



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Salles, Alvaro Angelo; Castelo, Luana
Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética
Revista Bioética, vol. 31, núm. 1, 2023, pp. 1-11
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233340PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361575107010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética

Alvaro Angelo Salles¹, Luana Castelo²

1. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 2. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil.

Resumo

Este estudo revisa a caracterização dos princípios da privacidade e da confidencialidade em conexão com áreas da medicina em geral e da saúde mental em especial, propondo que a prática dos direitos e deveres envolvidos com os dois princípios deve ser preservada nos moldes ditados pela bioética. Privilegia-se a abordagem do saber psíquico, a fim de ampliar a compreensão da particular importância da confidencialidade nos processos terapêuticos. Salienta-se a conexão entre as mudanças tecnológicas e midiáticas ocorridas nas últimas décadas e o risco de comprometimento do sigilo médico, cuja quebra afetaria em definitivo a confiança do paciente quanto ao resguardo da privacidade de suas informações. Ao final, são feitas reflexões sobre o valor do suporte ético ao profissional de saúde, principalmente nos casos excepcionais em que lhe cabe tomar decisões sobre quebra de confidencialidade.

Palavras-chave: Bioética. Privacidade. Confidencialidade. Ética médica. Saúde mental. Medicina

Resumen

Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: presencia de fundamentos bioéticos

Este estudio analiza la caracterización de los principios de privacidad y confidencialidad relacionados con los campos de la medicina en general y la salud mental en particular, proponiendo que la práctica de los derechos y deberes respecto a estos dos principios debe preservarse de la manera defendida por la bioética. El enfoque del conocimiento psíquico se privilegia con el fin de ampliar la comprensión de que la confidencialidad es importante en los procesos terapéuticos. Se destaca la relación entre los cambios tecnológicos y mediáticos que se han producido en las últimas décadas y el riesgo de comprometer el secreto médico, cuya violación afectaría definitivamente la confianza del paciente respecto a la privacidad de su información. Por último, se reflexiona sobre el valor del apoyo ético a los profesionales de la salud, sobre todo en los casos excepcionales que involucran su toma de decisión respecto a la violación de confidencialidad.

Palabras clave: Bioética. Privacidad. Confidencialidad. Ética médica. Salud mental. Medicina.

Abstract

Privacy and confidentiality in therapeutic process: contributions from bioethics

This study discusses privacy and confidentiality in the areas of medicine and, particularly, mental health, arguing that the rights and duties encompassed by the two principles should be practiced in compliance to bioethics. Psychic knowledge was adopted to broaden our understanding regarding the importance of confidentiality in the therapeutic process. It emphasizes the connection between the technological and media changes of the last decades and the risk of compromising medical confidentiality, which would definitely affect the patient's trust concerning information privacy. Finally, the text reflects on the relevancy of ethical support for health professionals, especially in cases where they must decide on whether or not to breach confidentiality.

Keywords: Bioethics. Privacy. Confidentiality. Ethics, medical. Mental health. Medicine.

Declararam não haver conflito de interesse.

Ao revisar a questão da privacidade e da confidencialidade nas situações relacionadas à medicina em geral e, especialmente, à saúde mental, evidencia-se o envolvimento de posturas éticas para a efetivação dos processos de respeito à intimidade do paciente e de preservação da confiança entre profissional de saúde e pacientes. Antes de técnica, toda prática de saúde é invariavelmente ética, como já ressaltado por Gracia¹. Portanto, nos moldes ditados pela ética, devem ser preservados direitos e deveres envolvidos no contexto da privacidade e da confidencialidade. Entendimento semelhante é oferecido por Allen² ao afirmar que, de acordo com critérios bioéticos, a privacidade é definida como uma reivindicação moral ou de valor, embora também seja vista por outros autores como um fato ou direito legal.

Este estudo preocupa-se em dar continuidade à atenção à prática da confidencialidade e privacidade com base no modelo proposto por Hipócrates, no qual o paciente era o ponto central do procedimento ético. O objetivo é trazer o modelo para a realidade atual, na qual tais princípios são ameaçados, por exemplo, pelo mau uso das mídias sociais ou pela facilidade oferecida pela tecnologia para divulgação de dados confidenciais.

Intimidade e o ordenamento hipocrático

Quando há imperiosa necessidade de buscar auxílio para recuperar-se de um estado mórbido ou reparar lesões de ordem anatômica, as pessoas procuram profissionais qualificados para ajudá-las, como apontado por Scarton³. A questão parece ter sido consubstanciada por Hipócrates, na Grécia Antiga, embora autores como Malin, Emam e O'Keefe⁴ achem a possibilidade de que, na área médica, a privacidade e a confidencialidade já tenham sido consideradas obrigações legais e deveres éticos bem antes dos antigos gregos.

Entretanto, o fato mais evidente é que, depois que Hipócrates proferiu aquilo que se tornaria para os médicos um solene juramento – *tudo quanto veja ou ouça, profissional ou privadamente, que se refira à intimidade humana e não deva ser divulgado, eu mantereí em segredo e não contarei a ninguém* –, ficou definido o caráter interno, privado e moral da responsabilidade profissional do médico⁵,

na afirmação de Loch, que citou e comentou o referido trecho do juramento. Até hoje a medicina resguarda a importância do *Juramento de Hipócrates*, adotando-o como fundamentação ética referente à privacidade e à confidencialidade. A atenção a esses princípios deve ser, assim, constante e continuamente renovada por estudos, de modo que a decisão do paciente sobre a exposição de seus dados seja sempre respeitada.

Segredo e confiança

Os preceitos de privacidade e confidencialidade divergem entre si, mas se relacionam mútua e profundamente. Em apresentação inicial e ampla, a privacidade trata de um limite à intrusão, por parte de terceiros, à intimidade do paciente, cabendo a este a determinação de tal limite, como ensina Loch⁶. Acrescenta-se aqui que, em adição a essa intimidade, há de se pensar no espaço físico circundante ao paciente e à sua corporalidade, completando um cenário em que ele guarda seus segredos ou suas informações. Já pela visão de Winslade⁶, a privacidade, seja da perspectiva ética ou legal, refere-se aos direitos da pessoa à intimidade, bem como ao limite de acesso de terceiros a sua mente ou corpo, por meio do contato físico ou pela revelação de pensamentos e sentimentos daquela pessoa.

Beauchamp e Childress⁷ partem de outra perspectiva teórica quando dizem que, entre variadas interpretações e definições, alguns autores confundem privacidade com o direito de controlar a intimidade. Os autores não entendem a privacidade como um direito normativo, mas como *status* ou condição de inacessibilidade física ou informacional, englobando produtos corporais e objetos intimamente conexos à pessoa e a seus relacionamentos íntimos, pessoais ou profissionais.

Kottow⁸ apresenta visão semelhante quando afirma que as informações pessoais providas das palavras ou do exame físico do paciente não podem ser acessadas por terceiros, a menos que o compartilhamento seja solicitado ou autorizado pelo próprio paciente. Para visualizar melhor esse aspecto de compartilhamento não aleatório, pode-se entender privacidade como uma linha demarcante entre o público e o privado no que diz respeito a um indivíduo específico. Buscando contribuição

da filosofia para o debate, encontram-se divergências em torno da confidencialidade. França⁹ ensina que a corrente absolutista defende a imposição de um sigilo total em todos os casos e em qualquer situação; já a abolicionista afirma que o sigilo é uma farsa entre doente e médico; enquanto a eclética, intermediária ou relativista pondera que o sigilo, por razões maiores, de ordem social, não pode ser preconizado tão radicalmente.

Para Loch⁵, a confidencialidade é uma garantia implícita dada ao paciente pelo profissional ou instituição de saúde. Cabe lembrar de passagem, entretanto, o caso de confidencialidade contratualizada, como o termo de compromisso de confidencialidade de informação e o termo de autorização para uso de informações em saúde, apontados por Dantas¹⁰. Em qualquer hipótese, é usual que essa confidencialidade garanta que informações ou confidências não sejam expostas ou, ainda, que não sejam expostas sem a autorização do paciente.

A própria origem da palavra confidencialidade remete à ideia de confiança, insinuando acordo prévio, tácito ou escrito de uma relação de confiança, funcionando como uma norma que, quando não cumprida, configura violação, semelhante à transgressão de uma lei. Nesse aspecto, portanto, pode-se encarar a confidencialidade como um direito. Francisconi e Goldim¹¹ detalham que informações e confidências, bem como resultados de exames e métodos diagnósticos ou terapêuticos realizados, constituem propriedade do paciente, sendo os profissionais e instituições de saúde apenas seus fiéis depositários, não podendo, portanto, usá-los livremente.

Gênese da privacidade

Além da origem do termo confidencialidade, é essencial conhecer sua gênese enquanto processo humano, durante o qual é possível perceber o papel do sigilo diante da fragilidade humana e, portanto, a responsabilidade da quebra de confiança por uma das partes em uma relação. Valendo-se de conhecimentos psicanalíticos, como os de Anna Freud¹² em seus escritos sobre a infância, entende-se que a confidencialidade tem fonte no processo humano de guardar e dividir segredos. Começa, de maneira ingênua, na infância, em que poder falar que tem um segredo importa mais que o próprio segredo; e como

se trata de uma fase inicial de contato próximo da criança com o outro, essa proximidade é mais importante que o fato secreto em si. No entanto, com o término da fase infantil depois dos 7 anos e a entrada em uma fase de pré-adolescência, ocorrem mudanças no cenário.

Na adolescência, os segredos terão valor em si mesmos e corresponderão a processos de vida, geralmente afetivos e sexuais. Nessa fase, a quebra do sigilo traz prejuízos psíquicos e emocionais que podem ser importantes. Além de estabelecer confiança e relações mais íntimas, compartilhar um segredo nessa época faz emergir um senso de *self* mais desenvolvido, que pode ser visto, de acordo com Jung¹³, como centro da personalidade, um organizador dos processos psíquicos que integra e equilibra os aspectos do inconsciente, proporcionando unidade e estabilidade à personalidade humana.

Sem um bom desenvolvimento dessas duas fases iniciais do segredo, a pessoa, na fase adulta, torna-se relutante em compartilhar suas fantasias, desejos e pensamentos, temendo sentir-se discriminada, envergonhada e decepcionada. Em geral, no entanto, as pessoas desejam compartilhar sua intimidade com aqueles em quem confiam, como forma de estabilizar-se emocionalmente ou de aliviar pressões providas de sentimentos e pensamentos.

Em qualquer faixa etária, a confidencialidade deve ser preservada por aqueles que cercam o indivíduo – familiares, amigos, profissionais ou não profissionais –, princípio que vale também, como ensinam Francisconi e Goldim¹¹, se a pessoa já tiver morrido, se for figura pública ou se estiver inconsciente. Confidencialidade e privacidade, frisam os autores, devem existir dentro de uma atmosfera de veracidade, confiança e fidelidade, estendendo-se a todos a despeito de seu grau de entendimento e de sua saúde mental.

Característica e justificativa

No estudo do binômio privacidade/confidencialidade, pode-se observar a ética como fator constante que permeia as caracterizações e justificativas desses princípios. Tem-se, então, que o respeito à privacidade e à confidencialidade é caracterizado como dever *prima facie*, remetendo ao cumprimento de obrigações morais, que devem ser seguidas desde que não suplantadas por outro dever de igual ou maior porte.

Fazendo uma abstração do individual para o coletivo, França⁹ lembra que, atualmente, as ciências médicas, adquirindo formato de serviço público, podem, em momentos específicos, valorizar o interesse coletivo em detrimento do individual. Trata-se de uma situação em que o Estado atua como gestor da saúde pública, manipulando a vida e a saúde da população como um bem comum, consequentemente, enfraquecendo o conceito de confidencialidade.

Francisconi e Goldim¹¹, ao caracterizarem privacidade e confidencialidade, afirmam que são princípios bioéticos que abrangem todos os profissionais de saúde, professores e pessoal administrativo, bem como instituições relacionadas. Essa abrangência ética fica bem ressaltada pelos autores, que veem privacidade e confidencialidade como um compromisso de todos para com todos. Esses princípios são ainda apontados como direitos do paciente, sendo também conquistas da sociedade.

A asserção remete a Kaye¹⁴, quando considera os direitos como definidores da sociedade civil. Há de se lembrar ainda que, apresentando-se como fenômeno social, a privacidade será percebida de acordo com o modo como a sociedade escolhe codificar o conceito na política e na lei, assunto trabalhado por Silva, Araújo e Nascimento¹⁵. Cabe, assim, à legislação e à política a codificação dos direitos e necessidades de gestão de privacidade na área biomédica, como exposto por Malin, Emam e O'Keefe⁴. Observa-se que estão mesclados, nas características propostas acima, deveres e direitos envolvendo a parte médico-institucional e os pacientes. Isso encontra respaldo em Loch⁵, em estudo que mostra que o sigilo obrigatório do profissional e o direito do paciente de ter suas informações reservadas conferem dupla natureza à confidencialidade, transformando-a em um direito-dever. A autora pontua também que a confidencialidade pressupõe informações fornecidas de modo voluntário e consciente por indivíduos racionais, informados e livres, isto é, no exercício pleno de sua autonomia como princípio bioético.

França⁹ aponta que a privacidade se justifica pela promoção de segurança na convivência íntima e social. Por sua vez, Francisconi e Goldim¹¹ consideram a confidencialidade justificada por se inserir em um grupo de direitos individuais e de

propriedade, por ter valor instrumental (servindo a vários fins) e, ainda, por pressupor a efetivação de relações sociais íntimas e essenciais para a expressão da liberdade pessoal.

Acrescentam que a confidencialidade pode ser considerada imprescindível ao processo terapêutico, especificamente no caso de transtornos mentais, em que o papel da inviolabilidade das informações liga-se diretamente aos resultados do processo, já que se insere em um cenário no qual medos, ansiedades, culpas e sentimentos hostis – e estigmatizações, vergonhas, desejos inconfessos, entre outros – são expostos pelo paciente ao psicoterapeuta.

Para Loch⁵, a confidencialidade é justificada também por respeitar a natureza do direito à privacidade, bem como por ser um dever de cunho profissional. Também se justifica por minimizar ou extinguir o medo do paciente em relação a repercussões sociais ou econômicas negativas geradas por seu estado de saúde. Esse aspecto tem certa continuidade nos argumentos de Beauchamp e Childress⁷, que falam do valor instrumental e consequencial da confidencialidade para justificá-la. Afirmam que ela se torna imprescindível nesse aspecto, uma vez que o paciente, com o objetivo de recuperar ou manter sua saúde, define o nível de compartilhamento de seus segredos ou opta pela redução de sua privacidade, significando que a ausência da confidencialidade levaria o paciente a não procurar tratamento ou a não se envolver completamente nele.

França⁹ encontra justificativa na confidencialidade, ainda, por ela zelar pela reputação e credibilidade das pessoas, trazendo à cena, portanto, um aspecto relacionado ao respeito pelo outro, interessante aos estudos bioéticos. O autor aborda o valor da confidencialidade pela sua herança hipocrática, de caráter sagrado, transcendente, confessional e religioso, portanto, inviolável.

Morais¹⁶, por sua vez, ressalta o interesse público em preservar a confidencialidade, o que afirma ser admitido pelas autoridades civis. A justificativa de Durand¹⁷ é aparentemente simples – por ser a confidencialidade considerada uma boa prática médica –, mas envolve todo um universo ético e técnico ligado àquela área profissional. Já Scarton³ ressalta que as informações do paciente devem ser mantidas em sigilo para benefício do confidente, a fim de manter a convivência social e a própria credibilidade e viabilidade das profissões de saúde.

Confidencialidade em processos terapêuticos

Apesar de sua importância para todos os aspectos biomédicos, a questão da privacidade e confidencialidade revela-se fundamental no tratamento das doenças mentais. Essa posição encontra respaldo em Loch, Gauer e Kipper¹⁸ quando afirmam que há características especiais na relação entre psicoterapeuta e paciente no âmbito da psiquiatria/psicologia, em razão da vulnerabilidade dos pacientes tratados. De acordo com os autores, psiquiatras e psicólogos, por terem acesso à intimidade de seus pacientes, podem infringir seus direitos humanos mais elementares ou manipular a consciência deles.

Esquematisando o processo terapêutico, observa-se que a confidencialidade se desenvolve no decorrer de alguns passos. Inicialmente, existe um movimento de empatia por parte do paciente, seguido do *rappport* psicanalítico, que vai gerar uma abertura para que o terapeuta acesse sua intimidade e compartilhe dela. Inicia-se um mecanismo de transferência, aflorando recalques, complexos e traumas do paciente, do qual evolui o processo psicoterápico. É formada uma relação na qual são trabalhados elementos que devem permanecer conhecidos apenas pelo paciente e pelo terapeuta, a menos que novos compartilhamentos sejam admitidos pelo sujeito tratado, caso atípico. A essência do processo terapêutico presume, portanto, uma condição de privacidade na qual a permissão – sempre voluntária e nascida de um fator de confiança – para o conhecimento de fatores íntimos é dada pelo paciente, implicando sigilo sobre tais informações. Esse esquema assevera o valor da confidencialidade e da ética no tratamento da saúde mental.

O valor da saúde mental não pode suplantiar o da saúde física. A mente sã, a partir da perspectiva psiquiátrica e pragmática, representa uma condição de bem-estar psicológico, uma capacidade de adaptar-se às diversas situações relacionais e sociais dentro de uma comunidade e, ainda, uma convivência harmônica com as regras positivas das ordenações jurídicas¹⁹. Logo, há de se considerar a importância de oferecer suporte terapêutico aos pacientes e, como decorrência, de atentar para o aspecto de confidencialidade inerente a esse

processo, dessa forma, permitindo que sua função seja integralmente alcançada.

A relação de confiança entre paciente e terapeuta é reconhecida também nas linhas psicológicas da terapia gestalt, do psicodrama e da logoterapia como fundamental para possibilitar uma identidade autônoma e um desenvolvimento harmonioso da esfera psíquica. Durante o trabalho terapêutico, o paciente desnuda sua face mais pessoal e partilha seu íntimo com o terapeuta porque confia em sua capacidade de preservar a confidencialidade das informações reveladas. O profissional assim legitimado poderá promover a confirmação do outro (seu paciente), permitindo que ele crie uma identidade, um ego organizado. Mesmo situações de psicopatologia, como ensinam Fantin e Friedman²⁰, pressupõem um tipo de organização e se traduzem em dilemas éticos. Assim, a visão de mundo do terapeuta e sua concepção ética e bioética sobre a pessoa é que diferenciam doença de sofrimento.

Ampliando todas essas considerações, a descrição dos tipos de privacidade proposta por bioeticistas poderá permitir maior visibilidade a respeito do valor da confidencialidade nos processos terapêuticos.

Tipos de privacidade

Privacidade e confidencialidade como princípios fundamentados na eticidade do relacionamento entre os indivíduos ganhariam, no Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, Capítulo I, inciso XI, a seguinte previsão: *o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei*²¹. De acordo com o artigo 9º da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH), proclamada pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco), *a vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos*²².

Para ampliar a compreensão dessas diretrizes gerais oferecidas pela DUBDH e auxiliar o profissional da saúde na hora de aplicá-las, tipificações do binômio privacidade/confidencialidade seriam apresentadas pelos bioeticistas em várias versões. Na estrutura de cinco tópicos proposta a seguir, sintetizam-se definições e informações de vários autores. A escolha dos tipos foi arbitrária e deve ser considerada para efeito puramente didático, tendo havido a preocupação de trabalhar apenas o contexto dos relacionamentos na área dos cuidados da saúde.

Privacidade corporal

Possibilidades de invasão de privacidade corporal seriam o contato íntimo do médico com a nudez do paciente; o toque do corpo do paciente; a manipulação, invasiva ou não, de partes do corpo do paciente; e a permissão dada pelo médico para que terceiros observem ou toquem o paciente, pessoalmente ou por meios eletrônicos, durante algum tipo de procedimento, sem a autorização expressa daquele paciente²³.

Privacidade informacional

Cabe ao paciente determinar se toda ou qualquer parte das informações fornecidas poderá ser transferida para terceiros, bem como a maneira como isso deve ser feito e em que tempo. Nessa linha, o embasamento da DUBDH²² orienta que as informações, bem como os estudos apresentados no Relatório do Comitê de Sigilo da Associação Psicanalítica Internacional (IPA)²⁴, sejam usadas nos limites de sua destinação prevista e sempre com o consentimento do paciente.

É de basilar importância considerar que, para algumas pessoas, as informações sobre sua saúde podem ser uma questão extremamente íntima, pessoal e diretamente atrelada à sua sensibilidade. Entende-se aqui que informações colhidas por exame físico ou anamnese podem ser vistas como uma extensão da mente ou do corpo do paciente. A privacidade informacional pode ser tomada, nesse caso, como um tipo de anonimato ou segredo, sejam as informações colhidas do paciente reais ou imaginárias, hipótese que procede, por exemplo, nos casos de psicoterapia, em que se trabalha o imaginário do paciente e os dados provindos dele, extremamente relevantes.

Privacidade proprietária

A privacidade proprietária relaciona-se a tudo aquilo que a pessoa possui. Na área da saúde, uma violação a esse tipo de privacidade é o uso não autorizado do material biológico (sangue, saliva, urina, sêmen, cabelo, medula óssea etc.) ou do código genético do paciente. Com o avanço da pesquisa molecular, tornou-se possível sequenciar geneticamente uma pessoa (*whole genome sequencing*) de modo rápido e com custo relativamente baixo, obtendo informações das variantes proteicas codificadas em seu genoma e daquelas que influenciam no surgimento de diversas doenças ou síndromes. Isso mostra que quebras de privacidade nesse campo podem afetar o paciente, seus familiares diretos e mesmo suas gerações futuras²⁵.

Privacidade físico-espacial

Nesse contexto está o desejo da pessoa de limitar o contato social, isto é, de criar um campo imaginário ao redor de si, o qual poderia ser entendido como uma extensão do seu ser, um espaço pessoal. Exemplo disso se revela quando um paciente não aceita ser examinado por estudantes de medicina, não admite monitoramento do seu quarto hospitalar por câmeras ou não quer que sua sessão de terapia seja gravada, compreendendo o espaço da sessão como singular, seu e do terapeuta. Esse tipo de privacidade diz respeito ao grau de acessibilidade física que uma pessoa quer ter em relação aos outros²⁶, entendimento que deve ser estendido ao uso dos consultórios médicos.

Privacidade psicológica ou psíquica

Essa privacidade envolve a proteção de atitudes, crenças e valores do sujeito em relação a divulgação ou julgamento por outros. No tratamento psicoterapêutico, quando há *rappor*t e processo transference, relevam-se traumas, complexos, vergonhas, desejos inconfessos, entre outros sentimentos e emoções do paciente que envolvem moralidade, religião etc. A divulgação desses dados poderia ocasionar estigmatização e discriminação por parte da comunidade na qual o paciente está inserido, como alertam Silva Jr., Araújo e Nascimento¹⁵. Essa questão também é muito bem descrita na DUBDH²², no artigo 11, e é considerada uma violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

Exceções à confidencialidade

Respaldo jurídico-normativo

Na história, vê-se que, para os gregos, o preceito hipocrático foi a tal ponto vinculante que outorgava à medicina um *status* diferenciado das outras profissões, conferindo aos médicos da Grécia a impunidade jurídica. O juramento daquele que se dedicaria à saúde era solene e sagrado, definindo o *caráter interno, privado e moral da responsabilidade profissional do médico hipocrático*²⁷, como lembra Loch. Entretanto, esse panorama não se manteve indefinidamente e as transformações das sociedades pós-hipocráticas exigiram respaldo jurídico tanto para atos do profissional da saúde como para seus pacientes em relação a questões de privacidade e confidencialidade no contexto da medicina. Foram muitos os aspectos referentes à privacidade e confidencialidade que mereceram proteção legal ou, no mínimo, amparo de grandes organizações, governamentais ou não, nos diversos países. Hoje, como pontua Kaye¹⁴, a proteção da privacidade do indivíduo é ressaltada em todos os documentos legais das democracias liberais, sendo aspecto definidor da sociedade civil.

Embora a previsão do respeito à privacidade e à confidencialidade constante no Código de Ética Médica editado pelo CFM no Brasil deva ser respeitada ao máximo pelos profissionais e instituições da área da saúde, também devem ser consideradas as exceções que o documento prevê. Esse código, ao proibir o profissional de revelar fatos conhecidos em decorrência de sua profissão, complementa, para tipificar a exceção, *salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente*²¹, no artigo 73, Capítulo IX. Nessa hipótese, recorre-se ao termo *justa causa*, que França⁹ entende como motivo relevante, nobre em si mesmo, de ordem moral, ética, legal ou social, que permite que não se cumpra uma regra, fundamentando-se em uma concepção de necessidade. A *justa causa* seria, complementa o autor, algo justo da perspectiva subjetiva do indivíduo (*justiça pessoal*) ou da perspectiva comunitária da sociedade (*justiça social*), ou seja, dependente do contexto e vinculada à consciência de cada um.

Na área deste estudo, são dadas como razões de *justa causa*:

- O que o profissional avaliar que é justo revelar, como ensinam Cohen e Marcolino²⁸ (sendo conveniente notar a possibilidade de discrepância de opinião entre os profissionais a respeito de um mesmo paciente, principalmente no campo da saúde mental);
- A grande e séria possibilidade de dano físico e/ou psicológico à saúde e à integridade de um paciente e/ou de outras pessoas identificáveis e específicas, incluído o risco de óbito;
- O cuidado com o bem-estar e a segurança social, sendo que a coletividade, visando se prevenir e se proteger, deseja ser informada de perigos potenciais altamente prováveis²⁹ (sendo conveniente, em relação aos dois últimos itens, atentar para a possibilidade de discriminação e rejeição social ao paciente com sofrimento mental); e
- Um benefício real que se possa vir a proporcionar, como ensinam Junkerman, Derse e Schieder Mayer³⁰.

Ainda que a legislação procure cobrir todas as possíveis exceções à manutenção da confidencialidade na área da medicina, controvérsias aparecem, de modo especial, com referência a portadores de transtorno mental e nos casos de pacientes envolvidos em terapia.

A privacidade e a confidencialidade poderão, a princípio, ser derogadas ou ab-rogadas se o caso:

- Encontrar enquadramento em motivações de *justa causa* e do dever legal;
- Apresentar, aos olhos do saber e do poder profissional, uma limitação quanto ao exercício adequado da autonomia, da autodeterminação e da liberdade pessoal³¹. Para exemplificar, tome-se um quadro de regressão, no qual o paciente está fragilizado e não quer exercer sua autonomia, tornando-se necessário que outro faça escolhas por ele. Nessa situação, a cautela do profissional levaria à reflexão de que casos como esse podem ser transitórios, não justificando automaticamente, portanto, a quebra do sigilo;
- Uma redução de competência, isto é, da capacidade de julgar e decidir voluntária e racionalmente sobre os próprios assuntos³¹, ou do discernimento na prática responsável dos atos da vida civil, fator que qualificaria o paciente como capaz ou incapaz juridicamente³²;
- A dependência de um representante legal³¹;
- Quadros clínicos emergenciais¹⁷;

- Critérios de internação ou tratamento involuntários;
- Incapacidade grave de realizar autocuidado, como acrescenta Taborda³³. O autor lembra que, às vezes, é preciso diferenciar os gestos de rebeldia ou de afirmação da individualidade de uma contracultura dos jovens que podem se negar a tomar banho ou a cortar as unhas e os cabelos e, ainda, dos processos orgânicos ou psíquicos em que a prática da higiene corporal pode não ser adotada pelo paciente.

Pondera-se que, embora haja alguma precisão nessas definições, elas continuam questionáveis, já que os limites do campo da saúde mental são imprecisos. Além disso, o estado do paciente durante o processo terapêutico é de fragilidade emocional e de reestruturação psíquica, direcionada a lidar com suas limitações e sofrimentos, o que pressupõe sigilo sobre o que é revelado. Logo, nesse tipo de tratamento o sigilo tem importância prática e simbólica, sendo recomendada cautela aos profissionais, de modo a evitar decisões precipitadas em relação a interrogações.

Desafios da atualidade

Se sempre houve preocupação por parte da bioética quanto aos aspectos ligados à privacidade e confidencialidade, maior agora parece ser a necessidade de atenção ante uma série de transformações mundiais. Entre as mudanças, podem ser mencionadas a informatização do registro de dados promovida pela revolução tecnológica e a introdução de novos processos propedêuticos e terapêuticos. Além disso, há a corrida pelo sucesso profissional ou financeiro utilizando-se as mídias sociais e a alteração do conceito de particular e da relação privado *versus* público em um cenário em que, com a grande atividade nas redes sociais e exposição excessiva da vida pessoal na internet, os limites da privacidade se tornam indefinidos.

Pelas amplas consequências que acarreta, uma das mudanças que tem exigido cuidados no momento refere-se ao prontuário do paciente e às anotações assemelhadas. Os hospitais passam a aderir a prontuários digitais, o que facilita o contato de pessoas externas ao circuito biomédico com os dados ali contidos. A discussão desse tipo de uso dos dados, que é por si só indevido,

já que não é autorizado pelos pacientes, recupera considerações anteriormente apresentadas neste estudo, como o valor consequencial da confidencialidade quanto ao não compartilhamento de segredos⁷ ou a própria credibilidade e viabilidade das profissões de saúde³. Tais fatores alertam sobre a ameaça à confidencialidade que o acesso indevido a prontuários representa.

Por outro lado, processos propedêuticos e terapêuticos requerem, em dias atuais, envolvimento multidisciplinar, ou seja, de vários profissionais da saúde, principalmente em internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos, o que significa maior número de pessoas com acesso às informações sobre o paciente³⁴. Não há como negar as vantagens assistenciais desse tipo de envolvimento, mas não se pode ignorar que esses profissionais, obrigados ao sigilo por seus respectivos códigos deontológicos, devem proceder a uma manipulação eticamente correta da informação a que têm acesso, conforme alerta Herranz-Rodríguez³⁵.

São incontáveis os dispositivos que a tecnologia disponibiliza para profissionais da saúde. Gravar, filmar, acessar dispositivos, comunicar, disseminar e partilhar dados são apenas alguns dos atos que, por desatenção, incúria ou má-fé, podem ser praticados de modo incorreto pelos profissionais, levando à quebra do sigilo de um paciente. O uso dos dispositivos ao alcance de muitos profissionais da saúde resulta, sem dúvida, no favorecimento dos cuidados assistenciais, mas podem gerar, nas redes sociais, voluntariamente ou não, oportunidades para comportamentos indiscretos, inadequados, antiéticos e ilegais³⁶. Isso remete mais uma vez às considerações de França⁹, que defende o zelo pela reputação e credibilidade das pessoas, e às de Loch⁵, sobre o respeito ao direito à privacidade. Basta acessar a internet para verificarmos que estamos em uma era em que a informação é vista como bem coletivo e a privacidade, um bem menor.

É preciso notar ainda que, diante dos apelos midiáticos, surge a tentação de pular etapas de trabalho, dedicação e estudo e procurar sucesso, reconhecimento profissional ou celebridade instantânea mediante o uso de informações ou relatos de casos que deveriam ser mantidos no âmbito da confidencialidade. Essa situação encontra eco na caracterização de Bauman³⁷ sobre pós-modernidade, que ele afirma ser

líquida, com relacionamentos fluidos e perda da sensibilidade, em que a opção pela ética se dilui.

Conflitos e reflexões

Em essência, toda discussão sobre privacidade e confidencialidade gira em torno de posturas e escolhas éticas de um ser humano em relação a outro e em determinadas circunstâncias. Logo, o exame das situações excepcionais em que o profissional deve decidir sobre a quebra ou não do sigilo do paciente no processo terapêutico pode revelar que esse profissional está tomando decisões que se relacionam intimamente não apenas com seu saber, mas com sua consciência. Fica claro que o olhar ético auxilia na resolução das dúvidas.

A decisão do profissional sobre quebra de confidencialidade é peça fundamental no processo terapêutico como um todo, podendo envolver, entretanto, variáveis extremamente complexas, especialmente no caso de pacientes com transtornos mentais. Essa quebra do sigilo, mesmo quando orientada por normas legais, configura uma decisão atrelada não só ao saber do médico ou psicólogo e à sua razoabilidade, mas também a um cuidado e responsabilidade profundos, já que essas decisões podem comprometer de modo indelével o resto da vida dos pacientes.

Nas várias situações possíveis, o profissional pode se ver diante de decisões que afetam a autonomia do paciente, como a de revelar ou não doença contagiosa e perigosa que aquele paciente insiste em esconder da família. Pode, em outro exemplo, enfrentar o dilema de denunciar ou não a identidade de um estuprador revelada pela vítima após árdua terapia lastreada na confiança. Nesse caso, o paciente entenderia o ato como um desrespeito à sua autodeterminação de se calar, levando a uma estigmatização social²² e à insegurança.

Uma situação que gera desafios particulares pode ocorrer quando o profissional está lidando com pessoas consideradas incapazes perante a lei, uma vez que elas são de responsabilidade de outrem. Em casos como esse, os responsáveis podem se sentir no direito de acessar informações protegidas pelo sigilo médico e podem até tentar exigir maior transparência em relação ao tratamento psicológico do paciente. Tomando

como exemplo um jovem menor de idade ou uma criança, a preocupação dos responsáveis é compreensível, mas deve se considerar a necessidade do menor de ter sua privacidade respeitada e, assim, manter a confiança no profissional. Cabe lembrar que uma parte razoável dos conflitos psicológicos desses pacientes pode estar diretamente relacionada aos próprios responsáveis. Nesse desafio, é necessário que o profissional encontre um equilíbrio que considere a importância de manter o responsável informado quanto ao estado do incapaz e seu desenvolvimento sem, entretanto, expor sua intimidade. Dessa forma, é essencial levar em conta também a segurança do incapaz em situações de vulnerabilidade na família, como é o caso de jovens LGBTQIA+ que não assumiram sua identidade para os familiares por medo (fundado ou não) de sua reação.

Em todas as possibilidades, a quebra do sigilo representa ruptura definitiva dos laços terapêuticos com o paciente, o que configura um conflito entre tomar uma decisão beneficente (isto é, a continuação de um tratamento terapêutico necessário ao paciente) e uma decisão não maleficente (já que a gravidade do motivo que sugere a ruptura do sigilo pode envolver danos sérios para o próprio paciente ou para outras pessoas). Agravando o dilema, o profissional deve preparar-se para atravessar o terreno da incerteza sobre os resultados gerados por sua decisão, sem garantias sobre eles, já que nem as previsões de justa causa para quebra de sigilo são precisas. Não menos importante é uma reflexão do profissional sobre sua própria capacidade de decidir, questionando-se sobre o grau em que sua subjetividade ou sua ética estão intervindo em sua avaliação e sua decisão.

Considerações finais

É fundamental considerar que a alta complexidade da questão da quebra ou derrogação da confidencialidade no trato de pacientes da área de saúde mental exige do terapeuta muita cautela e reflexão, já que as respostas podem nem sempre ser abrangidas por leis, normas ou avaliações psicológicas ou psiquiátricas. A variedade de casos é infinita, mas o profissional sempre terá amparo na reflexão bioética pautada por princípios universais, como o do respeito à dignidade

da pessoa, seus direitos e suas liberdades fundamentais. Também encontrará respaldo para suas decisões ao guiar-se pela solidariedade crítica e da cooperação, princípios bem descritos nos

estudos bioéticos. Agindo como um ser ético, o profissional da saúde – e em particular o terapeuta – ajuda não mais seu paciente, mas um ser humano como ele mesmo.

Referências

1. Gracia D. La confidencialidad de los datos genéticos. In: Gracia D, organizador. *Ética y vida: ética de los confines de la vida*. Santa Fé de Bogotá: Buho; 2003. p. 137-50.
2. Allen AL. *Uneasy access: privacy for women in a free society*. Totowa: Rowman and Littlefield; 1988.
3. Scarton RR. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e (bio)éticos. *Âmbito Jurídico* [Internet]. 19 jul 2019 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3mMecB0>
4. Malin BA, Emam KE, O'Keefe CM. Biomedical data privacy: problems, perspectives, and recent advances. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 2013 [acesso 23 mar 2023];20(1):2-6. DOI: 10.1136/amiainl-2012-001509
5. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética* [Internet]. 2003 [acesso 23 mar 2023];11(1):51-64. p. 56. Disponível: <https://bit.ly/43BsZ2c>
6. Winslade WJ. Confidentiality. In: Reicht WT, editor. *Encyclopedia of bioethics: revised edition*. New York: Macmillan; 2014. p. 494-501.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 2019.
8. Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago: Mediterraneo; 2005.
9. França GV. Segredo médico. In: Lana LR, Figueiredo AM, organizadores. *Temas de direito médico*. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico; 2004. p. 367-88.
10. Dantas RA. O sigilo e o direito individual. In: Bandini M, Bonciani M, organizadores. *Questões éticas na prática da medicina do trabalho: sigilo profissional e confidencialidade*. São Paulo: ANAMT; 2017. p. 26-30.
11. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.
12. Freud A. *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
13. Jung CG. *O homem e seus símbolos*. São Paulo: Harper Collins Brasil; 2016.
14. Kaye J. The tension between data sharing and the protection of privacy in genomics research. *Ann Rev Genomics Hum Genet* [Internet]. 2012 [acesso 23 mar 2023];13:415-31. DOI: 10.1146/annurev-genom-082410-101454
15. Silva DN Jr, Araújo JL, Nascimento EGC. Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2017 [acesso 23 mar 2023];40:195-214. Disponível: <https://bit.ly/3MK0Tff>
16. Moraes Y. Segredo Médico. In: Hottois G, Parizeau M, editores. *Dicionário de bioética*. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 326-33.
17. Durand G. *Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola; 2007.
18. Loch JA, Gauer GJC, Kipper DJ. Bioética, psiquiatria e estudante de medicina. In: Cataldo Neto A, Gauer GJ, Furtado NR, organizadores. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2013. p. 91-7.
19. Campbell RJ. *Dicionário de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Fantin JC, Friedman P. *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos; 2009.
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 7 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, 7 set 2018.
22. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos* [Internet]. Brasília: Unesco; 2005 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3A39Poj>
23. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 23 mar 2023];19(1):36-44. DOI: 10.1590/S0104-07072010000100004

24. Associação Psicanalítica Internacional. Relatório do Comitê de Sigilo da IPA 2018 [Internet]. London: IPA; 2018 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3UHRNBp>
25. McGuire AL, Fisher R, Cusenza P, Hudson K, Rothstein MA, McGraw D *et al.* Confidentiality, privacy, and security of genetic and genomic test information in electronic health records: points to consider. *Genet Med* [Internet]. 2008 [acesso 23 mar 2023];10(7):495-9. DOI: 10.1097/GIM.0b013e31817a8aaa
26. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [acesso 23 mar 2023];126(6):1469-76. DOI: 10.1542/peds.2010-0389
27. Loch JA. Op. cit. p. 56.
28. Cohen C, Marcolino JAM. Aspectos bioéticos em psiquiatria. In: Segre M, organizador. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 135-49.
29. Prodomo R. Segredo profissional. In: Lopes S. Dicionário de bioética. Aparecida: Santuário; 2001. p. 1012-5.
30. Junkerman C, Derse A, Schiedermayer D. Practical ethics for students, interns and residents: a short reference manual. Hagerstown: University Publishing Group; 2015.
31. Matos GEC. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. *Rev. Bioética* [Internet]. 2007 [acesso 23 mar 2023];15(2):196-213. Disponível: <https://bit.ly/3AmFqSh>
32. Baú MK. Capacidade jurídica e consentimento informado. *Bioética* [Internet]. 2000 [acesso 23 mar 2023];8(2):285-95. Disponível: <https://bit.ly/3GJN5gH>
33. Taborda JGV. Psiquiatria legal. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello EDA, organizadores. Rotinas em psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 280-96.
34. Carvalhal GF, Poli MH, Clementel FK, Gauer GC, Marques GH, Silveira IG *et al.* Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 23 mar 2023];25(1):39-43. DOI: 10.1590/1983-80422017251164
35. Herranz-Rodríguez G. Comentarios al código de ética y deontología médica. Pamplona: Eunsa; 1995.
36. Martorell LB, Nascimento WF, Garrafa V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no Facebook. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2016 [acesso 23 mar 2023];13-23. DOI: 10.1590/1807-57622014.0902
37. Bauman Z. Cegueira moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.

Alvaro Angelo Salles – Doutorando – alvaroangelo5@yahoo.com

 0000-0002-3009-0479

Luana Castelo – Graduanda – lucastelo5972@gmail.com

 0000-0002-9566-6395

Correspondência

Alvaro Angelo Salles – Rua Maestro Delê Andrade, 231, ap. 504, Santa Efigênia CEP 30260-210. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Participação dos autores

Alvaro Angelo Salles foi responsável pela concepção do projeto e pela construção da bibliografia inicial. Luana Castelo ampliou as pesquisas e apresentou extensa contribuição para o texto. Ambos adequaram o material e participaram de cada fase do desenvolvimento do texto, ficando a cargo de Alvaro Angelo Salles a revisão final do artigo.

Recebido: 24.6.2022

Revisado: 22.3.2023

Aprovado: 29.3.2023