sobre o serviço ou os membros da equipe de saúde da família, sem o risco ou temor a represálias. Os gestores devem estar atentos para a viabilização de canais de comunicação entre os usuários e a administração, permitindo não somente que estes expressem livremente suas reclamações, mas também possam participar das decisões tomadas no âmbito da saúde.

Ações descentralizadoras, que redistribuam o poder decisório, aproximando-o dos indivíduos e grupos diretamente interessados nas consequências das ações empreendidas pelos serviços de saúde, facilitam a *participação da comunidade* nas decisões a serem aí tomadas, pois a análise das condições de saúde é feita a partir da situação local.

Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade. A participação deve ser o eixo das políticas sociais e não pode ser vista como dádiva dos administradores ou governantes temporários, mas observada pela noção da ética da responsabilidade. Se, nos últimos tempos, em vários países, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão uma obrigação de natureza ética de participar na tomada de decisões de natureza pública.

A presença dos usuários nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas que possam *efetivar a humanização da atenção à saúde*, evitando que os agentes do Poder Público, mesmo que motivados pelo princípio da beneficência terminem, na prática, assumindo *condutas paternalistas ou autoritárias*, contrárias à vontade autônoma e à liberdade das pessoas ou das comunidades.

Enfim, acredita-se que o norte da Saúde da Família deva ser dado pelos referenciais éticos *da justiça, da solidariedade e da equidade*, compreendendo-se esta como propõe a UNICEF (1998): "...prover bens e serviços, de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais, tendo em vista a redução das desigualdades de acesso."

Ao final da leitura deste texto, objetiva-se que os membros da equipe de saúde da família sejam capazes de:

- discutir a interface entre o PSF e a humanização e a ética na atenção à saúde;
- perceber a importância de se respeitar e promover a autonomia dos usuários e das famílias;
- estar alertas para a necessidade da equipe de saúde da família cultivar uma atitude de preservação da privacidade e confidencialidade das informações dos usuários e das famílias.

BIBLIOGRAFIA

BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principios de ética biomédica. 4ªed. Barcelona: Masson; 1999.

FORTES PAC. Ética e saúde. São Paulo: EPU; 1998.

FRANCISCONI CF, GOLDIM JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e da privacidade. In: COSTA SIF, GARRAFA V, OSELKA G, coord. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; pp: 269-284, 1998.

PESSINI L, DE BARCHIFONTAINE CP. Problemas atuais de Bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.

SACARDO DP. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo; 2001].

UNICEF A infância brasileira nos anos 90. Brasília:UNICEF, pp.46, 1998.

LEITURAS RECOMENDADAS

FORTES PAC Ética, cidadania e a busca da qualidade na Administração dos serviços de saúde. *Saúde em debate* 1996; 49-50: 48-52.

FORTES PAC A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Bioética* 1997; 5 (1): 71-6.

FORTES PAC, MARTINS CL. A ética, a humanização e a saúde da família. *R. Bras. Enferm.* 2000; 53 (nº esp.): 31-33.

GARRAFA V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1995.

GOUVEIA R., (org) *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000.