

Associação Saúde da Família do Estado de São Paulo

ASF-SP

Técnico de Enfermagem

NB059-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

Associação Saúde da Família do Estado de São Paulo

Técnico de Enfermagem

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 002/2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco

Matemática - Profº Bruno Chierigatti e João de Sá Brasil

Sistema Único de Saúde - SUS - Profº Ricardo Razaboni

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Maria B. Quiqueto

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Christine Liber

Robson Silva

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

Victor Andrade

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.



SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

FONOLOGIA: Conceitos básicos – Classificação dos fonemas – Sílabas – Encontros Vocálicos – Encontros Consonantais – Dígrafos – Divisão silábica.....	01
ORTOGRAFIA: Conceitos básicos – O Alfabeto – Orientações ortográficas.....	05
ACENTUAÇÃO: Conceitos básicos – Acentuação tônica – Acentuação gráfica – Os acentos – Aspectos genéricos das regras de acentuação – As regras básicas – As regras especiais – Hiatos – Ditongos – Formas verbais seguidas de pronomes – Acentos diferenciais.....	08
MORFOLOGIA: Estrutura e Formação das palavras – Conceitos básicos – Processos de formação das palavras – Derivação e Composição – Prefixos – Sufixos – Tipos de Composição – Estudo dos Verbos Regulares e Irregulares – Classe de Palavras.....	11
SINTAXE: Termos Essenciais da Oração – Termos Integrantes da Oração – Termos Acessórios da Oração – Período – Sintaxe de Concordância – Sintaxe de Regência – Sintaxe de Colocação – Funções e Empregos das palavras “que” e “se” – Sinais de Pontuação.....	54
PROBLEMAS GERAIS DA LÍNGUA CULTA: O uso do hífen – O uso da Crase – Interpretação e análise de Textos – Tipos de Comunicação: Descrição – Narração – Dissertação – Tipos de Discurso – Qualidades e defeitos de um texto – Coesão Textual.....	78
ESTILÍSTICA: Figuras de linguagem – Vícios de Linguagem.....	95

MATEMÁTICA

Radicais: operações – simplificação, propriedade – racionalização de denominadores.....	01
Equação de 2º grau: resolução das equações completas, incompletas, problemas do 2º grau.....	02
Equação de 1º grau: resolução – problemas de 1º grau.....	04
Equações fracionárias.....	05
Relação e Função: domínio, contradomínio e imagem; Função do 1º grau – função constante.....	12
Razão e Proporção; Grandezas Proporcionais.....	15
Regra de três simples e composta.....	18
Porcentagem.....	21
Juros Simples e Composto.....	24
Conjunto de números reais.....	27
Fatoração de expressão algébrica; Expressão algébrica – operações; Expressões fracionárias – operações - simplificação... PA e PG.....	30
Sistemas Lineares.....	37
Números complexos.....	54
Função exponencial: equação e inequação exponencial.....	57
Função logarítmica.....	60
Análise combinatória.....	61
Probabilidade.....	62
Função do 2º grau.....	66
Trigonometria da 1ª volta: seno, co-seno, tangente, relação fundamental.....	67
Geometria Analítica.....	71
Geometria Espacial.....	75
Geometria Plana.....	84
	89

SUMÁRIO

Operação com números inteiros e fracionários.....	107
MDC e MMC.....	110
Raiz quadrada.....	112
Sistema Monetário Nacional (Real).....	116
Sistema de medidas: comprimento, superfície, massa, capacidade, tempo e volume.....	119

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, 19 set. 1990.....	01
Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, 05 out. 1988.....	10
Lei Federal nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, 28 dez. 1990.....	20
Constituição Federal de 1988, artigos de 194 a 200.....	16
Decreto nº 7.508/11. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, 28 jun. 2011.....	21
Portaria nº 399/06. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, 23 fev. 2006.....	24

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Fundamentos básicos de enfermagem - Execução de ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; ações educativas aos usuários dos serviços de saúde; ações de educação continuada, atendimento de enfermagem nos diversos programas de saúde para grupos populacionais específicos hipertensos, diabéticos, da criança, da mulher, do adolescente, do idoso, gestante, obesidade; Aleitamento materno; Doenças de notificação compulsória; Doenças infecciosas e parasitárias; Doenças transmissíveis; Vigilância epidemiológica.....	01
Vigilância Sanitária.....	25
Atendimento de emergência - Diretrizes atualizadas de parada cardiorrespiratória/2015 da American Heart Association....	26
Imunizações - Técnicas e Cuidados de Enfermagem.....	29
Procedimentos: Curativos (Potencial de contaminação, Técnicas de curativos).....	29
Princípios da administração de medicamentos (terapêutica medicamentosa, noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias de administração e cuidados na aplicação, venoclise).....	31
Preparação e acompanhamento do cliente na realização de exame diagnóstico; Sinais vitais e medidas antropométricas..	36
Controle Hídrico e Diurese.....	40
Técnica de higiene, conforto e segurança do cliente; Prevenção de úlceras de pressão; Sondagens gástrica e vesical; Coleta de material para exames laboratoriais.....	41
Posições para exames.....	53
Desinfecção e preparo da unidade do paciente.....	54
Anotações de enfermagem.....	54
Princípios éticos e legais da profissão.....	55

SUMÁRIO

Conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.....	61
Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.....	72
Biossegurança nas ações em saúde NR 32 - Preparo e Esterilização de Material RDC 15; Controle de abastecimento e estoque de materiais e medicamentos.....	101
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, -Portaria 2436.....	103
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS – vol. 2 (Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.....	107
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – nº 28: Acolhimento à demanda espontânea – vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.....	112
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – nº 28: Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica - vol. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.....	115

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Fundamentos básicos de enfermagem - Execução de ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; ações educativas aos usuários dos serviços de saúde; ações de educação continuada, atendimento de enfermagem nos diversos programas de saúde para grupos populacionais específicos hipertensos, diabéticos, da criança, da mulher, do adolescente, do idoso, gestante, obesidade; Aleitamento materno; Doenças de notificação compulsória; Doenças infecciosas e parasitárias; Doenças transmissíveis; Vigilância epidemiológica.....	01
Vigilância Sanitária.....	25
Atendimento de emergência - Diretrizes atualizadas de parada cardiorrespiratória/2015 da American Heart Association.....	26
Imunizações - Técnicas e Cuidados de Enfermagem.....	29
Procedimentos: Curativos (Potencial de contaminação, Técnicas de curativos).....	29
Princípios da administração de medicamentos (terapêutica medicamentosa, noções de farmacologia, cálculo para dosagem de drogas e soluções, vias de administração e cuidados na aplicação, venoclise).....	31
Preparação e acompanhamento do cliente na realização de exame diagnóstico; Sinais vitais e medidas antropométricas.....	36
Controle Hídrico e Diurese.....	40
Técnica de higiene, conforto e segurança do cliente; Prevenção de úlceras de pressão; Sondagens gástrica e vesical; Coleta de material para exames laboratoriais.....	41
Posições para exames.....	53
Desinfecção e preparo da unidade do paciente.....	54
Anotações de enfermagem.....	54
Princípios éticos e legais da profissão.....	55
Conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.....	61
Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.....	72
Biossegurança nas ações em saúde NR 32 - Preparo e Esterilização de Material RDC 15; Controle de abastecimento e estoque de materiais e medicamentos.....	101
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, -Portaria 2436.....	103
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS – vol. 2 (Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.....	107
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – nº 28: Acolhimento à demanda espontânea – vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.....	112
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – nº 28: Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica - vol. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012....	115

FUNDAMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM - EXECUÇÃO DE AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM, EXCETO AS PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO; AÇÕES EDUCATIVAS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE; AÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NOS DIVERSOS PROGRAMAS DE SAÚDE PARA GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, DA CRIANÇA, DA MULHER, DO ADOLESCENTE, DO IDOSO, GESTANTE, OBESIDADE; ALEITAMENTO MÁTHERNO; DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA; DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS; DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

EXECUÇÃO DE AÇÕES ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM EXCETO AS PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO

Os limites das atividades dos profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) estão definidos no Decreto N° 94.406/87, que regulamenta a Lei N° 7.498/86, sobre o exercício profissional da Enfermagem. As atividades do enfermeiro estão descritas nos artigos 8° e 9°, as competências do técnico de enfermagem, no artigo 10°, e as do auxiliar, no artigo 11° do referido decreto.

As funções são divididas por níveis de complexidade e cumulativas, ou seja, ao técnico competem as suas funções específicas e as dos auxiliares, enquanto que o enfermeiro é responsável pelas suas atividades privativas, outras mais complexas e ainda pode desempenhar as tarefas das outras categorias.

Às três categorias incube integrar a equipe de saúde e a promover a educação em saúde, sendo que a gestão (atividades como planejamento da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, participação de projetos arquitetônicos, em programas de assistência integral, em programas de treinamento, em desenvolvimento de tecnologias apropriadas, na contratação do pessoal de enfermagem), a prestação de assistência ao parto e a prevenção (de infecção hospitalar, de danos ao paciente, de acidentes no trabalho) são de responsabilidade do enfermeiro.

Dessas atividades, cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro.

Privativamente, incumbe ao enfermeiro a direção do serviço de enfermagem (em instituições de saúde e de ensino, públicas, privadas e a prestação de serviço); as atividades de gestão como planejamento da assistência de Enfermagem, consultoria, auditoria, entre outras; a consulta de Enfermagem; a prescrição da assistência de Enfermagem; os cuidados diretos a pacientes com risco de morte; a prescrição de medicamentos (estabelecidos em programas de saúde e em rotina); e todos os cuidados de maior complexidade técnica.

A única categoria com todas as atividades explicitadas em Lei é a dos auxiliares de enfermagem. Além de integrar a equipe de saúde e educar, cabe ao auxiliar preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; executar tratamentos prescritos; prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; além de zelar pela limpeza em geral.

Cabe, ainda, ao auxiliar ministrar medicamentos, aplicar e conservar vacinas e fazer curativos; colher material para exames laboratoriais; executar atividades de desinfecção e esterilização; realizar controle hídrico; realizar testes para subsídio de diagnóstico; instrumentar; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios; aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclima, enema e calor ou frio; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; e participar dos procedimentos pós-morte.

Fonte: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html.

AÇÕES EDUCATIVAS AOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Objetivos

- Relacionar a teoria da educação com a prática vivenciada;
- Relacionar os conceitos de comunicação e participação à prática educativa;
- Refletir sobre onde estamos e o que esperamos da ação educativa;
- Decidir qual é a educação que pretendemos praticar.

Repensando a Prática

Existem várias maneiras de entender e fazer educação. Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo.

“É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população”.

“As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorre quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade”.

Os Problemas e Desafios

Muitos daqueles que trabalham na área da Educação encontram dificuldades no seu dia-a-dia, como:

- Recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população.
- Recomendação de práticas com barreiras socioeconômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução.
- Despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico.

Cabe a nós propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, devemos ter muito claro o que entendemos por educação.

Uma maneira de perceber se uma atividade educativa está de acordo com uma proposta de educação transformadora é descobrir qual a sua utilidade. Analisando as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas nos serviços de saúde, na escola, na comunidade.

“A partir de Algumas das características do processo de educação, partimos da admissão de que existe dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos, mas não essencialmente opostos, e que a educação, como processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes”.

“Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode cons-

tituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses.”

“O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.”

“O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo.”

“A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo.”

Cumprido, finalmente, lembrar que um processo educativo como o que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. “Portanto, boa vontade só não basta.”

Comunicação

O mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior. Estamos vivendo num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção. A cada dia, visualizamos a valorização do ter e a deificação do ser.

Englobado por essas reformulações econômicas, sociais e políticas, o setor saúde sofre os impactos dos ajustes macroestruturais de busca da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo novos atributos de qualificação dos profissionais de saúde. É a partir dessa premissa, e diante da nossa realidade enquanto atores do cenário do cuidado físico e mental, que reforçamos a importância de que seja discutido, entre os diversos profissionais de saúde ligados diretamente à assistência ao cliente, e aqui destacamos o enfermeiro, o cuidado emocional, resultando na busca do bem estar e qualidade de vida do cliente.

Nessa realidade o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem

mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los.

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas por enfermeiros é o cuidado prestado ao cliente submetido à internação hospitalar. Embora possa ser o cotidiano de milhares de enfermeiros, a experiência da internação hospitalar cria situações únicas de estresse não só para os clientes, mas também para suas famílias. Vários pesquisadores têm documentado a repercussão dos níveis de estresse, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um cliente, bem como no âmbito familiar. Na perspectiva do cliente que necessita de internação hospitalar esse processo é permeado pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de estar em um ambiente estranho, e ainda pela preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar.

Assim, ao considerarmos o enfermeiro o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização. Consideramos relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

A comunicação e o cuidado emocional

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal. Freire afirma que "o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico".

Partimos da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação ou quando se trata de quadros de doença terminal. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação entre profissional, cliente e família. Algumas teorias afirmam que o processo comunicativo é a forma de estabelecer uma relação de ajuda ao indivíduo e à família.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de

acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não poderíamos excluir o cuidado emocional aos nossos clientes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao nos depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado emocional.

Skilbeck & Payne conduziram uma revisão de literatura objetivando compreender a definição de cuidado emocional e como enfermeiros e clientes podem interagir para produzir relacionamentos de suporte emocional. As autoras relatam a ausência de uma definição clara do que venha a ser o cuidado emocional existindo variações na literatura quanto ao uso dessa terminologia ao referir-se como "cuidado emocional e apoio", "cuidado psicológico" e "cuidado psicossocial". Ao realizarem uma análise mais detalhada as autoras perceberam ainda que o cuidado emocional pode ter vários significados quando visto sob o prisma de diferentes marcos teórico e contextos sociais, e, portanto a ausência de uma definição e significados próprios repercute na prática assistencial do enfermeiro.

Contudo, para a condução de nossa reflexão assumimos que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível, exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro-cliente. Todavia entendemos que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado. Waldow deixa claro que o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expansão de interesse e carinho. Assim, o primeiro faz-se notar em todas as espécies animais e sexos, e o segundo ocorre exclusivamente entre os humanos, considerando sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para se comunicar com os outros.

Para aperfeiçoar uma assistência mais holística a equipe de enfermagem pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objetivos. Contudo, ratificamos

uma vez mais que a comunicação é o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado emocional. Alguns autores têm identificado que problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, especialmente quando relacionados a clientes terminais, devido ao medo da morte, ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar a doença, falta de tempo, falta de treinamento de como interagir com estes clientes, e ansiedade sobre as consequências negativas para os clientes têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

Portanto, se faz relevante que o enfermeiro possa submeter-se a treinamentos relacionados à habilidade de comunicação.

Heaven & Maguire realizaram uma sondagem pré-teste, concederam treinamento sobre habilidades comunicativas aos enfermeiros e realizaram um pós-teste. Ao final do estudo os autores identificaram que a habilidade de comunicação do enfermeiro melhorou de forma significativa após o treinamento. Wilkinson et al e Kruijver et al encontraram que após um treinamento dessa natureza as enfermeiras melhoraram a avaliação dos problemas do cliente e do conteúdo emocional revelados pelo mesmo.

Além de uma educação continuada relacionada à comunicação sugerimos a visita diária de enfermagem como um importante artifício para identificar o nível de necessidade de segurança, amor, autoestima, espiritualidade e biofisiológico do cliente. É a partir da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o cliente possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico do cliente, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente.

Do contrário uma inviabilização do processo comunicativo na relação profissional-cliente, pode desencadear situações de estresse. Santos refere que os diálogos ocorridos junto à cama do cliente, repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, são interpretados pelo cliente conforme seu conhecimento, e o impacto emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos, podem agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Portanto, atitudes como estas devem ser evitadas durante toda a internação, na tentativa de minimizar seu impacto na qualidade assistencial do cliente no momento em que este se encontra mais fragilizado.

Destarte para uma melhor qualidade dos serviços de saúde é vital conhecer não só a visão do cliente, mas também da família de forma a estarmos sensíveis para oferecer um cuidado que atenda às expectativas do cliente e da família diminuindo a repercussão do estresse e ansiedade no processo de hospitalização.

Segundo Wright & Leahey "a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem".

A promoção do cuidado emocional tem alcançado resultados positivos na sobrevivência do cliente. McCorkle et al realizaram um estudo correlacionando os sintomas de estresse e as intervenções de cuidado do emocional. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas e as intervenções revelando que os clientes que morreram mais precocemente foram aqueles que receberam menos intervenções de cuidado emocional.

A partir dessas evidências ratificamos a importância do cuidado emocional para a recuperação e sobrevivência do cliente hospitalizado, todavia, não devemos nos esquecer em momento algum o cuidado técnico-científico. Na realidade, essas diferentes dimensões do cuidado devem caminhar juntas, se complementando harmonicamente.

Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando os nossos clientes, e recuperando sua autoestima. Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e autoestima de uma pessoa. Segundo Montagu, o tocar desenvolve ostensivas vantagens em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o ato de tocar alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional.

Consideramos que o cuidado emocional ao cliente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente, mas de sua família. Enfatizamos a importância da visita de enfermagem com uma abordagem sistematizada visando um atendimento holístico como uma oportunidade de promover o cuidado emocional. Essa sistematização do cuidado deve estar registrada, de forma a proporcionar uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao cliente, contribuindo para um melhor nível assistencial.

Devemos enxergar o cliente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-sócio-espiritual e emocional o qual se encontra fragilizado pela doença. Porém, essa pessoa ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. E os enfermeiros devem estar sensibilizados para perceber essa individualidade e as necessidades de cada um, facilitando assim seu processo de recuperação, diminuindo o tempo da internação e consequentemente os índices de infecção hospitalar.

Nessa perspectiva esperamos que esta reflexão seja mais um passo para a realização de muitas outras, além de estudos mais detalhados que contemplem o cuidado emocional em enfermagem aos diferentes tipos de clientes, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

A Educação em Saúde: Planejando nossa Ação

Objetivos

- Discutir e analisar o conceito de planejamento, com ênfase no planejamento participativo.
- Identificar a relação existente entre o processo educativo, a participação e o planejamento participativo.

- Identificar as principais etapas do planejamento.
- Identificar as fases do diagnóstico para a operacionalização das ações educativas.
- Refletir e decidir qual o papel da equipe e de cada profissional no desempenho de sua função educativa.

Planejamento

Fazer planos é uma atividade conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir. Mas foi com o desenvolvimento comercial e industrial, ocorrido com o capitalismo, que surgiu a preocupação de planejar as ações antes que elas ocorressem. Hoje, em todos os setores da atividade humana, fala-se muito em planejamento, com maior ênfase na área governamental. Atualmente ele é uma necessidade em todas as áreas de atuação. Quanto maior a complexidade dos problemas, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar. É compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É o processo de decidir o que fazer. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos. Planejar é preparar e organizar bem uma ação, decidir o que fazer e acompanhar a sua execução, reformular as decisões tomadas, redirecionar a sua execução, se necessário, e avaliar os resultados ao seu término. Acompanhar a execução das ações é importante para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não.

O processo de planejamento contempla pelo menos três momentos em permanente interação: preparação, acompanhamento e revisão crítica dos resultados, buscando-se sempre caminhos que facilitem a realização do que foi previsto. Se em todos os setores da atividade humana o planejamento se reveste da maior importância para prever melhor as ações e seus efeitos, a área da Educação em Saúde não pode fugir a esta premissa.

A Educação para a participação e o Planejamento Participativo

Existem várias formas de fazer planejamento. “Quando apenas as equipes de saúde pensam e decidem o que deve ser feito, isto é um planejamento centralizado. Ele é mais rápido e permite o controle pelo gestor de saúde, e atende às necessidades de natureza epidemiológica, mas, frequentemente não reflete as necessidades mais sentidas da população, e nem sempre permite a participação social no controle e fiscalização das ações.”

Outra forma é a do planejamento participativo, onde a população, junto com a equipe de saúde, discute seus problemas e encontra as soluções para as suas reais necessidades. Esta forma de planejar aproxima-se mais da proposta da educação para a participação nas ações de saúde.

Uma ação educativa problematizadora e participativa, numa perspectiva mudança, pressupõe que a população compartilhe de forma real de todos os passos da ação:

planejamento, execução e avaliação. A população deverá participar “tomando parte” nas decisões, assumindo as responsabilidades que lhe cabem, compreendendo as ações de caráter técnicas realizadas ou indicadas.

Neste processo, as respostas aos problemas não são preparadas e decididas pelos técnicos, mas são buscadas, a partir da análise e reflexão, entre técnicos e população sobre a realidade concreta, seus problemas, suas necessidades e interesses na área da saúde. Esta ação conjunta pressupõe um processo dialógico, bidirecional e democrático, que favorecerá não só a transformação da realidade, mas também dos próprios técnicos e da população.

Etapas do Planejamento

O planejamento, sendo um processo ordenado, pressupõe certos passos, momentos ou etapas básicas, estabelecidos em uma ordem lógica. Para o planejamento do componente educativo das ações de saúde, regra geral, seguem-se as seguintes etapas:

- **Diagnóstico**, compreendendo a coleta de dados, a discussão, a análise e interpretação dos dados, e o estabelecimento de prioridades.
- **Plano de Ação**, incluindo a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos e cronograma de atividades.
- **Execução**, implicando na operacionalização do plano de ação.
- **Avaliação**, incluindo a verificação de que os objetivos propostos foram ou não alcançados.

Um dos princípios do planejamento participativo é a flexibilidade, que permite a reformulação das ações planejadas durante sua execução. A avaliação, nesta perspectiva, deve iniciar-se na etapa de diagnóstico e acompanhar todas as fases do planejamento. A avaliação realizada após a execução, além de identificar os resultados alcançados, também fornece subsídios para a reprogramação das ações, bem como indica a necessidade de novas ações de diagnóstico.

O que entendemos por diagnóstico

É uma leitura da realidade, que se aproxima o mais possível da “verdadeira realidade”, permitindo a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades de saúde de uma população, bem como o conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais. Deve permitir também o conhecimento das causas (variáveis) e consequências de seus agravos de saúde, e como estes influenciam e são influenciados por fatores econômicos, políticos e de organização dos serviços de saúde e da sociedade.

Ao pensar em uma ação educativa problematizadora, participativa e dialógica, com o propósito de intervenção para mudanças, pressupõe-se o desencadeamento de ações para o diagnóstico da situação.

“Como agir sobre uma realidade, para transformá-la, sem conhecê-la? E como conhecê-la sem estudá-la? A ação participativa, portanto, se inicia e se fundamenta na investigação da realidade feita pelos sujeitos dessa

realidade. É, pois, uma atividade coletiva, feita não pelos técnicos sobre a população, mas pelos técnicos e a população sobre a realidade compartilhada.”

O diagnóstico é o momento da identificação dos problemas, suas causas e consequências, e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados.

Fases do Diagnóstico

Coleta de Dados: A coleta de dados deve propiciar a leitura da realidade concreta, a sua compreensão, a identificação dos problemas e necessidades de saúde de determinados grupos e/ou população. Deve também obter dados para o conhecimento de suas características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras. Direta ou indiretamente, fornece subsídios sobre as principais causas dos agravos de saúde e sua inter-relação com os fatores relacionados à organização de serviços de saúde e outros, mostrando, também, como todos os envolvidos agem e reagem frente aos problemas identificados. As fontes de dados podem ser boletins epidemiológicos, relatórios, planilhas, fichas, prontuários, artigos científicos, livros de atas, e outros à disposição. Neste caso, podemos utilizá-los selecionando os dados que sejam úteis para o diagnóstico pretendido. A este tipo de dados damos o nome de “secundários”.

Os dados chamados “primários” são aqueles que necessitam ser coletados, no momento do diagnóstico, junto ao grupo ou população. Podem ser recolhidos por meio de diferentes instrumentos e/ou técnicas (questionário, formulário, ficha de observação, entrevista, observação participante, dramatização e outros). A sua adequação deverá ser constantemente avaliada, permitindo que os dados colhidos se aproximem o mais possível da realidade concreta.

É comum, num diagnóstico, utilizarmos dados primários e secundários para o conhecimento mais global da problemática da saúde/doença de uma determinada população-alvo. Existem formas diferentes de se colher dados para o diagnóstico de uma situação.

Discussão, Análise e Interpretação dos Dados: Vários fatores influenciam a definição da forma de coletar dados, assim como os instrumentos e técnicas a serem utilizados. Esta definição também influi na análise e interpretação de dados ou fatos, nas relações de causa-e-efeito, assim como nas propostas de intervenção.

Entre outros, temos:

- a postura e visão daqueles que são os responsáveis pelo desencadeamento das ações de diagnóstico de uma dada situação problema;
- o tipo de dados a serem coletados;
- a situação-problema ser ou não emergencial;
- a postura e visão da população a ser envolvida;
- o compromisso com a participação real.

Esses fatores direcionam para um diagnóstico descritivo/analítico e/ou participativo. Quando definimos qual será nossa prática a partir de um modelo de pensamento uni casual, além de podermos incorrer no equívoco de colocar em execução um plano de ação baseado em

prioridades e objetivos que dificilmente terão como produto final a resolução do problema, ainda corremos o risco de dirigir recursos, profissionais e ações para áreas que extrapolam o nosso poder de decisão.

Essa forma de diagnóstico pode também levar o profissional de saúde a uma falsa percepção de suas possibilidades de ação. Pode também, ingenuamente, achar que somente com ações educativas irá resolver os problemas relacionados à saúde coletiva.

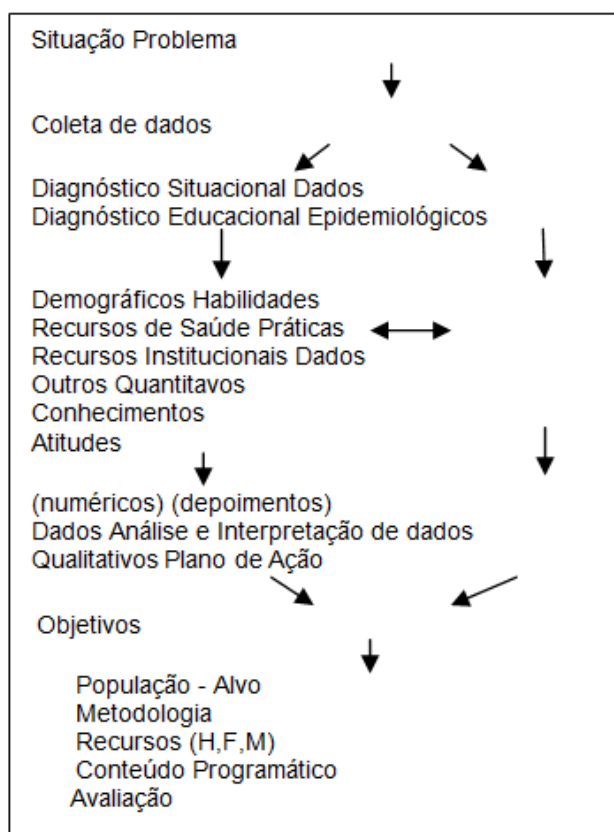
Uma nova forma de interpretação e análise dos dados: “Neste modelo, o pressuposto é de um conjunto de variáveis, que se relacionam e determinam entre si, produzindo um efeito. Há variáveis que têm um peso maior na produção do efeito, assim como há outras que atuam mais ou menos diretamente sobre ele.” Procura saber “o quê influi em quê”, e descobre que as prioridades para a solução do problema envolvem ações educativas, de reorganização do Posto de Saúde, de treinamento dos profissionais de saúde, além da dificuldade econômica da família, das condições de trabalho, da falta de creche, pré-escola e outras. Este modelo ou forma de análise e interpretação dos dados coletados define: Múltiplas causas - de diferentes naturezas, mas com pesos iguais, e um efeito - ida ao Pronto-Socorro. É a interpretação “Multi-causal”.

A partir dessa análise e interpretação, a equipe e demais envolvidos podem estabelecer prioridades, no seu nível de resolutividade, para atenuar o problema da família e de outras com problemas semelhantes e, assim, contribuir para uma melhoria nas condições de saúde. Neste caso, o grupo responsável pela intervenção consegue identificar o ponto-chave do problema, encontrar estratégias de ação que viabilizam intervenções sucessivas e complementares, ao mesmo tempo em que permite um trabalho interinstitucional, com a participação dos profissionais de saúde, usuários e grupos interessados. Neste caso, pode haver confronto, conflito, pessimismo, otimismo, consenso, mas não imobilismo.

As ações educativas previstas são partes do processo de Ação - Análise - Reflexão - Decisão - Ação. Esta forma de interpretação define: múltiplas causas - de diferentes naturezas e com diferentes pesos, e vários efeitos - interdependentes.

Estabelecimento de Prioridades: É a última fase do diagnóstico. Neste momento, equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre os problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção, no nível da organização de serviços, de socialização do conhecimento científico atual, da participação da população, em nível individual e/ou coletivo, que contribuirão para a melhoria da saúde da comunidade. A partir dessa decisão, o próximo passo é a elaboração do Plano de Ação, detalhando as atividades que deverão ser desenvolvidas, definindo: objetivos, população-alvo, recursos humanos, materiais e financeiros necessários, estratégias de execução e critérios de avaliação.

Fases do Diagnóstico



Diagnóstico de uma situação e a ação educativa

O diagnóstico de uma situação, na área da saúde, implica no conhecimento dos fatores de caráter demográfico, epidemiológico, de organização dos serviços de saúde, das instituições da comunidade, bem como de aspectos socioeconômicos e de infraestrutura da localidade/município.

Estes dados permitem a identificação do(s) problema(s) de saúde, dentro de um contexto de saúde coletiva. Sua identificação e análise crítica irão sugerir caminhos para o planejamento das ações de saúde.

Entretanto... O que os usuários dos serviços de saúde e a população conhecem, pensam e fazem em relação aos problemas de saúde? Pensando em intervenções de caráter educativo que dependam de práticas/ações, dos profissionais de saúde, dos usuários e da população em geral, necessitamos identificar a maneira como esses grupos percebem, tomam decisões, agem ou reagem perante uma situação problema de saúde-doença. É essencial, para o planejamento de ações/atividades educativas, a identificação de como esses grupos interpretam e agem frente à situação de promoção, prevenção, tratamento, reivindicação, direito à saúde, participação, direito à cidadania e outras questões. Esses dados de natureza de relações interpessoais, de práticas, do pensar e do agir dos envolvidos, são identificados pelo diagnóstico educativo.

O diagnóstico educativo nos permite identificar as práticas das pessoas, grupos ou comunidades, relacionadas à saúde e à doença, enquanto parte de seu con-

texto de vida. Através do diagnóstico educativo, temos condições de obter informações sobre o conhecimento (C), as opiniões, as atitudes (A), as habilidades (H) e a própria prática/ação (P) dos indivíduos e grupos em relação aos problemas. Assim, pelo diagnóstico educativo, iremos identificar o "CAHP" da população em relação a uma situação problema; estes dados complementam o diagnóstico da situação. Ambos são interdependentes e a inter-relação entre eles facilita a análise, e a escolha de estratégias para o planejamento do componente educativo das ações de saúde.

Existem variáveis de diferentes naturezas, que interferem na decisão das pessoas, dos grupos e da população no momento de passarem da intenção para a ação, e que podem estar relacionadas:

- **Ao próprio indivíduo**, como ter medo, prazer, repulsa etc.
- **A instituição Saúde**: distância a percorrer de sua casa até a Unidade de Saúde; horários de atendimento não-compatíveis com as necessidades da população; interação conflituosa entre usuário/funcionário; outras variáveis.
- **A fatores econômicos e sociais**: pressão de grupos para a manutenção de uma prática: "coerção social"; condições financeiras precárias, dificultando, por exemplo, a compra de medicamentos, transporte para a Unidade de Saúde, etc.; horário de trabalho, impedindo o comparecimento à Unidade de Saúde.
- **A fatores ligados ao grupo familiar**, por exemplo: o apoio da família em problemas como diabetes, senilidade, alcoolismo, obesidade e outros.

Esses dados são qualitativos e a sua identificação será mais abrangente, se realizada por um diagnóstico participativo, utilizando instrumentos e técnicas pedagógicas. Um exemplo: Uma gestante pode ter conhecimentos científicos, atuais e sistematizados em relação ao pré-natal, apresentar uma atitude favorável ao acompanhamento da gravidez, e, entretanto, ter uma atitude desfavorável à situação que envolve o controle pré-natal, em consequência de fatores como:

- Unidade Básica de Saúde distante de sua residência;
- Tempo de espera de atendimento muito longo;
- Relação conflituosa com os profissionais de saúde;
- Medo do exame ginecológico;
- Horário de atendimento incompatível com seu horário de trabalho;
- Outros.

Neste contexto é provável que ela não faça o pré-natal, apesar de conhecer suas vantagens e considerá-lo importante para o seu bem-estar e do seu futuro filho. O diagnóstico educativo fornece-nos, assim, caminhos alternativos para a definição de intervenções educativas, enxergando a pessoa/grupo como parte integrante de um contexto social global.

As ações que envolvam mais um ou outro componente do "CAHP", de acordo com as necessidades identificadas, devem ser planejadas, levando em conta todos os outros componentes. As intervenções educativas, como experiências de ensino e aprendizagem, abrangem o Ho-

mem, como ser pensante, com conhecimentos vividos, um sentir que lhe é próprio, e agindo de acordo com sua visão de mundo e do contexto social, econômico, cultural do qual é parte.

Função Educativa do Profissional de Saúde: O papel de cada um

"Educação é tarefa de todos os profissionais de saúde: insere-se em todas as atividades. Deve ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e a população, dentro e fora da unidade de saúde".

"A ação educativa", como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para assumirem a solução dos problemas de saúde, é um processo que inclui também o crescimento dos profissionais de saúde, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e suas relações com a melhoria das condições de saúde da população.

O técnico em saúde (de qualquer nível) tem que se preparar para um método educativo que se baseie na participação social, através da sua própria prática profissional.

"Os profissionais da unidade de saúde devem desenvolver entre si um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, com uma postura profissional que se estenda às relações com a população".

Os técnicos e a ação institucional

"Os técnicos, como funcionários da instituição pública, têm o seu papel definido pelo próprio papel que cabe à instituição pública desempenhar em relação à população. A função do técnico é, pois, uma função intermediadora entre a instituição e a população".

"Uma ação educativa, como a que acima se tentou conceituar, referindo-se a ambos os sujeitos da prática pedagógica, exige uma reeducação do técnico, compreendendo-se que ele é funcionário e também cidadão, membro, portanto, da sociedade e das classes que a constituem".

"Neste sentido, a prática profissional junto à população deixará de dar ênfase exclusiva às propostas institucionais para ser também uma participação do técnico na vida, nos problemas e nos interesses da população".

Somente um tipo de prática assim comprometida com os interesses e problemas da população, permitirá a reeducação do técnico. Sendo, portanto, a ação educativa a própria prática profissional, não há como separar a ação profissional exercida na instituição da ação educativa junto à população. Não há dois momentos, um em que se é técnico da instituição e outro em que se é educador-educando. "A ação educativa é a prática profissional: todo momento e todo lugar é momento e lugar para se realizar a ação educativa".

Saúde da Criança

A – Exames de check-up em crianças: exames de fezes, urina e sangue.

Essa prática rotineira de solicitação universal de exames em crianças tem pouca utilidade na prática clínica. Hoje, nos grandes centros urbanos e dada a melhoria nas condições de vida da população em geral, não faz sentido criar essa rotina na saúde da criança. Muitas mães pensam que "anemia vira leucemia" e que, ao fazer exames, essa doença pode ser prevenida, no entanto, muitas dessas crianças carregam esse rótulo e demandam por exames de anemia na idade adulta: "*Minha mãe disse que sempre fui anêmica desde criança e, por isso, vim fazer um check-up para ver como está minha anemia*". Por outro lado, os profissionais de saúde tendem a considerar que a anemia constitui um problema de saúde para a criança, independentemente dos contextos sociais e sanitários. Ensaio clínico aleatorizado em uma clínica na Indonésia com crianças de 12 a 18 meses tratadas para anemia por deficiência de ferro demonstrou melhora significativa no escore de desenvolvimento de Bayley⁶ quando comparado ao grupo controle aos quatro meses do seguimento. Porém uma revisão da colaboração Cochrane publicada em 2001 encontrou sete ensaios clínicos de tratamento de crianças até a idade de três anos. A revisão concluiu que existe falta de prova clara de que o tratamento da anemia por deficiência de ferro tenha efeito benéfico sobre o desenvolvimento psicomotor (USPSTF).

A anemia em si não é considerada uma doença, mas sim uma consequência de uma doença base, portanto, em muitos casos, faz-se necessária maior investigação, além da suplementação de ferro simplesmente.

É difícil estabelecer relação causal entre anemia e anormalidades do desenvolvimento em estudos longitudinais devido a fatores de confusão ambientais, socioeconômicos e nutricionais.

Outra característica em relação ao rastreamento da anemia é que o valor preditivo positivo de níveis baixos de hemoglobina para deficiência de ferro em crianças de 12 meses de idade varia de 10% a 40%.

Em crianças, particularmente antes dos 12 meses de idade, deficiência de ferro e anemia por deficiência de ferro frequentemente são solucionadas espontaneamente e, assim, reduzem o valor preditivo positivo de qualquer teste de rastreamento. Por isso, a Força-Tarefa Americana (USPSTF) não foi capaz de determinar os benefícios e os riscos do rastreamento de anemia para deficiência de ferro em crianças assintomáticas entre os seis e 12 meses de idade.

Outra situação decorrente dessa preocupação excessiva com as doenças é o desvio de problemas reais a que as crianças de hoje estão sujeitas, como os acidentes e a violência, doméstica ou comunitária. "*Pesamos, medimos as crianças, vacinamos e as atendemos nas crises agudas de asma ou em qualquer outra patologia, para depois as perdermos para o tráfico de drogas e para a violência nos bairros... Temos que pensar em um contínuo de cuidado, e não somente na redução da mortalidade na primeira infância!*" (MORESCHI, 2007). Hoje, com a transição epidemiológica, os problemas mudaram principalmente nos grandes centros urbanos.

Além disso, as crianças, em sua maioria, alimentam-se de farinha enriquecida com ferro e ácido fólico (medida de abordagem de amplitude populacional, já descrita anteriormente), bem como outras vitaminas contidas nos alimentos infantis.

Assim, o foco da prevenção deve mudar e uma melhor comunicação com os pais deve ser estabelecida para lidar com problemas de comportamento e da segurança das crianças e adolescentes. Conhecer a família, o ambiente doméstico e a comunidade, fomentar sua melhoria e torná-la mais segura para as crianças pode ter maior impacto positivo na saúde do que a solicitação de exames.

Saúde do Adolescente.

Nas últimas duas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países, inclusive para instituições internacionais de fomento à pesquisa. Isto se deve à constatação de que a formação do estilo de vida do adolescente é crucial, não somente para ele, como também para as gerações futuras. De forma geral, no que se refere a organização de serviços para o atendimento a este grupo etário, observa-se que os esforços realizados no sentido da criação de programas de qualidade, tiveram até certo ponto, resultados positivos. Implementou-se um modelo de atendimento baseado na prestação da atenção integral a esta clientela, partindo-se das experiências adquiridas nos programas pioneiros de atendimento à mulher e à criança. Contudo, ainda falta muito para que os programas nacionais dêem cobertura adequada a toda população de adolescentes e jovens e para que se possa considerar que estes programas estejam integrados ao sistema de saúde, de tal forma que permitam o acesso universal. Procura-se fazer uma reflexão sobre a atenção integral ao adolescente a partir da dimensão da bioética, com o objetivo de propor uma mudança de paradigma na abordagem desta clientela.

Dificuldades no desenvolvimento do programa

A especificidade da atenção ao adolescente é um aspecto da maior relevância na criação de um programa eficaz, apresentando-se como um grande desafio aos gerentes. Como exemplo do que se apresenta como desafio, podemos apontar a necessidade de adequação da linguagem e da forma de atuação dos profissionais, para o alcance de um nível de compreensão dos vários segmentos que constituem esta população. Neste sentido, a condição prévia para qualquer proposta de atenção é delimitar as características da população alvo. Trata-se de um grupo heterogêneo que exige uma implementação efetiva de uma política de atenção, levar em conta as diferenças que lhe são inerentes. Estas se apresentam em relação à faixa etária (adolescência inicial, intermediária e tardia), diferença de gênero, inserção no ambiente familiar (os que têm família e moram com ela e os que não têm), no âmbito educacional (os que freqüentam a escola e os que estão fora dela), condição social (os que vivem com parceiros ou não), quanto à sua condição física (por-

tadores ou não de doenças mentais ou físicas), quanto à moradia (os que moram em zona urbana ou rural) e os que pertencem a minorias raciais, religiosas ou culturais.

Todas estas diferenças indicam que as necessidades de saúde do adolescente não podem ser encaradas de forma isolada, visto que estão intrinsecamente relacionadas com o contexto no qual está inserido. Muitas vezes, os problemas de saúde do adolescente, aos quais os profissionais desta área devem estar atentos durante o atendimento, decorrem de suas dificuldades sócio-econômicas, tais como pobreza, privações, falta de moradia, ausência da família, ausência de um sistema educacional adequado, falta de capacitação laboral, falta de emprego, violência, entre outros. Não obstante, vale enfatizar que as necessidades imediatas de amor, comida, abrigo, segurança, desenvolvimento do raciocínio lógico e dos valores morais são responsabilidades de toda a sociedade: família, escola e comunidade.

O que um jovem vivencia de positivo ou negativo afetará sua vida presente e futura, mas, o que é mais importante, é a partir destas vivências que o adolescente poderá estabelecer novas práticas a serem assimiladas pela sociedade em geral. Todo jovem é influenciado pelos amigos e pelos adultos do mundo onde vive, e desta interação resultam mudanças comportamentais que vão pautar toda uma geração.

Adolescência e Sociedade

Durante a adolescência ocorrem mudanças de ordem emocional que são de extrema importância para o indivíduo, tais como o desenvolvimento da auto-estima e da autocrítica; questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral. Trata-se de um período da existência em que o sujeito começa a interagir com o mundo externo de modo mais autônomo sem, aparentemente, ter de assumir as responsabilidades da vida adulta. Contudo, esta situação é de extrema ambivalência, visto que, se por um lado não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta, por outro, não lhe é permitido "comportar-se" como uma criança. Na indecisão de como se conduzir, o adolescente se arrisca, oscilando entre condutas de risco "calculado" – decorrente de uma ação pensada – e do risco "insensato", em que, gratuitamente, se expõe, com grande chance de ocorrerem insucessos, podendo comprometer sua saúde de forma irreversível.

A adolescência vai delineando para o sujeito, uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele venha a exercer determinados papéis dentro da sociedade. Esta identidade é a imagem que o sujeito tem de si, e ela permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar. No entanto, a adolescência não pode ser considerada um período de transição, caracterizando-se muito mais como parte de um processo de amadurecimento e de intenso aprendizado de vida. A tendência de ver a adolescência como "um período de transição" tem favorecido o esquecimento das necessidades desta população, o desrespeito com relação a seus direitos, e uma exigência, muitas vezes inadequada, quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadão. Para que seja possível outro enfoque sobre o adolescente, é preciso

que a sociedade valorize seu potencial de contribuição e o apóie, permitindo que seus pensamentos, desejos, ideias e críticas sejam ouvidos. Dito em outras palavras, esta postura pressupõe a abertura de um espaço para o adolescente exercer sua liberdade e participar mais ativamente de seu processo de amadurecimento.

Atenção ao adolescente: uma questão ética?

Visto que a atenção ao adolescente remete para a questão da normatização dos costumes e condutas, tendo como referência uma variação entre o tradicional e o correto, não se pode pensá-la fora do âmbito da ética. Neste caso, a sociedade define como um conjunto de indivíduos adultos “donos” de uma ordem vigente em cada cultura, leva ao adolescente sua ideologia de normas, atitudes e práticas que sem dúvida irão influenciar positiva ou negativamente sua formação. Nesta discussão, a educação, o trabalho e a saúde passam a representar o “locus” onde a ideologia do mundo adulto é oferecida ao adolescente para ser absorvida e, dependendo de como esta relação acontece, verifica-se uma adesão sem questionamentos.

Mudança de paradigma na atenção à saúde do adolescente

O panorama atual das ações em saúde apresenta, ao lado da prevenção e do tratamento de doenças infecto-contagiosas, a necessidade de se voltar prioritariamente para a questão da manutenção do bem maior da “saúde”, por meio da promoção de um estilo saudável de vida. Entende-se como promoção de saúde a possibilidade de “proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma”. Conforme assinalamos na introdução deste capítulo, a saúde do adolescente tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a este grupo populacional. Inicialmente, buscou-se uma metodologia de atuação interdisciplinar por meio de programas de atenção integral. Esta proposta mostrou-se inovadora frente à prática médica vigente, já que até este momento a atenção se dava de forma tradicional, restringindo-se a oferecer tratamento aos pacientes a partir dos sintomas relatados. Entretanto, essa metodologia de atuação interdisciplinar não promoveu uma mudança significativa com respeito aos grandes problemas de saúde da população adolescente.

Os problemas persistiram: média do Índice de Massa Corporal – IMC dos adolescentes dos países em desenvolvimento mais baixo do que nos países desenvolvidos; uso abusivo de drogas como fumo, álcool, maconha etc.; suicídio e depressão; aumento da morbimortalidade decorrentes de situações de risco como acidentes, violência, gravidez e DST/aids etc. Deste modo, torna-se necessário e urgente uma mudança na forma de prestação de serviço, visando a uma atenção que promova, realmente, uma melhoria na saúde da população adolescente. Propor uma mudança estratégica de atuação do profissional com relação ao adolescente, dentro de um enfoque de promoção da saúde e de participação juvenil efetiva, aponta para a necessidade de se refletir sobre a questão

ética, na medida em que determina que não se tenha como paradigma um modelo normativo. A condição normatizante se caracteriza pelo pressuposto de que há uma distinção entre “fatos e valores”, onde o observador não está envolvido com a situação e o usuário deve se comportar de acordo com as normas estabelecidas, ou seja, sem participar efetivamente do processo.

É suficiente prestar uma atenção integral?

O programa brasileiro de saúde do adolescente foi concebido dentro de uma proposta de atenção integral juntamente com as reflexões que surgiram no Programa da Mulher e da Criança do Ministério da Saúde. Trata-se, portanto, de um programa diferenciado, em que os profissionais ultrapassaram o modelo tradicional. No modelo tradicional o indivíduo deixa de ser visto em sua singularidade, uma vez que o objetivo maior é a cura da doença. Dizendo em outras palavras, nesse modelo o profissional de saúde estabelece uma relação vertical com o cliente, outorgando-se o direito de ditar normas de conduta acreditando que, assim fazendo, proporciona ao usuário uma qualidade melhor de vida. Esta postura coloca o paciente numa posição de inferioridade e de passividade, retirando dele não só a liberdade de escolha, como também a responsabilidade por seus atos.

No modelo de atenção integral o objetivo é ampliar a possibilidade de atuação do profissional, tendo como preocupação não só a singularidade do sujeito, mas também a organização dos serviços. Com isto transforma-se o espaço antes considerado como o “lugar, por excelência, do profissional” – um lugar de poder – em outro em que se busca uma interação maior dos profissionais com a população assistida. Esta política de atuação significou uma mudança com respeito ao modo de como se dava, até então, a relação profissional usuário. Em vez de considerar que o adolescente deveria pautar sua conduta segundo um modelo pré-estabelecido, o profissional passou a considerar o meio ambiente como um fator de importância capital na compreensão da problemática do adolescente. A dimensão ética que esta estratégia envolveu diz respeito ao fato de considerar, na relação, o adolescente como um sujeito e não mais como mero objeto de investigação.

Novo enfoque na atenção

O novo enfoque de atenção integral constitui um modelo dinâmico que comporta uma transformação contínua, na medida em que se pauta nas necessidades globais de atendimento da população alvo. O desafio agora é aprimorar um modelo qualificado para alcançar outro mais eficaz, que amplie a participação dos adolescentes na gestão, avaliação e reconstrução dos serviços. A mudança a ser efetuada no novo modelo deve corresponder a uma determinada atitude frente a opções a serem priorizadas com respeito à saúde/bem estar do adolescente. Trata-se, então, de incentivar o sujeito a fazer suas próprias escolhas, propiciando um espaço reflexivo para um encontro harmônico entre as diversas alternativas de conhecimento, para que as condutas sejam fruto de um novo saber.

A atenção ao adolescente deve ter como premissa uma reflexão sobre a liberdade. E isto é possível desde que se possa refletir, a partir das dimensões sociais e políticas, de que modo a população adulta, melhor dizendo, a sociedade como um todo, permitirá que os jovens participem desse projeto? Infelizmente, por enquanto, as informações são escamoteadas, por meio de códigos e barreiras institucionais que impedem o adolescente de se posicionar e de verdadeiramente participar. O esforço atual deve se dar na relação horizontal entre profissionais de saúde e usuário/adolescente, relação esta que vai permitir uma nova forma de abordagem com respeito à atenção à saúde do adolescente. Para que isto ocorra, é necessário que haja um despojamento dos saberes pré-estabelecidos. O autoritarismo que vem direcionando a ciência impede que o sujeito produza sua verdade, pois não lhe dá acesso ao conhecimento. Seria a partir desta possibilidade que o adolescente poderia vir a tomar decisões. De acordo com Garrafa, “o extraordinário progresso técnico-científico constatado na área médico-biológica nos últimos anos não foi acompanhado com a mesma velocidade por um pertinente embasamento ético que dessa sustentação às novas situações que se criaram”.

A questão agora é como criar um serviço em que liberdade e responsabilidade sejam pertinentes tanto para o profissional quanto para o usuário? Esta questão coloca a necessidade de se refletir como o profissional vai-se comportar com relação a este grupo, a maneira pela qual se dará a abertura para a participação dos jovens na gestão do serviço e que pressupõe oferecer todo tipo de informação necessária, bem como uma disponibilidade, por parte do profissional, para a escuta do adolescente. Esta postura deve desconsiderar regras pré-estabelecidas de comportamento e deve promover um esforço no sentido de criar, juntamente com o usuário, padrões que se adequem à realidade e à singularidade de cada situação.

A informação, num sentido amplo, possibilita ao jovem dispor de um conhecimento que lhe permitirá tomar decisões quanto a sua conduta em lugar de ser submetido a valores e normas que o impedem de exercer seu direito de escolha na administração de sua própria vida. A proposta atual parte de um questionamento da qualidade da atenção que vem sendo prestada e aponta para a necessidade urgente de reformulação. Todavia, o caminho desta reforma não está claro, pois implica o repensar da participação juvenil em sua construção e de como esta participação é impedida por um código de ética gerontocrático, em que os adultos dão os desígnios dos valores e condutas sociais. Vale a proposta de se repensar os papéis dos indivíduos dentro do organismo social, para que cada um se responsabilize por sua própria saúde e pela saúde da coletividade, evitando agravos desnecessários, oriundos de condutas de risco. Quanto ao programa de saúde dos adolescentes e jovens, deve dar início à abertura democrática dos serviços para uma real participação juvenil, com o objetivo de reverter o quadro epidemiológico que está posto.

Atenção ao Adolescente:

Considerações Éticas e legais

A existência de diversos códigos que regulamentam a vida do cidadão, no Brasil e em outros países, não garante o discernimento claro dos direitos e deveres da população adolescente. Com relação ao atendimento integral à saúde, a falta de nexos entre os aspectos legais frequentemente deixa o profissional sem parâmetros definidos para orientar seu paciente. O desafio na formação do profissional que vai lidar com o adolescente é a transmissão de atitudes éticas e legais – dentro de uma lógica harmônica e com princípios claros – na medida em que não existe um código prescritivo definido. Vamos abordar alguns aspectos polêmicos no atendimento ou que implicam tomada de decisão do ponto de vista ético ou legal.

Direitos Humanos

A Declaração Universal de Direitos Humanos, assinada em 10 de dezembro de 1948, foi uma consequência de fatos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial. Representantes da comunidade internacional de países da Organização das Nações Unidas (ONU) decidiram criar leis que protegessem os indivíduos de práticas autoritárias e que pudessem causar sofrimento. O documento reconhece o indivíduo como sujeito dos direitos internacionais e representa uma imposição constante para que a ONU mantenha um fórum permanente de vigilância da defesa dos direitos humanos.

O conteúdo básico da declaração, considerada o instrumento de direito internacional mais importante do século, diz respeito aos direitos à vida, a um processo criminal justo, à liberdade de consciência, de expressão, de pensamento, de privacidade, à família, ao casamento. Apesar de o Brasil ter ratificado todas as declarações de direitos humanos e contra a discriminação racial nos últimos 50 anos, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, os jovens brasileiros continuam sem seus direitos assegurados. Informes sobre a situação brasileira de Direitos Humanos e do Departamento de Estado dos Estados Unidos afirmam que “... apesar das leis progressistas para proteção das crianças e adolescentes, milhões deles não podem ter acesso à educação, à saúde e devem trabalhar para viver. O homicídio é a maior causa de morte entre jovens de 15 a 17 anos”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo II, artigo 17, sobre “do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade” da criança e do adolescente, prescreve: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”. Cabe aos profissionais de saúde ficarem atentos quanto à quebra dos direitos humanos dos adolescentes e jovens, denunciando os infratores aos órgãos competentes e protegendo os adolescentes dos problemas que envolvem estas práticas. Muitas vezes, os médicos e outros profissionais de saúde são os únicos que podem testemunhar crimes e torturas de que são

vítimas adolescentes, principalmente no sistema penal, mas preservando-se em nome de uma ética questionável, não denunciam. É importante que a equipe de saúde fi que atenta e se una, frente a situações de confronto com autoridades, por um lado para proteger o adolescente que é o sujeito da atenção dos serviços e por outro, para se sentir fortalecida para não tomar atitudes omis-
sas nessas circunstâncias.

Direito à atenção e informação

Pela primeira vez a Constituição Brasileira, promulgada em 5 de outubro de 1988, no que se refere à saúde, declara a saúde um direito social, e a Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080/90, indica a organização de um novo modelo assistencial com a prestação de serviços em nível local de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste modelo, a saúde é entendida como um requisito para a cidadania e envolve inter-relações entre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente. Especificamente, o título VIII Da Ordem Social, capítulo II da Seguridade Social, seção II da Saúde e capítulo VII, estabelece os direitos da família, da criança, do adolescente e do idoso.

- Art. 198 – *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- 1) *descentralizar, com direção única em cada esfera de governo;*
- 2) *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- 3) *participação da comunidade.*

Capítulo VII da família, da criança, do adolescente e do idoso.

- Art. 226 – *É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão. Respaldo pela Constituição Brasileira, o Estatuto da Criança e Adolescente restabeleceu o direito de o adolescente receber informação de uma forma ampla e democrática, para que possa tomar decisões com liberdade de conhecimento.*

De acordo com estes parâmetros, requer-se que o profissional de saúde possa lidar com esta nova demanda, de maneira participativa e interativa, para que o conhecimento emergja com tranqüilidade, sem as imposições de uma relação de poder, relação que não leva à proteção dos adolescentes e jovens nem à decisão pela preservação da vida. Os adolescentes portadores de deficiências físicas e/ou mentais também têm seus direitos assegurados por leis internacionais e nacionais. As Nações Unidas, por meio da Resolução n.º 48/96, publicou as Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiências. Já a Resolução

46/119 marca os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria da Atenção de Saúde Mental. Estes documentos procuram dar subsídios técnicos para que os países busquem formas próprias para proteger este grupo populacional e evitar intervenções arbitrárias ou abusivas.

Confidencialidade e Privacidade

O acesso ao serviço de saúde é fundamental para que o adolescente busque tratamento em tempo hábil. Além disso, ele necessita privacidade e confidencialidade na relação com os profissionais de saúde como expressão de seu processo de individualização. O importante não é se o profissional deve abrir uma informação oriunda de uma consulta, mas sim se o adolescente consente com a quebra do sigilo, quer seja para a família ou para representantes da lei. O sigilo da consulta deve ser assegurado por meio de um debate nos serviços visando a um consenso entre os profissionais sobre as situações onde deva ser violado. A confidencialidade apoia-se no artigo 103 do código de Ética Médica, que veda ao médico “revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”. A obrigação de manter a confidencialidade não diminui apenas porque o paciente é um adolescente.

Independente de leis específicas que regem a questão de confidencialidade, alguns princípios devem ser respeitados para que os serviços se guiem com relação ao tema. Assim, na perspectiva ética, é importante que o profissional de saúde informe ao paciente, inicialmente, os limites que regem o serviço com relação à confidencialidade. Da mesma forma, é importante que a família compreenda que a comunicação e o encaminhamento das questões com o adolescente podem ficar prejudicados se houver quebra da confidencialidade, sem uma razão clara e consensual entre o profissional e o paciente/adolescente. Os limites legais fornecem uma base para a obrigação de denúncia, sendo necessário, em circunstâncias especiais, a quebra do sigilo em nome da segurança ou proteção do adolescente, nos casos de abuso sexual, risco de vida, dependência de drogas, entre outros. Nessas situações, é imperioso haver consenso da equipe multidisciplinar junto ao adolescente e sua família, para que fique clara a exceção de conduta adotada na abordagem do caso, evitando que os demais usuários do serviço percam a confiança na relação com a equipe.

Consentimento

A questão da confidencialidade está diretamente ligada ao consentimento, pois desvendar os motivos do atendimento ou solicitar permissão aos pais ou responsáveis para os cuidados de saúde, na perspectiva do adolescente, são a mesma coisa. Para que um adolescente receba tratamento médico, segundo a lei, os pais ou responsáveis devem firmar um termo de consentimento. No entanto, na prática, frequentemente isso não ocorre,