Globethics Repository



Sigilo y privacidad de las informaciones sobre el usuario en los equipos de atención primaria a la salud [Confidentiality and privacy of information about patients treated by primary health care teams]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Junges, José Roque;Recktenwald,Micheli
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-03 04:14:58
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238199

Sigilo y privacidad de las informaciones sobre el usuario en los equipos de atención primaria a la salud: revisión

José Roque Junges [1], Micheli Recktenwald [2], Noéli Daiãm Raymundo Herbert [3], Andressa Wagner Moretti [4], Francine Tomasini [5], Bárbara Nicole Karlinski Pereira [6]

Resumen

En la atención de la salud, el equipo multi profesional de atención primaria tiene acceso a las informaciones de salud del usuario como parte del cuidado. Esta realidad pone en discusión la cuestión del sigilo y la privacidad de las informaciones cuando se trabaja en equipo. Este artículo es una revisión de literatura con el objetivo de discutir sobre el tema. Las consultas fueron hechas en la base de datos de SciELO, Lilacs e BVS, al utilizar como descriptores fijos: sigilo, privacidad y confidencialidad. Los artículos más antiguos reportan el asunto al código profesional, excluyendo los agentes comunitarios de salud del acceso a las informaciones, mientras que los más recientes introducen el acogimiento para hablar del cuidado de los portadores del VIH. Se concluye que la confidencialidad es un pacto entre el equipo y el usuario, abriendo nuevas perspectivas para la actuación de los agentes y para el acceso y papel de los registros médicos.

Palabras-clave: Atención primaria a la salud. Equipo de salud. Privacidad. Confidencialidad. Acogimiento.

Resumo

Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão

No atendimento à saúde, a equipe multiprofissional de atenção básica tem acesso às informações de saúde do usuário como parte do cuidado. Diante disso, é oportuno levantar a questão do sigilo e da privacidade das informações no trabalho de equipe. O artigo faz revisão da literatura, com o objetivo de discutir o tema. As consultas foram realizadas nas bases de dados SciELO, Lilacs e BVS, utilizando sigilo, privacidade e confidencialidade como descritores fixos. Os artigos mais antigos reportam o assunto ao código profissional, que exclui os agentes comunitários de saúde do acesso às informações; os mais recentes introduzem o acolhimento, ao tratar do cuidado de portadores do HIV. Conclui-se que a confidencialidade é uma pactuação entre a equipe e o usuário, abrindo novas perspectivas para a atuação dos agentes e para o papel e a acessibilidade do prontuário médico.

Palavras-chave: Atenção básica em saúde. Equipe de saúde. Privacidade. Comunicação sigilosa. Acolhimento.

Abstract

Confidentiality and privacy of information about patients treated by primary health care teams: a review

As part of the treatment process, a multi professional primary health care team has access to the health information of a user. Such access raises questions regarding the confidentiality of this information and the privacy of the user. The present study uses a review of literature as a basis with which to discuss this issue. A search was performed of the SciELO, Lilacs and BVS databases using the fixed descriptors: secrecy, privacy and confidentiality. While earlier articles discuss the issue in the context of a professional code of conduct, excluding community health agents from access, the most recent study, concerning the care of HIV patients, is more embracing. It can be concluded that confidentiality is an arrangement between the health team and patient, creating new perspectives for the activities of community health agents and regarding access to and the role of the medical records system.

Keywords: Primary Health Care. Health Team. Privacy. Confidentiality. User embracement.

1. Doutor roquejunges@hotmail.com **2. Graduada** michelireck@gmail.com **3. Graduanda** noherbert@hotmail.com **4. Graduanda** Andressa.moretti@hotmail.com **5. Graduanda** fran_tomasini@yahoo.com.br **6. Graduanda** barbarakarlinski@yahoo.com.br – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo/RS, Brasil.

Correspondência
José Roque Junges – Caixa Postal 101 (Unisinos) CEP 93001-970. São Leopoldo/RS, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

En los modelos clásicos de atendimiento de la salud, el sigilo y la privacidad de las informaciones eran deberes del médico en su relación con el paciente. Se trataba de cuestión atinente a los códigos deontológicos de las clases profesionales encargadas de atender el paciente en sus demandas por servicios de salud. Con la creciente introducción de la asistencia multiprofesional de equipos, principalmente en la atención básica – a ejemplo de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) –, es necesario repensar la forma de lidiar éticamente con informaciones sigilosas y privadas, cuando la compartición de esas informaciones en la atención básica es factor fundamental para que el equipo pueda responsabilizarse por el cuidado longitudinal del usuario, que no depende apenas de un único profesional. En ese nuevo panorama, ¿cómo mantener la confidencialidad en relación al usuario?

El sigilo y la privacidad se refieren a la manera por la cual los profesionales deben tratar las informaciones recolectadas en el atendimiento. La confidencialidad es relativa a la actitud requerida de los profesionales para lidiar con las informaciones advenidas de ese relacionamiento. Los tres atributos – sigilo, privacidad y confidencialidad – son deberes profesionales en el tratamiento de la información [1], así como un derecho de los usuarios.

Los equipos de atención básica de la salud, que incluyen también los agentes comunitarios, tienen acceso y tratamiento amplios de informaciones sobre los usuarios, hecho que torna aplicable la cuestión de cómo respetar el sigilo y la privacidad de esas informaciones, trabajando en un equipo multiprofesional. El cambio de informaciones, entre usuario y profesional, está al principio ligado al clima de confianza que se crea en la relación entre ambos, relación que, según Teixeira [2], depende de la calidad del acceso y de la recepción del usuario en el servicio, marcadas por el establecimiento o no de la relación pautada por el recibimiento.

Para Franco, Bueno y Merhy [3], el recibimiento constituye una etapa del "proceso de producción" de trabajo en la salud, y es por medio de él que se da la formación del vínculo entre usuario, profesional y servicio, ocurriendo así la "responsabilización" y la consecuente resolución de los procesos de producción de salud. En ese contexto de recibimiento, la privacidad de las informaciones del usuario, compartidas con el equipo de salud, es combinada como un "pacto" de confidencialidad.

Ante eso, se presenta la hipótesis de que una combinación entre los miembros del equipo de atención básica y el usuario, en lo que respecta al tratamiento de informaciones sigilosas y privadas, debe iniciarse en el momento del recibimiento y persistir durante toda la trayectoria de los atendimientos, de forma a establecer un vínculo basado en los preceptos éticos del respeto a la autonomía y a la singularidad del sujeto y del tratamiento adecuado de las informaciones.

Así, el objetivo de este estudio es realizar la revisión y análisis de las publicaciones sobre el tema, así como, a partir de los resultados obtenidos, promover la discusión del problema del sigilo y privacidad en el manejo de informaciones sobre el usuario, cuando se actúa en equipo multiprofesional de atención básica.

Método

La investigación se caracteriza como revisión de literatura, de carácter exploratorio. En esa metodología investigativa, *una herramienta útil para esa tarea es un mapa de literatura de la pesquisa sobre un tópico* [4]. La revisión de literatura busca reunir estudios sobre determinado asunto, presentarlos, analizarlos y compararlos, a fin de profundizar la comprensión al respecto del tema. Al captar datos y compararlos con sus hipótesis, los investigadores pueden discutir sus resultados a partir de los puntos en los cuales identifican similitudes y diferencias [5,6].

Fueron consultados artículos disponibles en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs) y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizando "sigilo", "privacidad" y "confidencialidad" como descriptores fijos, pesquisados uno por vez, en conjunto con los demás descriptores: "recibimiento", "vínculo", "equipo", "ESF", "PSF", "atención básica a la salud" y "cuidado".

Los factores de inclusión de los trabajos seleccionados fueron: investigaciones cualitativas sobre la atención básica realizadas entre los años 1995 y 2013. Los factores de exclusión se refieren al hecho de tratarse de investigaciones cuantitativas, monografías, tesis, disertaciones, temáticas fuera del contexto, estudios en la red hospitalaria, investigaciones de revisión bibliográfica.

Resultados

En la revisión de la literatura, fueron encontrados apenas ocho artículos que corresponden a los criterios de inclusión y de exclusión. Algunos autores

se repiten en más de un artículo, y la mayoría de ellos recomienda que el tema específico del sigilo y privacidad en la atención básica deba hacer parte, más visiblemente, de la pauta de discusión de la bioética.

Para el análisis de los resultados, los artículos fueron organizados en el cuadro a continuación, de acuerdo con año, nombre, volumen y número del periódico de publicación, título del artículo y respectivos autores.

Quadro 1. Resumo de los resultados encontrados en la revisión de la literatura

Año	Periódico	Volumen (número)	Título	Autores
2004a	Salud y Sociedad	13 (2)	La información en las relaciones entre los agentes comunitarios de salud y los usuarios del Programa de Salud de la Familia	Fortes PAC, Spinetti SR [7]
2004b	Cuadernos de Salud Pública	20 (5)	El agente comunitario de salud y la privacidad de las informaciones de los usuarios	Fortes PAC, Spinetti SR [8]
2004	Cuadernos de Salud Pública	20 (6)	Bioética y atención básica: un perfil de los problemas éticos vividos por enfermeros y médicos del Programa Salud de la Familia, San Pablo, Brasil	Zoboli ELPC, Fortes PAC [9]
2008	Salud y Sociedad	17 (2)	La apertura de la privacidad y el sigilo informaciones sobre el HIV/Sida de las mujeres atendidas por el Programa Salud de la Familia en la municipalidad de San Pablo, Brasil	Abdalla FTM, Nichiata L YI [10]
2008	Revista de la Escuela de Enfermería de la USP	42 (3)	Mujeres viviendo con Sida y los profesionales del Programa Salud de la Familia: revelando el diagnóstico	Ferreira FC, Nichiata LYI [11]
2009	Salud y Sociedad	18 (1)	La percepción del usuario del Programa Salud de la Familia sobre la privacidad y la confidencialidad de sus informaciones	Seoane AF, Fortes PAC [12]
2009	Ciencias y Salud Colectiva	14 (Supl. 1)	Relaciones éticas en la atención básica en salud: la vivencia de los estudiantes de medicina	Ferreira RC, Silva RF, Zanolli MB, Varga CRR [13]
2011	Polis y Psique	1 (Número temático)	Sigilo en la Atención en ETS/Sida: del consultorio a los procesos organizacionales	Bellenzani R, Mendes RF [14]

Los resultados encontrados por Fortes y Spinetti [7] muestran la preocupación del equipo de salud con la cuestión del gerenciamiento de la privacidad de los usuarios hecha por los agentes comunitarios de salud (ACS), ya que ellos no cuentan con reglamentación profesional y código de ética. Los profesionales del equipo entienden que el ACS debe apenas transmitir informaciones simples y generales a los usuarios, no siendo del ámbito de su competencia tener acceso a las informaciones acerca de la patología de cada paciente.

Desde el punto de vista de los médicos y gerentes, el acceso al historial clínico concierne apenas a la relación profesional-usuario, no siendo permitido a los ACS. Por otro lado, el equipo juzga que el ACS deba retransmitir las informaciones de los pacientes al médico, aunque ellos soliciten no divulgarlas. Surgió también, como preocupación, la cuestión de la preservación de la privacidad del propio ACS, en la condición de morador de una comunidad cercana o de la misma comunidad en que viven los pacientes, que lo hace prácticamente vecino de esos pacientes.

Partiendo de los resultados encontrados por Fortes y Spinetti [8], las informaciones prestadas al ACS dentro de la unidad de salud deben ser definidas por los jefes y restrictas a los aspectos administrativos y organizativos del servicio. Como los ACS no tienen formación en salud, no cabe a ellos transmitir sobre enfermedades a los pacientes. Así, las informaciones prestadas por los agentes al usuario deben restringirse a los aspectos previamente definidos en la capacitación que recibieron del equipo.

En vista de esto, los datos registrados en el historial clínico, conteniendo informaciones privativas del usuario, no deben ser abiertos a los ACS. Se nota que los agentes comprenden que no es de

http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231060

su competencia proporcionar informaciones sobre patologías, tratamientos, medicamentos e interpretaciones de análisis clínicos, además de tener claridad sobre su papel de auxiliar e intermediario en el acceso del usuario al servicio de salud. Sin embargo, para los agentes, entender mejor el estado de salud del usuario ayudaría en la actuación de ese papel.

En estudio publicado por Zoboli y Fortes [9], fueron identificados y organizados tres grupos de problemas éticos vividos en la atención primaria, atinentes a: 1) relaciones entre los usuarios y su familia; 2) relaciones entre el equipo; 3) relaciones con la organización y el sistema de salud. Los autores verificaron, en el discurso de los médicos, dificultades de definir situaciones de la rutina diaria en la atención primaria y destacan que los conflictos éticos son sutiles, diferentes de las crisis vividas en los hospitales.

Los autores apuntan todavía a que el vínculo, en la condición de instrumento de trabajo de la ESF, abre espacio para una relación más próxima, la cual, a su vez, puede generar dudas en los profesionales, que acaban tomando parte en situaciones incómodas y embarazosas. Resulta que el sigilo se vuelve una cuestión importante, teniendo en cuenta la mayor dificultad de mantener la privacidad en atendimientos domiciliarios. Además de eso, esa forma de prestación de servicio de salud torna más difícil definir cuales informaciones deben ser compartidas en equipo. Los autores advierten que esa situación afecta principalmente los ACS, una vez que residen en la propia comunidad, siendo vecinos de las familias atendidas.

Otra cuestión importante identificada por los autores, se refiere a la tenue línea de conducta de los profesionales entre una postura persuasiva en las propuestas terapéuticas para el usuario, que puede ser éticamente defendible, en contraposición a una postura coercitiva que no lleva en consideración el necesario protagonismo del usuario en su proceso de recuperación. En ese sentido, los médicos y demás integrantes del equipo de la ESF deben tener como lema la producción de salud, la autonomía y la garantía de derechos a los usuarios.

Artículo de Abdalla y Nichiata [10] menciona, como resultados de investigación, cuatro conjuntos de cuestiones sobre sigilo y privacidad, relacionados con mujeres portadoras del HIV: 1) revelación del diagnóstico del HIV para la usuaria; 2) recibimiento y vínculo en la apertura de la privacidad; 3) revelación del diagnóstico del HIV a los miembros del equipo del PSF; 4) discusión del caso en equipo y sigilo de las informaciones.

El recibimiento fue indicado por los profesionales como factor fundamental de la construcción del vínculo, cuyo proceso requiere tiempo y paciencia por parte del equipo, así como el establecimiento de un acuerdo de confidencialidad, un pacto entre el profesional y el usuario. El recibimiento se inicia cuando ocurre el vínculo, y los profesionales lo entienden como un momento de escucha para la identificación de las necesidades del usuario.

Por el relato de los profesionales en el grupo de discusión focal, los autores verificaron que el diagnóstico del HIV, cuando no descubierto por el equipo por medio de análisis y derivaciones, muchas veces es revelado por la propia usuaria. En la discusión del equipo acerca del sigilo de las informaciones, fueron identificadas diferencias de opinión entre los profesionales, al discutir casos concretos de mujeres con HIV. Según los autores, uno de los médicos defiende la *democratización de las ideas, ya que el PSF trabaja con la dinámica de equipo* [15], queriendo afirmar, al referirse a la "democratización", la necesidad de repensar la cuestión del sigilo y privacidad cuando se trabaja en equipo. Los propios ACS, aunque se preocupen por el sigilo, debido al hecho de residir en el área de cobertura de las usuarias, defienden que las situaciones deben ser discutidas en equipo. Sin embargo, todos concuerdan que la condición necesaria para que esa discusión ocurra, es el consentimiento de la usuaria para la compartición de las informaciones sobre su diagnóstico con el equipo [10].

A partir de entrevistas realizadas con seis mujeres portadoras del virus HIV y usuarias de un servicio de atención especializado (SAE), así como de la discusión ética acerca de la privacidad y autonomía del sujeto, Ferreira y Nichiata [11] levantan dos categorías analíticas indicadoras de los motivos que llevan, o no, la usuaria del SAE a revelar su diagnóstico de HIV a uno o más profesionales del Programa Salud de la Familia (PSF). Son situaciones favorables a la revelación: 1) cuando el diagnóstico es hecho en la propia unidad, ocurriendo una compartición derivada del propio diagnóstico; 2) cuando la información fuere relevante al tratamiento, por sentirse mejor atendida como portadora del HIV; 3) cuando establece vínculo con el(los) profesional(es), especialmente el ACS, adquiriendo confianza en ellos debido al esclarecimiento de las dudas e informaciones sobre sus derechos como usuaria del servicio; 4) cuando tiene certeza de la inexistencia de sentimiento de pena por parte del profesional.

En contrapartida, los autores identificaron las situaciones en que las usuarias no revelan el diagnóstico a los profesionales del PSF: 1) cuando sienten miedo e inseguridad por alguna actitud inadecuada del profesional; 2) cuando desconocen o tienen informaciones equivocadas sobre el papel del PSF; 3) cuando desconfían de una posible violación de privacidad por parte del profesional del PSF; y/o 4) cuando utilizan otro servicio y juzgan no ser necesaria la atención del equipo del PSF.

Estudio de Seoane y Fortes [12] muestra el punto de vista del usuario de la atención básica sobre cuestiones importantes de la actuación del ACS en la comunidad y como integrante del equipo de Salud de la Familia. Queda claro que el ACS es reconocido como un facilitador al acceso del usuario al servicio, no habiendo ningún testimonio que expresase incomodidad respecto a eso. Muchas veces es el agente que promueve el vínculo del usuario con los demás profesionales del equipo, actuando como intermediario en el acceso a las residencias de los usuarios.

Sin embargo, cuando se trata de las informaciones transmitidas al ACS, se nota cierta diversidad de opiniones entre los usuarios. Algunos piensan en limitar las informaciones a ese profesional, no confiando a él aspectos referentes a su patología. A otros no les importa relatar al ACS todo lo que se refiere a su salud, y tiene conciencia de que lo que dijere al ACS podrá ser compartido con el equipo de profesionales.

Ferreira, Silva, Zanolli y Varga [13] investigan la percepción de los académicos de medicina acerca de las relaciones éticas involucradas en las acciones de pasantía en salud en la comunidad. En los análisis de los testimonios, aparecieron tres categorías: 1) la importancia de la formación ética y profesional en la realidad de la atención básica en salud (ABS); 2) confidencialidad de la información en el desarrollo del sigilo profesional médico; 3) las relaciones interpersonales en la formación ética del estudiante de medicina. El aprendizaje de relaciones éticas en ese nivel de ABS es apuntado, desde el inicio, como importante por los estudiantes, que, a pesar de eso, demostraron dificultad en definir las situaciones en las cuales es necesario compartir informaciones.

Bellenzani y Mendes [14] evalúan, en su estudio, el tratamiento dado a la cuestión del sigilo en los procesos de trabajo en servicio especializado en HIV/Sida. Los autores muestran que el equipo profesional consideró el tema del sigilo y privacidad factor de grande importancia para la oferta de servicio de calidad y humanizado. Por la naturaleza del atendimiento prestado, el servicio se preocupó en incluir otros tipos de atendimiento, a fin de evitar la clasificación discriminatoria y la estigmatización de los usuarios por la población de la municipalidad, considerada pequeña.

En contrapartida al testimonio de los profesionales sobre la importancia del sigilo, durante la observación del cotidiano del servicio, fueron identificadas situaciones de falta de respeto profesional al derecho del usuario al sigilo. Esa falta de respeto fue evidenciada tanto en la búsqueda por atendimiento, como en la realización de análisis. Sus causas pueden ser atribuidas a la desorganización del servicio y a la insuficiente capacitación para lidiar con situaciones delicadas como esas, que pueden llevar al profesional a revelar inadvertidamente aspectos relativos a la privacidad sexual del usuario o de terceros (incluso cuando esos no están presentes), exponiéndolo a juicio moral por parte de quien recibió la información, que puede ser incluso un familiar.

Se percibió, en el estudio, que la noción de sigilo por parte de los profesionales de aquel servicio se limitaba a no revelar el nombre de las personas que eran portadoras del virus HIV. Sin embargo, el flujo de la entrega de los resultados de los análisis serológicos y demás rutinas de trabajo del servicio, tal como la utilización de transporte de usuarios por vehículos identificados con el programa ETS/Sida, dejaban brechas para la exposición del paciente a situaciones embarazosas y hasta de violación de confidencialidad y privacidad, aunque indirectamente.

Discusión

En los análisis de los datos bibliográficos seleccionados en la literatura, surgieron tres grandes ejes temáticos inter-relacionados sobre el sigilo y privacidad de las informaciones: el primero se refiere al historial clínico del paciente; el segundo se relaciona al agente comunitario de salud y el tercero se centra en el recibimiento como herramienta de formación de vínculo.

En cuanto al primer aspecto, el historial clínico del paciente, se verificó, por el análisis, la importancia de completarlo por los miembros del equipo, del tipo de información que debe contener y de quien puede tener acceso a él. En el segundo aspecto, relacionado al ACS, se identificó la importancia de definir con precisión qué informaciones debe recolectar y cuáles no, cómo repasar o comunicar esas informaciones al equipo y cuál es su nivel de acceso al historial clínico. El tercer eje temático, el recibimiento, fue identificado como herramienta

http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231060

de formación de vínculo centrada en el usuario y apuntado como momento oportuno para trabajar el sigilo y la privacidad de las informaciones y, por eso, el contexto ideal para pactar su compartición por el equipo multiprofesional.

Los primeros artículos [7,8] defienden el no acceso de los agentes al historial clínico y a las informaciones sobre las patologías de los usuarios, argumentando que los ACS no son de hecho profesionales de la salud, por carecer de un código de ética profesional que los obligue jurídicamente al sigilo. El análisis y la exclusión de los ACS del acceso a las informaciones se caracterizan por una perspectiva legal del código profesional. Los propios estudiantes de medicina descubren el valor positivo del aprendizaje práctico de relaciones éticas, pero tienen dificultad de definir cómo lidiar con las informaciones en la atención básica, porque su imaginario profesional es pautado por aquellos deberes deontológicos que se inscriben en el código profesional [13].

Los artículos más recientes presentan otro punto de vista [10,11,15] al tratar, por ejemplo, el modo de lidiar con informaciones de portadores del HIV, no asumiendo el abordaje legal del código de ética profesional, sino la perspectiva del recibimiento como facilitador de un ambiente de confianza, necesario para el pacto entre usuarios y profesionales [2]. Buscan traer formas más satisfactorias de abordaje y tratamiento de la información cuando presentan situaciones vividas en servicios de atendimiento a personas con HIV, como es el caso de los estudios de 2008 [10,11]. Sin embargo, esos trabajos también apuntan críticas en cuanto a la organización de los servicios, que, aunque asuman un discurso de humanización y recibimiento, presentan fallas en el abordaje profesional, exponiendo a los usuarios a la violación de confidencialidad de las informaciones, justamente por no conseguir de hecho promover, en el cotidiano de los atendimientos, acciones que estén de acuerdo con las necesidades éticas del servicio.

Al analizar la literatura, se percibió la necesidad de un abordaje más adecuado cuando se trata del manejo de las informaciones necesarias al trabajo del grupo multiprofesional encargado del cuidado de los usuarios. Ese es el caso de la atención básica, servicio caracterizado por prácticas en equipo que dependen de la activa colaboración de los ACS. En ese sentido, los agentes son miembros del equipo que, en sus visitas domiciliarias, tienen acceso a informaciones confidenciales que observan y por medio de conversaciones con los usuarios. A veces, ellos saben más cosas sobre el estado general del usuario que los propios profesionales de la salud. Por eso, la cuestión de la confidencialidad precisa ser mencionada y discutida en las reuniones del equipo, para permitir la construcción y pacto de la responsabilidad en cuanto a esas informaciones compartidas.

La perspectiva legal del código de ética profesional se muestra insuficiente para discutir ese problema cuando se trabaja en equipo multiprofesional y se utiliza un abordaje longitudinal de cuidado por la vida, aspectos por los cuales el único modo de lidiar con la cuestión de la confidencialidad solo puede ser el clima de recepción, confianza y vínculo. La perspectiva legal tiene como foco los deberes expresados en el código profesional, mientras que el abordaje del recibimiento está centrado en el bienestar y en los derechos del usuario, a fin de definir y pactar la compartición de las informaciones.

El detenedor de derecho sobre el historial clínico es el usuario, que deberá saber y definir quién pude tener acceso a él en la atención básica. Como la atención básica trabaja en equipo y con una visión ampliada de salud, el historial clínico podrá y deberá incluir todas aquellas informaciones – aunque no directamente clínicas – que son consideradas imprescindibles en el cuidado longitudinal del usuario. En ese sentido, el agente podrá traer informaciones pertinentes a ese cuidado y que, por eso mismo, deben hacer parte del historial clínico. Así, con la debida anuencia del usuario interesado, el ACS podrá tener acceso al historial clínico y ayudar a completarlo. Sin embargo, todo eso necesita ser discutido en equipo, como forma de educación permanente, y pactado en la construcción de una responsabilidad sanitaria del colectivo profesional de lo cual también es parte el agente.

En ese sentido, la Política Nacional de Atención Básica de 2012 pauta la educación permanente como respuesta a la exigencia de *mayor capacidad de análisis, intervención y autonomía para el establecimiento de prácticas transformadoras, la gestión de los cambios y el estrechamiento de los eslabones entre concepción y ejecución del trabajo* [16]. El desafío y las exigencias de sigilo y privacidad de las informaciones en un equipo multiprofesional de atención básica es uno de esos eslabones de necesario estrechamiento entre el modelo de atención propuesto, concepción ampliada de salud y trabajo en equipo, y las prácticas transformadoras de atendimiento. Esa perspectiva permite identificar, discutir y enfrentar los nudos críticos de ese nuevo modelo, entre los cuales el sigilo y privacidad de las informaciones en un equipo multiprofesional, *estimulando experiencias innovadoras en la gestión del cuidado y de los servicios de salud* [17].

Consideraciones finales

Los resultados de la revisión sistemática demuestran que hubo, en la discusión del sigilo y privacidad de las informaciones en la práctica de la atención básica, un gradual traspaso de la perspectiva legal del código profesional, con foco en los deberes del profesional individualizado, para el abordaje del recibimiento, centrada en los derechos del usuario y en el trabajo multiprofesional en equipo. Cuando, en la atención básica, se parte de una visión ampliada de salud y de la práctica en equipo, se instaura una nueva perspectiva que permite repensar, con base en otro paradigma, la cuestión de la confidencialidad, con el fin, especialmente en relación a sus aspectos prácticos, el llenado y la función del historial clínico, ya que ese documento puede incluir informaciones del usuario que no sean puramente clínicas, así como su consecuente acceso por parte de los ACS. Esa diferencia de enfoque en el análisis del sigilo y privacidad en la práctica de la atención básica descortina perspectivas diversas entre la ética profesional y la bioética en la sistematización de cuestiones éticas: la primera está más centrada en los deberes del código profesional del área de actuación, mientras que la segunda no se caracteriza por una perspectiva legal, al tomar en consideración otros elementos contextuales y subjetivos en la discusión del problema.

Referências

1. Massarollo MCKB, Saccardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli ELPC. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 136-52.
2. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/ Abrasco; 2003. p. 89-111.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
4. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 55.
5. Race R. Literature Review. In: Given, LM, editor. The sage encyclopedia of qualitative research methods. Vol. 1. Thousand Oaks: Sage; 2008. p. 487-9.
6. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
7. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. Saúde Soc. 2004 maio-ago;13(2):70-5.
8. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad Saúde Pública. 2004 set-out;20(5):1.328-33.
9. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1.690-9.
10. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. Saúde Soc. 2008;17(2):140-52.
11. Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: Revelando o diagnóstico. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):483-9.
12. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde Soc. 2009;18(1):42-9.
13. Ferreira RC, Silva RF, Zanolli MB, Varga CRR. Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina. Cienc Saúde Colet. 2009;14(Supl.1):1.533-40.
14. Bellenzani R, Mendes RF. Sigilo na atenção em DST/Aids: do consultório aos processos organizacionais. Polis e Psique. 2011; 1(número temático):140-65.
15. Abdalla FTM, Nichiata LYI. Op. cit. p. 147.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 26 fev 2015]; p. 38. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf
17. Ministério da Saúde (Brasil). Op. cit. p. 39.

Participación de los autores

José Roque Junges fue responsable de la concepción, análisis, discusión y corrección del artículo; Micheli Recktenwald coordinó la recolección y lectura de los artículos, organización del material, discusión y la redacción del artículo; Noéli Daiãm Raymundo Herbert, Andressa Wagner Moretti, Francine Tomasini y Bárbara Nicole Karlinski Pereira participaron de la recolección y lectura de los artículos, de la discusión y la redacción del artículo.

Recebido: 19.12.2014
Revisado: 17. 2.2015
Aprovado: 27. 2.2015