

ARTIGOS

Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica

Jussara de Azambuja Loch

A autora faz uma revisão conceitual e histórica do preceito de confidencialidade visando estabelecer sua natureza e características no contexto das relações clínicas contemporâneas. A obrigação de sigilo por parte do profissional e o direito do paciente em manter privadas as informações reveladas conferem dupla natureza à confidencialidade, transformando-a em um direito-dever. São também analisados os princípios e circunstâncias que justificam a revelação não autorizada destas informações, já que a confidencialidade, apesar de seu valor fortemente vinculante, não é uma obrigação absoluta do médico.



Jussara de Azambuja Loch
Médica pediatra; professora da Faculdade de Medicina da PUCRS; mestre em Bioética pela Universidade do Chile e coordenadora do Comitê de Bioética da Faculdade de Medicina e do Hospital São Lucas da PUCRS

Unitermos: ética médica, bioética, confidencialidade

A natureza da privacidade e da confidencialidade na assistência à saúde: conceitos

O sigilo sempre foi considerado como característica moral obrigatória da profissão médica. Contemporaneamente, o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centralizada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Esta dupla natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em um *direito-dever*, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde (1).

Nos textos especializados, o conceito de privacidade é visto sob dois enfoques distintos: o primeiro centra-se no controle que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio; o segundo, define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade. A maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fun-

damentada em direitos e poderes de controlar a intimidade - e algumas serão citadas a seguir.

Faden e Beauchamp afirmam que o direito à privacidade é uma reivindicação positiva de um indivíduo a um *status* de dignidade pessoal, a um tipo muito especial de liberdade, que envolve sua eleição sobre que fatos ou informações pessoais deseja ou não revelar e sobre a preferência do momento em que o fará (2).

Para Alderman e Kennedy, privacidade é um direito individual e o termo cobre muitas situações como a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, garante a independência dos indivíduos para constituir um núcleo familiar de acordo com valores próprios e o direito de sentir-se em segurança dentro de seu próprio lar e propriedades, englobando, ainda, os direitos de autodeterminação, que permitem que uma pessoa mantenha em segredo certos fatos sobre si mesmo, de acordo com sua vontade (3).

Gostin *et al.*, bem como Winslade, afirmam que, tanto legal quanto eticamente, privacidade se refere a direitos à intimidade, e também ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou mente de alguém, seja mediante contato físico ou revelação de pensamentos ou sentimentos (4,5).

Para Styffe, constitui-se no direito de o indivíduo determinar quando, como e em que extensão a informação por ele dada pode ser transmitida ou revelada, concordando com o Computer Science and Telecommunications

Board, do Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos, que conceitua privacidade como o desejo de um indivíduo limitar a revelação de informação pessoal (6,7).

De acordo com Beauchamp e Childress, estas definições confundem privacidade com direitos de controlar a intimidade, porque privacidade constitui-se em um *status ou condição de inacessibilidade* física ou informacional e, quando assim definida, se estende aos produtos corporais e objetos intimamente associados ao indivíduo, aos seus relacionamentos íntimos, pessoais ou profissionais, com outras pessoas (8). A mesma situação de inacessibilidade é encontrada na definição de Campbell *et al.*, para os quais a privacidade constitui-se em uma *dimensão da liberdade* de cada um, a qual impede a intrusão, em questões de caráter pessoal, por parte de governos, corporações ou indivíduos (9).

Na área da saúde, a preservação da privacidade - seja ela vista como um *status* ou como um *direito* do paciente - permite que este revele a seu médico situações potencialmente embaraçosas, num ambiente de grande confiança e com o propósito de cuidados com sua integridade física e emocional.

A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de *comunicação privilegiada (privileged communication)*, compartilhando com ambos uma idéia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou mente de um indivíduo em particular.

ARTIGOS

Gostin *et al.* chamam de *privacidade informacional* o fato de uma informação a respeito de determinada pessoa conservar-se fora do alcance dos outros, se não houver autorização para que seja revelada (4). A confidencialidade é, portanto, uma forma de privacidade informacional que acontece no âmbito de uma relação especial entre o médico e seu paciente. As informações pessoais obtidas no curso deste relacionamento não podem ser comunicadas para terceiros a menos que autorizadas previamente por aquele que as revelou. Assim sendo, *toda e qualquer* informação decorrente desta situação, revelada para o profissional de saúde por palavras ou exame físico, é confidencial, a menos que o paciente permita ou requisite sua revelação a terceiros (5,10).

Para Styffe, a confidencialidade implica num pressuposto - a *confiança* - que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada. Assim, a informação confidencial é tanto *privada* quanto *voluntariamente* compartilhada, numa relação de confiança e fidelidade (6).

Os termos privacidade e confidencialidade estão diretamente relacionados e claramente ligados a valores normativos, protegendo as preferências e os direitos individuais. Conceitualmente, no entanto, privacidade e confidencialidade são diferentes entre si: a primeira, como um *status* ou um *direito* à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto que a segunda garante que a revelação será mantida em sigi-

lo. Em razão desta diferença não acontece uma *violação* aos direitos de confidencialidade se o paciente autorizar a divulgação de uma informação, embora ocorra com a revelação uma *perda* tanto de confidencialidade quanto de privacidade.

A confidencialidade da informação tem duas características importantes nas relações clínicas. Uma primeira forma de confidencialidade se estabelece numa relação interpessoal, onde a manutenção do segredo é passível de ser completa, bastando o comprometimento das pessoas que compartilham a informação. A segunda forma é a confidencialidade do registro desta informação.

No modelo atual de cuidados hospitalares, dezenas de pessoas têm acesso aos prontuários dos pacientes, partilhando uma informação que, originalmente, foi revelada a outro profissional. Esta perda de confidencialidade tem sido considerada benéfica do ponto de vista assistencial, pois visa proporcionar ao doente todos os cuidados disponíveis na instituição para o correto diagnóstico e tratamento de sua enfermidade. Quando há colaboradores no atendimento a um paciente, a obrigação do sigilo se estende a todas as pessoas que ajudam o médico em seu trabalho, pois estes profissionais, obrigados ao sigilo por seus códigos deontológicos, devem garantir uma manipulação eticamente correta da informação (11,12).

Há autores que conceituam a confidencialidade em conexão com estes sistemas de assistência hoje em dia utilizados, pois a crescente

organização de redes de armazenamento de informações e a utilização compartilhada dos dados sobre um único indivíduo favorece uma maior intrusão na intimidade dos pacientes. O Computer Science and Telecommunications Board define a confidencialidade como a condição na qual a informação é compartilhada ou revelada de maneira controlada pela instituição, com o propósito de proteger a privacidade do paciente (7).

O termo segurança é freqüentemente relacionado às questões de privacidade e confidencialidade, referindo-se à proteção da informação contra o acesso não autorizado, a modificação ou a destruição acidental ou intencional, constituindo-se dos procedimentos que as organizações implementam para proteger os dados armazenados e os sistemas, incluindo não só os esforços para manter a confidencialidade dos registros mas também para assegurar a integridade e a disponibilidade tanto da informação como dos sistemas utilizados para acessá-la (6,7).

Algumas vezes, os termos privacidade, confidencialidade e segurança são usados de maneira indistinta para discutir a proteção de informações pessoais na assistência à saúde. Sendo, porém, entidades diferenciadas, sua adequada conceituação favorece o entendimento dos vários componentes envolvidos nesta questão. A privacidade está diretamente relacionada ao paciente, é seu direito, e tem na autodeterminação do indivíduo o seu foco de execução. Garantir a confidencialidade é da competência dos profissionais de saúde e das instituições, em respeito ao direito individual à intimidade. A

segurança da informação é um constituinte do sistema de cuidados em saúde, sendo deste, primariamente, a responsabilidade de executá-la.

2. Confidencialidade como exigência moral do médico: o segredo

Na vida privada, as justificativas para manter segredos emergem da própria natureza da privacidade, pois uma pessoa pode não querer, por inúmeras razões, que outra venha a conhecer certos pensamentos, sentimentos, fatos ou hábitos que tenha. Estes segredos são freqüentes no cotidiano e estão sempre ligados à promessa de não revelação por parte daquele que recebe a informação, podendo ser chamados de *segredos de promessa* ou de *segredos primários* (13,14). Os segredos de promessa constituem um compromisso em si mesmos, não estando subordinados a qualquer outro objetivo. A motivação para que os outros honrem esta vontade de manter um fato em sigilo é o respeito pela própria privacidade e intimidade pessoal.

Por outro lado, todas as pessoas experimentam a necessidade de compartilhar informações pessoais por alguma razão prática ou confessional (p.ex.: a necessidade de ajuda para tomar uma decisão ou resolver um problema), ou nas relações de âmbito profissional, como as da área jurídica ou médica. Este segredo compartilhado, que é o subproduto de uma relação mais ampla, possui um objetivo que ultrapassa a sua própria natureza. A informação revelada é *instrumental*, servindo a um propósito específico, e a única justificativa para a

ARTIGOS

revelação é melhor atingir o objetivo. Este segredo, cujas características morais são diferentes daquelas encontradas no primeiro tipo, é um *segredo de confiança* e as situações que emergem deste tipo de relacionamento caracterizam a confidencialidade na ética profissional. A confidencialidade se origina, portanto, de um conceito aristotélico de virtude, pois “*é a escolha de um meio adequado para atingir um fim aceitável e racional*” (13).

Além do respeito pela necessidade das pessoas de compartilhar informações em confiança, existem outras justificativas para a confidencialidade esperada no exercício de uma profissão. Luban afirma que a confidencialidade pode ser justificada por um argumento que tem dois componentes. O primeiro é instrumental: a confidencialidade se justifica porque é necessária para o exercício profissional, pois, se não existirem garantias de sigilo, o paciente não revelará as informações que o médico necessita para bem tratá-lo. O segundo, é o fato de que a profissão tem importância em si mesma porque defende certos valores considerados indiscutíveis. Assim, a Medicina é socialmente relevante porque os profissionais buscam preservar o valor da saúde e, em decorrência, o valor da própria vida (14).

Se a importância da profissão for considerada sob um prisma consequencialista, o profissional vai comparar os benefícios de manter o segredo com os benefícios de revelar esta mesma informação, levando em consideração pressupostos empíricos sobre as consequências, tanto de um quanto de outro curso de

ação, enfraquecendo os argumentos morais para a manutenção do segredo. Porém, se o profissional fundamenta a defesa da atividade profissional em bases não-consequencialistas, as justificativas para a confidencialidade implicarão em valores de utilidade social que não devem ser vistos apenas como uma questão de manter segredo ou revelar a informação, mas como uma forte e vinculante obrigação de confidencialidade, primeiramente fundamentada numa ética de princípios para o exercício profissional.

O centro desta ética deontológica é a identificação e a justificação de deveres que obrigam o profissional a agir de certa forma, independente dos resultados desta ação; dela surgiram os códigos de atuação profissional (15). Estes códigos deontológicos não seguem, de modo consistente, nenhuma tendência filosófica, nem são produto de uma escola deontológica em especial, porém constituem-se em sugestões e recomendações de normas razoáveis e próprias da vocação profissional que comprometem e garantem a qualidade humana e técnica da atividade profissional.

Histórica e doutrinariamente, os códigos deontológicos derivam de uma seleção de normas e critérios de auto-regulação da prática profissional que, por sua vez, são decorrentes de um pacto social: ao mesmo tempo que a sociedade entrega à corporação médica o poder de conceder a licença para o exercício profissional àqueles que reúnem as condições necessárias, exige dela que estabeleça as regras éticas para o exercício competente e correto da profissão.

Para Herranz, a legitimação do código deontológico ocorre a partir deste compromisso social: *“Deste pacto e intercâmbio mútuo de concessões e garantias entre sociedade e corporação profissional deriva, de um lado, o caráter público do Código e do sistema de disciplina profissional que lhe é anexo, e, de outro, o reconhecimento em consciência por parte de cada médico de que sua liberdade e autonomia profissionais não de mover-se dentro das coordenadas éticas estabelecidas pelo Código”*(11).

As normas e recomendações contidas nos códigos têm natureza e abrangência diversas: algumas possuem um caráter duplo, ético e legal; outras, servem para influenciar um comportamento de elevada qualidade moral no exercício da profissão. Geralmente, os preceitos que se encaixam nesta última categoria têm um caráter positivo porque sua finalidade não é proibir ou condenar certas ações, mas sim inspirar o médico a praticar a profissão com dignidade e competência.

O *sigilo médico*, que garante a confidencialidade do perfil médico-social do paciente, pertence a esta ordem de preceitos vinculantes. Para entender seu caráter, obrigatório faz-se conhecer suas raízes e evolução histórica, já que faz parte da tradição profissional, desde o século V a.C., e do preceito encontrado no Juramento de Hipócrates, que deveria ser cumprido pelo médico virtuoso mediante atitude de discrição, para proteger os segredos dos doentes: *“tudo quanto veja ou ouça, profissional ou privadamente, que se refira à intimidade humana e não deva ser divulgado, eu mantere em segredo e contarei a ninguém”* (16).

Para Gracia, o juramento hipocrático constitui o paradigma da ética médica e, como documento de maior vigência no curso da história da medicina ocidental, estabelece a profissão médica como um compromisso público, contraído perante Deus, exigindo daquele que o professa a excelência no que faz, mediante uma grande qualidade moral e responsabilidade ética (17). Este juramento solene e sagrado definia o caráter interno, privado e moral da responsabilidade profissional do médico hipocrático, acarretando um forte compromisso de exercer a profissão conforme suas normas, sendo tão vinculante que conferia impunidade jurídica aos médicos gregos, elevando a medicina a um *status* especial que a diferenciava de outros ofícios e ocupações.

Esta *moral profissional* diferia da *moral ordinária* ao colocar o médico em um nível superior de comprometimento, dando-lhe o direito (ou o dever) de fazer ou omitir certas coisas - consignadas por um contrato como, por exemplo, o segredo -, as quais eram proibidas ou não próprias aos indivíduos comuns.

A partir da concepção hipocrática, o segredo médico tem se mantido na tradição da profissão médica, mesmo que modificado e restrito em sua aplicação. Durante a Idade Média, sua interpretação na medicina ocidental fica prejudicada pela falta de organização da profissão. A partir dos séculos XVIII e XIX ressurgem a regra do sigilo, atualizada e redefinida às custas das novas prioridades decorrentes da estruturação das profissões, do regime jurídico das coletividades e do desenvolvimento técnico,

ARTIGOS

científico e social das intervenções na área da saúde (18). A regra do sigilo toma dois caminhos distintos: um legal e outro deontológico. Nesta época surgem as idéias democráticas fundamentadas em direitos de cidadania, influenciando também a regra do segredo que, lentamente, vai tomando esta direção. Os direitos à privacidade e intimidade começam a figurar nos códigos penais.

Apenas no século XIX surgem os primeiros códigos deontológicos na medicina, regulamentando a profissão e reafirmando o segredo como obrigação de ofício. O primeiro documento que se configura como um código explícito de conduta médica é o livro *Medical ethics*, de Thomas Percival, publicado em 1803, no qual o autor pretendia definir um sistema geral de ética médica onde a conduta oficial e o relacionamento mútuo dos profissionais pudessem ser regulados por princípios definidos e reconhecidos de urbanidade e retidão. Sobre o segredo, assim se posicionava Percival: *“Segredo e delicadeza, quando requeridos por circunstâncias peculiares, deverão ser estritamente observados. O relacionamento familiar e confidencial, ao qual os médicos são admitidos nas suas visitas profissionais, deve ser utilizado com discrição e com o mais escrupuloso cuidado quanto à fidelidade e à honra”*(19).

As diferentes concepções, uma legal e a outra deontológica, que aparecem nesta época vêm fortalecer a idéia de um *direito-dever* - e em caso de conflito entre o dever profissional e a administração de justiça, o primeiro cede ante o segundo (1).

No século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, o movimento pelos direitos humanos traz novas perspectivas para a questão do sigilo médico. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948 pela Organização das Nações Unidas, cita explicitamente em seu artigo XII o direito à não interferência na vida privada pessoal ou familiar.

Estes movimentos, no entanto, só chegam concretamente à medicina no final dos anos 60, e fundamentados não em direitos humanos, mas sim em direitos do consumidor, com a divulgação, nos anos 70, de uma Carta de Direitos do Paciente, elaborada por parcerias com a Associação Americana dos Hospitais. Neste período, surge a bioética, que por intermédio da defesa da autonomia dos pacientes fortalece esta discussão no âmbito da Deontologia, confirmando o segredo como um direito-dever.

Ao longo desta evolução, no entanto, nem a regra do sigilo, nos códigos deontológicos, nem o direito à confidencialidade, na área legal, conseguiram um tratamento e um consenso de aplicação. Muitas são as interpretações legais para o direito à privacidade e os códigos da profissão médica apresentam fórmulas gerais que não contemplam as dificuldades encontradas na prática assistencial. Portanto, esta questão persiste atual e desafiante frente ao rápido avanço e às novas conquistas das ciências biomédicas.

No Brasil, do ponto de vista legal, o sigilo e a privacidade da informação estão garantidos

pelo Código Penal - um decreto-lei de 1940, em vigência desde então, revisto e atualizado - que, em seu artigo 154, trata do crime de violação do segredo profissional, o qual se estende a qualquer profissão (20).

Na área da Deontologia, o Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, em seus artigos 102 a 109, regulamenta várias situações específicas onde é vedado ao médico a revelação de informações, ficando contemplada a quebra do sigilo somente por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Kipper e Clotet afirmam que “*a reflexão sobre um conflito moral no exercício da profissão, realizada apenas sob o referencial do código deontológico, será, provavelmente, uma visão muito restrita da problemática ética nele contida*” (21). Torna-se, portanto, necessária uma interpretação complementar, sob uma perspectiva beneficente-autonomista da confidencialidade, que não a reduza a uma obrigação de segredo mas que favoreça e fortaleça a relação clínica eticamente adequada.

3. Confidencialidade como pressuposto da relação clínica: a confiança

No âmbito da relação médico-paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo enfermo, que

incluem a liberdade de escolher o que considera privado.

Do ponto de vista filosófico, o respeito à confidencialidade está fundamentado num *direito natural de intimidade* – o qual, por sua vez, deriva do princípio fundamental de respeito pela pessoa em si mesma, porque esta tem capacidade para escolher o que é melhor para si, sendo esta liberdade de escolha essencial para assegurar a satisfação de suas necessidades. Tudo que interfira com esta meta deve ser considerado como um desrespeito à sua autonomia (18).

Os argumentos para justificar o direito à intimidade ou privacidade pertencem a três grupos: o primeiro coloca a privacidade num grupo de direitos pessoais e de propriedade que são violados quando um acesso desautorizado a esta pessoa é realizado por terceiros. O segundo, mais consistente que o anterior, enfatiza o valor instrumental da privacidade, identificando vários fins que são servidos por suas regras. Várias teorias consequencialistas justificam desta forma o direito à privacidade, afirmando que ele serve para o desenvolvimento pessoal, para a criação e manutenção de relações sociais íntimas e para a expressão da liberdade de uma pessoa.

Neste enfoque, a privacidade cria a *atmosfera necessária* para as relações humanas de respeito, amor, amizade e confiança. O terceiro grupo de justificativas é considerado o mais consistente: nele, a privacidade se justifica no respeito pela autonomia e as reivindicações de

ARTIGOS

privacidade se tornam legítimas à medida que se relacionam com o *direito* de autorizar ou não o acesso de terceiros, num *exercício* de autodeterminação (8).

A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa porque os dados gerados pela realização da anamnese e do exame físico são como uma extensão do corpo ou da mente de alguém. Para que este ato médico não seja considerado um acesso não autorizado, deve ser o paciente, e não o profissional de saúde, quem determina quais destas informações podem ser reveladas (5,22,23). Assim, no contexto da relação médico-paciente, as questões da confidencialidade extrapolam o conceito deontológico de sigilo profissional e demandam do provedor de cuidados certas atitudes e qualidades que devem ser discutidas num contexto de virtudes, caráter e princípios essenciais para satisfazer a necessidade e o direito de seu paciente por privacidade. Os direitos de uma das partes de uma relação clínica tem implicações claras sobre as obrigações e deveres das outras partes porque não são unilaterais: os dois lados os possuem e, portanto, não podem ser considerados absolutos (24).

A expectativa natural de privacidade existente na relação médico-paciente é construída sobre um relacionamento de mútua compreensão e verdade e sua natureza confidencial é aceita pelos médicos como da maior importância e exigida pelo paciente e pela sociedade como uma forma de proteção (23). Este caráter

essencialmente fiduciário do encontro clínico deriva da manutenção de promessas mútuas. O paciente procura o profissional com a confiança de encontrar alívio para sua condição e com a segurança de não sofrer danos. Por outro lado, os médicos fazem suas promessas aos pacientes com o intuito de ganhar sua cooperação no cumprimento das ações necessárias para melhor poder ajudá-los (13). Conseqüentemente, a confiança se constitui em condição fundamental para um tratamento efetivo.

Esta maneira conseqüencialista de entender o valor das promessas, e da sua manutenção, leva em consideração a *utilidade* ou a *necessidade social* da confiança existente na relação médico-paciente para a obtenção de um resultado específico. Estes argumentos trazem a necessidade de criar normas de confidencialidade que estabeleçam em que circunstâncias a ruptura do segredo não irá se constituir em uma atitude maleficiente, pois este tipo de justificativa só alcança um alto padrão moral se todas as conseqüências forem consideradas.

Existem ainda outros argumentos de fidelidade que justificam a manutenção de uma informação em segredo: mesmo que o profissional não garanta explicitamente a confidencialidade, o paciente tem o direito de esperar por ela, por saber que o primeiro tem esta obrigação, tomada como um compromisso através do juramento público ou dos códigos que regulam a boa prática da profissão. No entanto, o caráter fiduciário da relação clínica emerge muito mais de valores de lealdade e credibilidade que

se estabelecem no decorrer do relacionamento do que do cumprimento daquelas promessas em si mesmas (8).

Para Jackson, há uma maneira ainda mais rigorosa de justificar a confiança: quando o valor dela é compreendido como um *requerimento de justiça*, no qual as promessas são mantidas porque é errado (*wrong*) não cumpri-las, e não porque quebrá-las resulta em dano (*harm*) para alguém (25).

Em separado, nenhum destes argumentos consegue dar suporte para regras absolutas de confidencialidade, porque todos eles são deveres *prima facie*. Quando tomados em conjunto, se tornam um substrato consistente para justificar uma vinculante obrigação para respeitar a confidencialidade das informações em saúde.

O conflito de obter, utilizar e eventualmente compartilhar a informação para proporcionar os melhores cuidados em saúde, sem violar a privacidade do paciente, é uma questão muito complexa em si mesma, demandando a análise de várias classes de valores e princípios morais, de direitos e deveres, de todas as circunstâncias e de todas as conseqüências que permeiam a relação clínica. Somente uma cuidadosa articulação de todos estes fatores pode efetivamente garantir a manutenção da confiança, pressuposto fundamental para que o resultado da interação clínica seja, simultaneamente, terapêutico e eticamente adequado. Esta questão nos remete, conseqüentemente, à análise dos motivos considerados eticamente admissíveis

para desapontar um paciente, revelando a terceiros sua intimidade.

Limites éticos para a ruptura da confidencialidade

Sempre que terceiras partes - pessoas ou instituições - utilizam diversas formas de acesso a um indivíduo, incluindo a intervenção em áreas de intimidade, sigilo, reclusão ou anonimato, configura-se uma perda de privacidade.

Há dois tipos de situações relacionadas à revelação de uma informação. Quando alguém tem acesso a uma informação protegida sem o consentimento do informante, este fato é considerado como violação aos *direitos de privacidade*; enquanto que uma pessoa depositária de um segredo em confiança e que o revela sem autorização fere o *direito de confidencialidade*. Ou seja, somente alguém que é confidante pode romper a confidencialidade. A autorização expressa do informante previne a violação aos direitos de confidencialidade, independente da revelação em si própria, sem constituir uma perda nem de privacidade nem de confidencialidade (8).

Na área dos cuidados com a saúde há algumas exceções justificadas e conhecidas aos direitos de confidencialidade. Apesar de ser um dever fundamental (*prima facie*) do médico, não se constitui em obrigação absoluta (11). Limites externos às regras do sigilo profissional estão expressos por obrigações legais dos médicos, como a notificação compulsória de algumas

ARTIGOS

doenças transmissíveis, as lesões por agressão ou violência e as suspeitas de abuso infantil. Além dessas, as obrigações de ofício também impõem limitações à confidencialidade, como nos casos do pessoal médico das Forças Armadas ou aqueles que trabalham para instituições, os quais possuem uma dupla responsabilidade: com seus pacientes e com seus empregadores.

A perda do sigilo pode resultar não apenas de obrigações legais e de ofício mas também de fatores como a ignorância e a falta de entendimento por parte do paciente e da negligência do profissional ou da instituição com estas questões, ou, ainda, por intervenção de terceiras partes, como planos de saúde e outras corporações envolvidas com a provisão de cuidados que, muitas vezes, necessitam da informação para garantir qualidade de serviços ou melhorar a alocação de recursos na área da saúde.

Sendo a confidencialidade fortemente vinculante, mas não uma obrigação absoluta, a questão ética que se impõe é a de determinar quais princípios ou circunstâncias justificam a ruptura do sigilo. A fundamentação para a quebra de confidencialidade deve basear-se no princípio de justiça e depende do contexto particular de cada caso (25,26).

Os dados hoje gerados na área biomédica são considerados como *informação sensível* e, às custas da falta de unanimidade para determinar as exceções à regra do sigilo, existem duas correntes de justificativas para elas, que Gracia chama de *blindagem débil* e *blindagem forte* (1). A primeira defende que o sigilo é um dever

prima facie e pode ser quebrado quando entra em conflito com outros direitos fundamentais, sendo os representantes da justiça os responsáveis por determinar em que situações a revelação seria lícita e necessária; a segunda, admite que a ruptura do segredo é válida apenas por motivos estritamente profissionais, isto é, a saúde e a proteção de terceiros. Nas duas circunstâncias o sigilo é um dever prioritário e sua ruptura só é admitida em casos de exceção.

Resumindo as posições apresentadas, é possível dizer que há dois embasamentos para a exceção: a preocupação com a segurança de terceiras partes conhecidas e a preocupação com o bem-estar público e social.

Schiedermayer toma como base a teoria principialista para fundamentar eticamente a quebra de confidencialidade e diz que esta ruptura somente pode ser admitida em quatro condições gerais: a) quando houver alta probabilidade de acontecer sério dano físico a uma pessoa identificável e específica, estando portanto justificada pelo princípio da não-maleficência; b) quando um benefício real resultar da quebra de sigilo, baseando-se esta decisão no princípio da beneficência; c) quando for o último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens para respeito ao princípio da autonomia; d) e quando a mesma decisão de revelação possa ser utilizada em outras situações com características idênticas, independente da posição social do paciente, contemplando o princípio da justiça e fundamentado no respeito pelo ser humano, tornando-se um procedimento generalizável (12).

Jackson, ao contrário, defende que, em caso de conflito, a decisão sobre qual dos deveres é prioritário (p.ex.: agir justamente ou agir beneficentemente) não pode ser feita em um contexto de princípios gerais, como são os de Beauchamp e Childress, mas deve ser alcançada mediante a análise de informações mais específicas sobre cada caso. O tipo de julgamento moral a ser utilizado nas circunstâncias de ruptura de uma promessa deve assemelhar-se mais com a aplicação de uma habilidade prática do que com a utilização de um método dedutivo, sugerindo que o treinamento mediante simulações e discussões de casos clínicos é uma eficiente maneira de capacitar-se (25).

Concluindo, podemos afirmar que as possibilidades cada vez mais complexas de informação na área biomédica e seu compartilhamento, a telemedicina, aliadas aos crescentes recursos

da genética e da biologia molecular, que criam condições de prever aspectos fundamentais do comportamento futuro das pessoas, reforçam a importância do respeito à confidencialidade e demandam uma revisão das questões da segurança da informação em saúde.

No âmbito privado da relação clínica, explicitar as situações que demandam a ruptura da confidencialidade e discuti-las com o paciente pode ser uma forma moralmente correta de evitar a decepção e a diminuição da confiança mútua. No âmbito institucional e público é fundamental que se estabeleçam políticas prudentes e eticamente adequadas para regular tais questões. O objetivo principal deve ser o balanceamento entre a proteção da privacidade individual e a garantia de um rápido fluxo de informações para os profissionais de saúde que legitimamente dela necessitam.

RESUMEN

Confidencialidad: naturaleza, características y limitaciones en el contexto de la relación clínica

La autora hace una revisión conceptual e histórica del precepto de confidencialidad con el objetivo de establecer su naturaleza y características en el contexto de las relaciones clínicas contemporáneas. La obligación de sigilo por parte del profesional y el derecho del paciente en mantener privadas las informaciones reveladas confieren una doble naturaleza a la confidenciabilidad, transformándola en un derecho-deber. Son también analizados los principios y circunstancias que justifican la revelación no autorizada de estas informaciones, ya que la confiabilidad, a pesar de su valor fuertemente vinculante, no es una obligación absoluta del médico.

Unitérminos: ética médica, bioética, confidencialidad

ARTIGOS

ABSTRACT

Confidentiality: nature, characteristics and limitations within the context of the clinical relationship

The author undertakes a conceptual and historical review of the precept of confidentiality in order to establish its nature and characteristics within the context of contemporary clinical relations. The obligation of secrecy on behalf of the professional and the patient's right to keep the information revealed private give confidentiality a double nature, transforming it into a duty-right. The principles and circumstances that justify the non-authorized revelation of this information are also analyzed, as confidentiality, in spite of its strongly bonding nature, is not an absolute medical obligation.

Uniterms: medical ethics, bioethics, confidentiality

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia D. *La confidencialidad de los datos genéticos*. In: Gracia D. *Ética y vida: ética de los confines de la vida*. Santa Fé de Bogotá: Buho, 1998: 137-50.
2. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University, 1986.
3. Alderman E, Kennedy C. *The right to privacy*. New York: Knopf, 1995.
4. Gostin LO, Turek-Brezina J, Powers M, Kosloff R, Faden R., Steinauer DD. *Privacy and security of personal information in a new health care system*. JAMA 1993;270:2487-93.
5. Winslade WJ. *Confidentiality*. In: Reich WT, editors. *Encyclopedia of bioethics: revised edition*. N.York: Macmillan, 1995: 451-9.
6. Styffe E.J. *Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive*. Nurs Admin Q 1997;21:21-8.
7. National Research Council (US). *Computer Science and Telecommunications Board. For the record: protecting electronic health information*. Washington: National Academy; 1997.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4ed. New York: Oxford University, 1994.
9. Campbell SG, Gibby GL, Collingwood S. *The internet and electronic transmission of medical records*. J Clin Monit 1997;13:325-34.
10. Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago: Editorial Universitaria; 1995.
11. Herranz Rodríguez G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*. Pamplona: Eunsa; 1992.

12. Schiedermayer DL. *Guarding secrets and keeping counsel in computer age*. *J Clin Ethics* 1991;2:33-4.
13. Kottow MH. *Stringent and predictable medical confidentiality*. In: Gillon R, editors. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley and Sons; 1994: 471-8.
14. Luban D. *Secrecy and confidentiality*. In: Becker LC, Becker CB, editors. *Encyclopedia of ethics*. New York: Garland; 1992.
15. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. *Informed consent: legal theory and clinical practice*. New York: Oxford University; 1987.
16. Hippocrates. *The Oath*. Massachusetts: Harvard, 1992. (Loeb Classical Library)
17. Gracia D. *El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina*. In: *Ética y vida: fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fé de Bogotá: Buho; 1998: 133-45.
18. Hottois G, Parizeau MH. *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique*. Bruxelles: De Boeck Université; 1993.
19. Percival T. *Medical ethics*. Special limited ed. Princeton: DevCom; 1987.
20. Brasil. *Código Penal. Decreto-Lei n° 2.848, de 7.12.1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar, também atualizada, de súmulas e de índices*. 38ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
21. Kipper DJ, Clotet J. *Princípios da beneficência e não-maleficência*. In: Garrafa V, Costa SIF, Oselka G, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998: 37-51.
22. Milholland DK. *Privacy and confidentiality of patient information*. *J Nurs Adm* 1994;24:19-24.
23. França, GV. *Comentários ao código de ética médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
24. Almond B. *Individual rights in the health care relationship*. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley and Sons; 1994: 511-8.
25. Jackson J. *Promise-keeping and the doctor-patient relationship*. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley and Sons; 1994: 489-97.
26. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1998.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Afonso Álvares, 127
 CEP 91920-430
 Porto Alegre/RS - Brasil