

O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente

Maria Elisa Villas-Bôas

Resumo

O texto reflete sobre o dever de sigilo profissional em saúde quanto às informações recebidas do paciente durante a assistência médica como cumprimento de um direito desse paciente, bem como de sua proteção. Embora tido como um dos mais tradicionais preceitos morais da assistência em saúde, o sigilo ainda é um dos princípios menos respeitados, fato particularmente preocupante em épocas de intensa exposição da intimidade como os tempos atuais. De outro lado, a garantia da confidencialidade, além de estimular o vínculo profissional-paciente, pode favorecer a adesão ao tratamento e a tomada de decisões mais autônomas, ao assegurar ao paciente a não exposição de circunstâncias de sua vida pessoal que possam ensejar julgamentos que ele deseja evitar, mesmo aos entes mais próximos. O sigilo, nesse contexto, funciona como mecanismo de proteção ao paciente no tocante a seus valores e vivências pessoais, lastreando a necessária confiança na relação médico-paciente.

Palavras-chave: Confidencialidade. Privacidade. Relações médico-paciente.

Resumen

El derecho-deber de sigilo en la protección al paciente

El texto reflexiona acerca del deber de confidencialidad profesional en salud en relación a las informaciones recibidas de parte del paciente durante la asistencia médica, como cumplimiento de un derecho de este paciente, así como para su protección. Aunque se trate de uno de los más tradicionales preceptos morales de la asistencia en salud, la confidencialidad sigue siendo uno de los principios menos respetados, hecho particularmente preocupante en épocas de intensa exposición de la intimidad como lo son los tiempos actuales. Por otro lado, la garantía de la confidencialidad, además de estimular el vínculo profesional-paciente, puede favorecer la adhesión al tratamiento y la toma de decisiones más autónomas, al asegurar al paciente la no exposición de circunstancias de su vida personal que puedan dar lugar a juicios que él desea evitar, incluso con entes muy próximos. La confidencialidad, en este contexto, funciona como un mecanismo de protección al paciente en lo relacionado a sus valores y vivencias personales, posibilitando la confianza necesaria en la relación médico-paciente.

Palabras-clave: Confidencialidad. Privacidad. Relaciones médico-paciente.

Abstract

The right and duty of secrecy, as a patient protection

The text reflects on the duty of professional secrecy about the information received from patients during medical assistance in order to respect the right and protection of the patient. In spite of being one of the most traditional moral concepts in health care, secrecy is still one of the less respected principles. This is particularly worrying considering our times of intense exposition of privacy. The guarantee of confidentiality, besides stimulating the link between patient and health professional, could favour the assent to a treatment and more independent decision making as the guarantee ensures the patient that aspects of his or her personal life that could cause judgement will not be exposed. The secrecy, in this context, works as a mechanism of protection for the patient in regard to the patient's values and personal experiences, supporting the necessary confidence in the doctor - patient relationship.

Keywords: Confidentiality. Privacy. Physician-patient relations.

Doutora mariaelisavb@bol.com.br – Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Correspondência

Av. Princesa Leopoldina, 214/604, Graça CEP 40150-080. Salvador/BA, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

*Não te abras com teu amigo
Que ele um outro amigo tem
E o amigo do teu amigo
Possui amigos também...*

Mário Quintana ¹

A confidencialidade e o respeito à privacidade constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiro, a que se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral. Deles depende a base de confiança que deve nortear a relação profissional-paciente.

Há quem refira o sigilo como o dever de guardar segredo, e esse, como o objeto do sigilo. Não se fará aqui tal distinção, porquanto inócua à abordagem. Seja como for, o sigilo ou segredo profissional foi contemporaneamente associado ao princípio bioético da autonomia, vez que, pertencendo os dados pessoais ao paciente, apenas ele pode decidir, *a priori*, a quem deseja informá-los. O médico, o enfermeiro, o psicólogo, como receptáculos desses dados, por força de sua profissão, não devem divulgá-los senão por autorização do doente ou em situações excepcionais, apontadas pela ética e pelo direito, como casos de notificação compulsória previstos em lei e regulamentos, em que o profissional deve quebrar o sigilo em virtude de critérios epidemiológicos oriundos da saúde pública.

Contudo, antes mesmo do reconhecimento dos princípios bioéticos e dos direitos humanos fundamentais, o dever de sigilo já era exigido dos profissionais de saúde, especificamente dos médicos. O Juramento de Hipócrates já pregava, em tradução livre que, *nas casas em que entrar para exercer meu mister, minha boca será muda sobre o que eu vir ou ouvir, e o que não seja necessário revelar, conservarei em segredo* ^{2,3}.

A despeito de se tratar de preceito tão antigo na área de saúde, o dever de sigilo é, ainda hoje, um dos compromissos éticos mais desrespeitados no dia a dia das unidades hospitalares e sanitárias. Veja-se, por exemplo, quão comuns são as conversas de corredores e elevadores sobre as enfermidades dos pacientes atendidos, ou, ainda, a frequência com que se encontram prontuários sobre balcões com os nomes e diagnósticos à mostra, ou mesmo a disposição física das macas e leitos, permitindo a exposição desnecessária do paciente. De certo modo, a informatização reduziu tal risco, mas ainda é difícil determinar a quem se deve conferir acesso a tais dados, protegendo-os, também, de interferências externas.

Assegurar o sigilo é, ainda, medida que permite ao indivíduo resguardar suas peculiaridades e idiosincrasias, a intimidade de seu modo de viver, escolhendo o que revelar ao julgamento do mundo exterior ou mesmo de pessoas próximas. Mostra-se plausível sustentar que o respeito adequado ao dever de sigilo no atendimento em saúde não apenas evitaria muitas controvérsias, como também garantiria maior liberdade de posicionamento do paciente e na tomada de decisões terapêuticas a si concernentes, permitindo o efetivo exercício de sua individualidade. Isso porque mesmo a privacidade tem esferas concêntricas, das quais a intimidade dos dados médicos é das mais recônditas e merecedoras de cuidado.

Faz-se aqui, portanto, breve comentário acerca do sigilo profissional como direito do paciente, dever do profissional e mecanismo de proteção ao paciente, em sua autonomia, indicando alguns dos principais aspectos em que se cumpre observá-lo na prática cotidiana, bem como algumas de suas repercussões éticas e jurídicas.

A quem pertence o segredo: respeito ao pudor e à intimidade do paciente

Como visto, o sigilo é simultaneamente direito do paciente e dever do profissional. Para Diego Gracia ⁴, é até mais dever que direito, porquanto assentado num compromisso de proteção que ultrapassa e dispensa o pedido do interessado. Ele é devido por todos aqueles que tiverem acesso aos dados pessoais do paciente em razão de sua atividade profissional.

Assim é que médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos, psicólogos, assistentes sociais – que receberam as informações diretamente do paciente –, como também aqueles que tiverem acesso ao seu prontuário, como arquivistas, auditores, entre outros – os quais devem ser em menor número possível –, estão obrigados a manter em segredo tudo o que souberem nessas condições ^{2,3,5-7}.

Nesse escopo, é mister recomendar particular cuidado com prontuários e fichas, os quais não devem ficar acessíveis a qualquer pessoa, bem como guardar atenção às conversas de corredor e à troca de impressões ⁸, mesmo com colegas de profissão, que permitam a identificação do paciente, evitando-se passar adiante informações que só a seu titular dizem respeito, a fim de preservar ao máximo a intimidade do paciente. Com efeito, mesmo a discussão de casos entre profissionais, amparados por similar

dever de sigilo, ou no âmbito do ensino, deve preservar, tanto quanto possível, a identidade do paciente.

É de se recordar que o paciente que expõe seus segredos e sua intimidade ao profissional não o faz por escolha, mas, sobretudo, por necessidade, e, tendo escolhido ou precisado recorrer àquele(s) profissional(is) em específico, somente a ele(s) pretende revelar seus dados naquele momento.

Questionando-se, de outro lado, em relação a quem se deve guardar segredo, é de se observar que o sigilo é extensivo a todos que não tenham estrita necessidade de ter acesso aos referidos dados, observado o benefício específico do paciente, a quem cumpre autorizar com exclusividade qualquer outro caso. Mesmo acompanhantes só deverão ser informados, de regra, se e no que o paciente consentir, salvo caso de paciente incapaz, em que caberá ao responsável legal autorizar a informação a outros.

Esse cuidado não excepciona nem permite a informação sequer a outros profissionais de saúde, se não atuam no atendimento ao paciente e não foram por ele autorizados. Caso atuem nesse atendimento, seu nível de informação também deve limitar-se – além do que lhe foi dito pelo próprio paciente – aos elementos imprescindíveis à sua adequada atuação profissional. Em ambas as situações, e também caso venha a ter desnecessária ciência de outros dados, o profissional deve manter sigilo quanto a todos eles.

De outro lado, convém o paciente não confundir o dever de sigilo com o direito à informação, necessária à sua tomada de decisões, e saber que, por serem pessoalmente privados, seus dados somente serão expostos em casos excepcionais, até porque o exercício pleno e adequado da autonomia requer, como consabido, o efetivo esclarecimento e a liberdade do consentimento acerca dos procedimentos a que será submetido. Nesse âmbito, o que pode haver é o chamado direito de não saber, se assim for o seu desejo – embora, no mais das vezes, o que há, em verdade, é um desejo de não ser lembrado da própria enfermidade...⁹ O que se quer ora destacar é que o dever de sigilo existe em face de *outros*, não devendo ser usado contra o próprio paciente, a quem se referem os dados pessoais envolvidos.

O objeto da proteção do sigilo profissional associa-se à privacidade em suas mais restritas esferas. Segundo Costa Júnior¹⁰, o direito à privacidade, originário do reconhecimento, ainda no século XIX, pelo direito anglo-saxônico, do direito de estar só, compõe-se de esferas concêntricas de proteção,

abrangendo, mais internamente, a proteção à intimidade e ao denominado círculo do segredo, a que só os indivíduos selecionados pelo interessado podem ter acesso. O sigilo serve, portanto, à defesa da intimidade do paciente, de suas informações pessoais, escolhas ou ocorrências de vida, resultados de exames, pudor, imagem física e moral.

Sigilo profissional, pesquisa, ensino e direito à não exposição da imagem

No que tange à proteção da imagem física, por exemplo, é preciso especial zelo no exame clínico do doente, mesmo da criança. Ainda que as condições de atendimento e de exame, sobretudo em unidades de emergência e enfermarias coletivas, nem sempre sejam ideais, é recomendável que se respeite e, tanto quanto possível, proteja o natural pudor do indivíduo, poupando-o de exposição desnecessária, o que consistiria em mais uma agressão a alguém que já se encontra fragilizado. Aconselha-se, portanto, o cuidado de se utilizarem anteparos de separação entre os leitos durante exames e procedimentos, evitando atrair a curiosidade de outros pacientes e acompanhantes.

A prévia informação e esclarecimento acerca do ato a ser realizado, além de elemento importante na formação do vínculo profissional-paciente e na obtenção do consentimento, é indicativo de respeito à intimidade do examinado – mesmo que se trate de criança e de incapaz em geral, respeitados os limites de sua cognição –, auxiliando a vencer o pudor natural e até a permitir um exame ou procedimento mais tranquilos.

O mesmo se diga em relação ao uso da imagem do paciente, mesmo para fins didáticos, o que deve ser antecedido de consentimento livre e esclarecido quanto à destinação dessa imagem, seja ela fotográfica, de porções externas do corpo, seja até mesmo radiológicas ou oriunda de outros métodos diagnósticos que envolvam imagens não identificáveis, ou seja, de órgãos internos, todas se referem a partes do corpo do indivíduo, cabendo a ele, portanto, autorizar ou não sua divulgação.

Com efeito, o sigilo há que ser observado ainda em atividades de ensino, de maneira que as habituais visitas à beira do leito devem ser antecedidas da informação e do consentimento do doente. Ademais, há que se ter o cuidado de evitar comentários sobre o diagnóstico, prognóstico ou outros dados pessoais perante os demais pacientes ou acompanhantes.

Aos estudantes deve ser ensinado, desde cedo, que os pacientes não são meros “casos interessantes”, mas seres humanos, merecedores de todo o respeito, como tais, e de particular atenção, dada a condição de especial vulnerabilidade em que se encontram. Há de se ter em mente o tratar o outro como se gostaria de ser tratado, sem esquecer que isso não faz do profissional juiz do que deve ou não ser alvo de segredo, vez que, mesmo informações que a outrem pareçam pessoalmente banais e para quem sua revelação seria irrelevante, podem ser consideradas extremamente sigilosas pelo paciente, haja vista sua escala de valores. Assim sendo, a regra há de ser a manutenção do segredo em relação a todos os dados a ele referentes, coibindo-se comentários desnecessários. O segredo pertence ao paciente, e somente ele decide o que e a quem revelá-lo, sendo o profissional mero e fiel guardião.

Também o pesquisador e seus colaboradores, ao ter acesso aos dados de prontuário ou a informações do paciente, devem comprometer-se em relação ao sigilo sobre o que foi apurado em função da pesquisa, conforme exigido, inclusive, pela normatização acerca da matéria, constante da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Ainda no tocante à pesquisa, até mesmo por exigência normativa, como recordado, é sempre importante deixar claro, no projeto apresentado e no protocolo proposto, o compromisso de sigilo do pesquisador em relação aos dados obtidos. Esse requisito estende-se aos estudos efetuados com prontuários, em que, já não sendo possível obter o consentimento do paciente, deve constar o expresso compromisso da parte de todos os que tiverem acesso aos documentos, de que não serão identificados os sujeitos da pesquisa nem expostos seus dados pessoais, como também não se passará adiante informação que permita sua identificação^{5,12}.

Dever de sigilo e proteção da autonomia

O dever de sigilo profissional é, também, um direito do paciente no que concerne à própria defesa do efetivo exercício da autonomia, mediante a proteção da intimidade existencial e de sua influência na tomada de decisões. O dever de sigilo como proteção da autonomia compreende o direito do paciente de decidir livremente, tão somente conforme a legalidade e seu próprio modo de pensar. Assim sendo, esse compromisso insere-se no marco do respeito e reconhecimento ao protagonismo do paciente nas decisões de saúde que lhe competem.

O processo de tomada de decisão, nesse contexto, leva em conta não apenas as informações técnicas prestadas pelos profissionais quanto ao quadro orgânico enfrentado, mas, por certo, pondera aspectos sociais, psíquicos, emocionais e culturais envolvidos, bem como a repercussão que a decisão terá em sua vida futura. Como ser social que é, o ser humano, com efeito, vive em interação. Todavia, em que pese a era de exposição acerba em que ora se vive, consentida ou não, é fato que determinados aspectos pessoais devam ter sua exposição social modulada e decidida unicamente pelo principal envolvido, que sofrerá as consequências mais diretas da difusão de tais informações.

Essa preocupação motivou o constituinte de 1988 e a legislação infraconstitucional a prever a hipótese de danos morais e punições outras, em caso de exposições não consentidas, seja em relação à imagem física, seja a informações que pudessem alterar negativamente a imagem social do afetado em seu meio. No caso das decisões em saúde, elas somente serão tomadas em esfera de efetiva autonomia, assegurando-se que nelas não interfira, como fator determinante, o temor do impacto social causado por um virtual conhecimento de dados que apenas deveriam ser revelados pelo paciente a quem interessasse e no momento e extensão que lhe conviesse. O sigilo lhe permitirá, nesse caso, exercer plenamente seu direito à individualidade, à diversidade e às liberdades constitucionais, mediante a garantia da aquiescência ou recusa sigilosas, bem como a devida e prévia informação e elucidação das perspectivas envolvidas.

Essa situação tem, como exemplo frequente, o caso dos testemunhas de Jeová, quando o paciente capaz é consultado acerca da permissão ou não para receber sangue. Sua recusa consciente a tal conduta – possibilidade que também defendemos – deve ser observada mediante a garantia do integral sigilo, inclusive quanto ao acesso aos dados e eventual autorização consignados em prontuário, a fim de assegurar a resposta mais fidedigna possível, porquanto somente à sua consciência o paciente deve contas da decisão tomada. Com efeito, talvez diante da garantia de absoluta confidencialidade de sua decisão, o paciente se dispusesse a autorizar procedimento acerca do qual não se sente à vontade para aceitar em público, submetendo-se, antes dos ditames de sua consciência, ao julgamento exterior, mesmo que dos entes mais próximos.

A mesma ponderação remete às situações envolvendo abortamento (ainda que de fundamento legal), capacidade reprodutiva, tratamentos de

doenças sexualmente transmissíveis (que somente aos parceiros interessam, como será mencionado adiante), uso de drogas, e até mesmo câncer (que ainda hoje permanece, em muitos meios sociais, como “a doença que não deve ser nomeada”). Deve-se recordar, com efeito, que o paciente não vai ao médico para ser julgado ou para ter sua intimidade exposta, mas para ser tratado, porque assim necessita. Portanto, somente a ele compete a decisão ética quanto aos procedimentos a que aceita legalmente submeter-se e acerca dos quais deseja dar ciência a seus pares, cabendo-lhe a exclusividade de aferir se o ônus social da decisão não lhe pesaria mais que a consciência íntima.

Assegurado o sigilo, garante-se, pois, o direito às particularidades do indivíduo, à gestão pessoal de suas relações e à autonomia quanto às decisões concernentes à sua saúde, pelo respeito à diversidade de pensamento e às circunstâncias próprias que o afetam, e pela salvaguarda, tanto quanto possível, da liberdade de decisão sanitária diante do julgamento e pressões externos.

Sigilo e atendimento ao adolescente

Reconhecidamente, quando se trata de paciente adulto, lúcido e capaz, apenas ele pode decidir a quem deseja que seus dados sejam informados. Portanto, mesmo que solicitadas por acompanhantes, as informações devem ser antecedidas de autorização do paciente.

Quanto à criança ou ao adulto juridicamente incapaz, os responsáveis legais são os guardiões das informações pessoais do paciente – ainda que seja positivo envolvê-lo, sempre que possível, no processo decisório, mediante informações adequadas ao seu grau de compreensão, que estimulem o compromisso com a própria saúde e favoreça a adesão terapêutica.

A dúvida se levanta, porém, em especial quanto ao adolescente, ou, mais precisamente, quanto ao indivíduo juridicamente incapaz, mas que, em virtude de apresentar certo grau de autonomia e amadurecimento, pode manifestar-se pelo desejo de não ver comunicadas a seus responsáveis legais determinadas informações a seu respeito.

Veja-se que a ruptura do sigilo nessas situações pode representar grave quebra de confiança, em que o adolescente é levado a afastar-se do profissional, deixando de recorrer a ele para tirar suas dúvidas ou omitindo-lhe dados importantes para o cuidado de sua saúde. Nesse contexto, são inúmeros os autores

a defender o conceito de *menor maduro* apresentado pela Sociedade de Medicina do Adolescente, na década de 1970, como proposta para o exercício moderado da autogestão, que valoriza a privacidade, a confidencialidade e a relativa autonomia do adolescente¹³⁻¹⁹, ao sustentar que o indivíduo pode exercer seus próprios direitos, desde que tenha a maturidade necessária para entendê-los²⁰.

Tal previsão específica que tanto os procedimentos invasivos envolvendo riscos quanto as circunstâncias em que o tratamento é imprescindível também devem ser comunicados ao paciente menor, do qual é mister obter o consentimento, tanto quanto possível, muito embora se reconheça que a autorização legal depende dos responsáveis, vez que não se trata de indivíduo juridicamente autônomo. Em caso de embate entre a autonomia por representação dos pais e a beneficência do menor, prevalece o entendimento pró-beneficência, por se tratar, em verdade, de situação de heteronomia.

Não se pode prescindir, contudo, de comunicar e esclarecer o menor acerca da necessidade da intervenção, respondendo a suas dúvidas e promovendo sua participação no processo decisório, assegurado, tanto quanto possível e devido, o máximo sigilo de suas informações. Em respeito à teoria do menor maduro, defende-se, também, que, caso a recusa supostamente maléfica parta do próprio adolescente, e não de seus representantes, deve ser na medida do possível acatada, desde que reconhecida sua *maturidade sanitária* para tanto e afastadas as hipóteses de falsa autonomia, como aquela advinda de pressões externas, falha na compreensão das consequências da decisão, entre outras.

Essa tese, embora não adotada expressamente no Brasil, pode ser vislumbrada em preceitos normativos nacionais e internacionais, como a valorização da escuta ao menor e a sua gradativa autonomia, previstas nos dispositivos concernentes aos direitos fundamentais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, bem como na *Declaração de Ottawa sobre os Direitos de Cuidados da Saúde da Criança*, de 1998. A respeito disso, estabelece, também, o Código de Ética Médica (CEM), de 2010, em seu artigo 74: [É vedado ao médico] *revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente*²¹.

Com base nesse artigo do CEM, admite-se, e até se recomenda, a consulta individual com o adolescente, ocasião em que podem ser obtidas informações

talvez mais precisas sobre sua saúde e seus hábitos de vida, aspectos, que, *a priori*, devem ser mantidos em sigilo mesmo em relação aos responsáveis, se o paciente tem, nas palavras do artigo 103 do Código de Ética Médica de 1988, que antecedeu o presente, *capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los*²² – embora se reconheça a dificuldade de se avaliarem tais aspectos numa consulta de emergência.

Quando, porém, a situação envolve risco para o paciente – e aí se situam problemas como gravidez (com o conseqüente risco de abortamento), uso de drogas, ideias suicidas –, torna-se compulsória a comunicação do profissional aos responsáveis, não sem antes estimular o próprio adolescente a fazê-la, encaminhando os familiares, se for o caso, ao apoio especializado de psicólogo, assistente social etc. Trata-se de paciente que não deve ser perdido de vista, vez que se encontra em situação de risco^{3,23,24}.

Dever legal e deontológico de manter segredo

O dever de guardar sigilo não é apenas ético, mas legal. No âmbito internacional, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948, prevê em seu artigo XII: *Ninguém será sujeito a interferência em sua vida privada, sua família, seu lar ou sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Todo homem tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques*²⁵. Ainda na esfera internacional, o *Código Internacional de Ética Médica*, adotado pela Associação Médica Mundial (WMA) em 1949, estabelece que *o médico deverá manter segredo absoluto sobre tudo o que sabe de um paciente, dada a confiança que nele depositou*²⁶.

A Constituição Brasileira de 1988 assegura, no título referente aos princípios fundamentais: *Art. 5º, X – São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação*²⁷. E o Código Penal qualifica como crime a violação do segredo profissional, nos seguintes termos: *Art. 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa*²⁸. Jurisprudencialmente, já se entendeu que esse dispositivo abarca, inclusive, a conduta do médico que atende paciente com histórico de abortamento provocado e que está, dessa forma, desobrigado de notificar o delito⁵.

O Código de Processo Penal, por seu turno, em seu artigo 207, proíbe de depor as pessoas que, *em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho*²⁹. Uma vez intimadas, portanto, devem comparecer a juízo, mas para informar sua impossibilidade de depor, haja vista o dever ético e legal de manter sigilo. Previsões similares constam do Código Civil, em seu artigo 229: *Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato: I – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo*³⁰; e do Código de Processo Civil, em seu artigo 347: *A parte não é obrigada a depor de fatos: (...) II – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo*³¹.

Em vista disso, o prontuário, receptáculo dos dados sigilosos do paciente, não pode ser exibido nem mesmo ao Judiciário, sem autorização daquele a quem ele pertence: o paciente, funcionando a unidade de saúde apenas como fiel guardião. A essas disposições se coaduna o disposto nos códigos de ética dos profissionais de saúde, destacando-se, no CEM de 2010, o princípio XI: *O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei*²² e o capítulo IX, específico sobre o sigilo médico. Também os boletins médicos somente podem ser divulgados mediante autorização do paciente ou de seu responsável, no caso de incapaz.

Na mesma linha, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem manifestou semelhante preocupação em seu artigo 29, ao estabelecer, entre os deveres desses profissionais, a *manutenção do segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei*. Seu artigo 54 acrescenta, ainda, entre as proibições: *Publicar trabalhos com elementos que identifiquem o cliente, sem sua autorização*³².

Outros códigos deontológicos na área de saúde reiteram esse cuidado, como se pode observar no Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (artigo 7º, VIII: *Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção*³³) e no Código de Ética do(a) Assistente Social, em que o sigilo é apresentado simultaneamente como direito (artigo 15: *Constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional*) e como dever do profissional (artigo 17: *É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional*³⁴).

O artigo 20 desse último código veda ao assistente social *depor como testemunha sobre situação sigilosa do usuário de que tenha conhecimento no exercício profissional, mesmo quando autorizado* ³⁴. A exigência chama a atenção pelo fato de ser mais rigorosa que própria legislação processual e civil pátria, as quais *facultam* ao profissional, *caso o paciente o autorize*, revelar segredo por essa via obtido, embora tampouco o puna, caso ele, mesmo autorizado, não deseje fazê-lo.

No âmbito ético-jurídico, o artigo 9º da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* atua no mesmo sentido ao definir, com bastante precisão, a seguinte diretriz: *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* ³⁵.

Causas de quebra de sigilo

O imperativo do sigilo, todavia, comporta exceções. A discussão sobre a eventual necessidade de flexibilização do sigilo ganhou espaço ético-jurídico no evento que ficou conhecido como Caso Tarasoff ³⁶, ocorrido em 1969. Trata-se do caso de um estudante da Universidade da Califórnia, Prosenjit Poddar, que matou a colega Tatiana Tarasoff, tendo antes relatado sua intenção de fazê-lo ao doutor Lawrence Moore, o qual o atendera profissionalmente no *campus*. Informara, inclusive, a ocasião em que levaria adiante seu intento.

O profissional consultou seus superiores sobre se deveria ou não quebrar o sigilo nesse caso, alertando a vítima do risco, tendo a equipe deliberado por não fazê-lo, considerando o respeito ao sigilo profissional. O homicídio foi cometido, e o próprio irmão de Tatiana foi quem, inadvertidamente, abriu a porta da residência ao assassino. Os pais da vítima ingressaram com ação contra a universidade, obtendo ganho de causa.

A partir de então, assentou-se que situações envolvendo risco de vida para si ou para outrem – inclusive situações comprovadas ou suspeitas (essas com razoável fundamento) de maus-tratos contra a criança e o adolescente – e ocorrências de doença de notificação compulsória devem ser comunicadas às instâncias cabíveis e ao responsável legal. Esse

preceito fica claro, *exempli gratia*, no artigo 18 do Código de Ética do(a) Assistente Social: *A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade. Parágrafo único – A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento* ³⁴.

No que tange às situações de risco, exemplo que costuma ensejar dúvida é, muitas vezes, o conhecimento de um diagnóstico de soropositividade para o HIV, circunstância que costuma gerar grande ansiedade nos profissionais de saúde, que entendem que essa informação deve ser automaticamente comunicada não só aos parceiros sexuais, mas também aos demais colegas, pessoal de laboratório etc., a fim de prevenir o risco de contaminação desses profissionais. Veja-se, contudo, que nesse caso a quebra de sigilo não procede, vez que os cuidados adotados devem ser universais, não dependendo, portanto, dessa informação para ser efetivados, até porque a aids não é a única infecção grave transmitida pela via sanguínea, sem falar nos muitos pacientes por ela acometidos, cujo diagnóstico não vem a ser sabido durante o atendimento. Nesse sentido, é mister observar que o fato de uma doença de notificação compulsória ao órgão governamental próprio ser causa legal específica de quebra de sigilo não implica, todavia, autorização para divulgação desse fato a outrem, mesmo entre membros da equipe, salvo necessidade de tratamento, como ora mencionado. Para os servidores daquele órgão comunicado, cria-se, ao revés, o dever de agir no estrito âmbito da discrição esperada, de modo que a adoção dos cuidados e condutas epidemiológicos que motivaram a inclusão do quadro patológico entre tais situações de notificação compulsória não representem exposição desnecessária e fonte de discriminação e constrangimento ao paciente.

De certo modo, esse entendimento motivou a alteração da Resolução CFM 1.359/1992, que previa, desde logo, a expressa comunicação a parceiros sexuais e compartilhadores de seringas ³⁷, para a Resolução CFM 1.665/2003, entendida como mais condizente com a *Declaração de Madrid*, aprovada pela WMA em 1987 ³⁸. Nesse sentido, a resolução prevê a informação imediata e direta somente aos agentes de saúde para os quais esse dado tem inequívoca relevância no cuidado e tratamento do paciente, mantendo-se, portanto, também nessa circunstância, o respeito ao sigilo dos dados ³⁹.

Segundo esse rol de documentos, o direito de interesse do paciente (no âmbito da equipe) ou, em caso de terceiros, o direito daqueles para quem a informação implica risco imediato ou prévio requer, talvez, célere intervenção, a fim de evitar maiores danos, como na hipótese de indivíduos sabidamente expostos ao risco de contaminação por prática de sexo desprotegido. Ainda assim, o ideal é que se estimule o paciente a ter ele próprio a iniciativa de comunicar seus parceiros, evitando-se, com isso, a quebra do sigilo. Essa quebra somente será feita sem sua anuência, caso se verifique que, com sua conduta e resistência, o paciente está pondo em risco a integridade de outrem, o que constitui, inclusive, conduta penalmente punível, ante o intuito doloso ou culposo de contaminar terceiros.

Outra situação legal que excepciona o dever de sigilo concerne aos maus-tratos contra a criança e o adolescente, circunstância cada vez mais diagnosticada, e na qual são imprescindíveis a atenção e a ação do profissional de saúde, a fim de evitar que o menor retorne ao ciclo de violências, muitas das vezes ocorridas em sua própria residência. Para prevenir tais eventos, determina o ECA, em seu artigo 13: *Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. E, mais adiante, no artigo 245, o estatuto caracteriza, entre outras situações, como infração administrativa: Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência*⁴⁰.

Medida semelhante foi incluída também no âmbito do Estatuto do Idoso, destinando-se a coibir maus-tratos contra esse grupo, igualmente de especial vulnerabilidade. A fim de identificar tais casos, recomenda-se investigação cautelosa, mediante o exame sempre minucioso e a coleta atenta da anamnese, até mesmo ante os possíveis danos causados por leviana imputação, ainda que a previsão legal seja, propriamente, de comunicação de fundadas suspeitas, de sorte a afastar eventual delito de calúnia nessa situação. Uma vez verificada a evidência ou fundada suspeita, são pacientes que não devem ser perdidos de vista, em face da situação de risco em que se encontram, podendo ser mesmo necessária a manutenção do paciente na unidade, por

questões preventivas sociais, enquanto se aguarda a ação do Conselho Tutelar ou do Ministério Público. Nos locais onde inexistir Conselho Tutelar, a comunicação da suspeita de maus-tratos referente ao paciente menor deverá ser feita à própria Justiça da Infância e da Juventude ou ao Ministério Público Estadual⁴¹⁻⁴⁴, representando justa causa para a quebra do sigilo.

Por seu turno, as doenças de notificação compulsória, outra hipótese de quebra legal de sigilo, constam da Portaria 1.271/2014, do Ministério da Saúde⁴⁵, constituindo, ao revés, delito penal a sua não comunicação aos órgãos competentes, nos termos do artigo 269 do Código Penal: *Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa*²⁸. O caráter compulsório, nesse caso, representa excepcional restrição ao interesse do indivíduo em prol da saúde e da segurança coletivas, uma vez que se visa à eventual necessidade de intervenção no âmbito das políticas públicas em saúde.

Outras hipóteses de quebra do sigilo admitidas pela jurisprudência são a requisição judicial do prontuário e a necessidade de defesa do profissional, nos limites, porém, do que for imprescindível a tais fins, conforme a Resolução CFM 1.605/2000⁴⁶.

Sigilo post mortem

Por fim, cumpre destacar que o dever de sigilo não cessa com a morte do doente – o que abriria espaço para o debate acerca da adequação ética da atual exigência normativa de registro da *causa mortis* na certidão de óbito fornecida pelos cartórios, em que pese a inegável importância de tal registro para a saúde pública – ou por se tratar de fato de conhecimento público (art. 73 do CEM 2010²¹).

Quanto ao acesso aos dados de prontuário após o óbito do paciente, o aludido artigo 77 do CEM foi objeto de alteração pela Resolução CFM 1.997/2012, com o intuito de fazer constar em sua nova redação a seguinte vedação: *Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito*⁴⁷. O texto anterior deixava maior margem à autorização familiar, ao vedar a prestação de *informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito*, salvo por expresse consentimento do seu representante legal [destaque nosso]²¹.

Nesse contexto, entretanto, é mister destacar a recente Recomendação CFM 3/2014, a qual, por força da tutela antecipada nos autos da Ação Civil Pública 26.798-86.2012.4.01.3500, impetrada pelo Ministério Público Federal de Goiás, com interposição de agravo de instrumento, cumpriu o disposto a seguir: *Recomendar aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar no sentido de: a) fornecerem, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária; b) informarem aos pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário*⁴⁸.

Há que se reconhecer que, no mais das vezes, o paciente não tem motivo para ocultar seu prontuário de seus entes mais próximos, e que o acesso a tal documento encontra repercussão jurídica, quando há dúvidas, por exemplo, acerca da correção dos cuidados prestados ao paciente, de sorte que o sigilo absoluto seria, nesse caso, paradoxalmente contrário aos interesses do próprio paciente. Contudo, visto que o sigilo médico constitui direito personalíssimo do paciente⁴⁹, a regra deveria ser a preservação *post mortem*, sempre antecedida pelo questionamento ao paciente, quando de seu internamento, sobre se autoriza ou não o acesso de familiares ao prontuário. Do modo como foi posto no item b, ainda que resulte no mesmo efeito, depreende-se a psicológica repercussão de que a exceção é o sigilo, o que em si já suscitaria à família uma dúvida que talvez o paciente desejasse justamente evitar. Assim, mais pertinente se mostra afirmar o sigilo do prontuário e seu caráter personalíssimo como regra, ressalvado o cuidado da consulta prévia ao paciente acerca de a quem autoriza o acesso a seu prontuário em caso de perda da consciência ou *post mortem*.

Considerações finais

O sigilo é direito do paciente e dever do profissional, sobretudo no que tange às relações interpessoais na área de saúde. Sua garantia permite o exercício mais autônomo da diversidade e da individualidade, mediante a proteção contra pressões externas eventualmente coercitivas, com vistas à equalização majoritária ou mesmo minoritária,

representativa do meio social. Somente com o respeito efetivo ao sigilo, em muitos casos será possível obter consentimento de fato livre, após o devido esclarecimento, cabendo unicamente ao paciente julgar suas próprias circunstâncias, sem o temor da repercussão que suas decisões pessoais em saúde possam ter em seu meio.

Reitera-se que devem guardar sigilo todos os que tiverem acesso a dados pessoais do paciente, tanto na esfera da prestação profissional quanto no âmbito do ensino e da pesquisa. O sigilo deve ser mantido, inclusive, e na medida do possível – quer dizer, salvaguardados os casos de risco à vida ou de risco grave à integridade – no caso de paciente menor que detenha, todavia, a capacidade de conduzir-se na situação por seus próprios meios.

Isso porque, no âmbito jurídico, o sigilo se associa aos direitos constitucionais da intimidade e da privacidade, reconhecidos como fundamentais no ordenamento pátrio, seguindo a linha dos direitos humanos no âmbito internacional e com repercussão na legislação infraconstitucional, inclusive os códigos deontológicos. As exceções ao dever de sigilo são específicas, consistindo, segundo as disposições éticas e legais, no risco de vida para si ou para outrem e nos casos legalmente estipulados, como as doenças de notificação compulsória e as suspeitas de maus-tratos contra incapazes ou indivíduos particularmente vulneráveis.

É de se recordar, ainda nessa senda, que o prontuário pertence ao paciente, e que a unidade de saúde funciona apenas como guardiã. Dessa maneira, seu acesso não deve ser franqueado nem a seguradoras nem a outros profissionais de saúde não relacionados ao tratamento, e tampouco a familiares, a menos que o paciente, quando capaz, houver por bem autorizá-lo. No caso do paciente incapaz, a decisão cabe a seus responsáveis legais. Por fim, o dever profissional de sigilo não se encerra com a morte do paciente nem por se tratar de fato público ou referente a pessoa pública, ainda que se possa discutir a flexibilização do acesso, quando expressamente autorizado pelo paciente ou em caso de suspeita de má prática profissional interveniente na *causa mortis*.

De todo o exposto, conclui-se que, no tocante ao paciente, a garantia do sigilo funciona não apenas como fator de adesão ao tratamento, pela confiança depositada nos profissionais, mas também como espaço para a manifestação mais fidedigna da autonomia, representando mecanismo protetivo para o próprio exercício da liberdade. Isso porque o paciente, seguro de que seus dados médicos não serão

divulgados senão mediante sua autorização, sente-se mais livre para expressar suas peculiaridades e seu particular modo de pensar, tomando suas de-

cisões em saúde sem o temor do julgamento ou da repressão externa acerca dos aspectos mais íntimos de sua personalidade.

Referências

1. Quintana, M. Espelho mágico. Rio de Janeiro: Globo; 2005. Da discrição [poema].
2. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2000.
3. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.
5. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1999. p. 269-84.
6. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direito dos pacientes, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
7. Carvalho JCM. Responsabilidade civil médica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Destaque; 2002.
8. Cunha L, Patrício ZM. Confidencialidade e privacidade em planos de saúde. Rev. Bioética. 2008;16(1):141-54.
9. Abreu CBB, Fortes PAC. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(2):299-308.
10. Costa Jr. PJ. O direito de estar só: tutela penal da intimidade. 2ª ed. São Paulo: RT; 1995.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. [Internet]. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [acesso 22 dez 2014]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Neves MCP, coordenadora. Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics [policy statement]. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics. 1995;95(2):314-7.
14. Canadian Pediatric Society. [Internet]. Bioethics Committee. Treatment decisions for infants and children. CMAJ. 1986; [acesso 22 dez 2014];135(5):447-8. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1491550/pdf/cmaj00125-0033.pdf>
15. Rowine HB. Task Force on Pediatric Research, Informed consent and medical ethics. Pediatrics. 1976;57(3):414-6.
16. Sigman G, Silber TJ, English A, Epner JE. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health. 1997;21(6):408-15.
17. Taquette SR. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. Adolesc Saude. 2010;7(1):6-11.
18. Saito MI, Leal MM, Silva EV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. Pediatría. 1999;21(2):112-6.
19. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. Bioética. 1998;6(1):51-4.
20. Huneus A. Ética, sexualidad y adolescencia. Medwave. [Internet]. 2002 [acesso 21 ago 2015];2(8):e1291. Disponível: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/2002sogia1/1291>
21. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. 2009 [acesso 22 dez 2014]. Disponível: <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra.asp>
22. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. 1988 [acesso 22 dez 2014]. Disponível: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm
23. Torreão L, Villas-Bôas ME. Aspectos ético-legais na consulta pediátrica. In: Silva LR, organizador. Diagnóstico em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 54-62.
24. Torreão L, Villas-Bôas ME. Aspectos éticos e legais na emergência. In: Silva LR, Mendonça DR, Moreira DEQ, organizadores. Pronto atendimento em pediatria. vol. 1. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 180-96.
25. Organização das Nações Unidas. [Internet]. Resolução 217 A (III). Declaração Universal de Direitos Humanos, 1948. [acesso 22 dez 2014]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>
26. World Medical Association. [Internet]. International Code of Medical Ethics. 2006 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>
27. Brasil. Senado Federal. [Internet]. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União, v. 126, nº 191-A, p. 1-32, 5 out 1988. Seção 1. 1988 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm

28. Brasil. Presidência da República. [Internet]. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. 1940 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm
29. Brasil. Presidência da República. [Internet]. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. 1941 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm
30. Brasil. Presidência da República. [Internet]. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. 2002 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm
31. Brasil. Presidência da República. [Internet]. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. 1973 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869.htm
32. Conselho Federal de Enfermagem. [Internet]. Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
33. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [Internet]. Resolução nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. 2013 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/fisioterapia/codigo-de-etica.html>
34. Brasil. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2012.
35. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. [Internet]. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: Unesco; 2006 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
36. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 26, 543.
37. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.359, de 11 de novembro de 1992. (Revogada pela Resolução CFM nº 1.665/2003). 1992 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm
38. Associação Médica Mundial. Declaração de Madrid. 1987. [acesso 28 ago 2015]. Disponível: http://www.malthus.com.br/mg_total.asp?id=157#set
39. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.665, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (Aids) e soropositivos. 2003 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm
40. Brasil. Presidência da República. [Internet]. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
41. Cury M. Estatuto da criança e do adolescente anotado. 3ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2002.
42. Cury M, Silva AFA, Mendez EG, coordenadores. Estatuto da criança e do adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais. 5ª ed. São Paulo: Malheiros; 2002.
43. Elias RJ. Comentários ao estatuto da criança e do adolescente. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
44. Tavares JF. Comentários ao estatuto da criança e do adolescente. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2005.
45. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [acesso 21 maio 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
46. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.605, de 15 de setembro de 2000. 2000 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2000/1605_2000.htm
47. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Resolução CFM nº 1.997, de 10 de agosto de 2012. Altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. 2012 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1997_2012.pdf
48. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. Recomendação CFM nº 3, de 28 de março de 2014. 2014 [acesso 23 dez 2014]. Disponível: http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/3_2014.pdf
49. Bittar CA. Os direitos da personalidade. Rio de Janeiro: Forense; 2001.



Recebido: 8.10.2014

Revisado: 6. 5.2015

Aprovado: 23. 5.2015