

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE
EM DIFERENTES CENÁRIOS CLÍNICOS:
COMPORTAMENTOS E JUSTIFICATIVAS
DE UM GRUPO DE JOVENS
UNIVERSITÁRIOS DE PORTO ALEGRE**

JUSSARA DE AZAMBUJA LOCH

TESE DE DOUTORADO

Porto Alegre, Brasil

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:
PEDIATRIA

**PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE
EM DIFERENTES CENÁRIOS CLÍNICOS:
COMPORTAMENTOS E JUSTIFICATIVAS
DE UM GRUPO DE JOVENS
UNIVERSITÁRIOS DE PORTO ALEGRE**

JUSSARA DE AZAMBUJA LOCH

Orientador: Dr. José Roberto Goldim

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil

2007

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L812p Loch, Jussara de Azambuja

Privacidade e confidencialidade em diferentes cenários clínicos: comportamentos e justificativas de um grupo de jovens universitários de Porto Alegre / Jussara de Azambuja Loch; orient. José Roberto Goldim. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

f.:199 graf. il. tab. Inclui dois artigos de periódicos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Área de concentração: Bioética.

1. COMUNICAÇÃO SIGILOSA. 2. ADOLESCÊNCIA. 3. RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE. 4. BIOÉTICA. 5. REVELAÇÃO. 6. ESTUDANTES. 7. ESTUDOS TRANSVERSAIS. 8. QUESTIONÁRIOS. 9. PESQUISA QUALITATIVA. 10. PESQUISA COMPORTAMENTAL. I. Goldim, José Roberto. II.Título.

C.D.D. 616.00835

C.D.U. 614.253-053.67:17.021.1(816.5)(043.2)

N.L.M. W 700

AGRADECIMENTOS

A meu pai, José Brito de Azambuja, credito o mérito de ensinar-me os princípios de retidão e honestidade que balizam minha vida e conduta.

Tive o privilégio de conviver com quatro genuínos mestres. Em primeiro lugar, minha mãe, Cloé Reis de Azambuja. Não apenas no papel maternal, que pressupõe a arte de ser uma educadora, mas também como minha primeira professora, ensinando-me a ler e escrever.

Já na Faculdade de Medicina, indecisa quanto ao meu futuro profissional, o encontro com o Dr. Genes Paulo Bersch, renomado pediatra e professor, me inspirou na difícil e fascinante tarefa de cuidar de crianças e adolescentes.

Anos depois, dividindo meus interesses entre a Pediatria e a Bioética, foi-me dada a rara oportunidade de ser aluna de dois magníficos professores, Dr. Joaquim Clotet e Dr. Diego Gracia, responsáveis por minha formação nesta área.

De todos eles, procuro seguir as qualidades pessoais e docentes, quase impossíveis de atingir.

Em meio aos percalços para finalizar meu doutorado, três médicos foram fundamentais, ajudando-me a recuperar a saúde e possibilitando esta conquista: Dr. Antonio Luiz Frasson, Dr. Carlos Henrique Barrios e Dr. Fernando Lejderman.

É sempre difícil encontrar as palavras adequadas para agradecer convenientemente a um professor orientador. Desta forma, com um modesto muito obrigado, quero homenagear o Dr. José Roberto Goldim por ter me acompanhado e orientado nesta tese.

Agradeço também o trabalho competente da Dra. Lucia Campos Pellanda, na análise estatística, da Bibliotecária Rosária Maria Lúcia Prena Geremia, na organização das referências, e da Secretária Executiva Aline Gonçalves dos Santos, na formatação deste trabalho.

Recebi a ajuda de muitos colegas da PUCRS, especialmente do Dr. Gabriel José Chittó Gauer que, além de companheiro de trabalho e docência, mostrou-se um amigo em todas as horas.

No plano pessoal, não há dúvida de que sem o desprendimento, a compreensão e o estímulo de minha família, não haveria condições para cumprir esta tarefa.

A meu marido Luiz Fernando agradeço pelo companheirismo e afeto nestes muitos anos de vida em comum e pela presença constante não só nos bons, mas, principalmente, nos momentos mais turbulentos.

A meus queridos filhos, Fernanda e Eduardo, gostaria de ratificar meu amor incondicional e meu orgulho.

Finalmente, presto uma homenagem aos anônimos universitários que, ao colaborarem como sujeitos desta pesquisa, me proporcionaram uma visão alentadora de sua geração.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 JUSTIFICATIVA	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
3.1 ADOLESCÊNCIA	7
3.1.1 Adolescência: um fenômeno, várias definições.....	7
3.1.2 Desenvolvimento da personalidade: a procura de uma identidade.....	10
3.1.2.1 Estabelecimento da independência: o eu.....	13
3.1.2.2 Ajustamentos da sexualidade e o papel de sexo: o gênero.....	15
3.1.2.3 Estabelecimento e manutenção das relações sociais: os pares	18
3.1.2.4 Determinação do papel vocacional: a missão	19
3.1.3 Desenvolvimento intelectual: a ampliação da consciência	22
3.1.3.1 Cognição: abstração e idealismo.....	23
3.1.3.2 Egocentrismo: a fábula pessoal e a audiência imaginária	25
3.1.3.3 Desenvolvimento moral: autonomia e responsabilidade.....	26
3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA	38
3.2.1 Atenção Integral à saúde do adolescente: bases conceituais.....	38
3.2.2 Situações de risco: os conceitos de risco e de resiliência.....	41
3.2.3 Morbimortalidade na adolescência e juventude.....	44
3.2.3.1 Situação dos jovens na América Latina.....	44
3.2.3.2 Situação dos jovens brasileiros	46
3.3 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE.....	48
3.3.1 Privacidade e confidencialidade: conceituação	48
3.3.2 Natureza da confidencialidade no contexto assistencial: do segredo à confiança.....	53
3.3.2.1 Confidencialidade como exigência moral do médico: o segredo	53
3.3.2.2 Privacidade e confidencialidade como pressupostos da relação clínica: a confiança..	59
3.3.3 Limites éticos para a quebra da confidencialidade	61
3.4 CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE.....	65
3.4.1 Aspectos relevantes da confidencialidade na assistência à saúde do adolescente.....	65
3.4.2 Capacidade dos adolescentes para tomar decisões sanitárias.....	67
3.4.3 Manejo da confidencialidade na assistência ao adolescente	71

3.4.3.1 Favorecer o desenvolvimento da autodeterminação do paciente.....	71
3.4.3.2 Avaliar objetivamente a competência para tomar decisões sanitárias	72
3.4.3.3 Evitar a excessiva interferência dos pais	73
3.4.3.4 Servir os melhores interesses do paciente	73
4 OBJETIVOS	75
4.1 OBJETIVO GERAL	75
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
5 MÉTODO.....	76
5.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	76
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	77
5.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	77
5.4 COLETA DOS DADOS	79
5.4.1 Local da coleta de dados.....	79
5.4.2 Forma da coleta dos dados.....	79
5.4.3 Armazenamento dos dados.....	80
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	80
5.5.1 Análise quantitativa.....	80
5.5.2 Análise qualitativa.....	81
5.6 INSTRUMENTO DA PESQUISA	81
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
6.1 APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	85
6.2 CONFIDENCIALIDADE	85
6.3 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
7 RESULTADOS	87
7.1 DESCRIÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO	87
7.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE	90
7.2.1 Tipo de assistência utilizada pelos jovens nos últimos dois anos.....	90
7.2.2 Tipo de previdência utilizada para a assistência	91
7.2.3 Sentimentos dos jovens em relação à consulta médica	92
7.3 CONFIDENCIALIDADE	94
7.3.1 Conceito subjetivo de confidencialidade.....	94
7.3.2 Adolescência como fator de interferência na manutenção do segredo médico	95

7.3.3	Informações sobre confidencialidade durante uma consulta médica.....	96
7.4	SITUAÇÕES CLÍNICAS.....	96
7.4.1	Características do atendimento clínico de uma infecção respiratória	96
7.4.2	Características do atendimento clínico de uma doença sexualmente transmissível	98
7.4.3	Características do atendimento clínico de orientações sobre sexo seguro e anticoncepção	99
7.4.4	Características do atendimento clínico na dependência ao consumo de drogas.....	100
7.4.5	Características do atendimento clínico de um transtorno mental	101
7.5	COMPARAÇÕES ENTRE AS SITUAÇÕES CLÍNICAS.....	103
8	ANÁLISE QUALITATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	106
8.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	106
8.2	QUEM SÃO OS JOVENS ESTUDADOS	108
8.3	DE COMO OS JOVENS UTILIZAM A ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	109
8.3.1	Que jovens costumam fazer consultas preventivas.....	109
8.3.2	Quem são os profissionais que assistem os jovens estudados.....	110
8.3.3	Que tipo de previdência utilizam os jovens do estudo	111
8.3.4	Quais os sentimentos dos jovens em relação à consulta médica	111
8.4	DE COMO OS JOVENS ENTENDEM A CONFIDENCIALIDADE.....	112
8.4.1	O conceito subjetivo de confidencialidade.....	112
8.4.2	Reconhecimento da confidencialidade como um “direito-dever”	116
8.4.3	A confidencialidade no contexto assistencial dos jovens estudados.....	119
8.5	DA QUESTÃO DE SER JOVEM E SUA RELAÇÃO COM A CONFIDENCIALIDADE.....	120
8.5.1	A juventude como fator de interferência na manutenção do segredo médico	120
8.5.2	Reconhecimento dos limites da utilização da confidencialidade na relação clínica.....	123
8.6	DA QUESTÃO DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE	124
8.6.1	A participação da família no contexto assistencial do jovem.....	124
8.6.2	O papel especial das mães como fonte de cuidados na situação de doença	125
8.6.3	O papel do grupo de pares nas questões de assistência à saúde	126
8.7	DOS COMPORTAMENTOS E JUSTIFICATIVAS EM DIFERENTES CENÁRIOS CLÍNICOS	127
8.7.1	Mudanças de comportamento em relação ao local de assistência	129
8.7.2	A necessidade de um relacionamento prévio como pressuposto para a escolha do profissional.....	132
8.7.3	Mudanças de comportamento no modo de ir consultar sozinho ou acompanhado.....	134
8.7.4	Situações clínicas que os jovens admitem compartilhar com a família	135
8.7.4.1	O comportamento na consulta por transtorno mental	136

8.7.4.2 O comportamento na consulta por uso de drogas.....	136
8.7.5 Da percepção do jovem sobre o que deve ser considerado íntimo e privado.....	139
8.7.5.1 O comportamento na consulta de orientação para sexo seguro e anticoncepção	139
8.7.5.2 O comportamento na consulta por doença sexualmente transmissível	142
9 CONCLUSÕES.....	148
REFERÊNCIAS.....	150
ANEXOS	162
ANEXO 1 - INSTRUMENTO DA PESQUISA	163
ANEXO 2 - JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO VERBAL DOS SUJEITOS DE PESQUISA	168
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	170
ANEXO 4 - RESULTADOS QUALITATIVOS: INTERPRETAÇÃO SUBJETIVA DO CONCEITO DE CONFIDENCIALIDADE.....	171
ANEXO 5 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA NÃO BUSCAR ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	172
ANEXO 6 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA IR DESACOMPANHADO Á CONSULTA	174
ANEXO 7 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA CONSULTAR NO SERVIÇO PARA ADOLESCENTES	176
ANEXO 8 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO ASSUNTO DA TESE	178
ANEXO 9 - ARTIGO - CONFIDENCIALIDADE: NATUREZA, CARACTERÍSTICAS E LIMITAÇÕES NO CONTEXTO DA RELAÇÃO CLÍNICA.....	179
ANEXO 10 - ARTIGO - PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE: PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DE UM GRUPO DE 711 UNIVERSITÁRIOS	193

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Tendência a consultar em serviço especializado para adolescente nas diferentes situações clínicas	131
FIGURA 2 - Tendência a preferir um médico conhecido em relação a um desconhecido nas diferentes situações clínicas	132
FIGURA 3 - Tendência à escolha pessoal do médico em relação ao médico indicado pelos familiares ou amigos nas diferentes situações clínicas	134
FIGURA 4 - Tendência a ir consultar desacompanhado em relação às demais alternativas de companhia nas diferentes situações clínicas	135
FIGURA 5 - Tendência à confidencialidade da informação nas diferentes situações clínicas	146

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Relação entre o número de universitários matriculados em março de 2000 e o número de jovens incluídos no estudo por faculdade e gênero	87
TABELA 2 - Relação entre idade e gênero dos jovens pesquisados	88
TABELA 3 - Distribuição dos jovens por faculdade, gênero e média de idade.....	88
TABELA 4 - Fontes de renda pessoal.....	89
TABELA 5 - Relação entre faculdade cursada e com quem mora	90
TABELA 6 - Frequência dos médicos consultados em relação com o gênero dos jovens pesquisados	91
TABELA 7 - Utilização de plano de saúde privado por curso	92
TABELA 8 - Sentimentos dos jovens ao consultar um médico	93
TABELA 9 - Interpretações do significado do termo confidencialidade.....	95
TABELA 10 - Adolescência como fator de interferência no segredo médico	95
TABELA 11 - Argumentos utilizados para justificar que o fato de ser jovem não interfere no segredo das informações coletadas durante uma consulta médica	95
TABELA 12 - Argumentos utilizados para justificar que o fato de ser jovem interfere no segredo das informações coletadas durante uma consulta médica	96
TABELA 13 - Locais de atendimento para uma infecção respiratória	97
TABELA 14 - Indicação do médico para atendimento de uma infecção respiratória	97
TABELA 15 - Características do acompanhamento ao atendimento de uma infecção respiratória.....	97
TABELA 16 - Locais para atendimento de uma doença sexualmente transmissível	98
TABELA 17 - Indicação do médico para atendimento de uma doença sexualmente transmissível	98
TABELA 18 - Características do acompanhamento ao atendimento de uma doença sexualmente transmissível	99

TABELA 19 - Locais para atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção .	99
TABELA 20 - Indicação do médico para atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção	100
TABELA 21 - Características do acompanhamento ao atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção.....	100
TABELA 22 - Locais para atendimento da dependência ao consumo de drogas.....	1001
TABELA 23 - Indicação do médico para atendimento da dependência ao consumo de drogas	101
TABELA 24 - Características do acompanhamento ao atendimento da dependência ao consumo de drogas.....	101
TABELA 25 - Locais para atendimento de um transtorno mental	102
TABELA 26 - Indicação do médico para atendimento de um transtorno mental	102
TABELA 27 - Características do acompanhamento ao atendimento de um transtorno mental.....	102
TABELA 28 - Comparações entre os locais escolhidos para atendimento das diferentes situações clínicas.....	103
TABELA 29 - Comparações entre as indicações do médico para atendimento das diferentes situações clínicas.....	103
TABELA 30 - Comparações das características do médico escolhido para atendimento das diferentes situações clínicas.....	104
TABELA 31 - Intenção de ir sozinho ou acompanhado à consulta nas diferentes situações clínicas	104
TABELA 32 - Comparações das preferências por acompanhamento às consultas nas diferentes situações clínicas.....	105
TABELA 33 - Familiar preferido como acompanhante para a consulta	105
TABELA 34 - Reconhecimento por parte dos universitários da confidencialidade como dever do médico e/ou como direito do paciente por faculdade cursada	117

TABELA 35 - Situações em que o médico poderia ou deveria revelar informações não autorizadas à família do jovem	127
TABELA 36 - Justificativas espontâneas para não buscar assistência médica nas diversas situações pesquisadas	173
TABELA 37 - Justificativas espontâneas para ir desacompanhado à consulta nas diversas situações pesquisadas	175
TABELA 38 - Justificativas espontâneas para consultar em um serviço especializado em adolescentes nas diversas situações pesquisadas	177

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Características principais das etapas da adolescência	9
QUADRO 2 - Estágios do desenvolvimento moral segundo Kohlberg.....	30
QUADRO 3 - Estágios do desenvolvimento do ego de Loevinger	34
QUADRO 4 - Quadro comparativo entre as propostas de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Jane Loevinger e Elliot Turiel sobre o desenvolvimento psicológico e moral....	36
QUADRO 5 - Resumo dos desenvolvimentos paralelos durante a adolescência.....	38
QUADRO 6 - Planejamento da pesquisa	78
QUADRO 7 - Categorização das interpretações espontâneas dos jovens para o conceito de confidencialidade na assistência à saúde. (Análise de texto – busca de isotopias).....	171
QUADRO 8 - Categorização das justificativas espontâneas dadas pelos jovens para não buscar assistência médica para as diversas situações pesquisadas. (Análise de texto – busca de isotopias).....	172
QUADRO 9 - Categorização das justificativas espontâneas dadas pelos jovens para irem desacompanhados à consulta para as diversas situações pesquisadas. (Análise de texto – busca de isotopias).....	174
QUADRO 10 - Categorização das justificativas dadas pelos jovens para buscar assistência em serviço especializado para adolescentes nas diversas situações pesquisadas. (Análise de texto – busca de isotopias).....	176

RESUMO

Objetivo: conhecer as opiniões, comportamentos e justificativas de um grupo de universitários sobre o grau de privacidade que consideram adequado em vários cenários clínicos e em quais destas situações admitem a quebra de confidencialidade.

Método: O estudo tem delineamento transversal, descritivo, de caráter populacional, utilizando metodologia qualitativa e quantitativa. Um questionário anônimo sobre a confidencialidade na assistência à saúde foi respondido por 711 universitários. O fator em estudo foi o reconhecimento dos limites éticos à confidencialidade e o desfecho avaliado foi a admissão da quebra de confidencialidade e suas justificativas, em situações clínicas frequentes na morbidade desta faixa etária. A análise estatística utilizou o EpiInfo 6.04 e Microsoft Excel, 1997 e os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo de texto. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/PUCRS, sob o registro n. 00/805, em 31 de outubro de 2000.

Resultados: 82% dos jovens identificam a situação ideal de revelação mediante a autorização do paciente, diferenciando-a das demais formas de quebra de confidencialidade. Em relação a revelações não autorizadas, a maioria admite a quebra do segredo nas situações de ideação suicida (85%), violência (84,2%), abuso sexual (81,7%), anorexia nervosa (81,3%), riscos à vida de terceiros (72,3%) e em HIV/AIDS (57,9%); estão indecisos quanto à revelação no caso de drogadição (51,7%) e tendem a não aceitá-la em situações de DST (44,7%), gravidez (33,6%), homossexualidade (20,7%) e vida sexual ativa (15,6%).

Conclusões: Os jovens interpretam a confidencialidade através de um forte componente deontológico, traduzido pela vinculante obrigação do médico com o segredo da informação, que predomina sobre o reconhecimento do direito do paciente à privacidade. Partindo do pressuposto que o segredo das informações compartilhadas é fundamental para a moralidade interna da profissão médica, os jovens inclinam-se a considerar a confidencialidade obrigatória no relacionamento com o profissional de saúde, ao mesmo tempo em que compreendem suas limitações éticas. Estabelecendo graus diferentes sobre o valor da confidencialidade no contexto assistencial, aceitam que as informações sejam comunicadas a

terceiros quando houver autorização do paciente. Em situações clínicas específicas, admitem a possibilidade da quebra de confidencialidade quando existe envolvimento de riscos à sua própria vida e à de terceiros, porém dificilmente a aceitam nos aspectos referentes a sua sexualidade. A preservação da privacidade - representada pelo fato de preferirem ir sozinhos à consulta – é predominante nas consultas de orientações para a prática de sexo seguro e anticoncepção ou por suspeita de doença sexualmente transmissível, mas, nas situações de uso de drogas e transtorno mental, reconhecem a necessidade de serviços especializados em atendimento ao adolescente e da presença da família para suporte e apoio. A análise das justificativas para estes comportamentos frente às situações propostas permite concluir que os sujeitos pesquisados consideram importante um ambiente confidencial no cenário clínico. Esperam, inclusive que seus médicos saibam avaliar as situações em que eles precisam de auxílio familiar, discutindo esta alternativa com eles, enquanto pacientes, sinalizando indiretamente para a correta utilização de um processo de consentimento informado na questão da revelação de informações sensíveis para a família.

Descritores: Adolescência; privacidade; comunicação sigilosa;

SUMMARY

Background: To understand the opinions, behavior and justifications of a group of college students about the degree of privacy considered appropriate in several clinical settings and in which situations breach of confidentiality is admitted.

Method: The study had a transversal, descriptive and qualitative-quantitative design. An anonymous questionnaire about confidentiality in clinical settings was answered by 711 college students. We studied recognition of the ethical criteria for confidentiality limitation, and in which situations, common in adolescent morbidity, disclosure of this information is admitted or justified. Data analysis used Epi-Info 6.04 and Microsoft Excel, 1997. Qualitative data was submitted to content analysis. The research was approved by PUCRS' IRB, n. 00/805, in October 31, 2000.

Results: the ideal situation for disclosing information was considered by 82% of the adolescents as the previous granting of authorization, which differs from others forms of breaching confidentiality. In cases of non-authorized disclosure, most of them admitted that in case of suicidal ideation (85%), violence (84.2%), sexual abuse (81.7%), nervous anorexia (81.3%), risks of live to third parties (72.3%) and HIV/AIDS (57.9%). Half of them agreed to it in drug abuse (51.7%); and they hardly accepted it in situations of STD (44.7%), pregnancy (33.6%), homosexuality (20.7%) and sexual activity (15.6%).

Conclusions: Participants understand confidentiality as a strong normative and deontological concept, as a stringent medical obligation with the secrecy of information, which predominates upon the patient's right for privacy: being fundamental to the internal morality of the medical profession, confidentiality was considered compulsory in doctor-patient relationship, but participants are able to understand its ethical limitations. Participants assigned different grades to the value of confidentiality in their health care, accepting that information may be disclosed to others when the patient authorizes it. They admitted breaching confidentiality in some clinical situations. The higher the risk to their integrity, the easier it was to them to admit non-authorized disclosure of information, however in aspects related to their sexuality disclosure is practically denied. The preservation of privacy –

represented by the fact of being alone during consultation – prevails in clinical situations of orientation for safe sex, contraceptives or STD. They recognize the need for specialized services on adolescent health and family support in case of drug abuse or mental illness. Confidentiality was the main reason for acting differently in each situation, and the participants expect to discuss with their doctors the disclosure of information to their families through an adequate process of informed consent.

Key words: Adolescent behavior; privacy; confidentiality;

1 INTRODUÇÃO

No final do século dezenove, os juristas norte-americanos Brandeis e Warren¹ definiram privacidade como “o direito a ser deixado só” (ALDERMAN e KENNEDY, 1995; SÁNCHEZ URRUTIA, 2003). A simplicidade desta conceituação, que se tornou clássica no direito anglo-saxão, resume aquilo que a maioria das pessoas pensam a respeito de sua própria intimidade e de um direito intuitivo de privacidade. Nesta esfera privada situa-se um mundo pessoal onde, de acordo com a vontade de cada um, estão protegidos do acesso de terceiros, o pensamento criativo, o núcleo familiar alicerçado em valores próprios, o sentimento de sentir-se em segurança dentro de seu próprio lar, a capacidade e a liberdade de autodeterminação, permitindo que cada um mantenha certos fatos em segredo, em um ato de apropriação de si mesmo.

Assim, a privacidade enquanto “uma dimensão da liberdade de cada um, a qual impede a intrusão em questões de caráter pessoal por parte do governo, de corporações ou indivíduos” (CAMPBELL *et al.*, 1997) está fundamentada no princípio jurídico de inviolabilidade da personalidade e constitui-se em direito de todo ser humano, amparado por Tratados Internacionais e, no Brasil, pela Constituição Federal e Código Civil, além de outros textos legais, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2004; 2003 e 1994).

Dentre os âmbitos em que pode ser desmembrada a privacidade, interessa focar dois: o da autonomia pessoal e aquele vedado aos demais. A autonomia pessoal, quando analisada em relação aos direitos de privacidade, diz respeito a tomar certas decisões livremente no contexto da vida privada, promovendo a identidade individual e protegendo a imagem, o patrimônio moral e o direito à honra de cada pessoa. Quando tomada como o âmbito de vedar aos demais certos fatos, sentimentos e atitudes, garante também um direito à intimidade corporal e à decisão de quais informações sobre si mesma a pessoa gostaria de manter em segredo.

Ao procurar auxílio médico, os pacientes geralmente revelam informações pessoais e sigilosas, consentindo numa perda de privacidade. Em contrapartida, eles esperam uma

¹Louis D. Warren e Samuel D. Brandeis escreveram, em 1890, um artigo intitulado *The right to privacy*, que se tornou famoso naquele país e no qual popularizaram a definição do direito à intimidade como *the right to be left alone* (Alderman e Kennedy, 1995; Sánchez Urrutia, 2003).

garantia por parte do profissional de manutenção destas informações em segredo. Esta comunicação de informações pessoais sob sigilo ou segredo, dependendo não só do conteúdo da informação, mas também do contexto de sua revelação e da natureza do relacionamento das pessoas envolvidas é definida por Winslade (1995) como confidencialidade. Intimamente relacionada a valores normativos, esta expectativa de privacidade se constrói sobre uma relação de mútua compreensão e verdade. Sua natureza confidencial é aceita pelos médicos como da maior importância e é exigida pela sociedade como forma de proteção (FRANÇA, 1994). É mediante esta promessa de privacidade que se dá o encontro clínico, levando os pacientes a procurar auxílio profissional quando necessitam, sem medo de repercussões nas esferas econômica ou social que possam resultar de seu estado de saúde, como esclarecem Francisconi e Goldim (1998).

É fácil entender como, no cenário assistencial, estas questões podem adquirir significado ainda mais amplo quanto se trata do atendimento à saúde de adolescentes e jovens.

Irwin *et al.* (1996) afirmam que as profundas mudanças somáticas, psicológicas, sociais e legais da adolescência dificultam a conceituação desta etapa do ciclo vital. Para as Nações Unidas, os indivíduos com idade entre 15 e 24 anos devem ser aglutinados sob o termo *juventude*² devido a uma série de aspectos comuns que permitem apreender a própria idéia de juventude: características biológicas, traços culturais marcantes e ingresso no mercado de trabalho (CHAVES JÚNIOR, 1999). A *Society for Adolescent Medicine* (1995) normatizou a abrangência desta especialidade, estabelecendo que a assistência, a pesquisa e a capacitação de profissionais de saúde deve abranger todos os eventos relacionados a pessoas cuja idade vai dos 10 aos 25 anos, abarcando, portanto, adolescentes e jovens.

Estes são grupos etários altamente vulneráveis a problemas decorrentes da adoção de comportamentos de risco, como a experimentação com a sexualidade emergente, a condução de veículos automotores, as experiências com drogas lícitas e ilícitas e as condutas desafiantes aos padrões sociais vigentes (ENGLISH *et al.*, 1998). Sua morbimortalidade está condicionada, quase que exclusivamente, pelas chamadas causas externas que, em certa medida, são consideradas preveníveis mediante intervenções educativas, preventivas e assistenciais.

Na América do Norte, as pesquisas na área estimam que um em cada cinco adolescentes tem pelo menos um problema grave de saúde e um em cada quatro está em risco

² Neste trabalho, usaremos preferencialmente a terminologia 'jovem' para identificar a população do estudo, mesmo levando em consideração que a média de idade dos participantes é de 18,84 anos, o que poderia situá-los, enquanto grupo, no limite etário da adolescência.

para o fracasso escolar, delinquência, início precoce de vida sexual ativa sem proteção adequada e abuso de drogas lícitas e ilícitas (KLEIN *et al.*, 1992).

Os jovens gaúchos possuem um perfil de morbidade e mortalidade semelhante àquele dos países desenvolvidos: estatísticas oficiais da Secretaria Estadual de Saúde apontam que 75% das mortes ocorridas entre 15 e 29 anos de idade são por causas externas, incluindo acidentes, homicídios e suicídios (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Os acidentes de trânsito e de trajeto são, entre estas causas, o motivo mais freqüente de óbitos (47%) sendo que em 63% das vezes o jovem envolvido no acidente está na situação de motorista. Entre as violências, as lesões intencionais (delitos e agressões) são a segunda causa de morte por causas externas nesta faixa etária, e a violência sexual atinge cerca de 15/100 000 habitantes do gênero feminino, entre 15 e 19 anos de idade (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Vários trabalhos demonstram como estes eventos mantêm estreita relação com os comportamentos de risco, especialmente o consumo de álcool e outras drogas.

As múltiplas causas - biológicas, emocionais e sociais - deste variado cenário de agravos deram origem à expressão *nova morbidade* (HAGGERTY, 1968) para definir estas questões, sinalizando que o atendimento desta realidade necessita de uma abordagem distinta do padrão clínico habitual, assumindo um caráter de multidisciplinaridade, que auxilie na modificação dos comportamentos de risco e promova hábitos saudáveis de vida.

A Organização Mundial de Saúde reconhece que a saúde dos jovens é um elemento básico para o desenvolvimento dos países da América Latina, pela crescente participação numérica e proporcional desta faixa etária na população geral, condicionada pela ampliação do período de juventude ao prolongar-se a educação, pelas mudanças sociais e pelos crescentes problemas que os jovens apresentam (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1985 e 1990).

Esta vulnerabilidade social e de saúde, estreitamente relacionada aos processos de desenvolvimento próprios da faixa etária, demanda programas específicos de atenção integral à saúde dos jovens (ENGLISH *et al.*, 1998). No entanto, estudos demonstram que há diversas áreas críticas que necessitam ser desenvolvidas e melhoradas para que o acesso dessa população aos serviços de saúde seja efetivo. Entre elas temos: disponibilidade, visibilidade, qualidade, destinação de recursos, flexibilidade, multidisciplinaridade e, também, confidencialidade (KLEIN *et al.*, 1992).

Para enfatizar a importância da confidencialidade neste contexto é necessário destacar que o principal motivo para que os jovens retardem ou desistam de buscar assistência para seus problemas de saúde é, justamente, o receio de que as informações geradas durante uma consulta médica – e que eles desejam manter protegidas - sejam reveladas à família sem a sua autorização (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1993; FELICE *et al.*, 1999). Este desejo dos jovens por confidencialidade é mais amplo e complexo do que a simples vontade de não revelar informações para os pais ou familiares. Da mesma forma que os adultos, eles anseiam por privacidade em sua relação com profissionais de saúde, em decorrência do processo de individuação que é parte do desenvolvimento normal da adolescência e da construção de sua autonomia moral.

Também os conceitos de necessidades e de direitos dos indivíduos considerados menores perante a lei introduzem conflitos e desafios na questão da capacidade para a tomada de decisões nos cuidados com a saúde, pois as regras atuais que definem o consentimento e a confidencialidade não respondem ao singular estado de desenvolvimento cognitivo e de maturação psicossocial dos adolescentes de hoje, na medida que, cada vez mais, mostram-se capazes de exercer escolhas racionais e de consentir livre e esclarecidamente nas questões de saúde, ainda que por diversas razões - como a inexperiência e a dependência financeira - necessitem suporte e orientação por parte de seus pais ou de outros adultos. O reconhecimento desta crescente autonomia pode interferir de maneira positiva no relacionamento com seus cuidadores e a atitude de valorizar a confidencialidade das informações partilhadas representa uma contribuição concreta para a melhoria da prática médica, pois, como esclarece Clotet (1995), está baseada no princípio do respeito pela pessoa nos seus valores fundamentais.

Diante da relevância dos argumentos expostos e da inexistência de evidências científicas nesta área, em relação à população jovem brasileira, surgiu a proposição de estudar estas dificuldades, não só do ponto de vista assistencial, mas também valorizando os aspectos e conflitos bioéticos presentes no tema. O presente trabalho inclui-se em uma linha de pesquisa sobre privacidade e confidencialidade iniciada com a dissertação “*La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS, Brasil*” (LOCH, 2001)³, realizada pela autora para obtenção do título de Mestre em Bioética, na Universidade do Chile, em Santiago.

³ Por ter sido defendida no exterior, torna-se difícil a localização do documento original para consulta e, tendo em vista que a mesma foi publicada na íntegra pela EDIPUCRS, em 2002, no decorrer do presente trabalho, optamos por indicar as informações nela contidas tomando como referência bibliográfica a publicação brasileira (LOCH, 2002).

Os resultados encontrados sugerem que a confidencialidade das informações partilhadas em consulta não está sendo abordada pelos profissionais com os jovens, pois apenas 23,2% dos participantes do estudo recordam ter discutido a questão com seus médicos assistentes.

Ao escolherem que características de serviços e profissionais de saúde seriam facilitadoras de seu retorno à assistência, o fato do médico não comentar com terceiros as informações reveladas colocou-se em sexto lugar, sugerindo que o segredo, isoladamente, não é o fator mais importante para o retorno à consulta. Os jovens assinalaram, de maneira coerente e responsável, que antes de não comentar a informação com terceiros, os profissionais de saúde devem ter um perfil moral e profissional que inclua virtudes e valores como confiabilidade, honestidade e respeito pelo paciente, além de condições técnicas e de higiene (LOCH, 2002). A confidencialidade, no entanto, quando entendida em profundidade, deixa entrever um essencial pressuposto de confiança (STYFFE, 1997) e respeito entre prestador de cuidados e paciente, podendo-se interpretar que os jovens do estudo priorizam sua existência para estabelecer um vínculo positivo de relacionamento clínico.

Reforçando esta idéia, 75,9% dos universitários pesquisados acreditam que a confidencialidade é um dever do médico e 66,5% deles a definem também como um direito de qualquer paciente independente da idade. Estes dados sinalizam para uma expectativa de privacidade de sua parte, podendo admitir-se que eles a reconhecem como uma característica importante - senão fundamental - da relação clínica (LOCH, 2002).

Portanto, sendo a confidencialidade um dos elementos indispensáveis para garantir o acesso efetivo dos jovens à assistência à saúde, bem como uma característica esperada por parte dos jovens pacientes, é fundamental que se tente estabelecer em que medida eles a valorizam em diferentes situações clínicas relacionadas com os comportamentos de risco e como este fato influencia os aspectos de privacidade de sua busca de assistência para estes problemas.

Estas questões, no entanto, não poderão ser realmente compreendidas se não nos aprofundarmos em suas justificativas para estes comportamentos, com vistas a permitir sua participação organizada e continuada nos processos decisórios, pois, como aponta Chaves Júnior (1999), a juventude é, no conceito de gerações, o grupo etário responsável por determinar, de forma mais veemente, o ritmo da história.

2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de melhorar a assistência aos jovens, partindo de um diagnóstico de suas necessidades de saúde, baseado em sua realidade semântica e psicológica, bem como em suas percepções e comportamentos enquanto usuários dos serviços de saúde, para atingir padrões de excelência técnica, fundamentados nos valores de uma relação clínica eticamente adequada, respeitando a crescente autonomia desta faixa etária.

O tema escolhido para este trabalho tem inúmeras implicações médicas, legais, éticas e sociais (CHENG *et al.*, 1993) e algumas delas serão analisadas com maior profundidade no referencial teórico a seguir.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ADOLESCÊNCIA

3.1.1 Adolescência: um fenômeno, várias definições

Etimologicamente, a palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa crescer ou desenvolver-se e tem sido utilizada para caracterizar uma etapa do ciclo vital marcado por um intenso e conflituoso processo de auto-afirmação, de absorção dos valores sociais e de elaboração de projetos que implicam a plena integração social (FERREIRA, 1986).

Definir a adolescência é uma tarefa complexa devido à multiplicidade de alterações que ocorrem nas esferas biológica e psicossocial e a grande variabilidade, individual e populacional, destas modificações. Segundo Colli (1994), vários referenciais podem ser utilizados para delimitar este período: as alterações anatômicas e fisiológicas, a idade, as características psicológicas e os aspectos de socialização, pelos quais os adolescentes devem passar em sua trajetória para a idade adulta.

O critério biológico recebe a denominação de puberdade e relaciona-se com as mudanças fisiológicas e anatômicas do corpo adolescente, mediadas pelos esteróides sexuais endógenos e pelo hormônio do crescimento. A puberdade inicia com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e termina com o completo desenvolvimento da capacidade procriativa e a parada do crescimento somático. Apesar de que o fenômeno mais evidente é o desenvolvimento sexual, todos os tecidos são afetados pelas mudanças biológicas, havendo estreita correlação entre o crescimento dos sistemas cardiovascular, músculo-esquelético e neuro-endócrino com o fenômeno da maturação reprodutiva (IRWIN JR, 1996).

O critério cronológico é o mais utilizado tendo em vista sua praticidade. Apesar de não considerar a variabilidade dos eventos pubertários, é operacional, tanto para o estudo das características do grupo como para o planejamento e organização de programas e serviços a ele destinados. Neste contexto, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define a

adolescência como a etapa compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade, porque dentro destes limites etários ocorre a maioria dos eventos característicos desta fase e denomina de juventude o período que se estende dos 15 aos 24 anos de idade (MADALLEN, 1999).

O terceiro critério utilizado para definir a adolescência é o psicológico. Nesta esfera, a dificuldade conceitual reside em encontrar parâmetros que delimitem com maior precisão o início e o final do processo evolutivo. A busca da identidade, a aceleração do desenvolvimento intelectual e a evolução da sexualidade são as características psicológicas marcantes desta etapa do ciclo vital (COLLI, 1994).

Knobel (1992, p.26) amplia esta afirmação, adicionando ao componente psicológico um critério social, a quarta maneira de definir a adolescência:

A adolescência é uma etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil.

Ribeiro e Eisenstein (1990) igualmente reconhecem a importância dos fatores sócio-culturais na determinação daquilo que Knobel (1992, p.58) chama de “fenomenologia expressiva da adolescência” e descrevem-na como um conceito histórico e cultural da fase da vida entre a infância e a idade adulta, que se inicia com a primeira reação emocional às transformações corporais e termina com uma razoável consolidação da identidade própria sexual e independência econômica.

Existem características especiais de desenvolvimento que permitem subdividir a adolescência em três etapas: inicial, média e tardia. As questões centrais de cada etapa, que de certa forma ampliam os conceitos até agora expressos, estão apresentadas no QUADRO 1. No entanto, nas sociedades complexas estas etapas não estão bem definidas e assistimos nos tempos atuais uma crescente diluição ou difusão destes limites e um prolongamento das características de transição da infância à vida adulta, inclusive criando uma nova etapa, abrangendo desde os pré-adolescentes até o adulto jovem, e que é chamada de juventude.

QUADRO 1 - Características principais das etapas da adolescência

Variável	Adolescência inicial	Adolescência média	Adolescência tardia
Idade (anos)	10 – 13	14 – 16	17 – 20 e além
EMS*	1 e 2	3 a 5	5
Somática	Caracteres sexuais secundários; início do crescimento rápido	Mudanças corporais; pico de crescimento em altura; menarca, semenarca	Diminuição da velocidade de crescimento
Sexual	Interesse sexual é maior que a atividade sexual	Surge o impulso sexual; experimentação, dúvidas sobre orientação sexual	Consolidação da identidade sexual
Cognitiva e moral	Pensamento operacional concreto; moralidade convencional	Início pensamento abstrato; questionamento de regras e costumes, egocentrismo	Idealismo; absolutismo
Autoconceito	Preocupações com o corpo em modificação, timidez	Preocupação em ser atraente; introspecção crescente	Imagem corporal relativamente estável
Família	Clama por aumento da independência; ambivalência	Luta por aceitação de maior autonomia	Independência prática; família = base segura
Pares	Grupos do mesmo sexo, “panelinhas”, conformidade.	Inicia namoro, grupo de pares menos importante	Intimidade; possibilidade de compromisso
Relacionamento social	Adaptação ao ambiente escolar	Regulação das habilidades e oportunidades	Vocação e escolha de uma carreira

Fonte: Needlman, 2000.

Nota: * EMS= Estágio de Maturação Sexual avaliado pelos critérios de Tanner.

Em relação à definição de juventude, diz Chaves Júnior (1999) que, para efeito de políticas públicas para os países latino-americanos e, especialmente para o Brasil, a faixa etária de 15 a 24 anos serve como denominador comum dos aspectos que permitem entender a idéia de juventude: a inserção no mercado de trabalho, as características biológicas e os traços culturais marcantes, salientando a relevância deste grupo populacional para o desenvolvimento social e sua importância para a percepção dos grandes desafios coletivos. No seu entender, são os jovens que imprimem os mais marcantes *símbolos geracionais*⁴, através de suas condutas, das inconformidades com a ordem vigente, das manifestações culturais e da sua exposição às problemáticas sociais.

⁴ Em cada geração existe um sentido próprio, um conteúdo geracional, oriundo das vontades dos indivíduos e das tendências de natureza política, econômica e cultural da época e que distinguem uma geração da outra (CHAVES JÚNIOR, 1999).

A Medicina do Adolescente – uma especialidade relativamente nova na área clínica - deve, segundo a *Society for Adolescent Medicine* (1995), ser direcionada a pessoas cuja idade vai dos 10 aos 25 anos, englobando desta forma as duas faixas etárias aqui mencionadas.

Partindo desta análise conceitual e considerando que o objetivo deste referencial teórico é dar embasamento a uma investigação sobre opiniões e comportamentos de jovens universitários, a lógica indica que o tema da adolescência e juventude deve ser aprofundado naquelas questões que as estruturam, e das quais emergem a conduta e a personalidade adolescente. No vasto contexto de mudanças e aquisições que constitui a adolescência, a busca da identidade, a evolução da sexualidade e o desenvolvimento intelectual (cognitivo e moral), serão os tópicos analisados neste capítulo. Se estes assuntos são essenciais neste relato, a puberdade, elemento que dá substrato físico e biológico para estas mudanças, deve estar mentalmente presente, servindo de pano de fundo para todos os acontecimentos.

3.1.2 Desenvolvimento da personalidade: a procura de uma identidade

O objetivo básico do desenvolvimento da personalidade é a conquista de um conceito sobre si próprio, que evolui e se aprimora à medida que o indivíduo vai mudando e se integrando com as concepções que as pessoas, grupos e instituições têm a respeito dele mesmo e vai assimilando os valores que constituem o ambiente social. Permeando estas transformações, cada um leva consigo um núcleo de individualidade e consistência.

Bee (1996), fundamentada em teorias cognitivistas e psicanalíticas, esquematiza o desenvolvimento do autoconceito (*self*), esclarecendo que ele possui dois elementos:

- a) O *self* subjetivo, um senso de si mesmo como uma entidade separada dos demais, que surge nos primeiros meses de vida e se fortifica ao redor de um ano de idade;
- b) O *self* objetivo, que consiste em um auto-reconhecimento, em uma consciência de ser um agente no mundo, que tem experiências e propriedades (gênero, nome, tamanho, qualidades, *etc.*), que surge a partir do segundo ano de vida e permite que o indivíduo se coloque, gradualmente, em uma série completa de categorias. Inicialmente concreto, nos anos escolares evolui para uma autodefinição mais abstrata, mais comparativa e mais generalizada. Este fato possibilita uma noção global de valor

próprio - a auto-estima⁵ – que reflete a combinação do grau de discrepância entre os objetivos do indivíduo e as suas realizações, com o grau de apoio emocional que recebe nos relacionamentos afetivos. O senso de identidade que emerge desta tarefa é uma verdadeira experiência de autoconhecimento e deve ser visto como um *continuum* no processo evolutivo. Na adolescência, com as mudanças físicas, cognitivas e emocionais, acontece uma reavaliação do *self* para ajustar-se às novas características.

É impossível, portanto, conceber a adolescência como uma fase de simples transição entre a infância e a idade adulta, mas deve-se reconhecê-la como uma seqüência evolutiva, baseada em um núcleo de individualidade que se transforma, e que possui uma característica que lhe é inerente, a qual, na interpretação de Knobel (1992, p.26), “obriga o indivíduo a reformular os conceitos que tem de si mesmo, abandonando sua auto-imagem infantil e projetando-o no futuro de sua vida adulta”.

As definições psicossociais da adolescência, apresentadas no início deste capítulo, quando confrontadas com as teorias do desenvolvimento, sintonizam com o modelo psicanalítico de Erik Erikson.

Divergindo da teoria freudiana clássica⁶, Erikson (1998, p.67) dá menor ênfase aos fatores psicosssexuais e prioriza os psicossociais na construção da identidade, definindo-a como:

[...] um senso de contentamento da pessoa a respeito de seus atributos físicos, intelectuais e emocionais, um senso de propósito e objetivo, e a antecipação de reconhecimento por parte de outras pessoas que são significativas na vida do indivíduo.

Para o autor, a personalidade se desenvolve em estágios, cada um deles centrado em um conflito - ou crise psicossocial - determinado e específico que necessita ser solucionado. A personalidade de um indivíduo seria a expressão e resultado da maneira através da qual cada uma das crises foi resolvida. Na abordagem eriksoniana, o impulso fundamental no processo

⁵ Para Cortina e Martínez (2005, p.34), auto-estima é um certo grau de confiança na própria capacidade de atingir as metas subjetivamente construídas e as quais se deseja alcançar ao longo da vida; constitui um valor moral cuja importância tem crescido nas últimas décadas, e que tem sido objeto de reflexão por parte de diversos teóricos, como J. Rawls, por exemplo, que a situa entre os ‘bens primários’, ou seja, aqueles bens que uma pessoa necessita, e os quais deseja, para levar adiante qualquer projeto que se proponha.

⁶ A teoria psicanalítica freudiana clássica considera o processo de desenvolvimento como uma interação dinâmica das necessidades e impulsos do indivíduo com as forças ambientais, sob a forma de normas societárias, que estabelecem parâmetros dentro dos quais esses impulsos podem ser expressos e as necessidades satisfeitas. Cada estágio é definido pela fonte de gratificação predominante para as necessidades instintivas do indivíduo: oral, anal, fático, de latência e genital. Nesta interação, o indivíduo tem um papel passivo. Esta teoria se preocupa com o desenvolvimento emocional da criança, dando pouca atenção aos aspectos cognitivos, perceptuais, lingüísticos ou comportamentais do desenvolvimento. Erikson aceita muitos dos princípios fundamentais da teoria clássica, mas dá menos importância às fases psicosssexuais, enfatizando os estágios psicossociais, que incluem: confiança, autonomia, diligência, identidade, intimidade, criatividade e integridade de ego. Segundo Faw (1981), Erikson é um dos poucos estudiosos deste campo que propõe uma teoria que abrange todo o ciclo vital. Para a teoria completa ver Erikson, 1998.

de desenvolvimento da personalidade dos 13 aos 18 anos é o conflito de identidade *versus* confusão de papéis.

Três fatores estimulam a reavaliação de identidade durante a adolescência:

- a) As grandes mudanças na aparência física, decorrentes do desenvolvimento pubertário e que forçam a pergunta: quem sou eu; como sou visto pelos outros?
- b) A capacidade para o pensamento cognitivo formal, que possibilita a conceituação das múltiplas identidades que poderiam ser possuídas pelo adolescente, provoca uma segunda questão: quais dessas possibilidades são, na realidade, o meu eu?
- c) Por último, as mudanças de expectativa que a sociedade tem a seu respeito à medida que deixa de ser criança, que ocasionam a rejeição da identidade infantil própria e que obrigam o jovem a explorar as várias identidades adultas possíveis para si, o que pode ser resumido na pergunta: qual é o meu papel?

Segundo Erikson (1976), portanto, a tarefa a ser cumprida nesta fase é o reexame da identidade e dos papéis que o adolescente deve assumir. Nesta busca, sempre que a autodefinição resultante, por razões pessoais ou coletivas, se torna excessivamente difícil, emerge um sentimento de confusão de papel.

Os padrões básicos da identidade surgem não só de um processo de afirmação ou de repúdio das identificações infantis do indivíduo, como também do modo pelo qual ele é visto pela sociedade, reconhecendo-o ou não como “uma pessoa que tinha que se tornar o que é, e que, sendo como é, é aceito como tal, merecendo confiança”. O jovem assim confirmado, também é capaz de reconhecer a sociedade como “um processo vivo que tanto inspira honra como exige confiança” (ERIKSON, 1976, p.160). Desta forma, ao terminar a adolescência, além da identidade pessoal, também se estabelece uma identidade partilhada com uma comunidade cada vez mais ampla⁷.

A fidelidade é a grande força ou virtude que emerge desta interação, estreitamente relacionada com a “confiança infantil e a fê madura” (ERIKSON, 1998; p. 168), na medida que transfere das figuras parentais para líderes e mentores, a tarefa de orientação e modelo.

Para a resolução do conflito adolescente, quatro grupos de tarefas são considerados fundamentais: o estabelecimento da independência, os ajustamentos da sexualidade e do papel

⁷ Na interpretação de Erikson (1976, p.166), “um sentimento ótimo de identidade é experimentado como uma sensação de bem-estar psicossocial. Os seus mais óbvios concomitantes são o sentimento de ‘estar em casa’ em nosso próprio corpo, um sentimento de ‘saber para onde se vai’ e uma certeza íntima de reconhecimento antecipado por parte daqueles que contam”.

de sexo, o estabelecimento e manutenção das relações com os pares e a determinação do papel vocacional (FAW, 1981), os quais abordaremos com mais profundidade a seguir.

3.1.2.1 O estabelecimento da independência: o eu

Durante a adolescência, devido às rápidas mudanças e crescimento corporais, o senso de identidade da criança fica confuso e inconsistente. A identidade antiga não é mais suficiente e é preciso estabelecer uma nova, que inclua uma visão integrada de si, seu padrão de crenças, seus objetivos profissionais e seus relacionamentos. Instala-se um conflito inevitável para escolher, entre as inúmeras possibilidades, as futuras atuações (profissional, sexual, religiosa e tantas outras) que a vida adulta exige. Na tentativa de solucioná-lo, o adolescente utiliza as situações que se configuram como as mais favoráveis naquele determinado momento.

Erikson (1952, p.64) esclarece:

Portanto, o adolescente abriga um certo senso de existência, mesmo que fugaz, e também um interesse às vezes apaixonado, por todos os tipos de valores ideológicos – religiosos, políticos, intelectuais – incluindo, outras vezes, uma ideologia de ajustamento aos padrões de ajustamento e sucesso da época.

Uma das maneiras para resolver a questão é buscar uma certa uniformidade, que se manifesta por meio de uma identificação exagerada com o grupo de amigos e/ou com ídolos, líderes ou heróis do contexto sócio-político-cultural em que vive. A adoção de uma aparência, um gestual, uma linguagem e um vestuário que são considerados como sinais de pertinência ao grupo proporciona reforço da estima pessoal e segurança.

Em algumas ocasiões, o jovem pode buscar identificações negativas com modelos reais, baseado no raciocínio de que é preferível ser alguém perverso ou indesejável do que ser ninguém, aliando-se a gangues, a usuários de drogas e a outros grupos com comportamentos desviantes dos modelos aceitos socialmente.

Os diferentes papéis, geralmente assumidos de forma transitória, podem ainda representar sentimentos de inadequação como acontece no período de machismo dos meninos e da sedução precoce nas meninas (ABERASTURY e KNOBEL, 1992; LEWIS e VOLKMAR, 1993).

A intolerância e a crueldade para com aqueles que são considerados ‘diferentes’ em relação aos padrões que utiliza como seus, constitui-se em mecanismo de defesa necessário contra este senso de confusão de identidade.

Estes comportamentos, adotados sucessiva ou simultaneamente durante os anos adolescentes, são uma das características fundamentais no processo de separação das figuras parentais e na construção de uma identidade independente (ABERASTURY e KNOBEL, 1992).

Algumas culturas propiciam a transferência gradual para o estado de independência como acontece em sociedades mais simples, com papéis sociais limitados e rituais de passagem, reduzindo o conflito e a confusão associados a esta tarefa.

Na sociedade ocidental contemporânea, o estágio adulto pleno é adiado em quase dez anos a partir da puberdade. As dificuldades para chegar à idade adulta residem em alguns pontos importantes como a diversidade de treinamento para a independência; as expectativas conflitantes para atingi-la; e a existência de uma gama heterogênea de papéis disponíveis.

A falta de padrões claros de orientação para que os pais promovam o treinamento dos filhos em direção à independência, a falta de rituais de iniciação universalmente aceitos⁸, as inúmeras atividades e oportunidades de carreira profissional na sociedade moderna, aumentam o potencial para a confusão e o conflito. Diante da desorientadora quantidade de opções, o adolescente se defronta com um padrão que favorece o tipo de crise proposto por Erikson (1998): a adolescência prolongada acaba sendo um período de espera – *uma moratória psicossocial* - onde o indivíduo, sexual e cognitivamente maduro, adia o estabelecimento de um compromisso definitivo com as realidades do mundo adulto.

Essas moratórias coincidem com aprendizados e aventuras que se harmonizam com os valores da sociedade, proporcionando uma relativa liberdade de movimento para a experimentação de papéis. No entanto, neste período de extravagâncias, podem ter início transtornos mentais e delinquências. Diz Erikson (1976) que a delinquência juvenil, especialmente em sua forma organizada, deve ser considerada como uma tentativa de criação de uma moratória psicossocial.

Pesquisas norte americanas da década de 1980 levantam a hipótese de que aqueles adolescentes que começam a trabalhar logo após o término do segundo grau de escolarização

⁸ Nas sociedades ocidentais contemporâneas, não há ritos comuns, universais, apenas marcos pontuais como, por exemplo, as cerimônias de formatura do 2º grau nos EUA, a obtenção da licença para dirigir e o direito ao voto, conforme Faw, 1981, p.282 e Bee, 1996, p. 294.

têm a necessidade de estabelecer uma identidade profissional mais cedo do que aqueles que decidem pela entrada na universidade, sendo que esta propicia um ambiente em que os jovens são ativamente estimulados a perguntar, duvidar e experimentar alternativas, prolongando o processo de decisão (BEE,1996).

Ao ganhar experiência, o adolescente deve estabelecer uma identidade única e independente, estágio de desenvolvimento nem sempre atingido e que Faw (1981, p.283) chama de “síntese do ego”. Salienta Erikson (1998) que a confiabilidade dos comportamentos do adulto jovem depende muito do resultado desta luta adolescente pela identidade.

Aberastury e Knobel (1992) definem a resolução do conflito adolescente afirmando que a identidade alcançada no final da adolescência - embora tenha relação com as identificações do passado - inclui todas aquelas do presente e, também, os ideais futuros, culminando com a conquista da independência que leva tanto à integração no mundo adulto quanto a um agir coerente com uma ideologia própria.

3.1.2.2 Ajustamentos da sexualidade e o papel de sexo: o gênero

A sexualidade inclui, além do comportamento sexual, os interesses e fantasias, a orientação sexual, os sentimentos e atitudes com respeito ao sexo e uma percepção de que existem costumes, regras e papéis sexuais⁹ que são culturalmente definidos (NEEDLMAN, 2000).

Há uma certa uniformidade entre os autores de que os componentes socioculturais da sexualidade humana são críticos para a sua conceituação, existindo uma clara tendência nas abordagens teóricas de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Desta forma, a sexualidade é definida pela UNESCO (2002, p. 68) como:

[...] o conjunto de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais, éticos e religiosos/espirituais que se referem à vivência do sexo. A sexualidade é uma das dimensões do ser humano a qual envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução, sendo experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos.

⁹ Os chamados papéis sexuais - masculino e feminino - são constituídos por um conjunto de atributos que, dentro de um determinado contexto cultural, sinalizam aqueles comportamentos, atitudes, obrigações e direitos considerados como típicos de pertencer ao gênero masculino ou ao gênero feminino (BEE, 1996, p. 298).

Pesquisas realizadas com crianças pertencentes a vinte e cinco culturas diferentes mostram que, a partir dos sete anos de idade, elas são capazes de reconhecer os estereótipos dos papéis sexuais, masculino e feminino, em suas respectivas culturas. Salvo algumas diferenças, em todas as culturas estudadas, o papel masculino foi qualificado pelas crianças com atributos mais fortes e ativos como força, crueldade e agressão enquanto que o papel feminino foi identificado com fraqueza, gentileza e compreensão (BEE, 1996). Esta é uma questão importante porque, socialmente, serão estes os atributos que as crianças aprenderão como os esperados delas enquanto crescem para se tornar um homem ou uma mulher, e que são reforçados por seus pais através de brincadeiras e atividades dirigidas para o seu sexo biológico.

Ao chegar na adolescência, as mudanças somáticas, fisiológicas e hormonais reforçam os atributos físicos do sexo biológico. O impulso sexual não é dirigido inicialmente ao sexo oposto, constituindo-se em uma pulsão bissexual, o que pode confundir muito a identidade sexual nesta fase. Esta é uma das principais questões da adolescência: adquirir uma identidade sexual adequada à sua estrutura biológica e um relacionamento heterossexual maduro.

A adolescência corresponde ao período genital do desenvolvimento psicossocial descrito por Freud, no qual, após uma fase de latência nos anos escolares, a energia da libido ressurge dirigida especificamente para a genitália. Nas sociedades complexas, pelo grande lapso de tempo criado entre a maturidade física e a maturidade social, este impulso não pode ser liberado diretamente. Através de atividades de alívio socialmente aceitas, como piadas de orientação sexual e interesse por esportes e *hobbies*, este processo de concretização da atividade sexual é adiado (FAW, 1981).

No início da adolescência, surge um interesse, logo seguido por um desejo inconsciente de atração pelo sexo oposto. Este fato faz com que os meninos reajam exageradamente ao sexo oposto, através de atos de proeza e exibicionismo, enquanto que as meninas começam a se interessar por atividades que evidenciem sua feminilidade como, por exemplo, o uso de maquiagem. Ao se tornarem conscientes deste interesse, os adolescentes experimentam grande preocupação com sua aparência e fantasiam relacionamentos, nos quais as meninas tendem a ser mais românticas e os meninos mais eróticos. Nesta época surgem as amizades idealizadas e os pequenos grupos com jovens do mesmo sexo (LEWIS e VOLKMAR, 1993).

A exploração sexual mútua - de caráter esporádico, entre indivíduos do mesmo sexo - e a masturbação, fazem parte desta fase e constituem-se em mecanismos de alívio da ansiedade associada aos relacionamentos heterossexuais, os quais são desajeitados e ameaçadores para a auto-imagem. As experimentações com indivíduos do mesmo sexo muitas vezes podem representar situações confusas para o adolescente e provocar atitudes de isolamento e depressão por receio da homossexualidade.

Na adolescência média, o impulso sexual não pode mais ser contido e iniciam os primeiros relacionamentos heterossexuais, orientados primeiramente para os grupos e, mais tarde, entre duplas. Estes costumam ser de curta duração e se limitam a conversas e algumas carícias. São principalmente motivados por características superficiais de relacionamento, como a atração física e sexual entre o casal, e não por um desejo de *intimidade*¹⁰ - no sentido que lhe confere Erikson (1998, p. 61) porque: “antes de a maturidade genital ser alcançada, grande parte da vida sexual é da espécie egoísta e ávida de identidade; cada parceiro está apenas tentando, realmente, alcançar-se a si mesmo”.

Com estes encontros, os adolescentes passam a ter a possibilidade concreta de liberar seus impulsos através de relações sexuais genitais. A maioria dos jovens nesta faixa etária tem conhecimento sobre os riscos da experimentação sexual, como as doenças sexualmente transmissíveis e a possibilidade de gravidez, mas este conhecimento não age como fator controlador de seu comportamento (NEEDLMAN, 2000).

No final da adolescência média, à medida que o jovem ganha mais experiência, surgem preocupações genuínas com os sentimentos da pessoa do sexo oposto e questionamentos sobre outros componentes da identidade sexual, propiciando reflexões mais profundas sobre o amor, a lealdade e a propriedade.

Embora o comportamento sexual das meninas ainda seja mais conservador que o dos meninos, mediado pelo estereótipo cultural do papel sexual feminino (virgindade, recato, etc), nas últimas décadas houve mudanças nos padrões de conduta dos adolescentes, com crescente aumento e antecipação da atividade sexual dos jovens das classes média e alta (FAW, 1981).

Na adolescência tardia, se estabelecem as condições de genitalidade que, juntamente com as outras características do desenvolvimento psicossocial, vão garantir uma crescente estabilização da identidade sexual e da personalidade como um todo, com a possibilidade de

¹⁰ Erikson (1998, p.62) explica a *intimidade* definindo seu oposto: “A antítese psicossocial da intimidade é o isolamento, o medo de permanecer separado e não-reconhecido, que proporciona uma motivação profunda para a ritualização fascinada de uma experiência ‘eu-tu’”.

estabelecimento de relações heterossexuais gratificantes, baseadas em comprometimento e reciprocidade.

3.1.2.3 Estabelecimento e manutenção das relações sociais: os pares

Os relacionamentos com os iguais desempenham um papel único e significativo no desenvolvimento da criança, sendo mais importantes durante a adolescência do que em qualquer outra etapa do ciclo vital (BEE, 1996). A função do grupo de iguais é servir como um *veículo* que possibilite ao adolescente uma transição menos dolorosa entre a vida familiar protegida e a independência da idade adulta. Neste sentido, afirma Knobel (1992, p.30) que:

O processo de separação dos pais é fundamental para atingir a independência, porém o jovem ainda necessita estabilidade e precisa de alguém com quem possa dividir as suas experiências. Os relacionamentos com os amigos são o protótipo das relações adultas maduras e servem como uma espécie de laboratório para o desenvolvimento de habilidades sociais adultas.

A estrutura destes grupos muda durante a adolescência. Na idade escolar, os grupos são definidos em termos de atividades comuns, caracterizando-se por um padrão – presente em todas as culturas - de exclusão de crianças do sexo oposto. Nos anos iniciais da adolescência, os grupos se tornam gradualmente mistos, não mais baseados em tarefas comuns, mas estruturados sobre uma conformidade de valores e comportamentos entre seus membros. As amizades vão se tornando íntimas, com a permuta de segredos e sentimentos, sendo que a lealdade e a fidelidade se tornam os pressupostos das amizades mais valorizadas. A união e a conformidade com o grupo atingem seu máximo ao redor dos 13 ou 14 anos de idade são essenciais nesta etapa, como já havia salientado Erikson (1998).

Trabalhos mundialmente conhecidos como os de Dunphy e Brown, e estudados por Bee (1996), mostram que há um movimento de formação, dissolução e interação dos grupos de iguais durante o período. Ambos os autores concordam que existem dois tipos de grupos - as *panelinhas* e as *turmas* - cuja denominação, dada por Dunphy, acabou por se generalizar na literatura sobre o adolescente.

As *panelinhas* reúnem de quatro a seis adolescentes, fortemente apegados e coesos, que trocam confidências e, portanto, possuem alto nível de intimidade compartilhada. No início da adolescência costumam ser todos do mesmo sexo. Ao se combinarem gradualmente, várias panelinhas formam grupos maiores, com componentes de ambos os sexos, que o autor

chama de *turmas*, que são a estrutura de grupo mais encontrada dos 13 aos 15 anos. Mais adiante, a *turma* se fraciona novamente em *panelinhas* heterossexuais, e finalmente se formam associações mais livres de casais.

As *turmas* não são uma livre associação de grupos menores, elas que se formam a partir de uma reputação¹¹ com a qual todos os participantes se identificam (BEE, 1996). As *panelinhas*, por sua vez, teriam a importante função de auxiliar o adolescente na transição de seus relacionamentos unissexuais do início do período para os heterossexuais do final da adolescência.

Os líderes destas duas estruturas de grupo geralmente são aqueles jovens mais autoconfiantes que, através desta característica, conseguem fazer os demais se sentirem aceitáveis e acolhidos. Aqueles que são pouco confiantes em si não são escolhidos para liderar e nem reconhecidos como populares. Demonstrem sua baixa auto-estima através de comportamentos retraídos e isolamento social, ou, ao contrário, revelando atitudes agressivas e empregando estratégias para chamar a atenção.

A citação de Erikson (1976, p.133) resume o importante objetivo deste relacionamento entre iguais:

Os adolescentes não só se ajudam uns aos outros, temporariamente, no decorrer deste conturbado período, formando turmas e estereotipando-se a si próprios, aos seus ideais e aos seus inimigos, mas também testam, insistentemente, as capacidades mútuas para lealdades constantes, no meio de inevitáveis conflitos de valores.

3.1.2.4 Determinação do papel vocacional: a missão

O ser humano é capaz de realizar múltiplas tarefas, não estando destinado a uma só profissão. A escolha de um campo específico para a atividade laboral é mediada por um talento, por uma tendência ou uma aptidão interior, denominada vocação.

A vocação pressupõe dois componentes básicos. O primeiro diz respeito às capacidades intelectuais, sensoriais e motoras do indivíduo e, conseqüentemente, relaciona-se com aquelas tarefas que ele é capaz de realizar. O segundo componente representa aquilo que o indivíduo tem vontade de realizar, refletindo suas inclinações e motivações interiores para preferir alguma área de atuação em detrimento de outra, para a qual ele também possui

¹¹ Como exemplo desta identificação, podemos citar grupos como os *brains* (*inteligentes*), *nerds* (*idiotas*), *punks*, nos Estados Unidos, os *cdfs*, *patricinhas* e *mauricinhos*, no Brasil.

capacidade. Sempre que ‘ser capaz de fazer’ se aproxima de ‘ter vontade de realizar’, melhor se expressa a vocação e mais adequada se torna a escolha profissional.

Ao entrar na adolescência média, o indivíduo começa a pensar seriamente na possibilidade de criar algo útil, avaliando suas capacidades e buscando uma experiência concreta no plano da escolha profissional. De acordo com Spranger (1970), a escolha profissional é parte do processo de consolidação da personalidade e, em todas as etapas do desenvolvimento do indivíduo, se encontram manifestações preparatórias para esta tarefa. Durante a infância, as brincadeiras em que a criança assume papéis imaginários são os primeiros indícios de importantes tendências e inclinações, enquanto que, na adolescência, as características de invulnerabilidade, aliadas às fantasias e ao desejo de aventura, criam um ambiente propício para a negação dos próprios limites e para a idealização da profissão almejada.

Na verdade, a escolha profissional é limitada e influenciada por uma série de fatores externos que dão o molde real das muitas oportunidades possíveis para concretizar capacidades e inclinações. Em primeiro lugar, a família influencia de maneira constante a decisão do jovem. Nas sociedades antigas, ofícios e profissões se mantinham de geração em geração e o conflito de escolher era minimizado porque a criança crescia familiarizando-se e sendo treinada para o papel (FAW, 1981). Hoje em dia, os exemplos paterno e materno e de várias gerações de familiares abraçando o mesmo campo profissional ainda podem representar uma imposição real e marcante que direciona o adolescente para o mesmo caminho. Além destes, motivos inconscientes como raiva, culpa e teimosia, geralmente decorrentes de conflitos entre pais e filhos, podem influenciar negativamente a escolha profissional. A classe social em que o jovem é criado é outro fator importante. Apesar de haver mobilidade entre elas, frequentemente os filhos escolhem profissões da mesma categoria social que seus pais, tornando-se profissionais liberais, funcionários públicos, industriários, ou comerciários, exatamente como eles. Por outro lado, o acaso também pode influenciar o exercício de ofícios que usualmente nem seriam pensados, particularmente para aqueles adolescentes indecisos, desinteressados ou superdotados.

O ambiente cultural e social é extremamente influente sobre as escolhas: ídolos dos esportes, das artes e da política ou exemplos nobres das ciências, religiões e humanidades estão constantemente presentes na vida dos adolescentes e contribuem para sua opção. Além disso, existe o fenômeno das ‘profissões da moda’, sejam aquelas decorrentes dos avanços

tecnológicos que abrem novas fronteiras e desafios ou, ainda, aquelas valorizadas pela sociedade de consumo, sedutoras pelo *status* que proporcionam.

Até 1970, as sociedades ocidentais estabeleciam um padrão vocacional reduzido para as mulheres, que deveriam se tornar donas-de-casa e mães. Elas podiam desistir desses papéis, pelo menos temporariamente, para trabalharem como secretárias, professoras ou assistentes sociais. Para os meninos, no entanto, a exploração da identidade vocacional era particularmente importante e geradora de confusão (FAW, 1981). Desde aquela data, o aumento marcante no potencial de mobilidade vocacional, decorrente das conquistas femininas nas áreas de atuação social, política e econômica, faz com que a escolha vocacional das mulheres, hoje, seja tão perturbadora e complexa como foi para os homens no passado.

Statt (1997) afirma que cada profissão exerce sobre o indivíduo uma influência peculiar, definida e unilateral em relação ao desenvolvimento da sua personalidade. A marca da profissão não se relaciona só com as habilidades físicas, e não apenas com o desenvolvimento de capacidades sensoriais. Muitas funções superiores também são estimuladas, aperfeiçoadas e fortificadas pela profissão: a inteligência, a sensibilidade, a vontade, a memória, a fantasia, a capacidade de adaptação psicossocial. Todas estas funções são moduladas por traços e características pessoais como a profundidade, a correção, a firmeza e a exatidão.

A escolha da profissão não marca somente por aquilo que exige do indivíduo, mas também pelo que deixa de exigir. No momento em que o jovem opta por um caminho profissional está descartando uma série de outros interesses. Muitas das suas capacidades serão relegadas a um segundo plano porque não serão utilizadas diretamente no desempenho da função escolhida. Para Levenfus (1977), este fato gerador de conflito e ansiedade, pressupõe a elaboração da perda das coisas deixadas para trás: a identidade infantil, a própria condição de adolescente e as escolhas ou identificações profissionais inicialmente fantasiadas e, no final, abandonadas.

Sobre esta questão, esclarece Erikson (1976, p.130):

A adolescência é menos tempestuosa naquele segmento da juventude talentosa e bem treinada na exploração das tendências tecnológicas em expansão e apta, portanto, para identificar-se com novos papéis de competência e criatividade e para aceitar uma perspectiva ideológica mais implícita. É, com efeito, o potencial ideológico de uma sociedade que fala mais claramente ao adolescente que está ansioso para ser confirmado por seus pares, por seus modelos, e ser inspirado por modos de vida que valham a pena ser vividos.

Para o jovem, a escolha de determinada profissão assume um significado que excede a questão de remuneração e de *status*, porque definir a vocação faz parte da identidade buscada (FAW, 1981; LEVENFUS, 1997; UNGRICHT, 1966).

Através da profissão serão definidos e consolidados os interesses do adulto, o seu valor pessoal e, sobretudo, grande parte de sua vida moral e intelectual. Por meio do trabalho, usando suas habilidades, o indivíduo tem a oportunidade de controle sobre sua própria vida, alcança objetivos que possibilitam segurança física, emocional e econômica, com chances de planejar para o futuro e de ter uma inserção social valorizada.

O resultado destas aquisições é uma gradativa adaptação ao ambiente social, político e cultural, alicerçada nos costumes e tradições da sociedade, nas imposições do campo profissional - as quais o jovem deve aceitar - e no desejo de identificação e reconhecimento por parte dos companheiros de trabalho.

3.1.3 Desenvolvimento intelectual: a ampliação da consciência

Desde a década de 1960, a teoria geral de Jean Piaget sobre a inteligência infantil vem dominando os estudos e as pesquisas sobre o desenvolvimento cognitivo da criança e seus conceitos serão utilizados para desenvolver o tema ¹² no presente trabalho.

À semelhança da teoria freudiana do desenvolvimento da personalidade, Piaget (1977) estabeleceu que a evolução da inteligência (pensamento e ações adaptativas) se dá em uma seqüência obrigatória de estágios relacionados com a idade e que funcionam como uma espiral. Em cada um deles, surgem novas capacidades que delimitam o caráter daquilo que pode ser aprendido naquela faixa etária, sendo que os talentos inatos da criança e a qualidade do ambiente educativo podem influenciar na idade de instalação de cada etapa. As estruturas da inteligência mudam através da adaptação a situações novas e, portanto, para o autor, conhecer consiste em operar sobre o real e transformá-lo, a fim de compreendê-lo, em função do sistema de transformação a que estão ligadas todas as ações (PIAGET, 1978).

¹² A idéia central da teoria de Jean Piaget é a participação ativa da criança no desenvolvimento do conhecimento, *construindo* seu próprio entendimento, na tentativa de adaptar-se ao mundo, de maneiras cada vez mais satisfatórias. Utilizando subprocessos básicos como a assimilação, a acomodação e a equilibração, a criança reorganiza suas idéias, melhora suas habilidades e muda suas estratégias de pensar, para ficar 'em equilíbrio', lutando por coerência para chegar a um entendimento do mundo que faça sentido total. Piaget visualizava três pontos particularmente significativos de equilibração ou reorganização, cada um introduzindo um novo estágio de desenvolvimento (estágio sensório-motor, do nascimento aos 18 meses de idade; o pré-operacional, dos 18 meses aos 6 anos; o operacional concreto, dos 6 aos 12 anos e o operacional formal, a partir dos 12 anos. Para maior compreensão ver Bee, 1996, p. 194-227 ou Piaget, 1978.

Na adolescência, a atividade intelectual torna-se mais abrangente, às custas da instalação do pensamento operacional formal. Esta estrutura mental promove transformações cognitivas e morais que ampliam a consciência, a habilidade para a introspecção e a capacidade para a análise de idéias e problemas abstratos. Nesta idade, ao nível do pensamento, o indivíduo é capaz de construir hipóteses, idéias abstratas, valores, teorias e deduções. Estas elaborações serão as responsáveis pela capacidade de autoconhecimento, compreensão do mundo externo e suas inter-relações. Destas questões nos ocuparemos nas seguintes seções deste capítulo.

3.1.3.1 Cognição: abstração e idealismo

De acordo com a teoria cognitivo-desenvolvimental¹³ piagetiana, a partir dos 12 anos de idade, o indivíduo se torna capaz de aplicar operações mentais complexas, não só a objetos ou experiências, mas também a idéias e pensamentos. Enquanto as crianças de 7 a 10 anos abordam os problemas propostos através de avaliações de sua correspondência com a realidade (pensamento operacional concreto), os adolescentes tiram conclusões lógicas das informações disponíveis, as quais independem de sua correspondência real.

Esta importante transição no pensar, do estágio de operações concretas para o de operações formais, possibilita tanto a assimilação de conceitos abstratos quanto a abordagem e a resolução de problemas de maneira sistemática, além da utilização da lógica dedutiva hipotética. Este desenvolvimento permite, também, uma capacidade de refletir sobre o próprio mecanismo do pensar e sobre as opiniões, comportamentos e valores dos adultos (LEWIS e WOLKMAR, 1993; NUÑO GUTIÉRREZ *et al.*, 1998).

Sobre a aquisição desta capacidade de poder recair sobre hipóteses e não mais apenas sobre os objetos, diz Piaget (1978, p. 28):

É este poder de formar operações sobre operações que permite ao conhecimento ultrapassar o real e que lhe abre a via indefinida dos possíveis por meio da combinatória, libertando-se então das elaborações por aproximação às quais permanecem submetidas as operações concretas.

¹³ As teorias cognitivo-desenvolvimentais, das quais Jean Piaget é a figura central, requerem um processo representativo ou codificador que intervenha entre o estímulo e a resposta, sendo que o desenvolvimento da estrutura cognitiva é resultado de processos de *interação* entre a estrutura do organismo (ação do organismo sobre o objeto ou situação percebida) e a estrutura do entorno (ação do objeto percebido sobre o organismo), mais do que um resultado de maturação ou resultado direto de uma aprendizagem.

A cognição operacional formal é um fenômeno evolutivo: torna-se, quantitativa e qualitativamente, mais presente à medida que o indivíduo amadurece e se adentra na sua utilização. Também depende do ambiente que pode, ou não, favorecer o emprego deste tipo de operação para a resolução de problemas.

Nas etapas iniciais da adolescência, muitos jovens conseguem aplicar os mecanismos de operações formais nas suas tarefas escolares, como na resolução de expressões algébricas, mas não aos seus conflitos particulares. As emoções e os motivos pessoais podem interferir no uso pleno das operações formais e, em situações de *stress*, o predomínio de um padrão de pensamento mágico e egocêntrico pode ser responsável pela adoção de muitos comportamentos de risco¹⁴ (BEE, 1996; ELKIND, 1972; NEEDLMAN, 2000).

A capacidade para pensar formalmente serve, ainda, como substrato cognitivo para o idealismo que é próprio do adolescente. A possibilidade de conceituar o mundo como ele poderia ser, leva a indagações sobre o por quê do mundo real não se aproximar a esse ideal imaginado.

A conceitualização da realidade, dentro desta estrutura sofisticada e formal de pensar, também influencia a evolução dos padrões da moralidade adolescente. De uma submissão a regras externas dependentes da autoridade, do receio de punição e da busca de aprovação que predomina nas faixas etárias mais jovens, a moral passa a ser encarada como relativa às circunstâncias e baseada em princípios¹⁵ (pressuposto essencial tanto do *subjetivismo moral* de Piaget quanto do *juízo moral pós-convencional* de Kohlberg), e será analisada mais adiante neste capítulo.

Estudos pós-piagetianos da cognição mostram que as características formais do pensamento se desenvolvem com muita rapidez entre os 11 e os 15 anos de idade e se estabelecem firmemente a partir dos 15 ou 16 anos, mas somente metade dos adolescentes apresenta estas formas mais complexas de pensamento, de lógica e raciocínio (BEE, 1996).

Após o surgimento do pensamento operacional formal, não se desenvolvem novos sistemas cognitivos. As estruturas mentais da adolescência serão utilizadas nas etapas posteriores do ciclo vital, com evolução gradual das capacidades de compreensão e abstração.

¹⁴ Comportamento de risco é qualquer alteração da conduta, ou atuação repetida e fora de determinados limites, que possa comprometer ou desviar o desenvolvimento psicossocial normal, com repercussões danosas à vida atual ou futura; quase sempre existe a noção consciente do risco ou perigo envolvidos, mas conflitos inconscientes, mal resolvidos, geram um estado de tensão e excitação que podem levar à compulsão ao desafio. Para exposição mais completa, ver Eisenstein E, Souza RP, 1993, p. 17-22.

¹⁵ Princípio moral é 'um conjunto de atributos formais que são culturalmente universais' (KOHLEBERG, 1992, p.120).

3.1.3.2 Egocentrismo: a fábula pessoal e a audiência imaginária

O egocentrismo é uma falta de diferenciação em alguma área da interação humana; é uma tendência do indivíduo de ver as coisas a partir, exclusivamente, de sua estrutura pessoal de referência, acreditando que os outros percebem o mundo exatamente da mesma maneira que ele o vê. Para Piaget (1977), esta postura autocentrada, característica da criança pré-operacional, ressurge no início da adolescência sob um formato peculiar. Estudado por Elkind, na década de 1960, este novo egocentrismo caracteriza-se por dois eventos principais: “a criação de uma audiência imaginária e a posse de uma fábula pessoal” (ELKIND, 1972, p.70).

Ao acreditar que os demais estão tão preocupados quanto ele com seus pensamentos e comportamentos, e baseado na (falsa) premissa de que os outros o admiram e criticam tanto quanto ele próprio, o adolescente sente-se permanentemente sob exame e antecipa para si mesmo as reações das outras pessoas, o que gera sentimentos de vergonha, de autocrítica e de auto-admiração. Para Elkind (1972, p.70):

Sua condição de autocentração impede que ele diferencie as qualidades que acha agradáveis em si, daquilo que os outros realmente admiram. Em certo sentido, portanto, o adolescente está continuamente construindo – ou reagindo – a uma audiência imaginária. É uma audiência porque o adolescente crê que será o foco de atenção, e é imaginária porque, em situações sociais reais, não é isso o que geralmente ocorre.

A noção de audiência imaginária serve para explicar alguns dos comportamentos comumente encontrados durante as etapas iniciais da adolescência, como passar longo tempo se preparando para os compromissos escolares e sociais. Pela possibilidade (imaginada) de antecipar o resultado da avaliação dos outros, o sentimento que mais preocupa o jovem não é a culpa, mas sim a vergonha, que consiste, em última análise, em uma forma de reação a uma audiência.

Por outro lado, considera que suas idéias e sentimentos têm uma importância única e singular, acreditando que ninguém mais é capaz de ter experiências emocionais tão profundas quanto as que ele tem (“*Você não pode imaginar como é sentir...*”).

Cria fábulas pessoais, histórias que conta a si mesmo e que não são verdadeiras. Estas histórias geram sentimentos de invulnerabilidade, favorecendo sua atração por comportamentos de risco, como praticar sexo sem proteção, consumir álcool e outras drogas ou dirigir em alta velocidade.

As ideações de invulnerabilidade e imortalidade (“*Comigo isso não acontece!*”), junto à habilidade de tratar hipóteses como fatos reais, estão presentes nos diários escritos por eles e nos relatos de muitos dos adolescentes envolvidos em acidentes e violências, em transgressões de regras sociais, em situações de gravidez e drogadição (BEE, 1996; NEEDLMAN, 2000).

Ao redor dos 16 anos de idade, inicia-se a substituição da audiência imaginária por uma percepção da existência de uma audiência real, calcada na consolidação das operações formais, na análise repetitiva da realidade e na constatação de que as outras pessoas possuem sentimentos parecidos com os seus. O adolescente chega a estas soluções através de relacionamentos e experiências de reciprocidade, verdadeiras e não egoísticas, em todas as esferas psicossociais, situação que Erikson (1976) define como *intimidade*. Esta mudança faz parte de um processo geral de descentramento,¹⁶ onde o jovem deixa de considerar apenas suas próprias experiências para admitir também a perspectiva dos outros.

3.1.3.3 Desenvolvimento moral: autonomia e responsabilidade

Lewis e Volkmar (1993) afirmam que fazer julgamentos sobre o próprio comportamento é uma capacidade complexa porque envolve, no mínimo, seis pré-requisitos: inteligência; capacidade para antecipar eventos futuros; capacidade de empatia para com outras pessoas; capacidade para refletir e não só abandonar o impulso; controle das fantasias, especialmente as agressivas; e, por último, um sentimento de auto-estima e confiança em si mesmo. Portanto, para compreender o desenvolvimento da moral¹⁷, é necessário inseri-lo na seqüência de eventos que constituem o desenvolvimento da personalidade como um todo, levando em consideração que os seguintes pressupostos são obrigatórios:

- a) Deve existir um substrato cognitivo - representado pela evolução até um raciocínio lógico formal, com possibilidades de abstração e de consideração de hipóteses - para que as normas externas sejam internalizadas. Desta forma, se desenvolve uma consciência das regras (julgamento moral), que possibilita chegar a um estágio de escolhas autônomas de toda a espécie, inclusive as de caráter moral.

¹⁶ Descentrar é a capacidade da criança de considerar a realidade externa e os objetos como diferentes de si mesma e de um ponto de vista diverso do seu. É considerar mais do que um aspecto de um problema ao mesmo tempo (FAW, 1981, p.232).

¹⁷ Na discussão sobre o desenvolvimento moral, é necessário distinguir entre julgamento e comportamento moral. O primeiro refere-se à avaliação que o indivíduo faz acerca da moralidade de um comportamento ou do valor de uma punição, portanto, é um juízo de valor. Comportamento moral refere-se aos atos e conduta concretos de uma pessoa. Assim, uma pessoa pode empenhar-se em sofisticados juízos de valor, mas pode comportar-se sem aderir aos próprios julgamentos.

- b) Deve haver uma perspectiva de socialização, alcançada através do modo como o indivíduo vê a si e aos demais, de como interpreta os pensamentos e sentimentos, seus e dos outros, e de como interage com eles, possibilitando uma consciência do seu papel na sociedade e do lugar que os demais ocupam nela.
- c) Deve existir um comportamento moral concreto, porque atuar de forma moralmente correta, e de acordo com regras autônomas, requer um alto nível de raciocínio moral, que possibilite entender estes princípios, acreditar neles e, principalmente, viver de acordo com eles.

Entre os teóricos cognitivo-evolutistas, Piaget foi o primeiro a descrever os critérios e normas que as crianças desenvolvem para realizar julgamentos morais. Usando como base estrutural seus estágios do desenvolvimento cognitivo e o estudo das regras utilizadas nos jogos infantis, o autor descobriu que a criança fundamenta suas primeiras experiências morais nas regras culturais básicas do agir social, as quais são assimiladas e internalizadas por ela. Tendo como substrato o seu desenvolvimento cognitivo geral, ela tende a intensificar a internalização e a acomodar estas normas, emergindo deste processo um código de regras, que, conforme Piaget (1977, p.25) é “o livre resultado do consentimento mútuo e da consciência autônoma”, e que se instala durante a adolescência.

Piaget (1977) sugere que a criança pequena não possui as capacidades cognitivas necessárias para fazer julgamentos morais e que aparentemente não tem moralidade, sendo este período chamado de *julgamento pré-moral*, acontecendo na criança pré-operacional (até cerca dos seis anos de idade). Após este período, o autor reconhece a existência de dois elementos morais, distintos e sucessivos durante a infância e adolescência:

- a) Primeiro, existe uma moral social convencional influenciada por três fenômenos: por um sistema de castigo e recompensa; pela identificação com o modelo parental e, pela oportunidade de desempenhar papéis nos jogos com os companheiros. Desta forma, o sistema normativo vem da sociedade, através da autoridade dos adultos, e é produto da coação moral provocada pelo respeito unilateral, resultando em *heteronomia*. As limitações cognitivas existentes entre os três e os oito anos de idade, especialmente o realismo (dificuldade de diferenciação entre os aspectos subjetivos e objetivos das experiências) e o egocentrismo (impossibilidade de discriminar a perspectiva alheia de sua própria perspectiva dos eventos), levam a criança a confundir regras morais com leis físicas e, conseqüentemente, são consideradas como dados estabelecidos e eternos, sagrados e intangíveis. Estas limitações geram uma tendência para considerar os

deveres e os valores como subsistentes em si, alheios à consciência e se impondo obrigatoriamente, independentemente das circunstâncias envolvidas, configurando um *realismo moral*.

- b) Depois, desenvolve-se uma moralidade racional autônoma, a qual evolui a partir da anterior, sendo influenciada pelas emoções e pelo desenvolvimento de um sistema normativo, caracterizado por princípios, progressiva e autonomamente construídos, e assimilados através de processos cognitivos de diferenciação e generalização. Ao conceituar a realidade dentro da estrutura de pensamento formal, o padrão anterior de dependência às leis externas é gradualmente substituído por uma consciência de que a regra se impõe através do respeito, cooperação e consentimento mútuo; que respeitá-la torna-se obrigatório por parte daqueles que desejam ser pessoas leais, mas que admite alterações, desde que seja fruto de uma concordância generalizada - processo que constitui o *subjetivismo moral*.¹⁸

A partir dos 10 ou 11 anos de idade, quando se instala esta consciência de regra, há trânsito entre as duas modalidades morais, possibilitando uma evolução gradativa que vai do egocentrismo infantil à descentração, onde os julgamentos morais tendem a uma orientação interna e ao autocontrole, permitindo, no final, a concretização da responsabilidade moral. Para investigar como se estabelece esta consciência das regras (autonomia), Piaget (1977) utilizou o conceito de justiça, descobrindo que este conceito evolui em três estágios:

1. Até os sete ou oito anos de idade, a justiça está subordinada à autoridade do adulto: os conceitos de justo/injusto se confundem com as regras de dever e obediência e qualquer tipo de sanção é considerada legítima.
2. Entre os oito e onze anos, se instala uma noção de igualitarismo que é progressiva, propiciando a emergência da autonomia através da preponderância da igualdade sobre a autoridade. As noções racionais de justo/injusto tornam-se reguladoras dos costumes porque estão implicadas no próprio funcionamento da vida social entre iguais, a qual é movida por uma solidariedade que se estabelece através de uma cooperação crescente. Assim, as sanções legítimas são as que decorrem da reciprocidade; o ato moral é buscado em si mesmo, independente da sanção.

¹⁸ Faw (1981, p.252-253) simplifica estes conceitos, dizendo que o *realismo moral* tem três características principais: a primeira é a crença de que as regras são onipotentes e imutáveis; a segunda é a avaliação da ação como boa ou má, com base nas conseqüências e não na intenção do causador; e a terceira é que a punição é considerada como controlada pela natureza sendo o resultado inevitável para um comportamento negativo. No *subjetivismo moral*, as regras são consideradas como criações das pessoas em benefício das pessoas, podendo ser alteradas para atender às necessidades mutantes dos envolvidos. Os juízos de valor a respeito de comportamentos baseiam-se tanto na intenção subjacente quanto na conseqüência da ação. A punição ajusta-se à ofensa e servirá de lição para o ofensor.

3. A partir dos doze anos, a justiça igualitária é permeada por um sentimento de equidade, sob o qual os direitos dos indivíduos não são mais igualitários, porém relativos à situação de cada um e as sanções, portanto, devem levar em conta as circunstâncias atenuantes de alguns casos.

Outro pesquisador interessado no desenvolvimento dos juízos morais na criança foi Kohlberg (1992). Partindo igualmente das teorias cognitivo-evolutistas e investigando os conceitos gerais de justiça, desenvolveu um esquema conceitual do desenvolvimento do julgamento moral que preconiza a existência de seis estágios morais, agrupados em três níveis principais. Os estágios que subdividem cada um dos níveis correspondem a uma evolução e organização da perspectiva moral do referido nível, e, segundo o autor, foram estabelecidos através da observação empírica e da análise lógica das conexões internas dos argumentos dos meninos estudados. A partir deste fato, o autor estabelece os pressupostos de sua teoria (KOHLBERG, 1992, p.50):

1. O processo de desenvolvimento moral implica em reorganizações e transformações progressivas globais ou nos sistemas de relações internas da estrutura cognitiva, que, comprovadamente, não decorrem de aprendizagem associacionista (do tipo reforço, repetição, etc).
2. Esta evolução cognitiva estrutural é resultado da *interação* do indivíduo com o entorno e, portanto, constitui um processo de *construção*, não podendo ser entendido como simples maturação ou adaptação ao meio.
3. As estruturas cognitivas são sempre estruturas de ação do indivíduo sobre o objeto, sendo que as atividades cognitivas se movem do sistema sensório-motriz para o simbólico e para o verbal proposicional.
4. A formação de novas estruturas, com nível de desenvolvimento superior ao da estrutura precedente, representa uma busca de equilíbrio e de reciprocidade entre a ação do indivíduo sobre o objeto e a ação do objeto sobre o indivíduo, produzindo estabilidade e conservação do ato cognitivo.
5. O processo de surgimento de novas estruturas pode ser definido em forma de estágios, cada um deles com as seguintes características: diferenças qualitativas na estrutura de raciocínio para resolver o mesmo problema em idades diferentes; estes modos de pensar formam uma seqüência invariante, uma ordem evolutiva individual; cada um destes modos de pensar forma um todo estruturado, com organização lógica e moral; os estágios

superiores reintegram os inferiores, formando uma ordem de estruturas cada vez mais diferenciadas.

A proposta de Kohlberg (1992) está sumarizada no QUADRO 2.

QUADRO 2 - Estágios do desenvolvimento moral segundo Kohlberg

Nível I: Moralidade Pré-convencional

Estágio 1: Orientação para a punição e a obediência. A criança decide o que é errado, com base naquilo que é punido. A obediência é valorizada em si mesma, mas a criança obedece porque os adultos têm um poder superior.

Estágio 2: Individualismo, propósito instrumental e intercâmbio. A criança segue regras quando isto é de seu interesse imediato. O que é bom é aquilo que traz resultados agradáveis.

Nível II: Moralidade Convencional

Estágio 3: Expectativas e relacionamentos interpessoais mútuos e conformidade interpessoal. As ações boas são aquelas que estão de acordo com as expectativas da família ou de outro grupo significativo. “Ser bom” torna-se importante em si mesmo.

Estágio 4: Sistema e consciência sociais (Orientação de lei e da ordem). As ações boas são aquelas assim definidas por grupos sociais mais amplos ou pela sociedade como um todo. Devemos cumprir os deveres a que nos propusemos e seguir as leis, exceto em casos extremos.

Nível III: Moralidade Pós-convencional ou de Princípios

Estágio 5: Contrato Social ou utilidade e direitos individuais: Agir de acordo para obter “o maior bem para o maior número”. O adolescente ou adulto tem consciência de que a maioria dos valores é relativa e as leis são modificáveis, embora as regras devam ser seguidas para preservar a ordem social. Mas existem alguns valores básicos não relativos, tais como a importância da vida e da liberdade de cada um.

Estágio 6: Princípios éticos universais. O adulto desenvolve e segue princípios éticos escolhidos por ele mesmo para determinar o que é certo. Esses princípios éticos são parte de um sistema articulado de valores, cuidadosamente examinado e constantemente seguido; os princípios são princípios universais de justiça.

Fonte: Adaptado de Bee, 1996, p.353.

O nível I corresponde à moral pré-convencional. Nele se encontram a maioria das crianças com menos de nove anos de idade e alguns adolescentes, além de muitos dos adolescentes e adultos delinquentes. Os julgamentos morais infantis se baseiam nas fontes de autoridade que estão próximas, que são fisicamente superiores, e externas a ela.

No estágio 1 do nível pré-convencional, a criança depende das conseqüências de aprovação ou punição de suas condutas para decidir quais atos são bons ou maus. No estágio 2 deste nível, às vezes chamado de *hedonismo ingênuo*, a criança procura atuar de maneira a

ser recompensada e a evitar comportamentos que sabe que serão punidos. Preocupa-se com os outros apenas na medida que isto também a beneficie.

No nível II ou da moral convencional, abriga os estágios 3 e 4, onde a aderência e a manutenção das normas sociais acontece por obediência à norma em si, ao seu caráter real e objetivo, se encontra a maioria dos adolescentes e adultos. Há uma identificação e uma concordância do indivíduo com as normas e expectativas de sua comunidade, principalmente com aquelas das autoridades, que no início do estágio ainda são as pessoas ou grupos sociais mais próximos delas e que, mais tarde, serão autoridades constituídas socialmente como a escola, a igreja, a nação, etc.

No estágio 3 ou “bom menino”, as crianças acreditam na intencionalidade dos atos e que comportar-se bem é fazer aquilo que agrada aos outros; valorizam a confiança, a lealdade, o respeito, a gratidão e a manutenção dos relacionamentos mútuos. No estágio 4 da moral convencional, as regras morais vem de grupos sociais mais amplos, e a tarefa de ser bom consiste em cumprir deveres, respeitar a autoridade, seguir normas e leis, porém os regulamentos não são questionados.

O nível III - dividido em estágios 5 e 6 - é próprio de uma minoria de adultos maiores de 20 anos de idade, os quais entendem e aceitam as regras da sociedade, porém esta aceitação é baseada em princípios morais gerais, auto-escolhidos, que estão fundamentando e justificando as normas. O indivíduo é capaz de distinguir as normas comunitárias - convencionalmente estabelecidas - dos princípios universalistas de justiça. Quando estes princípios entram em conflito com as regras sociais, o indivíduo faz julgamentos por princípios (mais que por concordância às normas), o que lhe permite avaliar o grau de moralidade das normas de qualquer comunidade, inclusive da sua.

No estágio 5 do nível pós-convencional começam a surgir os princípios como fonte de autoridade moral. As regras e as leis continuam importantes porque garantem a justiça, mas aqui, diferentemente do nível anterior, são questionadas quando surge um conflito. No estágio 6 do nível III, os indivíduos assumem uma responsabilidade com suas próprias ações, que são reguladas por princípios éticos universais, tais como justiça e respeito pelas pessoas.

É importante salientar que aquilo que define o estágio ou nível do julgamento moral de uma pessoa, tanto para Piaget quanto para Kohlberg, não é a escolha moral específica, mas sim a argumentação utilizada para justificar essa escolha. Os referidos pesquisadores demonstraram que a argumentação baseada na heteronomia supõe um grau menor de

maturidade moral que o da pessoa que é capaz de focar de modo autônomo, a partir de princípios racionais, a justificação de suas próprias ações.

Para Cortina e Martínez (2005), ambos revivem o formalismo kantiano ao estudarem o desenvolvimento das *estruturas morais* - que é o permanente nos diferentes indivíduos e culturas - avaliando o universalismo a partir das *estruturas cognitivas* e não do *conteúdo das regras*.¹⁹

Em contraponto à teoria de Kohlberg estão os achados de Gilligan (1982) que, durante pesquisas utilizando uma metodologia semelhante àquela do primeiro autor, encontrou diferenças significativas na estrutura de raciocínio e argumentação entre homens e mulheres. Apesar da autora reforçar que a diferença que encontrou não é de gênero, mas sim de tema,²⁰ afirma foi na ‘voz das mulheres’ que prevaleceu a diferença (GILLIGAN, 1981, p.19):

Quando se pesquisa com mulheres e se analisam os construtos de desenvolvimento que derivam de suas vidas reais, uma forma de concepção moral diversa daquela descrita por Freud, Piaget ou Kohlberg começa a emergir. Nesta concepção, os problemas morais surgem, principalmente, de responsabilidades conflitantes e não de uma competição entre direitos, e, para resolvê-los, é necessário um raciocínio narrativo e contextual no lugar de um pensamento formal e abstrato.

A autora sugere, portanto, que existem pelo menos dois tipos de orientação moral distintas: justiça, fundamentada nos direitos e obrigações, e outra, que chamou de *cuidado* – *to care for* ou *to care about*, em língua inglesa²¹ – baseada na responsabilidade com o outro (GILLIGAN, 1981, p.19):

Esta concepção de moralidade como sendo uma preocupação com a atividade de cuidar centraliza o desenvolvimento moral na compreensão da responsabilidade e dos relacionamentos, exatamente da mesma forma que a concepção da moralidade como equidade centra o desenvolvimento moral na compreensão de direitos e regras.

Meninos e meninas aprendem ambas as injunções centrais destes conceitos, ou seja, não tratar os outros injustamente e não abandonar alguém em necessidade. As meninas

¹⁹ Desta forma, para Kohlberg, as éticas materiais (aquelas em que o critério de moralidade pode explicitar-se mediante enunciados com conteúdo) pertenceriam a uma etapa precoce no desenvolvimento da consciência moral, entendendo o autor que a ética, de fato, não teria como tarefa a recomendação de conteúdos morais concretos e sim a descoberta de procedimentos que permitam legitimar (ou deslegitimar) normas procedentes da vida cotidiana, portanto, constituindo-se em uma ética formal. As éticas formais determinam que o bem moral não depende de um conteúdo, mas da forma racional de alguns comandos. No caso de Kant, por exemplo, a forma racional das normas se evidencia quando se adota a perspectiva da igualdade e da universalidade. Ver Cortina e Martínez, 2005; p. 109-111.

²⁰ Gilligan argumenta que foi sua abordagem para tratar os problemas morais diferente daquela utilizada pelos estudiosos da época, que propiciou seus achados e não propriamente a inclusão das mulheres nos estudos. Os trabalhos anteriores haviam sido realizados com meninos e focados apenas no conceito formal de justiça e em como são elaborados os direitos e as regras materiais dele decorrentes. Ver Gilligan, 1982, p. 19.

²¹ Ahronheim *et al.* (2005, p. 85) comentam sobre os dois significados do verbo *to care* (cuidar) na literatura ética de língua inglesa: *to care of*, no sentido de prestar serviços e *to care about* ou *to care for*, no sentido de experimentar uma preocupação genuína, atenta e responsável pelo outro. O primeiro termo é dirigido à doença que habita um corpo que ocupa uma cama; o segundo é dirigido às necessidades humanas do paciente e sua família, bem como à sua doença. A persistência do primeiro tipo de cuidado (*to care of a person*) durante vários estágios da vida de uma pessoa, demonstra que o cuidador experimenta o segundo tipo de cuidado (*to care about that person*).

tenderiam a operar baseadas mais nos conceitos de cuidado e conexão (relacionamentos) enquanto que os meninos tenderiam a utilizar sistemas de regras, especialmente a justiça e a honestidade.

Das teorias que estudam a estrutura do julgamento moral, os estágios propostos por Kohlberg (1992) são os mais conhecidos e utilizados. Diversos autores criticam este trabalho que, ao pretender explicar o desenvolvimento moral como um todo, na verdade não analisa os vários aspectos do julgamento moral, centrando-se fundamentalmente no raciocínio acerca dos conceitos de justiça e de honestidade, fato reconhecido pelo autor em seus escritos posteriores.

Outras teorias sobre o desenvolvimento moral, como a de Jane Loevinger e Elliot Turiel têm sido consideradas nas últimas décadas. Loevinger (1966), também utilizando como ponto de partida os estudos de Piaget e Kohlberg, propôs uma diferente classificação para o desenvolvimento moral, a qual chamou de desenvolvimento do ego. A classificação de Loevinger (1966) estabelece dez fases de desenvolvimento, conforme o QUADRO 3. Esta classificação é comparável às demais já descritas, com a vantagem de estabelecer uma seqüência única de níveis, onde a autora aborda simultaneamente a função cognitiva e a sua integração (GOLDIM,1999).

Como pode ser deduzido, na teoria de Loevinger, o ego se desenvolve mediante uma integração das estruturas existentes e não por uma simples sucessão de estágios. Ao longo dos dez estágios propostos pela autora, o eu e o sentimento de identidade vão se desenvolvendo, mediante complexas interações entre os impulsos, o caráter, as relações interpessoais e a cognição. Cada estágio representa a forma pela qual o sujeito organiza as diversas experiências e sentimentos de suas vivências, e só passa para o estágio seguinte após ter desenvolvido completamente o estágio em que se encontra (MARCHAND, 2001).

QUADRO 3 - Estágios do desenvolvimento do ego de Loevinger

Estágio	Descrição
Pré-social	O recém-nascido não tem um <i>eu</i> constituído; necessita adquirir a noção de permanência dos objetos, construindo um <i>eu</i> diferenciado do mundo externo.
Simbiótico	A tarefa prioritária do bebê é emergir da relação simbiótica com a mãe ou substituta. A linguagem tem um papel importante no processo de emancipação.
Impulsivo	A livre expressão dos impulsos ajuda a criança a afirmar sua identidade. Os castigos são vistos como retaliações ou imanescentes às coisas. A orientação dos sujeitos é mais para o presente. Aqueles que permanecem muito tempo neste estágio podem tornar-se 'ingovernáveis' ou 'incorrigíveis'.
Autoprotetor	A criança aprende a autocontrolar os impulsos, antecipando recompensas e punições imediatas ou a longo termo. São controles frágeis, existindo uma certa vulnerabilidade. O sujeito compreende que existem regras, das quais a mais importante é 'não ser apanhado'. Alguns adultos situam-se neste estágio.
Conformista	A criança/adulto identifica seu bem-estar com o do grupo e se conduz de acordo com as expectativas deste. A desaprovação dos outros é vivida como punição. São insensíveis às diferenças individuais, com comportamentos estereotipados, especialmente quanto aos papéis sexuais. Valorizam a gentileza, prestabilidade e a cooperação. Encaram os comportamentos mais nos aspectos externos do que nos internos (sentimentos).
De Autoconhecimento	Nível de transição entre os estágios conformista e de consciência. Aumenta o autoconhecimento pela consciência de que, para cada situação, há múltiplas possibilidades de resolução e de que nem sempre se pode viver de acordo com as normas sociais. Reconhece as diferenças individuais, das opiniões e sentimentos, embora a base dos juízos seja constituída mais por categorias estereotipadas do que pelas características ou necessidades individuais.
De Consciência	O sujeito vive de acordo com regras e ideais avaliados/escolhidos por si próprio. Os adultos têm uma vida interior rica e sentimentos diferenciados. A profunda compreensão dos pontos de vista alheios torna as relações interpessoais mútuas.
Individualista	Nível de transição entre os estágios de consciência e autônomo, marcado, simultaneamente, pelo aumento da individualidade e da dependência emocional. Os sujeitos deste nível estão muito centrados na questão da independência e dependência, percebendo-a como um conflito interno.
Autônomo	Caracteriza-se pela emergente capacidade de encarar e lidar com conflitos internos. O sujeito autônomo tenta transcender a polaridade da realidade, encarando-a enquanto complexa e multifacetada.
De Integração	Neste estágio, extremamente raro, os conflitos do estágio anterior são parcial ou totalmente superados. Caracteriza-se pela consolidação do sentido de identidade.

Fonte: Marchand, 2001, p. 36.

Na interpretação de Kohlberg, no entanto, a proposta de Loevinger falha em preencher todas as características necessárias para ser considerada uma teoria do desenvolvimento moral, sendo preferencialmente uma caracterização de funções cognitivas evolutivas e não do desenvolvimento do julgamento moral (MARCHAND, 2001).

Finalmente, a proposta de desenvolvimento moral feita por Elliot Turiel, reconhecido atualmente como um dos autores mais importantes nesta área, introduz a noção de domínios.

Para o autor, um indivíduo julga de maneiras diversas as diferentes ações ou questões sociais: além de fazer julgamentos sobre a correção ou incorreção do ato, também avalia se esta ação deve ser socialmente sancionada ou se deve ser uma escolha pessoal. As características de raciocínio ou argumentação para chegar a estes resultados foram classificadas como três diferentes domínios: pessoal, convencional-social e moral. Estes domínios estariam fundamentados em distinções filosóficas entre imperativos morais e padrões, convenções ou práticas de organizações e instituições sociais. De acordo com este modelo, Turiel *et al.* (1991, p.2) argumentam que:

Convenções fazem parte de sistemas constitutivos e consistem em comportamentos compartilhados (uniformidades, regras), cujos significados são definidos pelo sistema constituído no qual estão inseridas. Portanto, são contexto-dependentes e seu conteúdo pode variar em decorrência de significados socialmente construídos. A moralidade também se aplica aos sistemas sociais, porém, não é constituída ou definida por arranjos sociais existentes. Nesta perspectiva de moralidade, as prescrições se caracterizam por serem incondicionalmente obrigatórias, generalizáveis e impessoais, já que derivam dos conceitos de bem-estar, justiça e direitos.

Goldim (1999) esclarece que Turiel resgata o conceito de *paisagem epigenética*, proposto por Piaget, que estabelece que o desenvolvimento do indivíduo ocorre de forma simultânea e integrada. Desta forma, o indivíduo pode utilizar argumentos pessoais, convencionais ou morais para uma mesma situação, independentemente de sua idade, agindo de acordo com as circunstâncias daquele momento. Turiel *et al.* (1991), mais do que estabelecer uma seqüência para o desenvolvimento moral do indivíduo, formularam um modelo explicativo para as justificativas morais, isto é, para uma ética da ação.

Considerando convergentes as quatro teorias aqui apresentadas, Goldim (1999) propõe o quadro comparativo apresentado na página seguinte (QUADRO 4).

QUADRO 4 - Quadro comparativo entre as propostas de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Jane Loevinger e Elliot Turiel sobre o desenvolvimento psicológico e moral

JEAN PIAGET		LAWRENCE KOHLBERG		JANE LOEVINGER	ELLIOT TURIEL
Prática da Regra	Consciência da Regra	Níveis	Estágios	Fases	Domínios
Motora	Anomia	Pré-Convencional	Obediência e Punição	Pré-Social	Pessoal
			Trocas	Impulsivo	
				Oportunista	
Egocêntrica	Heteronomia	Convencional	Aprovação do Grupo	Conformista	Pessoal Convencional
Cooperativa			Deveres e Obrigações	Consciencioso	
	Autonomia	Pós-Convencional	Contrato Social	Autônomo	Pessoal Convencional Moral

Fonte: Goldim, 1999

A teoria de Piaget é a mais evolutiva, avaliando separadamente as noções de prática e de consciência das regras, considerando-as tempo-dependentes; Kohlberg integrou estas noções em uma mesma linha de desenvolvimento ao longo do tempo, porém mantendo a subdivisão em níveis e estágios; a interpretação de Loewinger é mais abrangente que as anteriores, propondo que o desenvolvimento do julgamento moral é complexo e integrado, porém mantendo a característica de ser linear e seqüencial. Turiel rompe com os modelos anteriores ao propor um modelo baseado na noção de domínios que se coordenam ao longo do tempo e em um mesmo período, caracterizando uma leitura não-linear do processo de desenvolvimento psicológico-moral (GOLDIM, 1999)

De acordo com estas teorias, os adolescentes, em sua maioria, se situam no estágio 3 de Piaget; no estágio 4 do nível convencional de Kohlberg; no estágio pessoal-convencional de Turiel, sendo que no final dos anos adolescentes encontrar-se-ão também no nível pós-convencional, no estágio de contrato social de Kohlberg. Os julgamentos pós-convencionais, decorrentes da capacidade de pensamento formal e do idealismo próprio da adolescência, promovem também a compreensão e o interesse pelos valores políticos e econômicos da sociedade.

É necessário compreender que, apesar dos processos de desenvolvimento afetivo e cognitivo constituírem duas áreas distintas, sua evolução acontece paralelamente, como duas perspectivas diferentes para definir a mesma mudança estrutural, as quais devem se unir para que aconteça o desenvolvimento social da pessoa em seus vários ramos (psicológico, sexual, moral, etc), permitindo, como afirma Kohlberg (1992), um único conceito do ego, em um único mundo social.

Finalizando este capítulo, apresentamos o QUADRO 5, que resume os desenvolvimentos paralelos durante a adolescência e propicia a integração dos conteúdos até aqui expostos.

QUADRO 5 - Resumo dos desenvolvimentos paralelos durante a adolescência

Idade (anos)	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Desenvolvimento Físico	Estirão do crescimento ♀		Idade média da menarca		♂ Estirão do crescimento					
Desenvolvimento Cognitivo	Início das operações formais: análise sistemática									
	Operações formais 'iniciais básicas' lógica dedutiva					Operações formais consolidadas (alguns)				
Cognição Social	Estágio 3 de Kohlberg (bom menino)					Estágio 4 de Kohlberg (lei e ordem)				
	Descrições dos outros e do <i>self</i> começam a incluir exceções e comparações; traços de personalidade mais profundos; empatia em relação a outras pessoas em situações difíceis									
Desenvolvimento do <i>self</i>/ personalidade	Aumenta a incidência de depressão; a auto-estima declina brevemente				A auto-estima aumenta pelo restante da adolescência					
					Estágio da identidade vs. difusão de papéis → →				Identidade desenvolvida em metade dos jovens	
Relacionamentos Sociais	Panelinhas		Turmas		Pares					
	Amizades estáveis e íntimas se mantêm e se tornam mais íntimas → → → →									
	Pico máximo do conflito pais x filhos				Máximo impacto do grupo de iguais					

Fonte: Adaptado de Bee, 1996; p. 460 - 463

3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

3.2.1 Atenção Integral à saúde do adolescente: bases conceituais

As bases conceituais da proposta de atenção integral à saúde derivam das Conferências Internacionais sobre Atenção Primária e Promoção da Saúde, realizadas em Alma Ata em 1978, Ottawa em 1986, Santa Fé de Bogotá em 1992 e Jacarta em 1997 que, iniciando por

considerar a saúde²² como um direito humano fundamental, reconhecem que sua promoção consiste em proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorá-la e exercer maior controle sobre ela, exigindo uma estreita colaboração entre o setor sanitário e os outros setores da sociedade, visando a equidade e a justiça social.

A OMS conceitua *saúde integral* como: “um processo dinâmico de responsabilidade pessoal e coletiva relacionado à qualidade e ao modo de vida cotidiana, inserida no contexto econômico, político e social” (OPAS, 1997).

No entanto, como explica Junges (2006, p. 242), citando as obras organizadas por Pinheiro e Mattos²³, integralidade “é um termo polissêmico, sem uma definição específica, o que lhe confere tanto fragilidade como potencialidade”, podendo ser estratificado em três dimensões: a primeira - ou *integralidade focada* - acontece no espaço bem delimitado de um serviço de saúde, correspondendo ao encontro do paciente com a equipe e ao compromisso destes profissionais de realizar a escuta das necessidades de saúde do usuário, necessitando o esforço e a confluência de vários saberes de uma equipe multidimensional; a segunda, denominada *integralidade ampliada*, compreende a articulação de múltiplas *integralidades focadas*, numa rede processual e institucional, de diferentes níveis de complexidade, fazendo com que a integralidade no nível ‘micro’ seja refletida também no ‘macro’, resultando em maior eficácia dos serviços e maior resolubilidade das demandas. O terceiro nível se identifica com as características das respostas governamentais aos problemas individuais e/ou de determinados grupos de pessoas. Desta forma, a integralidade serve como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e, por fim, das políticas de saúde de um sistema.

Portanto, o conceito de integralidade de atenção em saúde está vinculado aos vários componentes que atuam simultânea e sinergicamente sobre os problemas de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade e que irão decidir os resultados positivos ou negativos de uma determinada intervenção, visando obter resultados sustentáveis sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989; VALENZUELA e BENGUIGUI, 1999).

O conceito de atenção integral à saúde, quando transposto para o marco da assistência ao adolescente, tem sua relevância ampliada pelas diversas peculiaridades da faixa etária.

²² O artigo primeiro da Declaração de Alma Ata afirma: “A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

²³ Pinheiro R, Mattos AR (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ – IMS/ ABRASCO, 2003 e Pinheiro R, Mattos AR (org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC/ IMS-UERJ/ ABRASCO, 2004.

Levando em consideração, ainda, que a maioria das causas de morbimortalidade do grupo são passíveis de prevenção, a tarefa de atingir a saúde integral dos adolescentes significa proporcionar condições para o desenvolvimento de todas as suas características biopsicossociais. Para tal se faz necessário promover a informação e a educação em saúde, agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e propiciar-lhes um cuidado que influencie positivamente os comportamentos, a qualidade e os estilos de vida da população adolescente.

A abrangência das ações anteriormente referidas objetiva a proteção integral do indivíduo, da família e das comunidades. A sociedade, investindo em capital humano, reduz as diferenças e garante a igualdade de oportunidades para o máximo desenvolvimento do potencial de saúde das pessoas, numa perspectiva onde todas as pessoas tenham algo a dizer com respeito às decisões que afetam suas vidas (UNITED NATIONS, 1994).

Os valores implícitos nesta proposta – respeitar o ser humano e sua autodeterminação, promover o bem-estar individual e coletivo, evitar os malefícios da iniquidade, e garantir a igualdade de oportunidades - se identificam com um modelo de assistência eticamente adequado, interpretado pela Bioética através dos princípios de respeito à autonomia, de beneficência, não-maleficência e justiça, os quais, para Beauchamp e Childress (1994) constituem os princípios fundamentais da ética biomédica.

No entanto, a atenção integral à saúde exige um manejo da bioética clínica que vá além dos princípios e suas conseqüências. Por seu caráter globalizador, integrativo e de longa duração, a atenção integral à saúde, “lida com valores de maior amplitude e complexidade, em uma linguagem moral de virtudes e vícios” (GRACIA, 1998d, p.100), porque se ocupa de hábitos de vida da população. Os profissionais, necessariamente, devem conhecer o contexto no qual acontecem os problemas, de modo que as intervenções não sejam somente sobre o indivíduo, mas possibilitem uma mudança da realidade, criando hábitos saudáveis que beneficiem concretamente os cidadãos e as comunidades.

Com tal enfoque, a atenção integral à saúde propicia uma compreensão mais profunda de temas clássicos da ética médica como a avaliação da capacidade decisória dos pacientes, o manejo da informação, os critérios para escolha de intervenções e estratégias que sejam de maior benefício individual e coletivo.

3.2.2 Situações de risco: os conceitos de risco e de resiliência

Necessitando de tempo, espaço e condições favoráveis para que o processo dinâmico e complexo de maturação e individuação da adolescência se dê em condições saudáveis, as transformações ocorridas neste período podem ser influenciadas e distorcidas, positiva ou negativamente, por situações de *risco*. A associação de várias destas situações pode comprometer a seqüência de etapas evolutivas, a aquisição de habilidades e o desempenho dos papéis sociais (EISENSTEIN e SOUZA, 1993).

De modo genérico, a palavra *risco* refere-se à probabilidade de ocorrência de algum evento indesejado. Em Epidemiologia, costuma ser utilizada em sentido mais restrito, para descrever a probabilidade de que pessoas expostas a certos fatores – chamados *fatores de risco* - adquiram subseqüentemente uma determinada doença. Os fatores de risco podem ser genéticos, podem ser encontrados no ambiente físico ou fazer parte do contexto social e dos comportamentos individuais. Segundo Fletcher *et al.* (1996, p.103), “o impacto de um fator de risco sobre um grupo de pessoas depende tanto da intensidade como da freqüência da exposição”.

As *situações de risco*²⁴, por outro lado, transcendem ao comportamento individual, estando relacionadas a uma complexa rede de fatores e interesses culturais, históricos, políticos, socioeconômicos e ambientais que provocam modificações nas condutas das pessoas a elas submetidas (EISENSTEIN e SOUZA, 1993).

Muitos dos comportamentos desafiantes na adolescência, como questionar normas e valores, testar limites, lidar com novas dúvidas e emoções, experimentar as potencialidades do próprio corpo, fazem parte da chamada “síndrome da adolescência normal” (ABERASTURY e KNOBEL, 1992). No entanto, quando estas condutas se tornam constantes, repetitivas e fora dos limites socialmente aceitáveis, comprometem o desenvolvimento psicossocial normal, com repercussões danosas à vida e à saúde, transformando-se em *comportamentos de risco* (EISENSTEIN e SOUZA, 1993), expressão inúmeras vezes utilizada em relação às questões de saúde do adolescente.

As rápidas alterações nas estruturas sociais das últimas décadas repercutiram intensamente sobre a vida das pessoas, trazendo problemas de desagregação familiar, altas

²⁴ Situações de risco consistem em circunstâncias que oferecem risco a toda uma comunidade ou grupo social. São exemplos: ausência de saneamento básico; poluição ambiental, permissividade ao uso de drogas, evasão escolar e trabalho inadequado (EISENSTEIN e SOUZA, 1993; p.19).

taxas de desemprego, instabilidade econômica, dificuldades relacionais e emocionais que acabam por dificultar a adaptação dos adolescentes e favorecem a adoção de comportamentos de risco. Na maioria das sociedades contemporâneas, desenvolvidas ou não, o uso de drogas, a sexualidade precoce, a depressão, a inclusão no mercado de trabalho em idade inadequada e suas conseqüências, fazem parte da problemática atual de seus adolescentes.

Estudos mostram, no entanto, que nem todos reagem do mesmo modo às agressões psicossociais²⁵. Mesmo enfrentando experiências terríveis, alguns indivíduos conseguem superá-las sem apresentar comprometimento psicológico ou adaptativo posterior e, portanto, sem seqüelas das adversidades passadas.

Esta variabilidade no enfrentamento de situações difíceis tem um componente que é particular a cada criança, tornando algumas muito vulneráveis e outras, bastante resistentes. Rutter e Garmezy, em 1978, chamaram de *resiliência* a esta capacidade, inata ou construída, de resistir a determinados riscos ou de manter os mecanismos de adaptação e recuperar-se de um dano causado por um agravo (RUTTER, 1993).

Celia e Souza (2002) esclarecem que a resiliência não se baseia em evitar as experiências de risco, mas em controlar o estresse da exposição a elas. Os autores utilizam, em sua explicação, uma analogia com a imunidade adquirida após a imunização, a qual representa o resultado de enfrentar, com êxito, doses menores ou modificadas do microrganismo que causa a doença.

A utilização de mecanismos conscientes ou inconscientes de adaptação, o uso de recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco, funcionam como *fatores protetores*. Os internos referem-se a atributos da própria pessoa: auto-estima, segurança, confiança em si, facilidade de comunicação e empatia, enquanto que os externos estão relacionados às condições do entorno, propiciando a redução da probabilidade de dano. Entre estes estão: a família, o apoio de um adulto significativo, a integração social e de lazer, devendo ser fortalecidos na assistência ao adolescente e adulto jovem.

Portanto, a resiliência está condicionada à interação que existe entre a pessoa e o meio, e os indivíduos resilientes são aqueles que, ao estarem em situações de adversidade, expostos a fatores de risco, têm a capacidade de utilizar os fatores protetores para superar a adversidade e se desenvolverem de maneira adequada.

²⁵ Os problemas psicossociais podem manifestar-se por uma perturbação dos sentimentos (como ansiedade, depressão), das funções corporais (distúrbios psicossomáticos), do comportamento (conduta desviante, agressividade) ou do desempenho (como os problemas do aprendizado), sendo que a disfunção pode comprometer qualquer uma ou todas estas áreas (DALTON e FORMAN, 2000; p. 69).

Pinto *et al.* (2002) esclarecem que os adolescentes não são permanentemente resilientes por suas características de desenvolvimento e, muitas vezes, adotam comportamentos que os colocam em situação de vulnerabilidade, sendo assim necessário que haja complementação entre o enfoque de resiliência e o risco, com o objetivo de promover um ambiente sadio.

Nesta perspectiva, a realidade sócio-ambiental dos adolescentes, responsável por uma forma diferente de adoecimento - definida por Haggerty (1968, p.15) como uma “nova morbidade” - impõe uma mudança significativa na abordagem clínica desta faixa etária e traz à tona a necessidade de implementação de serviços adaptados para contemplar estas questões, agindo como fatores de proteção e valorizando as potencialidades do desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos jovens, pois as atitudes e comportamentos moldados na adolescência geralmente determinam os estilos de vida e os hábitos de saúde da idade adulta (ELDERS e HUI, 1993).

Nuño Gutiérrez *et al.* (1998, p. 365), após interessante pesquisa com jovens mexicanos que telefonavam ou escreviam anonimamente para um serviço de aconselhamento multidisciplinar, concluem que:

A demanda por consultas e o insistente pedido de permanecer no anonimato, dão conta da necessidade que os adolescentes têm de ser escutados, de contar com serviços de aconselhamento que salvaguardem sua intimidade e identidade e que estejam dispostos a abordar qualquer temática.

Os adolescentes e os jovens necessitam, de fato, de serviços de assistência que extrapolam o modelo clínico tradicional, pois estes deverão, além dos cuidados que garantam ou recuperem sua saúde física e mental, proporcionar a discussão de questões educacionais e preventivas, garantindo, igualmente seu acesso aos benefícios mencionados.

O termo “acesso” está relacionado a uma série de preocupações sobre as condições de equidade da população, ou seja, se determinados grupos sociais conseguem obter do sistema de assistência à saúde, aqueles serviços que necessitam. Desta forma, explicam Klein *et al.* (1992), o acesso pode ser definido pelo conjunto de cinco tipos de relações, cujos títulos são mantidos aqui na língua original, para maior fidedignidade: *availability* – uma relação entre oferta e necessidade; *accessibility* – uma relação entre a localização dos recursos e as populações; *affordability* – uma relação entre preço dos serviços e os recursos dos usuários; *accommodation* – uma relação entre a organização dos recursos e os padrões de utilização dos clientes e *acceptability* – uma relação entre as características dos provedores e das práticas e

as atitudes, preferências e expectativas dos usuários. Pode-se deduzir do exposto que, mesmo quando os cenários de assistência são classificados como acessíveis desde um ponto de vista geográfico, ou financeiro, não há garantias de que o jovem terá efetivamente “acesso” ao cuidado que necessita.

Muitos são os documentos (MADDALENO, 1999; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2000a e 2000b; SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE, 1992 e 1995; UNITED NATIONS, 1994; YUNES e DÍAZ, 1999) que atestam a intensidade dos problemas de saúde dos adolescentes e jovens, explicitando suas necessidades especiais e seu acesso limitado. A repercussão de todos os fatores mencionados toma uma dimensão alarmante quando interpretada através dos indicadores de saúde para estas faixas etárias, sobre os quais nos deteremos brevemente, a seguir.

3.2.3 Morbimortalidade na adolescência e juventude

3.2.3.1 Situação dos jovens na América Latina

A Organização Panamericana de Saúde estima que na América Latina e Caribe a população entre 10 e 24 anos idade tenha atingido a cifra de 172 milhões de jovens no ano 2000, representando um quarto da população geral da região (OPAS, 1990). Com uma crescente demanda nas áreas da saúde, da educação e do mercado de trabalho, 80% deles vivem em zonas urbanas problemáticas, fato que contribui para um ambiente psicossocial dominado pela violência e pela delinquência juvenil.

Nas últimas duas décadas houve um importante incentivo à escolarização, dobrando o número de jovens de 12 a 17 anos matriculados nas escolas. Em 1990, a taxa de escolarização bruta (incluindo a população de todas as idades) era de 106% no ensino fundamental, 52,3% no ensino médio e 17,1% no ensino superior (MADDALENO, 1999).

Os adolescentes de 15 a 19 anos representam cerca de 40 a 50% da população economicamente ativa na América Latina e, ao ingressarem no mercado de trabalho, tendem a abandonar a escola sem completar sua educação fundamental. Este fato, aliado à falta de qualificação profissional, leva a condições de subemprego e outras desvantagens (MADDALENO, 1999).

Apesar de que as taxas de mortalidade dos adolescentes da região - 7,4 por 10.000 - sejam muito mais baixas que as de mortalidade infantil - 550 por 10.000 -, o perfil de causas para estas mortes é de certa forma trágico, pois, resultando fundamentalmente da adoção de comportamentos de risco e da violência interpessoal, são consideradas “mortes injustificadas” (VERMELHO E MELLO JORGE, 1996), até certo ponto preveníveis, mediante o reconhecimento, a abordagem e a intervenção - precoces e adequados - nos aspectos psicossociais subjacentes.

Complicando ainda mais esta situação, está a associação encontrada entre os vários fatores de risco, como no caso dos acidentes de trânsito com o uso de drogas²⁶ ou álcool e a prática de sexo não seguro e/ou o uso de drogas com a contaminação pelo vírus da imunodeficiência adquirida. (JARDAIS e FRIEDMAN, 1994).

Na faixa etária dos 10-19 anos, o principal motivo para a morte são as chamadas *causas externas*, lideradas em quase 50% pelos acidentes e as violências. Na população de 15-19 anos, somam-se aos acidentes, homicídios e suicídios, os tumores malignos, as doenças cardiovasculares, representadas em grande parte pela febre reumática, e as complicações decorrentes da gravidez, do parto e puerpério. A taxa estimada de doenças crônicas é de 10%, porém a grande causa de morbidade na faixa etária é constituída por problemas de ajustamento social, como os transtornos de aprendizagem e do apetite, o abuso de substâncias e a depressão (MADDALENO, 1999).

Entre as doenças transmissíveis, aquelas relacionadas ao contágio sexual são prevalentes e, entre elas, a AIDS torna-se um desafio. Segundo a OMS, cerca de 50% dos casos de infecção pelo HIV acontece em menores de 25 anos (SANTOS e LIMA, 1997).

A taxa de fecundidade em adolescentes tem diminuído em quase todos os países da região, porém o número absoluto de filhos de adolescentes, e sua proporção com o número de filhos de mulheres de todas as idades, tem aumentado. O uso de métodos anticoncepcionais pelas adolescentes é inferior ao uso pelas mulheres das outras faixas etárias. Alguns estudos mostram também que o fato dos adolescentes relatarem o uso de métodos anticoncepcionais não significa que sua utilização esteja sendo feita de maneira adequada (REPOSSI *et al.*, 1994).

²⁶ A OMS define droga como toda substância que, introduzida no organismo, produz nele algumas alterações, modificando uma ou mais de suas funções, que é um conceito muito amplo. No que se refere à toxicomania, as substâncias envolvidas são aquelas chamadas de psicoativas ou psicotrópicas, cuja ação no organismo se faz sobre o sistema nervoso central, podendo causar dependência química (ESTEFERON e MOURA, 2002, p.384).

3.2.3.2 Situação dos jovens brasileiros

Quando estes indicadores epidemiológicos são aplicados para a população de adolescentes e jovens brasileiros, a situação configura-se semelhante. A população de jovens no Brasil com idades entre 15 e 24 anos, revelada pelo Censo Demográfico 2000 contabilizou 34.081.330 pessoas. Em relação à população total do País, esta cifra representa 19,8%, estando dentro do intervalo de variação histórico que vem oscilando entre 19% e 21% (IBGE, 2000 e 2007).

Segundo indicadores e dados básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 78,4% deles vivem em zonas urbanas. Neste mesmo período, segundo o Ministério da Saúde, eram economicamente ativos 56,7% dos adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Comparando-se as taxas de analfabetismo nos anos de 1991 e 2000, nota-se a melhora neste indicador, com redução dos índices de 17,7% para 7,3% na faixa etária de 10 a 14 anos e de 12,1% para 5,0% naqueles de 15 a 19 anos, segundo o DATASUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A mortalidade dos adolescentes brasileiros também é devida às *causas externas*, que compreende as mortes por acidentes, homicídios e suicídios, com taxas de 56,3% na faixa de 10-14 anos; 72,2% dos 15 aos 19 anos; e 71,9% dos 20 aos 24 anos. Chama a atenção que as mortes por homicídio, isoladamente, correspondem a 32% na faixa de 15-19 anos e 54% na faixa dos 20 aos 24 anos, quando considerado apenas o grande grupo de causas externas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Apesar de não existirem dados nacionais sobre a prevalência ou incidência de situações de violência que não levam à morte, o problema é de grande magnitude, porque, para cada caso fatal, ocorrem 200 casos de lesões não mortais com seqüelas e incapacidades prematuras (ASSIS e SOUZA, 1995; YUNES, 1993).

Em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva, nas décadas de 1970 e 1980, houve aumento do nível de fecundidade tanto na faixa dos 10-14 quanto dos 15-19 anos de idade. Na década de 1990, uma pesquisa nacional sobre saúde e demografia demonstrou que a taxa de fecundidade diminuiu em torno de 30% em todas as idades, menos na faixa etária abaixo dos 20 anos (BEMFAM, 1996).

Dados do DATASUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) demonstram que, em 1996, de todos os partos realizados na rede do Sistema Único de Saúde, 22,9% foram de mães adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Nos anos seguintes, até 2003, esta percentagem praticamente não se modificou, variando entre 22% e 23,6%.

Diretamente associadas à gravidez na adolescência há maiores taxas de ilegitimidade, instabilidade social, econômica e familiar. Um levantamento realizado com gestantes adolescentes em maternidades públicas de Salvador, Bahia, revelou que 44,3% delas eram dependentes das famílias; 53% eram solteiras; 51,7% não utilizavam métodos contraceptivos; 49,7% abandonaram a escola e 53,8% não voltaram aos respectivos empregos. Uma pesquisa realizada em Belém do Pará mostra que cerca de 46% das adolescentes de 15 a 19 anos de idade, com vida sexual ativa, não utilizava qualquer método para a prevenção da gravidez. (COSTA *et al.*, 1995)

Outro grave problema de saúde são as doenças sexualmente transmissíveis (DST), tanto por sua alta frequência quanto pelo fato de serem o principal fator facilitador da transmissão do vírus HIV. Carvalho e Passos (1998) pesquisaram os usuários do ambulatório de DST de uma universidade pública em Niterói, RJ, encontrando 16,9% de adolescentes, sendo que a grande maioria (71,6%) pertencia ao gênero feminino. As DST mais encontradas incluíam: sífilis, gonorréia, condiloma acuminado, candidíase e herpes genital.

Em relação à AIDS, a mortalidade varia de 0,2% no grupo de 10-14 anos, 1,0% dos 14-19 anos, chegando a 7,2% no grupo dos 20-24 anos de idade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), mas estas taxas podem estar subvalorizando o número de adolescentes infectados pelo HIV, devido ao longo período entre a exposição ao vírus e o início da sintomatologia de doença. Em 2004, na população brasileira de 13 a 24 anos de idade, foram diagnosticados e notificados 25.167 e 16.107 novos casos de AIDS, nos gêneros masculino e feminino, respectivamente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Um levantamento realizado em 1997 pelo CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID) com estudantes de ensino médio e fundamental residentes em dez das maiores cidades brasileiras, mostra que a maior incidência do uso de drogas refere-se ao grupo de jovens que trabalham ou estão com um atraso de escolaridade de três anos ou mais ou, ainda, que têm pais separados ou falecidos; 80% dos adolescentes do estudo já haviam ingerido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez e 18,6%, seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a entrevista enquanto que 22,8% já

havia feito uso de algum tipo de substância psicotrópica pelo menos uma vez, e 3,4% as utilizaram seis vezes ou mais, nos trinta dias anteriores à pesquisa (GALDUROZ *et al.*, 1998).

Finalizando, é possível deduzir que esta complexa situação dos adolescentes brasileiros e de toda a região das Américas exige do setor de saúde a adequação de suas estratégias, optando por uma abordagem completa e integral destes problemas, que, segundo Yunes e Díaz (1999, p.8):

[...] requer a participação ativa dos diferentes setores, disciplinas e atores sociais, vinculados ao processo saúde-doença (...) desenvolvendo modelos de atenção que deveriam conjugar maiores níveis de cobertura, integralidade de ações, sustentabilidade das metas alcançadas, intersectorialidade e participação social.

3.3 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

3.3.1 Privacidade e confidencialidade: conceituação

O conceito de privacidade é visto na literatura sob dois enfoques distintos: o primeiro centra-se no controle que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio, enquanto que o segundo define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade. A maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade. Algumas destas interpretações são citadas a seguir.

Faden e Beauchamp (1986) afirmam que o direito à privacidade é uma reivindicação positiva de um indivíduo a um *status* de dignidade pessoal – uma reivindicação por uma espécie muito especial de liberdade: aquela que envolve sua escolha sobre que fatos ou informações pessoais o indivíduo deseja ou não revelar, e sobre a escolha do momento em que ele o fará.

Para Alderman e Kennedy (1995) a privacidade constitui-se em um direito individual e este termo cobre muitas situações como a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, permite 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. Para estas autoras, privacidade engloba ainda os direitos de autodeterminação, permitindo que cada um mantenha em segredo certos fatos sobre si mesmo, de acordo com sua vontade.

Gostin *et al.* (1993) afirmam que privacidade é o direito de um indivíduo para limitar o acesso de terceiros a qualquer aspecto de sua pessoa. Da mesma forma, Winslade (1995) diz que tanto legal quanto eticamente, privacidade se refere a direitos à intimidade bem como ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou mente de alguém, seja através de contato físico ou da revelação de pensamentos ou sentimentos.

Para Styffe (1997), constitui-se no direito do indivíduo de determinar quando, como e em que extensão a informação dada por ele 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 de limitar a revelação de informação pessoal (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1997).

Estas definições, para Beauchamp e Childress (1994), confundem privacidade com direitos de controlar a intimidade, porque a privacidade constitui-se em um *status* ou *condição de inacessibilidade* física ou informacional e, quando é definida nestes termos, se estende aos produtos corporais e objetos intimamente associados ao indivíduo, bem como aos seus relacionamentos íntimos com outras pessoas, sejam elas amigos, cônjuge, parceiros sexuais, profissionais da saúde, do direito e outros.

A mesma situação ou condição pode ser encontrada na definição de Campbell *et al.* (1997), para quem a privacidade deve ser vista como uma *dimensão* da liberdade de cada um, a qual impede a intrusão em questões de caráter pessoal por parte de governos, de corporações ou indivíduos.

Portanto, desde uma perspectiva normativa, tanto ética como legal, a privacidade se configura como um dos direitos fundamentais²⁷ do indivíduo, referindo-se ao direito de cada um de ter um controle exclusivo sobre um âmbito de recolhimento, tranqüilidade, solidão, segredo e intimidade. Desta forma, é correto afirmar que individualismo²⁸ e privacidade se pressupõem.

A definição de Sánchez Urrutia *et al.* (2003, p.15) amplia e explica as várias características inerentes à privacidade:

²⁷ O direito à privacidade costuma estar explícito no ordenamento jurídico da maioria das sociedades democráticas contemporâneas. No Brasil, a Constituição Federal de 1988, reconhece como direito de personalidade a proteção da privacidade e da intimidade, mais precisamente no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais - Cap. I, Art.5º, X, que dispõe: “ 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” (BRASIL., 2004, p. 13).

²⁸ O conceito de individualismo está integrado pelos conceitos de privacidade, dignidade humana, autonomia e auto-aperfeiçoamento. Ver Sánchez Urrutia *et al.*, 2003, p. 17.

A privacidade alude ao âmbito ao qual um indivíduo se recolhe para beneficiar-se de um tempo próprio, de um espaço íntimo, em um ato de apropriação de si mesmo. Esta esfera privada é definida em relação a um exterior formado por uma pluralidade de pessoas e instituições e se nutre dos cinco significados que tem o conceito de privado: a) o que está separado, retirado, – contraposto ao que é público; b) o que é individual, particular, privativo ou exclusivo; c) a falta ou carência de algo; d) o que é familiar – que dá lugar à expressão ‘vida privada’; e) o que é íntimo ou o que pertence ao indivíduo em sua natureza mais profunda.

Analisando esta concepção, é possível inferir que *intimidade*, termo muitas vezes considerado como sinônimo de privacidade, na verdade está relacionado a ela, como um dos componentes desta esfera privada. Mais uma vez, Sánchez Urrutia *et al.* (2003, p.15) esclarecem que “a intimidade refere-se ao mundo pessoal, próprio, situado fora do olhar dos demais e que foi concebido tradicionalmente como um espaço sagrado, mundo que se desenvolve no interior da esfera privada, que nos separa e protege do exterior”.

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, em um ambiente de grande confiança e com o propósito de cuidados com sua integridade física e emocional.

Para Gostin *et al.* (1993), 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, pode ser entendido como *privacidade informacional*. Neste raciocínio, a confidencialidade constitui-se em 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 revelou. Assim sendo, na opinião de Winslade (1995), toda e qualquer informação decorrente desta situação é confidencial, a menos que o paciente requisite sua revelação a terceiros.

Estes autores igualmente reconhecem que a confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de *comunicação privilegiada*²⁹, compartilhando com ambas, uma idéia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou mente de um indivíduo em particular.

A diferença entre privacidade e confidencialidade é que a primeira se refere a características distintivas e singulares de uma pessoa (como, por exemplo, privacidade de pensamentos, sentimentos ou fantasias) enquanto que a segunda sempre há de referir-se a um

²⁹ Da expressão inglesa *privileged communication* que se refere aquele tipo de comunicação confidencial que a lei protege contra a revelação não autorizada no cenário legal (WINSLADE, 1995, p.452).

contexto relacional, envolvendo no mínimo duas pessoas. Portanto, romper a privacidade é pré-condição para que a confidencialidade aconteça no âmbito da relação entre duas pessoas (WINSLADE, 1995).

A confidencialidade depende não somente do tipo da informação, mas também do contexto da revelação, bem como da natureza da relação entre aquele que revela e aquele que recebe a informação.

Para Styffe (1997), a confidencialidade implica em um pressuposto de confiança. É por confiar que qualquer informação será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada, que a pessoa adquire a segurança íntima para compartilhá-la. Assim, uma informação confidencial é tanto *privada* quanto *voluntariamente* compartilhada, em uma relação de confiança e fidelidade. Quando uma pessoa inicia um relacionamento médico-paciente, ela voluntariamente expõe sua intimidade, ao permitir o exame físico, ao se submeter a exames laboratoriais ou ao revelar ao profissional sua história clínica e social.

No campo da assistência à saúde, a confidencialidade está presente toda vez que, ao receber estas informações ou fatos revelados, o profissional de saúde compromete-se a não divulgá-los para terceiros partes sem a permissão do informante. Na mesma linha de raciocínio, Kottow (1995, p.142) esclarece que “é a confidencialidade que determina que a informação compartilhada ou gerada no encontro clínico não ultrapasse o âmbito interpessoal” e, portanto, deveria ser protegida da revelação a terceiros.

Os termos privacidade e confidencialidade, claramente relacionados entre si, e diretamente ligados a valores normativos, protegem as preferências e os direitos individuais, mas, conceitualmente, são diversas: a privacidade, como um *status* ou um direito à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto a confidencialidade garante que a revelação será mantida em segredo. Em razão desta diferença não acontece *violação* aos direitos de confidencialidade se o paciente autorizar a divulgação de uma informação³⁰, embora aconteça uma *perda* tanto de confidencialidade quanto de privacidade com a revelação.

A confidencialidade da informação tem duas características importantes nas relações clínicas. Uma primeira forma de confidencialidade se estabelece em uma relação interpessoal, onde a manutenção do segredo é passível de ser completa, bastando o comprometimento das

³⁰ O consentimento, portanto, ‘é um dos pressupostos e motores do processo de circulação da informação pessoal’ (SÁNCHEZ URRUTIA *et al.*, 2003, p. 39).

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 para a assistência ao paciente, pois visa proporcionar ao doente todos os cuidados disponíveis na instituição para o correto diagnóstico e tratamento de sua enfermidade. Herranz Rodríguez (1992) afirma que, quando há colaboradores na assistência a um paciente, a obrigação do sigilo se estende a todas estas pessoas que ajudam o médico em seu trabalho. Diz Schiedermayer (1991) que estes profissionais, obrigados ao sigilo por seus códigos deontológicos, devem garantir uma manipulação eticamente adequada da informação.

Alguns autores se preocupam em conceituar a confidencialidade em conexão com estes sistemas de assistência utilizados hoje em dia. 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. É o caso do *Computer Science and Telecommunications Board*, (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1997), entidade estatal norte-americana que 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.

O termo segurança é frequentemente relacionado às questões de privacidade e confidencialidade. Para Styffe (1997), segurança refere-se à proteção da informação contra o acesso não autorizado, a modificação ou a destruição acidental ou intencional enquanto que o *Computer Science and Telecommunications Board* (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1997), afirma que segurança se refere àquelas medidas 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 ter acesso a ela.

Algumas vezes, os termos privacidade, confidencialidade e segurança são usados de maneira indistinta para discutir a proteção de informações pessoais na assistência à saúde. Porém cada um destes termos se refere a uma função específica nos complexos relacionamentos clínicos, privados ou públicos, sendo entidades diferenciadas. A correta conceituação de cada uma delas, e seu objetivo, favorecem 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, enquanto que a segurança da informação é um constituinte do sistema de cuidados em saúde, sendo deste, primariamente, a responsabilidade de executá-la.

3.3.2 Natureza da confidencialidade no contexto assistencial: do segredo à confiança

3.3.2.1 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 querer preservar informações - por inúmeras razões - impedindo, de modo intencional, que outra pessoa venha a conhecer certos pensamentos, sentimentos, fatos ou hábitos que tenha. Estes segredos são freqüentes no cotidiano e estão ligados a uma promessa de não revelação por parte daquele que recebe a informação, podendo ser chamados de *segredos de promessa* (KOTTOW, 1994) ou de *segredos primários* (LUBAN, 1992). 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 oculto 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 ou, ainda, no âmbito das relações profissionais, como nas áreas jurídica ou médica. Estes segredos compartilhados, subprodutos de uma relação interpessoal mais ampla, têm um objetivo que ultrapassa a natureza do próprio segredo. A informação revelada é instrumental (i.e., há necessidade de ajuda para tomar uma decisão ou resolver um problema), servindo a um propósito específico e a única justificativa para a revelação é melhor atingir o objetivo. Este sigilo, cujas características morais são diferentes daquelas encontradas no primeiro tipo, é um *segredo de confiança* sendo que as situações que emergem deste tipo de relacionamento caracterizam a confidencialidade na ética profissional. Afirma Kottow (1994, p.472) que “a confidencialidade é construída a partir de um conceito aristotélico de virtude, sendo deste modo a escolha de um meio adequado para atingir um fim aceitável e racional”.

Além do respeito pela necessidade das pessoas de partilharem informações em confiança, existem outras justificativas para a confidencialidade esperada no exercício de uma profissão. Luban (1992) afirma que a confidencialidade pode ser justificada por um argumento que tem dois componentes. O primeiro componente é instrumental: a confidencialidade é essencial no exercício profissional, pois, se não existirem garantias de sigilo e discrição, o paciente não revelará as informações que o médico necessita para tratá-lo adequadamente.

O segundo componente é o fato de que a profissão tem importância em si mesma porque defende certos valores que são 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.

Existem dois modos de encarar a importância da profissão. Se ela for considerada sob um prisma consequencialista³¹, 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 pontual de manter o segredo ou de revelar a informação, mas como uma forte e vinculante obrigação de confidencialidade, alicerçada em princípios éticos inerentes ao próprio exercício profissional.

O centro desta ética deontológica³² é a identificação e a justificação de deveres que obrigam o profissional a agir de certa forma, independentemente dos resultados desta ação (APPELBAUM *et al.*, 1987) e dela surgiram os códigos de atuação profissional. Estes Códigos Deontológicos não seguem de modo consistente nenhuma tendência filosófica, nem são produto de uma escola deontológica em especial, porém compõem-se de sugestões e recomendações de normas razoáveis e próprias da vocação profissional, as quais garantem a qualidade humana e técnica da atividade profissional.

³¹ As correntes filosóficas consequencialistas são aquelas que determinam a moralidade ou imoralidade das ações pelos efeitos que elas produzem. Para estas teorias, as boas ações são aquelas que produzem maiores benefícios ou vantagens e as ações más são as que provocam dano ou limitam a criação ou distribuição destes benefícios ou vantagens. A mais destacada destas teorias é o utilitarismo, desenvolvido por J. Bentham e J.S. Mill (APPELBAUM *et al.*, 1987, p.19-20; HERRANZ RODRÍGUEZ, 1992, p.2).

³² Em Filosofia moral, se denominam deontológicas aquelas doutrinas que afirmam que a qualidade moral das ações humanas nasce de sua concordância com certos princípios pré-determinados - os deveres morais -, que são anteriores a estas ações e independentes dos efeitos e das consequências que elas tenham. Para as correntes deontológicas, o próprio da vida moral é cumprir os deveres e obrigações. A estas doutrinas se opõem as éticas consequencialistas (HERRANZ RODRÍGUEZ, 1992, p.2). Para uma boa revisão do assunto, consultar Beauchamp e Childress, 1994.

Histórica e doutrinalmente, os Códigos Deontológicos originam-se de uma seleção de normas e critérios de auto-regulação da prática profissional que, por sua vez, são decorrentes de um pacto social: se, de um lado, a sociedade entrega à corporação médica o poder de conceder a licença para o exercício profissional àqueles que reúnem as condições necessárias, por outro, exige dela o estabelecimento das regras éticas necessárias para o exercício competente e correto da profissão.

Para Herranz Rodríguez (1992, p.4), a legitimação do Código Deontológico se dá 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.

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

O sigilo ou segredo médico³³ que garante a confidencialidade do perfil médico-social do paciente, pertence a esta ordem de preceitos vinculantes. Para entender seu caráter obrigatório, é necessário conhecer sua evolução histórica, já que, desde o século V a.C., faz parte da tradição profissional: o preceito do sigilo está explícito no Juramento Hipocrático (HIPPOCRATES, 1992, p.301), devendo ser cumprido pelo médico virtuoso, mediante uma atitude de discrição, para proteger os segredos dos pacientes: “Tudo quanto veja ou ouça, profissional ou privadamente, que se refira à intimidade humana e não deva ser divulgada, eu mantere em segredo e contarei a ninguém”.

Para Gracia (1998a), 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

³³ Francisconi e Goldim (1998, p.270) comentam o fato de muitos autores e códigos usarem, indistintamente, os termos segredo e sigilo: os segredos dizem respeito à intimidade da pessoa, portanto devem ser mantidos e preservados de forma adequada; o termo sigilo tem sido cada vez menos utilizado. Em diferentes idiomas, seu emprego tem caracterizado mais os aspectos de ocultação que de preservação da informação.

que o professa, a excelência no que faz, por meio de uma grande qualidade moral e responsabilidade ética.

Este juramento solene e sagrado definia o caráter - interno, privado e moral - da responsabilidade do médico hipocrático, acarretando um forte compromisso de exercer a profissão conforme as normas nele expressas. Era de tal forma obrigatório 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 mediante um contrato como, por exemplo, o segredo - as quais eram proibidas ou não próprias aos indivíduos comuns (GRACIA, 1998a).

Apesar de modificado e restrito em sua aplicação, o segredo médico se manteve na tradição da profissão, persistindo por séculos “sua concepção hipocrática de ser um mero dever de discrição” (GRACIA, 2004; p.300).

Nos tempos modernos, houve um ressurgimento da regra do segredo, atualizada e redefinida às custas de novas prioridades em matéria de Direito e Deontologia, e como resultado da estruturação das profissões, dos regimes jurídicos das coletividades e do desenvolvimento técnico, científico e social das intervenções na área da saúde (HOTTOIS E PARIZEAU, 1993). A partir do século XVIII, e principalmente no séc. XIX, a regra do segredo toma dois caminhos distintos: um deontológico e o outro legal.³⁴

Do ponto de vista de obrigação profissional, é no século XIX que surgem os primeiros Códigos Deontológicos, regulamentando a profissão médica e reafirmando o segredo como obrigação de ofício. O primeiro documento reconhecido como um código explícito de conduta médica (JONSEN, 2000) é o livro *Medical Ethics*, de Thomas Percival, publicado em 1803, no qual o autor pretendia organizar 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 sigilo, assim se posicionava Percival (1987, p.30):

Segredo e delicadeza, quando requeridos por circunstâncias peculiares, deverão ser estritamente observados. E 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.

³⁴ Para uma excelente exposição sobre esta mudança de concepção do segredo médico ver Gracia, 2004, p.297-312.

Do ponto de vista legal, e influenciada pelas emergentes idéias democráticas de direitos de cidadania, a regra do segredo vai, lentamente, tomando esta direção para constituir-se, primariamente, em um direito do cidadão. Diz Gracia (2004) que a aproximação ocorrida, nesta época, entre Medicina e Direito, com um forte processo de medicalização da doutrina penal, resultou em uma melhor configuração da teoria do sigilo, além de ampliar as justificativas para as exceções.

As diferentes concepções - uma legal e outra deontológica - fortalecem a idéia de um “direito-dever” (GRACIA, 1998b, p.141) e, à época, em caso de conflito entre o dever profissional e a administração da justiça, o primeiro cede ante o segundo. Desta forma, o direito-dever de confidencialidade adquire exceções, e o segredo profissional do médico pode ou deve romper-se em todos os casos em que o bem comum, representado pelas leis e pela administração de justiça, assim o exige (GRACIA, 2004).

A tendência à maior proteção do segredo médico, equiparando-o ao sigilo protegido de advogados e procuradores, começa a ganhar força no final do século XIX, na França, sob o argumento de que a guarda do segredo era necessária para manter a relação de confiança do paciente com o profissional de saúde e que, portanto, a revelação devia ser considerada um delito. Esta idéia não foi uniforme em todos os países, e aqueles de origem anglo-saxônica nunca aceitaram a equiparação do segredo médico à comunicação privilegiada que existe entre advogado e cliente.

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

Estes movimentos só chegam concretamente à medicina com a divulgação, na década de 1970, nos Estados Unidos da América, de uma Carta de Direitos do Paciente elaborada por várias entidades em parceria com a Associação Americana dos Hospitais. Portanto, a idéia de proteção à privacidade, aporta na área da saúde, não necessariamente fundamentada em direitos humanos, mas sim em direitos do consumidor.

Nesta mesma época, surge a Bioética que, através da defesa da autonomia dos pacientes, fortalece esta discussão no âmbito da Deontologia, confirmando o segredo como um direito-dever. A partir de então, adota-se esta dupla característica e se passa a utilizar preferencialmente o termo confidencialidade, como “a garantia do resguardo das informações

dadas em confiança e a proteção contra sua revelação não autorizada” (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS, 1999).

Já no final do Século XX, o uso das tecnologias de informação na área da saúde, os avanços da medicina preditiva, da genética e da biologia molecular, lançam novos questionamentos sobre a questão do segredo das informações biomédicas e sobre a necessidade de protegê-las.

Ao longo desta evolução, no entanto, nem a regra do segredo, nos Códigos Deontológicos, nem o direito a 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 segredo e a privacidade da informação estão garantidos pelo Código Penal Brasileiro - 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 (BRASIL, 2000).

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 vedada ao médico a revelação de informações, ficando contemplada a quebra do sigilo somente por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente (BRASIL, 1988; FRANÇA, 1994).

Kipper e Clotet (1998, p.40) afirmam que “a reflexão sobre um conflito moral no exercício da profissão, realizada apenas sob o referencial do código deontológico, será, provavelmente, uma visão míope e muito restrita da problemática ética nele contida”. Concordando com os autores, torna-se imperiosa uma interpretação complementar, sob uma perspectiva beneficente-autonomista da confidencialidade, que não a reduza a uma obrigação de segredo, mas que favoreça e fortaleça uma relação clínica eticamente adequada.

3.3.2.2 Privacidade e confidencialidade como pressupostos da relação clínica: a confiança

No âmbito da relação médico-paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, como já vimos, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo doente, que incluem a liberdade de escolher o que considera privado.

Dizem Hottois e Parizeau (1993) que, do ponto de vista filosófico, o respeito à confidencialidade está fundamentado em um *direito natural de intimidade* e este, 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 um desrespeito à sua autodeterminação.

Segundo Beauchamp e Childress (1994), os argumentos para justificar o direito a intimidade ou privacidade pertencem a três grupos: a primeira abordagem coloca a privacidade em um grupo de direitos pessoais e de propriedade que são violados quando um acesso desautorizado a esta pessoa é realizado por terceiros; a segunda, mais consistente que a anterior, enfatiza o valor instrumental da privacidade, identificando vários fins que são servidos por suas regras. Várias teorias consequencialistas justificam desta forma o direito a privacidade, afirmando que ele serve para o desenvolvimento pessoal, para a criação e manutenção de relações sociais íntimas e para expressão da liberdade de uma pessoa. Neste enfoque, a privacidade cria a atmosfera necessária para as relações humanas de respeito, amor, amizade e confiança. A terceira abordagem é considerada a mais consistente: a privacidade justifica-se no respeito pela autonomia e, dizem os autores, que as reivindicações de privacidade se tornam legítimas à medida que se relacionam com o direito de autorizar ou não o acesso de terceiros, num exercício de autodeterminação.

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 que uma extensão do corpo ou da mente daquele paciente. 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 informações podem ser reveladas (FRANÇA, 1994; MILHOLLAN, 1994; SÁNCHEZ URRUTIA *et al.*, 2003; WINSLADE, 1995).

Portanto, no contexto da relação médico-paciente, as questões da confidencialidade extrapolam o conceito deontológico de segredo profissional e demandam do provedor de cuidados certas atitudes e qualidades que devem ser discutidas em um contexto de virtudes, caráter e princípios, essenciais para satisfazer a necessidade e o direito de seu paciente por privacidade.

Desta forma, os direitos de uma das partes de uma relação clínica têm implicações claras sobre as obrigações e deveres da outra parte porque, na relação médico-paciente, os direitos não são unilaterais: os dois lados os possuem e, conseqüentemente, não podem ser considerados absolutos (ALMOND, 1994).

Para França (1994), a expectativa natural de privacidade que existe 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. Este caráter essencialmente fiduciário do encontro clínico deriva da manutenção de promessas mútuas (KOTTOW, 1994). 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 poder ajudá-los. A confiança se constitui, portanto, 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 traduzem 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 profissional tem esta obrigação, tomada como um compromisso através do juramento público ou dos códigos que regulam a boa prática da profissão. Mas, dizem Beauchamp e Childress (1994), que 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.

Para Jackson (1994) há uma maneira ainda mais rigorosa de justificar a confiança: quando seu valor 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*)³⁵.

Isoladamente, nenhum destes argumentos consegue dar suporte para regras absolutas de confidencialidade, porque todos eles são deveres *prima facie*³⁶. Porém, quando tomados em conjunto, se tornam um substrato consistente para justificar uma vinculante obrigação para respeitar a confidencialidade das informações em saúde.

Diante do exposto, depreende-se que 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 garantir a manutenção da confiança, pressuposto fundamental para que o resultado da interação clínica seja, simultaneamente, terapêutico e eticamente adequado. Esta questão nos remete à análise dos motivos considerados eticamente admissíveis para desapontar um paciente, revelando a terceiros sua intimidade. Estes aspectos serão discutimos a seguir.

3.3.3 Limites éticos para a quebra da confidencialidade

Toda vez 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 consentimento do informante, este acesso é considerado como uma violação aos *direitos de privacidade* enquanto que, se uma pessoa que foi depositária de um segredo em confiança o revela sem autorização, fere o *direito de*

³⁵ Cortina e Martinez (2005, p.19) esclarecem que “há dois tipos de juízos morais, segundo seu conteúdo: os que se referem ao justo e os que tratam sobre o bom. Os primeiros apresentam uma característica de exigibilidade, de auto-obrigação, de prescriptividade universal, enquanto os segundos tem um aspecto de aconselhabilidade em relação ao conjunto da vida humana.” É neste sentido que Jakson (1994) utiliza a palavra *wrong* em oposição a *right* (justo) e *harm* em oposição a *good* (bom).

³⁶ O conceito de dever *prima facie* foi proposto por Sir David Ross (1930), cujo argumento pressupõe que não há - nem pode haver - regras sem exceção. Assim, o dever *prima facie* é uma obrigação que, em princípio, deve ser cumprida a menos que, em uma determinada situação, entre em conflito com outro dever de igual ou maior porte (FRANCISCONI e GOLDIM, 1998, p.270).

confidencialidade. Isto é, somente alguém que é confidente, pode romper a confidencialidade. Para Beauchamp e Childress (1994), 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.

Apesar da confidencialidade ser um dever fundamental (*prima facie*) do médico, não se constitui em obrigação absoluta (BRAVERMAN e STRASBURGER, 1994; HERRANZ RODRÍGUEZ, 1992). Na área dos cuidados com a saúde há algumas exceções justificadas e conhecidas aos direitos de confidencialidade: limites externos às regras do segredo profissional estão expressos por obrigações legais dos médicos, como a notificação compulsória de achados como doenças transmissíveis, lesões por agressão ou violência e as suspeitas de abuso infantil. Além destas, as obrigações de ofício também impõem limitações à confidencialidade, como nos casos do pessoal médico das forças armadas ou aqueles que trabalham para instituições ou como peritos, os quais possuem uma dupla responsabilidade, com seus pacientes e com seus empregadores.

A perda do sigilo pode resultar não apenas das obrigações legais e de ofício, mas também de fatores como a ignorância e a falta de entendimento por parte do paciente e da falta de cuidado do profissional ou da instituição de saúde com estas questões. A 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, podem igualmente prejudicar a guarda do segredo (HILLER, 1981).

Tanto Jonsen *et al.* (1998) quanto Jackson (1994) afirmam que, sendo a confidencialidade fortemente vinculante, porém não uma obrigação absoluta, a questão ética que se impõe é a de determinar que princípios ou circunstâncias justificam a exceção à regra do sigilo. Segundo os autores, a fundamentação para a quebra de confidencialidade deve basear-se no princípio de Justiça e depende do contexto particular de cada caso.

Para Gracia (1998b, p. 148), devido ao fato de que a informação gerada hoje em dia na área biomédica é considerada *sensível* e às custas da falta de unanimidade para determinar as exceções à regra do sigilo, existem duas correntes de justificativas para elas, que chama de “blindagem débil e blindagem forte”. A primeira advoga que o segredo 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 posição, ou de blindagem forte, admite que a ruptura do segredo

é válida apenas por motivos estritamente profissionais, isto é, a saúde e a proteção de terceiros. Nos dois casos, o segredo é um dever prioritário e sua revelação só é admitida em casos de exceção.

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

Schiedermayer (1991) toma como base a teoria principialista para fundamentar eticamente a quebra de confidencialidade. Para o autor, a revelação não autorizada somente poderia ser admitida em quatro circunstâncias gerais:

- a) quando houver grande probabilidade de acontecer um sério dano físico a uma pessoa identificável e específica, estando justificada pelo princípio da Não-Maleficência;
- b) quando um benefício real resultar desta revelação, baseando-se esta decisão no princípio de Beneficência;
- c) quando for o último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens para respeitar a Autonomia;
- d) quando a mesma decisão de revelação possa ser utilizada em outras situações com características idênticas, independente da posição social do paciente, contemplando o princípio de Justiça e fundamentada no imperativo categórico kantiano de respeito pelo ser humano, tornando-se um procedimento generalizável³⁷.

Jackson (1994), ao contrário, defende que em caso de conflito a decisão sobre qual dos deveres é prioritário (p.ex., agir com justiça ou agir com beneficência) não pode ser feita em um contexto de princípios gerais como são os de Beauchamp e Childress, mas que deve ser alcançada mediante a análise de informações mais específicas sobre cada caso. Segundo a autora, o tipo de julgamento moral que se deve utilizar nas circunstâncias de quebra 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 por meio de simulações e discussões de casos clínicos é uma eficiente maneira de capacitar-se.

As possibilidades cada vez mais complexas de informação na área biomédica e seu compartilhamento, a telemedicina, os crescentes recursos da genética e da biologia molecular,

³⁷ Na ética kantiana, as regras de comportamento, para serem moralmente corretas, devem ser 'universalizáveis', i. e., capazes de serem implementadas, por qualquer um, nas mesmas circunstâncias e produzir resultados que sejam internamente consistentes (APPELBAUM *et al.*, 1987; p. 25).

que criam condições de predizer 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 exigem a quebra da confidencialidade e discuti-las com o paciente pode ser uma forma 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 estas questões. Para Kottow (1995), as restrições à confidencialidade devem ser conhecidas publicamente e seu eventual benefício social deve ser contraposto com a desconfiança que introduzem no ato médico.

Outros autores, como Hiller (1981) ou Milholland (1994), igualmente concordam que 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.

Sobre esta questão, assim se posiciona Siegler (1982, p.1.520):

O princípio de confidencialidade médica, descrito nos códigos de ética, no qual os pacientes ainda acreditam, não existe mais. Naquela forma, ele é um conceito decrépito. Em vez de perpetuar o mito da confidencialidade e investir energia vã para preservá-lo, o público e a profissão seriam mais bem servidos se devotassem sua atenção para determinar quais são os aspectos do princípio original de confidencialidade que valem a pena serem mantidos. Os esforços poderiam, então, ser direcionados para salvá-los.

No contexto de atenção integral à saúde do adolescente, as questões da confidencialidade não podem ser vistas como um conceito ultrapassado, mas devem ser amplamente discutidas com a finalidade de construir um padrão de utilização que seja viável na prática clínica e que possa contemplar as peculiaridades do relacionamento médico-paciente-família e cujos aspectos principais serão expostos a seguir.

3.4 CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE

3.4.1 Aspectos relevantes da confidencialidade na assistência à saúde do adolescente

Diz Gracia (1998c, p. 201) que “a ambigüidade existente nos julgamentos que nossa sociedade faz a respeito da conduta moral dos adolescentes tem como base o conflito entre os dois modos de entender sua vida moral: o modelo clássico ou paternalista e o moderno ou autonomista”.

O modelo paternalista deriva dos conceitos históricos de infância, onde as crianças eram consideradas imperfeitas, impotentes, ignorantes e imprudentes³⁸ e as decisões de substituição se faziam sempre projetando, em uma determinação unilateral por parte dos adultos sobre a criança incapaz, aquilo que a família, a lei e a sociedade entendiam como beneficente ou como seu melhor interesse.

O modelo autonomista surge nos tempos modernos, em decorrência de uma perspectiva distinta: de que a sociedade e a lei só podem decidir o que é não-maleficiente, dependendo do próprio sujeito – ou de sua família, quando ele é incapaz - a determinação de quais são os seus legítimos e melhores interesses.

Também os movimentos pelos direitos dos pacientes foram responsáveis pelo fortalecimento da idéia de que a equidade requer que as crianças assumam um papel mais ativo e condizente com suas aptidões cognitivas, nas decisões que as afetam (GRISSO e VIERLING, 1978; KING e CROSS, 1989).

A partir desta concepção moderna, crianças e adolescentes começam a ter oportunidades crescentes de decidir sobre questões relacionadas com sua vida e futuro, as quais incluem, necessariamente, as decisões referentes ao seu bem estar físico, social e emocional.

Como em todas as demais questões relacionadas à vida dos jovens, também na área da saúde as posições paternalista e autonomista são visíveis e influenciam a decisão dos profissionais de saúde em prover cuidados confidenciais aos seus pacientes adolescentes. A

³⁸ Esta tese está explícita em Aristóteles: “Embora os moços possam tornar-se geômetras, matemáticos e sábios em tais matérias, não se acredita que exista um jovem dotado de sabedoria prática (prudência). O motivo é que essa espécie de sabedoria diz respeito não só aos universais, mas também aos particulares, que se tornam conhecidos pela experiência. Ora, um jovem carece de experiência, que só o tempo pode dar”. Ver Aristóteles, *Ética a Nicômaco*, VI 8:1142a;14-21, p.147.

pesquisa bibliográfica demonstra quão pouco resolvida está a questão, além de uma dificuldade generalizada para conduzir estes casos (BRAVERMAN e STRASBURGER; 1994; FORD *et al.*, 1997; LOVETT e WALD, 1985; RESNICK *et al.*, 1992).

Lovett e Wald (1985), pesquisando a atitude de profissionais a respeito da confidencialidade no atendimento ao adolescente, encontraram que 75% dos médicos estavam dispostos a manter o segredo das informações, mas que esta disponibilidade se modificava na dependência da idade do paciente e da situação que demandava o sigilo, sendo que as taxas mais altas de aderência à não-revelação estavam relacionadas com a atividade sexual de seus pacientes. Mas somente 54% dos profissionais manteriam o segredo no caso de uso de drogas ilícitas.

Outro estudo demonstrou que, de 786 médicos norte-americanos envolvidos com o atendimento a adolescentes, 31% não tinham certeza dos padrões de confidencialidade que poderiam utilizar no manejo do tratamento de uma doença sexualmente transmissível em uma paciente de 15 anos de idade (FORD *et al.*, 1997).

Levando em consideração a abrangente conceituação atual de assistência à saúde, os cuidados com a integridade do adolescente devem privilegiar não apenas os aspectos orgânicos, mas também os emocionais e sociais que são freqüentemente responsáveis pela morbimortalidade do grupo.

A confiança nos provedores de serviços é a maior razão para que os adolescentes procurem determinados sítios de assistência, porém podem ficar relutantes em revelar informações ao seu médico habitual naquelas questões consideradas sensíveis como anticoncepção, depressão e doenças sexualmente transmissíveis, as quais podem ficar sem tratamento ou ser atendidas em locais reconhecidos por eles como '*mais seguros*', como as clínicas de planejamento familiar e os serviços especializados em adolescentes (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1993; BRINDIS *et al.*, 1995; ENGLISH *et al.*, 1998).

A pesquisa de Marks *et al.* (1983) corrobora estes dados ao demonstrar que cerca de 50% dos adolescentes estudados só iriam buscar assistência para doenças sexualmente transmissíveis e uso de drogas se os pais não estivessem cientes; 45% no caso de anticoncepção; 43% no abuso de bebidas alcoólicas; 41% no caso de gravidez e 12% no caso de depressão.

Pode-se concluir que, para suprir e atender integralmente as necessidades básicas de saúde dos adolescentes, os profissionais da área se deparam com inúmeros desafios, não

apenas técnicos, mas também legais³⁹ e morais. Sobre estas questões, Herter e Costa (2002, p.222) afirmam que:

Esta realidade sugere que a articulação e a mobilização entre as áreas da saúde e justiça podem favorecer a formulação de leis que possibilitem ao médico contribuir de forma legítima para que os adolescentes assumam de forma mais segura a vivência da sexualidade e com mais responsabilidade o seu projeto futuro de vida.

3.4.2 Capacidade dos adolescentes para tomar decisões sanitárias

Como já foi exposto anteriormente nesta revisão, fazer julgamentos sobre o próprio comportamento é uma tarefa bastante complexa e dependente do processo de desenvolvimento global da personalidade, sendo que durante a adolescência acontecem os principais fenômenos de maturação que permitem atingir a plena condição da idade adulta. Estes critérios e habilidades psicológicas, cognitivas e morais do indivíduo são pressupostos obrigatórios para tomar decisões que possam ser consideradas verdadeiramente autônomas⁴⁰.

Os estudos sobre o desenvolvimento moral das crianças e jovens realizados por Piaget (1977) e Kohlberg (1992), nas décadas de 1930 e 1950, respectivamente, e já discutidos anteriormente, permitiram o estabelecimento dos padrões que hoje são utilizados para justificar o direito dos adolescentes a muitas decisões sanitárias. Apesar do reconhecimento do pioneirismo e da importância da contribuição piagetiana, a teoria do desenvolvimento do julgamento moral de Kohlberg é a mais difundida e utilizada.

Em resumo, a Psicologia Evolutiva permitiu estabelecer que a maioria dos adolescentes se situam no estágio quatro do nível convencional de Kohlberg (1992), sendo que, no final dos anos adolescentes, podem atingir o estágio cinco ou de contrato social, do nível pós-convencional, com distribuição semelhante à dos adultos, igualando-os em condições de julgamento moral.

Assim se manifestam Simón Lorda e Cantalejo (1997, p.109) sobre esta questão:

As pesquisas da psicologia evolutiva parecem ter concluído que muitos adolescentes e pré-adolescentes, ou seja, mais ou menos a partir dos 13 ou 14 anos de idade, possuem um grau de desenvolvimento cognitivo e moral suficiente para tomar esse tipo de decisões pessoais. Evidentemente tudo isto influenciou profundamente o desenvolvimento da teoria do consentimento informado em Pediatria, em todos seus aspectos.

³⁹ No Brasil, os artigos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 14, 15, 16, 17 e 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8.069/1990 (BRASIL, 1994) garantem ao menor o direito de ser assistido e orientado pelo médico quando necessário. Entretanto, nesse Estatuto, nenhum artigo garante ao adolescente o direito de decidir e solicitar terapêuticas ao profissional.

⁴⁰ Consultar a seção 3.1.3.3 Desenvolvimento moral: autonomia e responsabilidade.

Foi nos Estados Unidos da América que estas teorias tiveram maior impacto e, influenciando a discussão nos campos da Medicina, do Direito e da Bioética, amenizaram as dificuldades do consentimento para os adolescentes. A partir delas, a sociedade e as leis norte-americanas reconheceram a existência de um estado de maturidade cognitiva independente da idade cronológica, conhecido como *mature minor status* (HOLDER, 1987; MUSCARI, 1998; SIGMAN e O'CONNOR, 1991; WINSLADE, 1995). A doutrina do *menor maduro* postula que aqueles menores que são capazes de entender a natureza e as conseqüências (riscos e benefícios) do tratamento oferecido e de responsabilizar-se pela assistência recebida devem ser considerados suficientemente maduros para consentir ou recusar o procedimento.

Além desta condição, haveria uma chamada *idade da discricção*, ao redor dos 14 anos, na qual os adolescentes, após receber informações apropriadas sobre opções de tratamento, teriam suas preferências consideradas legalmente válidas e importantes, sendo necessariamente incluídas no processo de tomada de decisão e validadas através da concordância compulsória dos pais (MUSCARI, 1998).

O surgimento destas definições favoreceu a discussão sobre os critérios de capacidade a serem utilizados na avaliação e vários autores preocuparam-se com esta questão (GRISSO e VIERLING, 1978; KING e CROSS, 1989; SIGMAN e O'CONNOR, 1991).

Há duas perspectivas para a avaliação da capacidade: uma que a reconhece como uma competência geral para tomar decisões e outra, que avalia a capacidade para cada ato em separado, especialmente no caso dos menores, pois a idade, por si só, não torna o menor incompetente para todos aos atos relacionados à sua saúde (APPELBAUM *et al.*, 1987).

Muñoz e Fortes (1998, p.59) fazem um esclarecimento sobre a competência para decisões sanitárias:

O julgamento da competência-incompetência de uma pessoa deve ser dirigido a cada ação particular e não a todas as decisões que a pessoa deva tomar em sua vida, mesmo com aqueles indivíduos legalmente considerados como incompetentes.

Concordando com eles, King e Cross (1989) afirmam que a determinação da capacidade é sempre uma aproximação e está muito dependente de, no mínimo, dois fatores: a natureza da decisão e as circunstâncias envolvidas naquela situação particular. Estes autores defendem que há quatro áreas correlatas que devem ser consideradas na avaliação da competência: capacidade de racionalização; grau de compreensão do problema e da informação voluntariedade e a natureza da decisão.

A capacidade de racionalização (*reasoning*) depende da idade, da inteligência e do funcionamento cognitivo-emocional, das experiências prévias em tomar decisões, da habilidade de analisar futuras conseqüências, da impulsividade, do nível de reflexão e da capacidade para assumir responsabilidades.

O grau de compreensão (*understanding*) depende do grau de conhecimentos gerais, das informações e das experiências educacionais passadas que permitam à criança entender concretamente sua situação e o problema que enfrenta.

A voluntariedade (*voluntariness*) deve ser entendida como a capacidade de consentir livremente, sem coerção ou manipulação por parte de terceiros. As crianças e os adolescentes estão sob a autoridade e a influência das opiniões de seus pais, tornando-se muitas vezes difícil avaliar o grau de comprometimento que esta situação provoca sobre as reais preferências dos primeiros.

A natureza da decisão (*nature of decision*) está definitivamente condicionada ao grau de habilidade e capacidade da criança para a autodeterminação. A magnitude da decisão e de suas conseqüências para o desenvolvimento e a qualidade de vida futura, analisadas através da gravidade e da urgência na decisão e do balanceamento dos riscos e benefícios, relaciona-se paralelamente com o grau de desenvolvimento cognitivo e moral.

Abaixo dos 12 anos de idade deve-se, em princípio, considerar o menor como incapaz e o poder decisório é de seus pais. A partir dos 14 anos, cada caso deve ser avaliado cuidadosamente, presumindo a existência da capacidade do jovem, pois entre os 14 e os 17 anos costuma-se encontrar uma competência parcial. Após os 17 ou 18 anos, os adolescentes costumam preencher todos os requisitos necessários para o consentimento informado (MUSCARI, 1998; TRUOG e BURNS, 1996).

No Brasil, estas idéias estão começando a ser foco de discussão, em âmbito ainda restrito, não tendo chegado até o momento a uma análise legal. Já são encontradas na literatura médica brasileira referências ao estabelecimento de uma diferenciação entre *capacidade sanitária* e *capacidade jurídica* (CARVALHO e TORREÃO, 1999; FORTES, 1998), fundamentada no Capítulo IX, artigo 103 do Código de Ética Médica (BRASIL, 1988), que afirma:

É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

O novo Código Civil Brasileiro que passou a vigorar em 10 de janeiro de 2002, antecipou a idade da maioridade civil dos vinte e um anos para os dezoito anos completos. O Código estipula que *menores* são pessoas totalmente incompetentes para tomar decisões antes dos 16 anos, parcialmente incompetentes os maiores de 16 e menores de 18 anos, e que a capacidade legal de pleno exercício de direitos da vida civil somente é atingida aos 18 anos de idade (BRASIL, 2003).

A exceção a esta regra é a condição de *menor emancipado*, um indivíduo que ainda não alcançou a idade de consentir, mas que tem todos os privilégios de um adulto para tomar decisões próprias, em decorrência de algumas circunstâncias especiais. A emancipação é prevista no novo Código Civil para aqueles adolescentes nas seguintes situações: pelo casamento; pelo exercício de emprego público efetivo; pela colação de grau em curso de ensino superior; pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria; e ainda pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos (BRASIL, 2003).

Esta antecipação da maioridade civil, a partir do ano de 2002, amenizou a discrepância entre a capacidade de tomar decisões sanitárias e o exercício dos direitos civis de autodeterminação, porém esta avaliação da capacidade e suas poucas exceções, por levar em consideração um fator cronológico, não reconhece as habilidades cognitivas e morais dos estágios inicial e médio da adolescência, trazendo graves empecilhos ao consentimento adolescente na área da saúde.

Desta forma, apenas as diretrizes dos Códigos Deontológicos, alguns pareceres do Conselho Federal de Medicina e as Leis de Proteção, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n. 8069, de 13.01.1990 (BRASIL, 1994), podem ser acionados como dispositivos normativos para estas questões.

É necessário considerar que o fundamento ético mais importante da obrigação de avaliar a capacidade de um paciente é o princípio de não-maleficência, porque se devem evitar aquelas ações que possam gerar um dano físico ou moral às pessoas (SIMÓN LORDA *et al.*, 2001). No caso específico dos adolescentes e de alguns jovens, também a vulnerabilidade associada com a imaturidade cria uma obrigação para certos agentes sociais de agirem no melhor interesse do menor (AHRONHEIM *et al.*, 2005). Estes argumentos devem ser suficientes para motivar uma ampla discussão por parte de juristas, profissionais de

saúde e da sociedade civil para discutir parâmetros aceitáveis de reconhecimento do direito do jovem à privacidade e confidencialidade no âmbito da assistência à saúde.

Se na presente seção foram discutidas as razões pelas quais os adolescentes podem ser considerados capazes de assumir uma relação clínica deste tipo, na próxima, se procurará definir como a privacidade e a confidencialidade devem ser manejadas no contexto assistencial de saúde destes pacientes.

3.4.3 Manejo da confidencialidade na assistência ao adolescente

No sentido de contribuir para esta revisão, integrando os aportes dos diversos autores analisados nos capítulos precedentes, nos propomos a definir, de maneira sucinta, as principais competências necessárias para o médico de adolescentes, na mediação de todos estes conflitos. Ter uma atuação técnica e eticamente adequada no manejo da confidencialidade na assistência ao adolescente significa reconhecer a necessidade do balanceamento entre vários objetivos como: permitir o desenvolvimento da autodeterminação do paciente adolescente; avaliar de modo objetivo sua competência para tomar decisões; evitar uma excessiva interferência dos pais, reconhecendo os valores e os projetos de vida que têm para seus filhos; e servir os melhores interesses do adolescente.

Esta proposta demanda uma análise mais detalhada de cada um destes objetivos com a finalidade de esclarecer as estratégias de ordem prática para sua consecução.

3.4.3.1 Favorecer o desenvolvimento da autodeterminação do paciente

Devido às características cognitivas e comportamentais próprias da faixa etária, os adolescentes não preenchem todas as condições que as normas vigentes de consentimento e confidencialidade requerem para sua utilização.

A preferência por privacidade que os adolescentes manifestam tem raízes muito mais profundas do que a mera vontade de não revelar informações aos pais. Separar-se dos pais é uma das importantes tarefas evolutivas desta idade, para a saudável substituição da autoimagem infantil por um *self* consolidado e adulto (ABERASTURY e KNOBEL, 1992; ERIKSON, 1976).

Nesta etapa da vida, o grupo de pares e outros adultos, que não os pais, são as pessoas preferidas pelos adolescentes para fazer suas confidências e o profissional de saúde pode desempenhar um importante papel, servindo como um modelo positivo de fidelidade que possibilita intervenções beneficentes. Os médicos podem ajudar os adolescentes a assumir responsabilidades crescentes com seus comportamentos e decisões relativas a saúde, proporcionando-lhes um contexto de assistência que permita a discussão aberta de suas dúvidas, preocupações e de seus comportamentos de risco (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1993).

3.4.3.2 Avaliar objetivamente a competência para tomar decisões sanitárias

Concordamos com Braverman e Strasburger (1994) que a confidencialidade é um direito e não uma exigência absoluta, e qualquer profissional de saúde que determine que um adolescente não possui os critérios suficientes para assumir uma decisão por si mesmo, não tem a obrigação de consentir na manutenção do sigilo, pois, na adolescência, a manutenção da confidencialidade está relacionada não apenas a um direito legítimo de privacidade, mas também à avaliação da capacidade do jovem para tomar decisões.

Para avaliar o grau de competência em situações da prática clínica, a abordagem sugerida por Beca I (sem data) parece abrangente e adequada, incluindo a determinação da maturidade do adolescente na aplicação do conjunto dos seus valores internalizados, ou seja, sua capacidade para analisar racionalmente as diferentes alternativas de solução para seu problema de saúde, após ter compreendido corretamente as informações. Estas capacidades de análise racional, sem dúvida, se alteram e solidificam através dos anos adolescentes e são pré-requisitos para considerá-lo apto para a deliberação. Proporcionando condições de participação parcial ou integral na tomada de decisão, estas características serão mais bem avaliadas se discriminadas em quatro áreas fundamentais: capacidade de racionalização, compreensão da situação e da informação, voluntariedade e natureza da decisão.

O consenso na literatura pesquisada (GRACIA, 1998b; MUSCARINI, 1998; TRUOG e BURNS, 1996 e outros) sugere que, abaixo dos 12 anos de idade, o profissional deve presumir pela incapacidade do menor e o poder decisório pertence aos pais. A partir dos 14 anos, os casos devem ser avaliados cuidadosa e individualmente, optando *a priori* pela competência decisória do jovem, pois entre os 14 e os 17 anos é habitual encontrar uma

capacidade parcial. Ao redor dos 17 ou 18 anos, os adolescentes costumam preencher todos os requisitos para o consentimento informado, com plenas condições de assumir decisões sanitárias.

3.4.3.3 Evitar a excessiva interferência dos pais

Um dos aspectos decisivos do atendimento ao adolescente, visando permitir o desenvolvimento de sua autonomia é a mudança que deve operar-se na estrutura da relação clínica. O modelo pediátrico tradicional de contato profissional-pais é substituído pela relação direta médico-adolescente. Se esta alteração traz dificuldades de adaptação tanto para o profissional quanto para o paciente, torna-se ainda mais conflitante para a família. O papel parental implica, necessariamente, em deveres para com sua prole. É esperado dos pais, entre outras coisas, que atuem como orientadores, provedores, supervisores e protetores dos filhos. Em nome destas obrigações, muitos pais alegam um *direito de saber* sobre a saúde e problemas dos filhos.

A assistência confidencial ao adolescente não pressupõe a exclusão dos pais, apenas evita sua interferência desproporcionada, reconhecendo, entretanto, os valores e os projetos de vida que têm para seus filhos. A presença dos pais deve ser estimulada, porque a família constitui o mais importante núcleo de apoio para garantir a execução dos cuidados que um doente necessita. Para Jonsen *et al.* (1998), além de suporte emocional, estrutural e financeiro, a família deve servir principalmente como intérprete dos valores do paciente. É fundamental, no entanto, que a inserção dos pais ou responsáveis seja feita através do consentimento do adolescente. O médico, naqueles casos em que o suporte familiar for considerado indispensável, deve auxiliar o paciente a reconhecer este fato, através de um processo de esclarecimento e convencimento, sem o uso da sua autoridade profissional como fator de coerção.

3.4.3.4 Servir os melhores interesses do paciente

O cuidado confidencial oferecido a um adolescente pressupõe muito mais orientação que aquele destinado aos adultos. A inexperiência e a cognição emergente dificultam a

percepção do jovem sobre as completas implicações das alternativas terapêuticas e a plenitude das responsabilidades advindas de assumir individualmente os riscos e os custos, tangíveis e intangíveis, envolvidos numa decisão.

O melhor suporte para o adolescente vem na forma de uma assistência compreensiva e com frequência multidisciplinar, promovendo, como afirma Hofmann (1980), um aconselhamento que adicione às percepções que ele já possui, as demais perspectivas que lhe faltam. A adoção de um modelo interpretativo da relação médico-paciente (EMANUEL e EMANUEL, 1992), no qual o profissional de saúde atua como um conselheiro ou tutor, promove a autonomia do jovem paciente, através de um processo de articulação entre informação, compreensão da situação e promoção do autoconhecimento, contemplando as características psico-evolutivas da idade. A relação médico-adolescente atinge plenamente suas finalidades, incluindo seu importante e desejável aspecto confidencial, quando a interação clínica elucida os valores e as coisas que o paciente realmente deseja para si, ajudando-o a selecionar as alternativas disponíveis que realizam este projeto de vida e, conseqüentemente, os seus melhores interesses.

Expostos os referenciais que fundamentam este trabalho, nos deteremos a seguir na descrição dos objetivos e metodologia da pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os comportamentos e percepções de um grupo de jovens universitários, ingressos em determinados cursos de uma Universidade privada do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2000, frente a situações hipotéticas de risco à saúde, comuns nesta faixa etária; verificar o quanto valorizam a confidencialidade na consulta médica e como este fato influencia a sua decisão de busca de assistência para os problemas apresentados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o significado da confidencialidade para os jovens pesquisados.
2. Identificar se há modificações nos aspectos de privacidade e confidencialidade em diferentes cenários de assistência: infecção respiratória, doença sexualmente transmissível, orientações para sexo seguro ou anticoncepção, consumo de drogas e doença mental.
3. Discriminar o tipo de serviço de saúde procurado para a discussão destes problemas.
4. Relacionar as características do médico escolhido para cada motivo de atendimento.
5. Descrever as justificativas dos jovens para a escolha de cada um dos cenários clínicos propostos.

5 MÉTODO

5.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi de 814 jovens (n= 397 – 48,1% são do gênero masculino e n= 427 – 51,9% são do gênero feminino), que correspondem ao total de jovens entre 16 e 21 anos de idade, que estavam cursando o segundo semestre das Faculdades de Administração de Empresas, Direito, Enfermagem, Medicina e Odontologia, durante o período da pesquisa, no mês de novembro do ano de 2000.

A opção por estes cursos foi a de representar as áreas do conhecimento – ciências exatas, humanas e biológicas – escolhidas pelos jovens como futura profissão e que poderiam influenciar suas respostas para esta questão, tornando maior a variabilidade das características da população estudada, diminuindo o viés que a escolha profissional poderia causar. Foram incluídas três faculdades da área da saúde por questões de volume de sujeitos da pesquisa, já que os alunos ingressos nestes cursos são em número muito menor que aqueles da Administração de Empresas e Direito.

O número de jovens efetivamente pesquisados (população do estudo) alcançou 86,3% (n= 711) da população em estudo, a taxa de absenteísmo em sala de aula foi de 11% (n= 91) e as negativas em participar da pesquisa representaram 2,7% (n= 22)⁴¹. Os percentuais relativos às populações masculina e feminina alcançaram taxas idênticas às da distribuição percentual por gênero, dos alunos matriculados, (48,1% - n= 342 do gênero masculino e 51,9% - n= 369 do gênero feminino), tornando esta casuística representativa da população em estudo.

⁴¹ Outros trabalhos com adolescentes e jovens têm percentagens semelhantes as nossas. Ver Schuster *et al.* (1996), por exemplo, com 12% de absenteísmo e 1,7% de negativas de participação.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os jovens que atenderam a todos os seguintes critérios:

- a. Ter ingressado no primeiro semestre dos cursos de Administração de Empresas, Direito, Enfermagem, Medicina e Odontologia da PUCRS em março de 2000;
- b. Ter idade entre 16 e 21 anos completos, na data da aplicação do questionário;
- c. Após ter sido informado sobre os objetivos e forma de realização da pesquisa, concordou em preencher o questionário.
- d. Estar presente em sala de aula em um dos dois dias selecionados para a aplicação do questionário.

Foram excluídos da pesquisa:

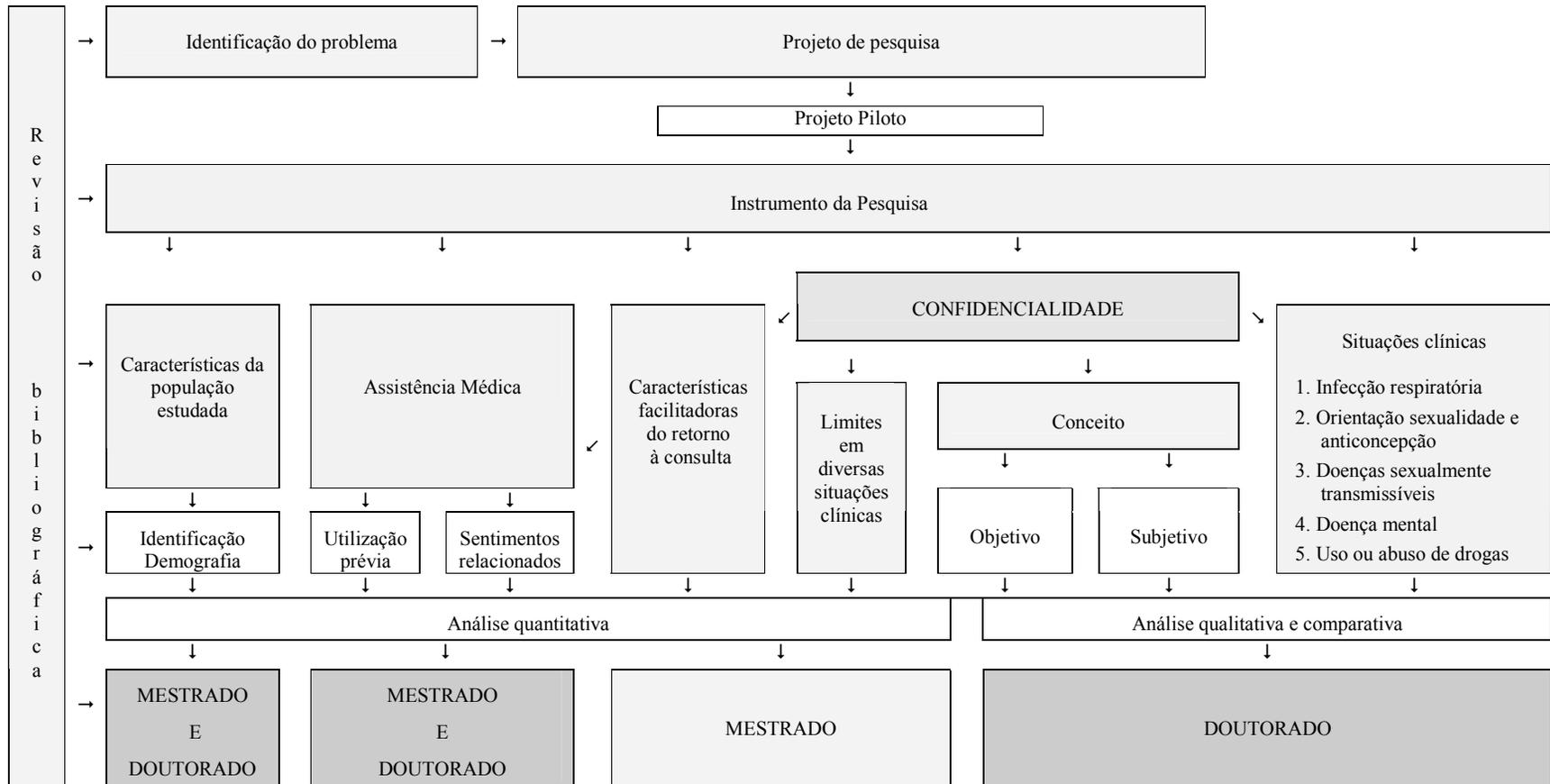
- a. Jovens que ingressaram no curso de graduação em outros semestres letivos;
- b. Os jovens que não consentiram com a inclusão das informações no estudo.

5.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo foi planejado com um delineamento populacional, transversal, quali-quantitativo e exploratório-descritivo, utilizando as informações contidas na base de dados coletados em novembro e dezembro de 2000, como anteriormente descrito. Na primeira fase da pesquisa, que constituiu o trabalho de Mestrado da autora, foi analisada a maioria dos dados quantitativos, através de utilização de metodologia estatística adequada (LOCH, 2002). Em face do grande volume de informações prestadas pelos jovens no instrumento de pesquisa, optou-se por trabalhar qualitativamente estes dados numa segunda fase, procedendo-se à análise de conteúdo de texto e articulando os resultados encontrados com os dados quantitativos iniciais (QUADRO 6).

No presente estudo, o método qualitativo permitiu conhecer o significado que os jovens dão aos problemas propostos no instrumento de pesquisa através de suas narrações escritas, servindo para explicar suas justificativas. Esta abordagem contribuiu para enriquecer e aprofundar os dados quantitativos e estes, por sua vez, permitiram validar estatisticamente as respostas encontradas. As duas abordagens metodológicas serão detalhadas adiante.

QUADRO 6 - Planejamento da pesquisa



5.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados através da aplicação, em sala de aula, nos meses de novembro e dezembro de 2000, de um questionário padronizado (ANEXO 1), com questões estruturadas e semi-estruturadas, desenvolvido especificamente para o projeto e testado em estudo piloto com participação de 20 universitários.

5.4.1 Local da coleta de dados

As informações foram coletadas na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, cuja sigla, PUCRS, será utilizada para identificá-la no decorrer do trabalho. Em 2000, ano da coleta dos dados, a PUCRS possuía cerca de 22.000 graduandos. O presente estudo foi realizado no Campus Central, em Porto Alegre, onde se encontra a maior concentração de alunos e de estrutura física, abrigando a quase totalidade dos cursos oferecidos pela Universidade.

5.4.2 Forma da coleta dos dados

Os alunos da PUCRS estão divididos em turmas de 50 a 60 alunos nos Cursos de Administração de Empresas e Direito. Nos cursos da área da saúde existe uma turma única, eventualmente subdividida para as aulas práticas e de laboratório. Desta forma, para a aplicação do instrumento da pesquisa, foram visitadas quatro turmas na Faculdade de Administração de Empresas, quinze turmas na Faculdade de Direito, uma turma na Faculdade de Enfermagem e uma turma na Faculdade de Odontologia. Na Medicina, foram visitados três grupos de alunos, durante aulas práticas. Voltou-se a todas as salas de aula em duas ocasiões distintas com o intuito de localizar os alunos faltantes no primeiro dia da aplicação do questionário.

5.4.3 Armazenamento dos dados

O banco de dados foi construído, inicialmente, com a utilização do Programa Epi Info, versão 6.04, do Center for Disease Control (CDC) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 1996, e, após, foi analisado através dos recursos estatísticos dos softwares Epi Info 6.04 e Microsoft® Excel, 1997 e SPSS, versão n. 13.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

5.5.1. Análise quantitativa

Os principais fatores em estudo foram:

- a) Conhecimento, por parte dos jovens, sobre o conceito de confidencialidade.
- b) Conhecimento, por parte dos jovens, dos limites éticos e legais da confidencialidade.

O desfecho avaliado foi:

A intenção de busca de assistência médica para situações hipotéticas derivadas de comportamentos de risco, tais como: métodos de anticoncepção e de sexo seguro; doenças sexualmente transmissíveis; uso de drogas e doença mental, comparando-as com as características de busca de assistência médica para uma infecção respiratória.

Variáveis relacionadas com as características dos sujeitos da pesquisa, composição familiar e condição sócio-econômica, consideradas como fatores de possível confusão, foram levantadas com a utilização do próprio questionário. Estas variáveis incluíram: idade, gênero, estado civil, ter ou não filhos, renda própria e familiar, estrutura familiar (morando com a família, independente da família), utilização de planos de previdência privada ou pública, além do perfil de assistência médica utilizada previamente à coleta dos dados.

Para a descrição da população estudada, utilizaram-se os seguintes tratamentos estatísticos:

- a) Para as variáveis categóricas: tabelas de frequência e proporções e gráficos.
- b) Para as variáveis numéricas: média e desvio padrão.

- c) Para avaliação de associações entre variáveis categóricas: o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fischer.
- d) Para comparações entre médias e entre os grupos foram utilizados:
 - d.1) O teste t de Student para comparações entre dois grupos (gênero, por exemplo), para as variáveis que apresentaram distribuição simétrica.
 - d.2) Análise de variância (ANOVA) para comparações entre mais de dois grupos (curso, por exemplo)

5.5.2 Análise qualitativa

A avaliação qualitativa foi realizada mediante a análise de conteúdo de texto, conforme referencial proposto por Minayo (1994) e Patton (1980). Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a leitura, de forma sistemática, objetiva e replicável das narrações produzidas pelos participantes. A partir do conteúdo do texto, foram feitas inferências sobre o contexto do mesmo, mediante a codificação sistemática; a localização de isotopias (repetições) relacionadas a temáticas, ações, valores e esquemas de percepção situacional; bem como a análise interpretativa dos mesmos. As categorias construídas para a análise das respostas de texto livre serão abordadas mais adiante, quando da descrição do instrumento de pesquisa.

5.6 INSTRUMENTO DA PESQUISA

O questionário utilizado (ANEXO 1) foi desenvolvido especificamente para este projeto e testado em um estudo piloto com participação de 20 universitários, o que permitiu a realização das correções necessárias quanto à clareza e pertinência das perguntas.

Durante os meses de novembro e dezembro de 2000 foram aplicados 711 questionários em 22 turmas dos cursos participantes. Vinte e dois universitários, dentro da faixa etária, não concordaram em responder à pesquisa, e 91 jovens estiveram ausentes da sala de aula nas duas ocasiões em que do instrumento de pesquisa foi aplicado em cada turma.

Todos os questionários foram considerados válidos, mesmo aqueles com eventuais questões não respondidas.

O questionário consta de uma parte inicial de identificação do sujeito, onde são levantadas as seguintes informações: curso e turno em que estuda, idade, gênero, estado civil, se possui filhos, renda familiar e fonte de renda pessoal, além da utilização de previdência privada ou pública para assistência à saúde.

O instrumento da pesquisa propriamente dito possui dezesseis questões, das quais sete são perguntas fechadas, três são questões abertas e seis são mistas. O conteúdo das questões busca informações que podem ser divididas em 5 áreas de interesse:

- a) Padrão de utilização de assistência médica prévia à pesquisa (perguntas 2, 3 e 4).
- b) Os sentimentos dos jovens frente à assistência à saúde (pergunta 1).
- c) A interpretação do conceito subjetivo e objetivo de confidencialidade e o conhecimento sobre suas limitações éticas (perguntas 5, 6, 7, 8 e 9).
- d) As características dos profissionais e dos serviços de saúde facilitadoras do retorno à consulta (pergunta 10).
- e) Os comportamentos dos jovens frente a várias situações práticas de assistência e as possíveis diferenças nos cenários de assistência e no grau de privacidade desejada, de acordo com o motivo da consulta (perguntas 11, 12, 13, 14, 15 e 16).

As questões fechadas (perguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 16) foram elaboradas na forma de perguntas objetivas, algumas permitindo apenas uma resposta afirmativa ou negativa, outras foram acompanhadas de um número variável de alternativas, possibilitando, tanto a escolha simples quanto a de múltiplas respostas.

As questões abertas (perguntas 1, 5 e 7) permitiram espaço suficiente para a expressão da opinião e das justificativas dos respondentes. Por tratar-se de texto livre, foi necessário construir um sistema de categorias que aglutinassem várias respostas de significado semelhante (isotopias de tema), e que pudessem refletir, tão acuradamente quanto possível, um tipo específico de posicionamento frente às questões propostas. Estas categorias foram elaboradas para cada uma das questões abertas a partir das próprias respostas dos acadêmicos, numa primeira leitura, conforme preconiza a abordagem qualitativa (MINAYO, 1994).

Muitas vezes, optou-se por apresentar as opiniões dos jovens pesquisados, transcrevendo suas próprias narrativas para conferir maior fidedignidade às respostas. A

seguir são apresentadas, separadamente, as classificações elaboradas para cada uma das perguntas abertas.

Pergunta n.1: (*Como você se sente ao ir ao médico?*) Para a análise, foram organizados cinco grandes grupos de respostas. No primeiro, denominado “*Sentimentos de bem-estar*”, foram agrupadas as respostas: *bem ou muito bem, tranqüilo, à vontade, confortável, seguro, confiante e aliviado*. No grupo “*Sentimentos de indiferença frente à consulta*” colocou-se uma forma especial utilizada pelos jovens para responder à pergunta, constituída pela expressão ‘*sinto-me normal*’. O grupo “*Sentimentos de responsabilidade pessoal*” comporta as respostas: *responsável, cuidando da saúde, resolvendo um problema ou dúvida, prevenindo problemas ou doenças*. As respostas *não gosto de ir ao médico, sinto-me mal/muito mal, não muito bem, doente, desconfortável, constrangido, inseguro, preocupado, apreensivo, nervoso, ansioso, com receio ou medo* formaram o grupo “*Sentimentos de mal-estar*”. A resposta “*só vou quando necessário*” está tabulada sob o título de “*Sentimentos de conveniência*”. Um grupo de respostas, admitindo que a maneira de encarar uma consulta médica dependia da situação clínica – de prevenção ou de doença - e da especialidade consultada, foi chamado de “*Sentimentos de ambivalência*”.

Pergunta n.5: (*Qual o significado do termo confidencialidade em relação a uma consulta médica?*) Na análise do conceito subjetivo de confidencialidade, a partir da primeira leitura das respostas, determinou-se duas grandes categorias de argumentação. A primeira, que foi chamada de “*Interpretação Normativa*”, corresponde a uma interpretação deontológica de confidencialidade, cuja presença foi marcante nas respostas dos jovens pesquisados. A segunda categoria, chamada de “*Interpretação Modelar*”, abrange as respostas fundamentadas em características pessoais ou morais do profissional ou da relação médico-paciente.⁴²

Pergunta n.7. (*Você acha que o fato do paciente ser adolescente interfere na questão de manter em segredo as informações dadas numa consulta médica?*) Essa questão permitia uma resposta sim ou não para identificação dos dois grandes grupos de opiniões opostas. A partir desta separação dos respondentes, foram construídas categorias para a análise de conteúdo das justificativas dadas por cada grupo.

⁴² Propomos, em nosso referencial teórico que a confidencialidade pode ser interpretada de duas maneiras no contexto assistencial: a primeira é fortemente deontológica, onde a obrigação profissional de segredo fundamenta sua necessidade no âmbito da relação clínica e a segunda decorre da necessidade de confiar no profissional de saúde para permitir a revelação dos segredos dos pacientes, portanto, calcada no perfil eticamente adequado do médico. Ver Seção 2.3.2 Natureza da confidencialidade no contexto assistencial: do segredo à confiança.

Perguntas n. 11, 12, 13, 14 e 15: As situações-problema foram elaboradas com um formato misto, com alternativas fechadas para marcação com x (escolha simples ou múltipla, na dependência da opção do respondente) e no final de cada uma, uma solicitação para que explicasse brevemente suas escolhas.

Com o objetivo de testar se havia, por parte dos jovens estudados: a) uma busca seletiva de tipo de assistência; b) de condições de privacidade diferenciadas e c) de presença ou não de acompanhante quando variava o motivo da consulta, foram elaboradas 5 diferentes questões, cada uma delas com um motivo de consulta específico (infecção respiratória, doenças sexualmente transmissíveis, orientações para sexo seguro e anticoncepção, abuso da utilização de drogas e suspeita de doença mental), com opções de respostas padronizadas. As alternativas a serem respondidas incluíam: local e tipo de serviço utilizado preferencialmente para resolver o problema; preferência por um médico indicado pela família, por parceiros, por amigos ou de escolha própria; preferência por profissional já conhecido ou não; e ida à consulta com ou sem acompanhante.

A questão sobre infecção respiratória foi considerada como situação de comparação, já que este problema clínico tem alta prevalência no nosso meio, em todas as faixas etárias, e é destituído de preconceito social, por não estar relacionado com estilos de vida ou comportamentos de risco (características presentes nas demais situações). As respostas foram analisadas para cada situação-problema, individualmente, e posteriormente comparadas entre si e com a situação de comparação (infecção respiratória).

Novamente foram construídas categorias para análise de conteúdo das justificativas dos respondentes para cada cenário de consulta, identificando-se os esquemas de percepção situacional para cada uma das situações-problema.

Na primeira leitura do texto foram identificadas respostas cujos significados permitiram construir várias categorias de justificativas (isotopias) para as situações propostas pelo instrumento de pesquisa. Na segunda leitura buscou-se encontrar qual (ou quais) destas categorias era mais frequentemente utilizada pelos respondentes para justificar determinado comportamento.

As categorias construídas para as diversas situações pesquisadas encontram-se descritas neste capítulo e em forma de quadros e tabelas nos anexos deste trabalho (ANEXOS 4, 5, 6, 7).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

6.1 APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o registro n. 00/805, em 31 de outubro de 2000 e autorizado pelos respectivos Diretores das Faculdades e pelo Presidente do Diretório Central de Estudantes, como representante dos jovens participantes no estudo. Os autores assinaram um Termo de Compromisso para Uso dos Dados, na segunda fase da investigação, ao trabalharem com a base de dados.

6.2 CONFIDENCIALIDADE

Um requisito importante da pesquisa com esta faixa etária é a garantia de confidencialidade das informações, já que sua problemática de saúde está diretamente relacionada com questões consideradas sensíveis, como os comportamentos de risco e a sexualidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; ENGLISH, 1995; GANS e BRINDIS, 1995; FISHER, 2003; FISHER e WALLACE, 2000). Como o presente estudo inclui estes assuntos foram utilizadas estratégias eticamente adequadas para assegurar a confidencialidade dos dados coletados e também o anonimato dos sujeitos pesquisados.

6.3 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Optou-se por uma forma verbal de consentimento informado com a finalidade de diminuir as chances de identificação dos respondentes. Esta garantia de anonimato, de uma perspectiva metodológica, ajudou a prevenir um viés potencial do estudo, visto estar demonstrado que, quando os adolescentes são passíveis de identificação, respondem com menor veracidade a perguntas sobre questões íntimas (GANS e BRINDIS, 1995; SIEGEL *et al.*, 1998; FISHER, 2003). Um documento contendo as justificativas para tal procedimento,

acompanhado das referências bibliográficas pertinentes foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS para aprovação (ANEXO 2).

Previamente à aplicação do questionário, os participantes foram informados sobre os detalhes da pesquisa através da leitura e entrega de texto padronizado (ANEXO 3), o qual contemplou as exigências do Termo de Consentimento Informado previstas pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a Pesquisa com Seres Humanos no Brasil (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Após o esclarecimento de eventuais dúvidas, foi solicitado o consentimento verbal dos participantes.

7 RESULTADOS

7.1 DESCRIÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

De acordo com os dados oficiais fornecidos pela Divisão de Registro e Ingresso da PUCRS, matricularam-se nos cursos pesquisados, no primeiro semestre de 2000, 824 jovens com até 21 anos de idade. O número de sujeitos efetivamente pesquisados alcançou 86,3% (n= 711) da população em estudo, com uma taxa de absenteísmo em sala de aula de 11% e as negativas em participar da pesquisa representaram apenas 2,7%. As populações masculina e feminina do estudo tiveram proporções idênticas às da distribuição percentual, por gênero, dos alunos matriculados (48,2% do gênero masculino e 51,2% do gênero feminino), falando a favor da amostra ser representativa da população em estudo (TAB.1).

TABELA 1 - Relação entre o número de universitários matriculados em março de 2000 e o número de jovens incluídos no estudo por faculdade e gênero

Faculdade	Número de alunos matriculados				Número de alunos estudados			
	Gênero masculino		Gênero feminino		Gênero masculino		Gênero feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Administração de Empresas	125	61,6	78	38,4	111	63,4	64	36,6
Direito	225	49,8	226	50,2	192	49,0	200	51,0
Enfermagem	2	5,4	35	94,6	2	6,5	29	93,5
Medicina	30	42,2	41	57,8	21	34,4	40	65,6
Odontologia	16	25,8	46	74,2	16	30,8	36	69,2
Total	397	48,2	427	51,8	342	48,1	369	51,9

A população do estudo, portanto, constituiu-se de 711 jovens, 48,1% (n= 342) pertencem ao gênero masculino e 51,9% (n= 369) são do gênero feminino.

A média etária geral foi de 18,84 ($\pm 1,13$) anos, sendo que a média para cada gênero, isoladamente, situou-se em 18,92 anos para o gênero masculino e em 18,77 anos para o feminino. A mediana ficou em 19,0 anos de idade. A TAB.2 mostra a distribuição da idade por gênero dos jovens pesquisados.

TABELA 2 - Relação entre idade e gênero dos jovens pesquisados

Idade (anos)	Gênero masculino		Gênero feminino	
	n	%	n	%
16	-	-	1	100
17	18	36,7	31	63,3
18	139	48,6	147	51,4
19	88	48,9	92	51,1
20	46	40,4	68	59,6
21	51	63,0	30	37,0
Total	342	48,1	369	51,9

Com relação à escolarização, eram todos universitários, sendo que 175 (24,6%) eram estudantes de Administração de Empresas; 392 (55,1%) de Direito; 31 (4,4%) pertenciam à Faculdade de Enfermagem; 61 (8,6%) à Medicina e 52 (7,3%) à Odontologia. A distribuição por curso, gênero e média de idade está mostrada na TAB.3.

TABELA 3 - Distribuição dos jovens por faculdade, gênero e média de idade

Faculdade	Gênero				Idade (anos)	
	Masculino		Feminino		média	dp
	n	%	n	%		
Administração de Empresas	111	63,4	64	36,6	19,13	1,18
Direito	192	49,0	200	51,0	18,53*	1,03
Enfermagem	2	6,5	29	93,5	19,06	1,12
Medicina	21	34,4	40	65,6	19,30	1,04
Odontologia	16	30,8	36	69,2	19,58*	1,05
Total	342	48,1	369	51,9	18,84	1,13

*p <0,0001

Alunos do gênero feminino predominaram nas faculdades de Enfermagem (n= 29 - 93,5%), Odontologia (n= 36 - 69,2%), Medicina (n= 40 - 65,6%) e Direito (n= 200 - 51,0%), enquanto que na Faculdade de Administração de Empresas houve predomínio de alunos do gênero masculino (n= 111 - 63,4%).

Dos 711 jovens pesquisados, 418 (58,8%) estudavam durante o dia, em regime integral nos Cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, e nos turnos ou da manhã ou da tarde na Faculdade de Direito. Dos restantes 293 (41,2%) que estudavam à noite, 118 (16,6%)

pertenciam à Faculdade de Direito e 175 (24,6%) eram alunos de Administração de Empresas, curso com funcionamento somente em horário noturno.

Declararam a renda familiar 49,6% (n= 353) dos jovens pesquisados, a qual que variou de R\$ 700,00 à R\$ 50.000,00, com média de R\$ 5.734,47 e mediana de R\$ 4.000,00.

Com referência às fontes de renda pessoal, 461 (64,8%) recebiam dinheiro dos pais em forma de mesada ou conforme necessidade, 188 (26,4%) possuíam emprego, 32 (4,5%) recebiam pensão, 18 (2,5%) faziam estágio remunerado ou monitoria e 12 (1,8%) declararam ter outras fontes de renda como: fonte não especificada (n= 5 – 0,7%) rendimentos de aplicações financeiras (n= 2 – 0,35%), patrocínio esportivo (n= 2 – 0,35%), vendas (n= 1 – 0,15%), exército (n= 1 – 0,15%), músico profissional (n= 1 – 0,15%). A TAB. 4 mostra as fontes de renda pessoal.

TABELA 4 - Fontes de renda pessoal

Fontes de Renda	n	%
Dinheiro recebido dos pais	461	64,8
Emprego	188	26,4
Pensão	32	4,5
Estágio ou Monitoria	18	2,5
Outras*	12	1,8
Total	711	100,0

Outras: aplicações financeiras, patrocínio esportivo, exército, vendas, músico profissional e fonte não especificada.

Dos 188 (26,4%) jovens que declararam possuir emprego, 118 eram do gênero masculino e 70 do gênero feminino. Deste total, 95 cursavam Administração de Empresas, representando 54,3% de todos os alunos desta Faculdade e 89 eram alunos de Direito, perfazendo 22,7% de todos os participantes do Direito. Nos cursos da área da saúde, somente um acadêmico da Medicina (1,6%), um da Odontologia (1,9%) e dois alunos da Enfermagem (6,5 %) declararam ter emprego.

Em relação ao estado civil 698 jovens (98,2%) eram solteiros e 13 (1,8%) eram casados. Dos solteiros, 333 (47,8%) são homens e 363 (52,2%) são mulheres. Entre os casados, houve predominância do gênero masculino (n= 9 - 69,2%) em relação ao gênero feminino (n= 4 - 30,8%). Apenas dezenove (2,7%) declararam ter filhos, 679 jovens (95,5%) não possuem filhos e 13 (1,8%) não responderam à pergunta.

Declararam morar com os pais 554 jovens (78,0%); destes, 267 (48,2%) são do gênero masculino e 287 (51,8%) são do gênero feminino. Onze (1,5%) disseram viver com o cônjuge: 7 homens (63,6%) e 4 mulheres (36,4%). Cinco jovens (0,7%) moravam com um parceiro estável, 2 homens (40,0%) e 3 mulheres (60,0%). Os restantes declararam morar sozinhos (n= 52 – 7,3%) ou com colegas e amigos (n= 31 – 4,4%) ou com outros familiares como irmãos, tios, primos e avós (n= 57 – 8,0%). A maior parte dos estudantes de Enfermagem (n= 29 - 93,5%), Administração de Empresas (n= 144 - 82,3%) e Direito (n= 315 – 80,6%) disseram morar com os pais. Nos cursos de Medicina e Odontologia houve, respectivamente, 36 (59,0%) e 30 (57,7%) estudantes morando com os pais, como mostra a TAB.5.

TABELA 5 - Relação entre faculdade cursada e com quem mora

Curso	Mora com					
	pais	cônjuge	parceiro	sozinho	amigos	outros
Administração de Empresas	144 82,3%	4 2,3%	1 0,6%	9 5,1%	5 2,9%	12 6,9%
Direito	315 80,6%	5 1,3%	4 1,0%	29 7,4%	14 3,6%	24 6,1%
Enfermagem	29 93,5%	2 6,5%	-	-	-	-
Medicina	36 59,0%	-	-	8 13,1%	6 9,8%	11 18,0%
Odontologia	30 57,7%	-	-	6 11,5%	6 11,5%	10 19,2%
Total	554 78%	11 1,5%	5 0,7%	52 7,3%	31 4,4%	57 8,0%

7.2 ASSISTÊNCIA Á SAÚDE

7.2.1 Tipo de assistência utilizada pelos jovens nos últimos dois anos

Cerca da metade dos sujeitos da pesquisa (n= 365 - 51,3%) respondeu que costuma ir periodicamente ao médico para revisão de saúde. Destes, 36,5% (n= 125) são homens e 65% (n= 240) são mulheres. Mais alunos de Medicina (68,9%) e Enfermagem (64,5%) declararam fazer revisão de saúde, que aqueles pertencentes aos cursos de Direito (48,7%),

Administração de Empresas (49,1%) e Odontologia (51,0%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p= 0,026$).

Nos últimos dois anos, 633 jovens (89,3%) consultaram pelo menos um médico por problemas de saúde, representando 84,8% ($n= 289$) dos rapazes e 93,5% das mulheres ($n= 344$) do estudo. Para a busca de assistência nos últimos dois anos não houve diferença entre os cursos. Na TAB.6 estão apresentadas as frequências dos médicos consultados em relação com o gênero dos jovens pesquisados.

TABELA 6 - Frequência dos médicos consultados em relação com o gênero dos jovens pesquisados

Médicos consultados	Jovens pesquisados					
	Gênero Masculino		Gênero feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clínico Geral	139	40,8	124	33,6	263	37,0
Dermatologista	101	29,6	151	40,9	252	35,4
Ginecologista	-	-	222	60,2	222	31,2
Otorrinolaringologista	35	10,3	28	7,6	63	8,9
Oftalmologista	23	6,7	33	9,0	56	7,9
Pediatra	27	7,9	29	7,9	56	7,9
Traumato-ortopedista	42	12,3	13	3,5	55	7,7
Urologista	17	5,0	13	3,5	30	4,2
Outros*	53	15,5	79	21,4	132	18,6

*Outros: Pneumologista, Endocrinologista, Neurologista, Gastroenterologista, Psiquiatra, Cardiologista, Nefrologista, Cirurgião Geral e Plástico, Homeopata, Proctologista, Alergista, Nutrólogo, Hematologista, Fisiatra, Oncologista e Reumatologista.

Duzentos e dezenove respondentes do gênero masculino (70,4%) e 278 do gênero feminino (78,5%) declararam já ter consultado o mesmo profissional anteriormente, num total de 497 (74,7%) respostas afirmativas, enquanto que 168 jovens (25,3%) não haviam consultado o mesmo médico e 46 (6,5%) não responderam à pergunta. (pergunta n.4)

7.2.2 Tipo de previdência utilizada para a assistência

Quanto ao tipo de previdência utilizada, das 684 respostas válidas, 532 jovens (77,8%) disseram ter um plano de saúde privado enquanto que 152 (22,2%) declararam não possuí-lo. Analisando esta informação em relação à faculdade cursada, houve diferença estatisticamente

significativa ($p = 0,024$), mostrando que a distribuição na utilização do sistema de previdência privada não é igual entre os alunos dos cursos pesquisados, conforme TAB.7.

TABELA 7 - Utilização de plano de saúde privado por curso

Curso	Previdência privada	
	n	%
Administração de Empresas	123	71,9*
Direito	301	80,7
Enfermagem	21	70,0*
Medicina	53	86,9
Odontologia	34	69,4*
Total dos cursos	532	77,8

* $p = 0,024$

Das 668 respostas à questão sobre a utilização do Sistema Único de Saúde, 621 jovens (91,6%) disseram não usar o atendimento do SUS para assistência à saúde. Entre os 57 participantes (8,4%) que utilizavam o SUS, 14,3 % ($n = 7$) pertenciam à Faculdade de Odontologia, 13,3% ($n = 4$) eram da Enfermagem, 8,8% ($n = 15$) eram da Administração de Empresas, 7,9% ($n = 29$) eram do Direito e 3,3% ($n = 2$) eram alunos de Medicina. Esta diferença não foi estatisticamente significativa.

7.2.3 Sentimentos dos jovens em relação à consulta médica

Ao serem perguntados como se sentiam ao consultar um médico (pergunta n.1), 663 jovens responderam a questão utilizando 779 qualificativos para expressar seus sentimentos. As respostas foram classificadas em 5 grandes grupos, cada um deles representando um tipo de posicionamento frente à situação proposta, conforme a TAB. 8.

TABELA 8 - Sentimentos dos jovens ao consultar um médico

Tipo de sentimentos	n	%
Sentimentos de bem-estar	387	49,7
Sentimentos de mal-estar	237	30,4
Sentimentos de indiferença frente à consulta	80	10,3
Sentimentos de responsabilidade pessoal	45	5,8
Sentimentos de ambivalência	16	2,0
Sentimentos de conveniência	14	1,8
Total	779	100,0

O grupo denominado *Sentimentos de bem-estar* contém as respostas: bem ou muito bem (n= 201), tranquilo (n= 52) e à vontade (n= 38), confortável (n= 24), seguro (n= 47), confiante (n= 20) e aliviado (n= 5), totalizando 49,7% (n= 387) das respostas.

As respostas não gosto de ir ao médico (n= 30), sinto-me mal/muito mal (n= 41), não muito bem (n= 18), nervoso/ansioso (n= 26), constrangido (n= 25), doente (n= 24), desconfortável (n= 22), preocupado/apreensivo (n= 22), inseguro (n= 15) e com receio ou medo (n= 14) formam o grupo *Sentimentos de mal-estar*, com 237 respostas (30,4%).

A categoria *Sentimentos de indiferença frente à consulta* representa a resposta ‘sinto-me normal’ empregada por 10,7% (n= 80) dos respondentes.

Fazem parte do grupo *Sentimentos de responsabilidade pessoal* 45 respostas (5,8%): sinto-me responsável (n= 5), resolvendo um problema ou dúvida (n= 26), cuidando da saúde (n= 7) e prevenindo problemas ou doenças (n= 7).

O grupo *Sentimentos de ambivalência*, constituído pela resposta depende da situação e/ou da especialidade recebeu 2,1% (n= 16) das respostas válidas. A resposta só vou quando necessário forma o grupo *Sentimentos de conveniência* com 1,8% das respostas (n= 14).

7.3 CONFIDENCIALIDADE

7.3.1 Conceito subjetivo de confidencialidade

Para verificar o conceito subjetivo de confidencialidade, perguntou-se aos jovens do estudo qual o significado deste termo em relação a uma consulta médica. Foram obtidas 673 respostas, categorizadas de acordo com a fundamentação utilizada para a definição do termo. Seguindo uma fundamentação deontológica, que chamamos de *Interpretação normativa ou deontológica*, foram encontradas 420 respostas (62,4%).

Na análise de conteúdo do texto, as respostas incluídas neste grupo apresentaram uma grande uniformidade (isotopia temática), com utilização de uma padronização de palavras e expressões. As definições mais frequentemente utilizadas por este grupo foram: 1) *os assuntos tratados no consultório devem permanecer lá; ou não devem sair de lá; ou “morrem lá”*; 2) *aquilo que é tratado na consulta só diz respeito ao médico e ao paciente*; 3) *o médico deve manter em segredo as informações recebidas do paciente* e 4) *a confidencialidade é uma norma da ética profissional, um dever do médico*.

Na segunda categoria, que foi denominada *Interpretação modelar*, com 188 respostas (28,0%), os jovens seguiram uma interpretação baseada em modelos do agir profissional tais como: *confidencialidade é acreditar e confiar no profissional; é ter segurança para falar com liberdade sobre seus problemas* ou *é essencial na relação clínica* e pressupõe *confiança mútua, discrição, lealdade, fidelidade, sinceridade, honestidade e franqueza*. Em 9,6% (n= 65) das respostas houve uma *Interpretação mista*, utilizando tanto o modelo do primeiro quanto do segundo grupo (ANEXO 4)..

Foram encontradas ainda, fazendo parte das categorias gerais já descritas, afirmações sobre a autonomia do paciente em 99 (14,7%) depoimentos, onde os jovens condicionaram a quebra do segredo ao consentimento e autorização do paciente. Estes dados estão sumarizados na TAB. 9.

TABELA 9 - Interpretações do significado do termo confidencialidade

Significado de Confidencialidade	n	%
Interpretação normativa (deontológica)	420	62,4
Interpretação modelar	188	28,0
Interpretação mista	65	9,6
Total	673	100,0

7.3.2 Adolescência como fator de interferência na manutenção do segredo médico

Perguntou-se se o fato do paciente ser adolescente interferia na manutenção do segredo das informações reveladas em uma consulta médica. A opinião dominante foi negativa, com 441 respostas (62,5%), enquanto que 265 (37,5%) respondentes declararam que o fato de ser adolescente interfere em algum grau no segredo médico. A TAB.10 mostra estes resultados distribuídos por gênero.

TABELA 10 - Adolescência como fator de interferência no segredo médico

Paciente adolescente e segredo médico	Gênero Masculino		Gênero feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Interfere	120	35,4	145	39,5	265	37,5
Não Interfere	219	64,6	222	60,5	441	62,5
Total	339	100	367	100	706	100

Dos 441 (62,5%) jovens que responderam que ser adolescente não interfere na manutenção do sigilo, 335 deram justificativas que estão listadas na TAB.11.

TABELA 11 - Argumentos utilizados para justificar que o fato de ser jovem não interfere no segredo das informações coletadas durante uma consulta médica

Argumentos	n	%
O segredo médico independe da idade do paciente	116	34,6
O segredo é um dever profissional do médico	76	22,7
A relação médico-paciente deve ser igual para todos	70	20,9
O segredo médico é um direito do adolescente ou jovem	39	11,6
O adolescente já é responsável e/ou maduro para tomar decisões	34	10,2
Total	335	100

Dos 265 (37,5%) que disseram que ser adolescente é um fator que interfere no segredo, 242 jovens justificaram suas respostas, que estão apresentadas na TAB.12.

TABELA 12 - Argumentos utilizados para justificar que o fato de ser jovem interfere no segredo das informações coletadas durante uma consulta médica

Argumentos	n	%
O médico acha que tem o dever de contar aos pais	62	25,6
O adolescente não é suficientemente responsável/maduro para tomar decisões	49	20,3
O adolescente está sob a responsabilidade dos pais	43	17,8
A ajuda da família é necessária em certos casos	34	14,0
O adolescente não tem diálogo com os pais	22	9,1
Os pais se importam e/ou se julgam com direito de saber sobre o filho	22	9,1
Apesar de ser dependente dos pais, o jovem deve autorizar a revelação	10	4,1
Total	242	100

7.3.3 Informações sobre confidencialidade durante uma consulta médica

Apenas 23,2% (n= 164) declararam que algum médico lhes falou sobre confidencialidade, 45 homens e 119 mulheres que representam, respectivamente, 13,3% e 32,3% das populações masculina e feminina do estudo (pergunta n.5)

7.4 SITUAÇÕES CLÍNICAS

7.4.1 Características do atendimento clínico de uma infecção respiratória

Para atendimento de uma infecção respiratória (IRA), 612 (86,1%) dos jovens pesquisados escolheriam um médico particular ou do plano de saúde, 207 (29,1%) iriam a um serviço de emergência, enquanto que 35 (4,9%) procurariam atendimento no Sistema Único de Saúde; oito estudantes (1,1%) buscariam atendimento em serviço especializado para adolescentes e apenas 20 (2,8%) alunos não iriam consultar por este motivo. A TAB. 13 apresenta estes resultados.

TABELA 13 - Locais de atendimento para uma infecção respiratória

Local de atendimento	n	%
Consultório privado / plano de saúde	612	86,1
Ambulatório do Sistema Único de Saúde	35	4,9
Serviço para Adolescentes	8	1,1
Serviço de Emergência	207	29,1
Não procuraria assistência médica	20	2,8

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

O médico seria indicado pela família, conforme a resposta de 73,3% (n= 521) dos jovens ou seria de sua própria escolha em 35,2% (250) dos casos, enquanto que 1,2% (87) deles aceitaria a indicação de amigos e parceiros. Deu preferência a um médico que já lhes havia atendido 90,7% (645) da população estudada e 10,1% (72) assinalaram que o médico poderia ser desconhecido, conforme mostrado na TAB. 14.

TABELA 14 - Indicação do médico para atendimento de uma infecção respiratória

Médico	n	%
Indicado pela família	521	73,3
De sua própria escolha	365	51,3
Preferencialmente indicado por amigos	87	12,2

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Quinhentos e dois jovens (70,6%) gostariam de ir acompanhados de um familiar, 72 (10,3%) iriam com o namorado ou parceiro, 29 (4,1%) iriam com um amigo e 209 (29,4%) iriam sozinhos à consulta, conforme a TAB. 15.

TABELA 15 - Características do acompanhamento ao atendimento de uma infecção respiratória

Acompanhamento à consulta	n	%
Sozinho	209	29,4
Com familiar	502	70,6
Com namorado (a) ou parceiro (a)	72	10,3
Com amigo (a)	29	4,1

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

7.4.2 Características do atendimento clínico de uma doença sexualmente transmissível

Nestes casos, apenas 0,3% (n= 2) não procuraria assistência médica enquanto que 672 jovens (94,5%) consultariam um médico particular ou do plano de saúde; 69 (9,7%) iriam a um serviço para adolescentes; 35 (4,9%) a um serviço de emergência e 22 (3,1%) à rede pública, conforme a TAB.16.

TABELA 16 - Locais para atendimento de uma doença sexualmente transmissível

Local de atendimento	n	%
Consultório privado/ plano de saúde	672	94,5
Ambulatório do Sistema Único de Saúde	22	3,1
Serviço para Adolescentes	69	9,7
Serviço de Emergência	35	4,9
Não procuraria assistência médica	2	0,3

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Optaram por um médico de sua própria escolha 51,3% (n= 365) enquanto que 53,3% (n= 379) prefeririam a indicação da família e 10,7% (n= 76), a indicação de amigos.

A preferência por consultar um profissional conhecido foi manifestada por 579 (81,4%) dos sujeitos da pesquisa e 140 (19,7%) disseram preferir um médico desconhecido; resultados mostrados na TAB.17.

TABELA 17 - Indicação do médico para atendimento de uma doença sexualmente transmissível

Médico	n	%
Indicado pela família	379	53,3
De sua própria escolha	365	51,3
Indicado por amigos	76	10,7

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Enquanto 61,2% (n= 435) deles iriam sozinhos à consulta, 38,8% (n= 276) daria preferência por ir acompanhado por familiar; 17,4 % (n= 124) pelo parceiro e optariam por um amigo 6,3% (n= 45), conforme mostrado na TAB. 18.

TABELA 18 - Características do acompanhamento ao atendimento de uma doença sexualmente transmissível

Acompanhamento à consulta	n	%
Iria sozinho	435	61,2
Iria com familiar	276	38,8
Iria com namorado(a) ou parceiro(a)	124	17,4
Iria com amigo (a)	45	6,3

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

7.4.3 Características do atendimento clínico de orientações sobre sexo seguro e anticoncepção

Para orientações sobre sexo seguro ou anticoncepção, 117 (16,5%) jovens admitiram que não procurariam médico. Para os demais participantes, um médico particular ou do plano de saúde seria a escolha de 492 jovens (69,2%), enquanto que 144 (20,3%) iriam a um serviço especializado em adolescentes. No SUS, consultariam 31 (4,4%) e 17 (2,4%) iriam a um serviço de emergência (TAB. 19).

TABELA 19 - Locais para atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção

Local de atendimento	n	%
Consultório privado/ plano de saúde	492	69,2
Ambulatório do Sistema Único de Saúde	31	4,4
Serviço para Adolescentes	144	20,3
Serviço de Emergência	17	2,4
Não procuraria assistência médica	117	16,5

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Dariam preferência a um profissional de sua própria escolha 352 respondentes (49,5%) enquanto que 280 (39,4%) procurariam a indicação da família e 124 (17,4%) buscariam a indicação de amigos. O médico seria conhecido para 521 (73,3%) estudantes e 111 (15,6%) optariam por um médico desconhecido, conforme a TAB. 20.

TABELA 20 - Indicação do médico para atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção

Médico	n	%
Indicado pela família	280	39,4
De sua própria escolha	352	49,5
Indicado por amigos	124	17,4

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Declararam que iriam sozinhos à consulta 80,2% (n= 570), enquanto que 19,8% (n= 141) optariam pela companhia de um familiar, 17,7% (n= 126) iriam com o parceiro ou namorado e 8,5% (n= 60) com um amigo, resultados mostrados na TAB. 21.

TABELA 21 - Características do acompanhamento ao atendimento de orientações sobre sexualidade e anticoncepção

Acompanhamento à consulta	n	%
Iria sozinho	570	80,2
Iria com familiar	141	19,8
Iria com namorado(a) ou parceiro(a)	126	17,7
Iria com amigo (a)	60	8,5

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

7.4.4 Características do atendimento clínico na dependência ao consumo de drogas

Quando o motivo da consulta é a dependência à drogas, 445 jovens (62,6%) consultariam um médico privado ou do plano de saúde; 216 (30,4%) escolheriam um serviço especializado em adolescentes; 27 (3,8%) procurariam o serviço de emergência; 24 (3,4%) consultariam no SUS e 110 (15,0 %) não buscariam assistência médica (TAB.22).

TABELA 22 - Locais para atendimento da dependência ao consumo de drogas

Local de atendimento	n	%
Consultório privado/ plano de saúde	445	62,6
Ambulatório do Sistema Único de Saúde	24	3,4
Serviço para Adolescentes	216	30,4
Serviço de Emergência	27	3,8
Não procuraria assistência médica	110	15,5

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

O médico seria indicado pela família para 46,8% (n= 333) dos respondentes, 40,4% (n= 287) daria preferência a um médico de sua própria escolha e 17,1% (n= 122) ouviria a indicação de amigos. O médico deveria ser conhecido para 427 (60,1%) e 28,3% (n= 201) optariam por um médico que não lhes atendeu anteriormente, conforme a TAB. 23.

TABELA 23 - Indicação do médico para atendimento da dependência ao consumo de drogas

Médico	n	%
Indicado pela família	333	46,8
De sua própria escolha	287	40,4
Indicado por amigos	122	17,1

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Iriam acompanhados de familiar 44,5% (n= 316) da população estudada, enquanto 55,6% (n= 395) iriam à consulta sozinhos, 12,4% (n= 88) com um amigo e 9,8% (n= 70) com o parceiro (TAB. 24).

TABELA 24 - Características do acompanhamento ao atendimento da dependência ao consumo de drogas

Acompanhamento à consulta	n	%
Iria sozinho	395	55,6
Iria com familiar	316	44,5
Iria com namorado(a) ou parceiro(a)	70	9,8
Iria com amigo (a)	88	12,4

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

7.4.5 Características do atendimento clínico de um transtorno mental

Para atendimento de uma situação de transtorno mental 580 (81,6%) jovens procurariam um médico particular ou do convênio, 112 (15,8%) iriam a um serviço para adolescentes. A um pronto atendimento recorreriam 21 (3,0%) respondentes, 19 (2,7%) iriam à rede pública e 62 (8,7%) não procuraria assistência médica (TAB.25).

TABELA 25 - Locais para atendimento de um transtorno mental

Local de atendimento	n	%
Consultório privado/ plano de saúde	580	81,6
Ambulatório do Sistema Único de Saúde	19	2,7
Serviço para Adolescentes	112	15,8
Serviço de Emergência	21	3,0
Não procuraria assistência médica	62	8,7

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de múltipla escolha.

Trezentos e um respondentes (42,3%) consultariam um médico de sua própria escolha, enquanto que 423 (59,5%) optariam por um profissional indicado pela família e 89 (12,5%) pediriam indicação para um amigo. O médico já deveria ser conhecido para 512 (72%) e 172 (24,2%) optariam por um médico desconhecido (TAB.26).

TABELA 26 - Indicação do médico para atendimento de um transtorno mental

Médico	n	%
Indicado pela família	423	59,5
De sua própria escolha	301	42,3
Indicado por amigos	89	12,5

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de escolha múltipla

Iriam à consulta na companhia de um familiar 385 jovens (54,1%); 326 (45,9%) optariam por irem desacompanhados; 65 (9,1%) iriam com o parceiro e 43 (6,0%) com um amigo, conforme mostrado na TAB. 27.

TABELA 27 - Características do acompanhamento ao atendimento de um transtorno mental

Acompanhamento à consulta	n	%
Iria sozinho	326	45,9
Iria com familiar	385	54,1
Iria com namorado (a) ou parceiro (a)	65	9,1
Iria com amigo (a)	43	6,0

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de escolha múltipla

7.5 COMPARAÇÕES ENTRE AS SITUAÇÕES CLÍNICAS

Para melhor visualização dos resultados, apresentamos a seguir, os dados anteriormente descritos em forma de tabelas comparativas. A TAB. 28 mostra os locais escolhidos para atendimento das diversas situações clínicas.

TABELA 28 - Comparações entre os locais escolhidos para atendimento das diferentes situações clínicas

Local de atendimento	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Consultório privado ou plano de saúde	612 86,1%	672 94,5%	492 69,2%	445 62,6%	580 81,6%
Ambulatório do SUS	35 4,9%	22 3,1%	31 4,4%	24 3,4%	19 2,7%
Serviço para Adolescentes	8 1,1%	69 9,7%	144 20,3%	216 30,4%	112 15,8%
Serviço de Emergência	207 29,1%	35 4,9%	17 2,4%	27 3,8%	21 3,0%
Não procuraria assistência	20 2,8%	2 0,3%	117 16,5%	10 15,5%	62 8,7%

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de escolha múltipla

As comparações entre as indicações do médico para atendimento das diversas situações clínicas estão apresentadas na TAB.29.

TABELA 29 - Comparações entre as indicações do médico para atendimento das diferentes situações clínicas

Indicação do médico	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Indicado pela família	521 73,3%	379 53,3%	280 39,4%	333 46,8%	423 59,5%
De escolha própria	250 35,2%	365 51,3%	352 49,5%	287 40,4%	301 42,3%
Indicado por amigos	87 12,2%	76 10,7%	124 17,4%	122 17,1%	89 12,5%

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de escolha múltipla

As comparações entre os médicos escolhidos pelos universitários para o atendimento das situações clínicas propostas, estão mostradas na TAB. 30.

TABELA 30 - Comparações das características do médico escolhido para atendimento das diferentes situações clínicas

Escolha do médico	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Médico conhecido	585 82,3%	529 74,4%	467 65,7%	360 50,6%	435 61,2%
Médico desconhecido	12 1,7%	90 12,7%	57 8,0%	135 19,0%	95 13,4%
Indecisos/ Indiferentes	60 8,4%	50 7,0%	54 7,6%	67 9,4%	77 10,8%
Não responderam	34 4,8%	40 5,6%	16 2,2%	39 5,5%	42 5,9%
Não iriam ao médico	20 2,8%	2 0,3%	117 16,4%	110 15,5%	62 8,7%
Total	711 100%	711 100%	711 100%	711 100%	711 100%

Como a questão para responder se iria sozinho ou acompanhado permitia a escolha múltipla, fizemos um controle pelo número de acadêmicos que mostraram intenção de irem sozinhos, mesmo que tenham respondido a mais de uma alternativa, chegando-se aos resultados da TAB. 31.

TABELA 31 - Intenção de ir sozinho ou acompanhado à consulta nas diferentes situações clínicas

Acompanhamento à consulta	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Iria sozinho	209 29,4%	435 61,2%	570 80,2%	395 55,6%	326 45,9%
Iria acompanhado	502 70,6%	276 38,8%	141 19,8%	316 44,4%	385 54,1%
Total	711 100%	711 100%	711 100%	711 100%	711 100%

Em relação às pessoas escolhidas para acompanhamento às consultas, a TAB.32 apresenta as comparações entre os resultados encontrados.

TABELA 32 - Comparações das preferências por acompanhamento às consultas nas diferentes situações clínicas

Acompanhamento à consulta	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Com familiar	502 70,6%	276 38,8%	141 19,8%	316 44,5%	385 54,1%
Com namorado (a) / parceiro (a)	72 10,3%	124 17,4%	126 17,7%	70 9,8%	65 9,1%
Com amigo	29 4,1%	45 6,3%	60 8,5%	88 12,4%	43 6,0%

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes pela possibilidade de escolha múltipla

Quando se leva em consideração apenas os familiares, a seguinte distribuição pode ser encontrada (TAB. 33):

TABELA 33 - Familiar preferido como acompanhante para a consulta

Companhia preferencial	Situações clínicas				
	Infecção Respiratória	Doença Sexualmente Transmissível	Orientações sexualidade e anticoncepção	Uso de Drogas	Transtorno Mental
Especificamente a mãe	239 47,7%	123 44,6%	76 54,0%	95 30,1%	137 35,6%
Especificamente o pai	37 7,4%	25 9,0%	4 2,8%	16 5,1%	19 5,0%
Mãe e pai	44 8,8%	18 6,5%	10 7,1%	16 5,1%	23 6,0%
Qualquer familiar	174 34,6%	101 36,6%	51 36,1%	178 56,2%	199 51,6%
Não respondeu qual familiar	8 1,5%	9 3,3%	-	11 3,5%	7 1,8%
Total de respostas	502 100%	276 100%	141 100%	316 100%	385 100%

Na continuação desta exposição, o próximo capítulo se ocupará da análise qualitativa dos dados, articulando-a com a discussão dos resultados quantitativos aqui descritos.

8 ANÁLISE QUALITATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

8.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Minayo (1994, p.22) afirma que em toda pesquisa com seres humanos há “um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. Na área das ciências biológicas, este fenômeno acontece frequentemente, pois tanto a saúde quanto a doença possuem uma dimensão que extrapola sua definição biomédica, na medida que estas condições só podem ser pensadas como tais, dentro de um sistema simbólico que permite defini-las, dando-lhes sentido e permitindo estabelecer procedimentos e estratégias efetivos para tratá-las (VÍCTORA *et al.*, 2000).

Sabe-se que as maiores ameaças contemporâneas à saúde dos jovens não são biomédicas em sua origem: resultam, na verdade, dos seus comportamentos e das circunstâncias do ambiente social em que estão inseridos (ELDERS e HUI, 1993; HAGGERTY, 1968; MADDALENO, 1999). Geralmente associada a comportamentos desafiantes e a novas experiências de índole social, cultural e também sexual, a problemática de saúde dos jovens está permeada de situações sensíveis, geradoras de medo, vergonha e constrangimento. Daí a necessidade e a importância de tratar estas questões de forma privilegiada e confidencial, respeitando as características psico-evolutivas da faixa etária. Ao reconhecer o forte vínculo entre as condutas pessoais e a saúde, devemos oferecer aos jovens oportunidades para desenvolver estilos de vida adaptativos e produtivos, que incorporem a promoção de saúde e as práticas de prevenção aos agravos a que estão sujeitos durante esta etapa crítica do ciclo vital.

Para Fisher e Wallace (2000), a urgente demanda por políticas públicas, calcadas em informação empírica, com o objetivo de criar intervenções efetivas, produziu uma reavaliação e adaptação dos paradigmas tradicionais da pesquisa com esta faixa etária para contemplar os problemas práticos da atualidade. Nesta perspectiva, cada vez mais pesquisas sobre atitudes e comportamentos frente a situações de risco à saúde têm sido desenvolvidas, com o intuito de conhecer e diagnosticar como os jovens visualizam seus problemas de saúde.

Considerando os motivos acima expostos, torna-se adequada a associação de uma abordagem qualitativa ao método quantitativo tradicional, na tentativa de vislumbrar alguns traços deste “outro lado” de que fala Minayo (1994), onde se localizam os significados das ações e das relações humanas. Neste trabalho, o enfoque qualitativo - enquanto indutivo-dedutivo – permitiu conhecer, compreender e, algumas vezes, interpretar o significado do fenômeno estudado para a população escolhida, levando em consideração seu contexto específico, como preconiza sua correta utilização (NUÑO GUTIÉRREZ *et al.*, 1998; VÍCTORA *et al.*, 2000).

Temos consciência que o estudo envolveu uma população diferenciada quanto às características gerais dos adolescentes e jovens brasileiros. Os participantes são oriundos de um estrato social, cultural e economicamente privilegiado, de acordo com a renda familiar declarada e dados estatísticos (IBGE, 1999 e 2000), segundo os quais apenas 20% da população brasileira têm onze anos ou mais de escolarização. Assim sendo, os resultados do estudo não podem ser generalizados para a totalidade da juventude no país. Compreendendo, como apontam Feijó e Chaves (2002), que esta é uma limitação metodológica inerente aos estudos sobre o comportamento humano, uma vez que características culturais, hábitos regionais e de grupos sociais definem comportamentos distintos, a preocupação da autora foi a de garantir consistência e validade interna⁴³ ao trabalho, aliando a esta análise qualitativa das opiniões dos respondentes, também a objetividade do método quantitativo, sem, no entanto, deixar de resgatar “a perspectiva e os significados dos sujeitos” (MINAYO, 1994) quando da descrição e interpretação dos possíveis motivos para os resultados encontrados.

Avaliamos as limitações e as vantagens do cenário acadêmico universitário como local da pesquisa. Consideramos como vantagem o delineamento escolhido, que permite delimitar uma população para estudá-la na totalidade, entendendo o termo população em seu sentido epidemiológico, ou seja, como “um grande grupo de pessoas em um contexto definido ou com uma determinada característica comum” (FLETCHER *et al.*, 1996, p.17). Assim sendo, esta pesquisa intencionalmente definiu como *população em estudo* todos os jovens entre 16 e 21 anos completos, ingressantes na PUCRS no 1º semestre de 2000, nas Faculdades de Administração de Empresas, Direito, Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Também consideramos vantajosa a grande variedade demográfica que o ambiente de uma escola propicia, fato que favorece, na opinião de Gans e Brindis (1995), o entendimento

⁴³ Validade interna é o grau pelo qual os resultados de um estudo estão corretos para a amostra estudada, sendo dependente de quão bem ela é delimitada, conduzida e analisada; para uma observação ser de utilidade, a validade interna é condição necessária (FLETCHER *et al.*, 1996, p. 22-23).

normativo das questões de saúde dos jovens e que tanto interessam ao delineamento desta investigação. Como desvantagem, pode-se salientar que este tipo de cenário exclui os adolescentes de maior risco: aqueles que estão fora do contexto educacional (MADDALENO, 1999).

Se considerarmos as afirmações contidas na Declaração de Jacarta (1997), de que “o acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades”, os jovens estudados preenchem essas condições, estando aptos para representar seus pares, quando o objetivo é pesquisar um modelo de assistência atento às necessidades de individualização e privacidade deste grupo etário.

Nas próximas seções deste capítulo descreveremos os achados mais relevantes desta investigação, procurando definir quem são, o que sentem, como se comportam e como se posicionam os jovens pesquisados, tanto em relação às situações de risco à sua saúde quanto às características de privacidade e de confidencialidade que demandam. Nesta análise, partimos dos resultados encontrados quando da realização de nossa dissertação de mestrado, aprofundando-os, complementando-os e buscando seus significados através de sua articulação com informações provenientes da análise quantitativa e, principalmente, qualitativa de dados ainda inéditos⁴⁴.

8.2 QUEM SÃO OS JOVENS ESTUDADOS

O grupo estudado era constituído por 711 jovens: 342 rapazes e 369 moças. No momento da pesquisa, todos estavam cursando o segundo semestre dos respectivos cursos. Representaram 86,3% da população escolhida para o estudo⁴⁵, sendo alunos de Administração de Empresas, Enfermagem, Direito, Medicina e Odontologia, conforme a TAB.1, apresentada no capítulo dos resultados.

Os estudantes de Direito mostraram ser os mais jovens ($18,53 \pm 1,03$ ano) e os alunos de Odontologia, os mais velhos ($19,58 \pm 1,05$ ano), sendo que estas médias de idade diferenciaram-se estatisticamente ($p < 0,0001$) da média etária dos demais cursos (em torno de 19,0 anos de idade). Noventa e oito por cento dos jovens eram solteiros, uma condição que de certa forma era esperada devido à sua idade.

⁴⁴ Ver Seção 5.3 Delineamento da pesquisa, QUADRO 6.

⁴⁵ Segundo informações oficiais da Divisão de Registro e Ingresso da PUCRS, o total de ingressantes na universidade no primeiro semestre de 2000, com idade até 21 anos completos, nos cursos participantes da pesquisa, foi de 824 alunos.

Houve predomínio de mulheres na Enfermagem, na Odontologia, na Medicina e no Direito, e dos homens na Administração de Empresas. Distribuição semelhante já havia sido encontrada por Piccoli (1999), na mesma universidade, sugerindo que, possa haver, em nosso contexto social, uma tendência de escolha profissional em relação ao gênero.

Setenta e oito por cento da população do estudo morava com os pais. Os jovens cursando as Faculdades de Enfermagem, Administração de Empresas e Direito, em sua maioria moravam com seus pais. Na Medicina e Odontologia, cerca de 40% moravam sozinhos, com amigos ou outros familiares que não os pais (TAB.5). Esta distribuição se justifica pelo menor número destes dois cursos no interior do Estado, fazendo com que os acadêmicos de Medicina e Odontologia tenham que abandonar suas cidades de origem para cursar estas Faculdades.

Apenas a metade dos jovens (n= 353) informou sobre a renda familiar, cuja média ficou em R\$ 5.735,00. É interessante ressaltar, no entanto, que 68,3% das famílias apresentaram renda abaixo desta média (mediana de R\$ 4.000,00) sendo que 14,2% (n= 50) dos que responderam a esta questão, declararam estar abaixo da renda familiar média mensal brasileira de R\$ 1.778,03 (IBGE, 2004).

8.3 DE COMO OS JOVENS UTILIZAM A ASSISTÊNCIA MÉDICA

8.3.1 Que jovens costumam fazer consultas preventivas

Somente 51,3% dos jovens estudados declararam ir ao médico para revisão de saúde (pergunta n.2), demonstrando que, mesmo numa camada populacional econômica e socialmente privilegiada como a da pesquisa, apenas metade deles demonstrou estar tendo atitudes preventivas. A percentagem de jovens norte-americanos que vai periodicamente ao médico chega a 80%, na mesma faixa etária (KLEIN *et al.*, 1998) sendo provável que esta diferença significativa possa estar relacionada a questões culturais e de entendimento sobre a importância da prevenção no contexto de saúde/doença, além de outros condicionantes e dificuldades de acesso aos serviços, bem como a ausência de renda própria por parte dos jovens deste estudo.

8.3.2 Quem são os profissionais que assistem os jovens estudados

Mesmo sem o hábito de fazer prevenção, 89,3% dos participantes necessitaram consultar pelo menos um médico nos últimos dois anos (pergunta n.3). O profissional mais procurado pelas mulheres foi o ginecologista (60,2%); entre os homens, o médico mais consultado foi o clínico geral (40,8%). Taxas muito semelhantes foram encontradas por Piccoli (1999), na mesma Universidade: 77,2% das universitárias haviam consultado o ginecologista e 47,4% dos universitários foram ao clínico geral.

Os demais especialistas consultados, e espontaneamente mencionados no estudo, estão obviamente relacionados com problemas comuns da faixa etária como afecções dermatológicas e traumatismos decorrentes da prática esportiva, além de transtornos sensoriais de visão e audição (TAB. 6). Depois do ginecologista, as mulheres citaram mais freqüentemente o dermatologista e o clínico geral. E os universitários, depois do clínico geral, consultaram o dermatologista e o traumato-ortopedista. Cada uma das demais especialidades citadas foi procurada por menos de 10% da população do estudo. Cerca de três quartos dos respondentes já haviam consultado estes profissionais anteriormente.

Na casuística do presente estudo, o pediatra foi procurado exatamente na mesma porcentagem (7,9% - n= 56) tanto pelos rapazes quanto pelas moças, sendo que quase 90% deles moram com os pais. A média de idade deste pequeno grupo foi de 18 anos, e nenhum participante com 21 anos de idade declarou ir ao pediatra. Um achado curioso foi a declaração de três universitários – um casado e dois que têm filhos - de ainda consultarem seus pediatras.

Piccoli (1999) na mesma Universidade também encontrou uma pequena porcentagem de estudantes (8,4%) que ainda procuravam seu pediatra. Estes dados, coincidentes com os nossos, fazem supor que, pelo menos em nosso meio, o pediatra perde o contato com a maioria dos pacientes adolescentes, sendo substituído, como fonte de cuidados continuados, pelo ginecologista no caso das mulheres e pelo clínico geral no caso dos homens. Um dos fatores determinantes deste distanciamento poderia estar relacionado à dificuldade tanto da medicina quanto das famílias de determinarem os limites da prática pediátrica. Corroborando esta hipótese, vemos que é muito recente o conceito de incluir pacientes na adolescência tardia nos cuidados pediátricos, sendo que a especialidade de médico de adolescentes (hebiatra) só foi reconhecida no Brasil a pouco mais de uma década pela Associação Médica Brasileira e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Ainda sobre esta questão, o trabalho de Marks *et al.*, (1983) apontou um resultado inusitado. Em investigação sobre necessidades de saúde e assistência, com um grupo de 650 adolescentes, cuja média de idade era de 15,4 anos, numa área suburbana de Nova Iorque, os autores encontraram que cerca de 50% destes adolescentes não percebiam o pediatra como o profissional de saúde de escolha para certos problemas, embora 49% deles referiram que ao necessitar assistência, o primeiro profissional procurado era o pediatra regular. Os problemas nos quais os adolescentes se sentiam mal assistidos pelos pediatras em ordem decrescente foram: anticoncepção, problemas com o peso, acne, cansaço ou problemas emocionais. É uma hipótese também a considerar no caso deste trabalho, pois se adolescentes mais jovens questionam a habilidade do pediatra para atender certas situações clínicas, é possível que em grupos de mais idade esta dúvida seja ainda mais frequente. Este tema poderia constituir-se em interessante hipótese para investigações futuras.

8.3.3 Que tipo de previdência utilizam os jovens do estudo

Quanto ao tipo de previdência utilizada, a maioria mencionou possuir um plano de assistência privado, justificando sua necessidade por ser mais rápido e eficiente que os serviços públicos. Chamou a atenção que a quase totalidade daqueles que não usavam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) mostraram descrédito em relação aos profissionais e ao próprio sistema, enquanto que os 8,4% (n= 57) que disseram utilizar os serviços do SUS acharam que foram bem atendidos mesmo que a espera pelas consultas tenha sido maior que no setor privado.

8.3.4 Quais os sentimentos dos jovens em relação à consulta médica

Os sentimentos dos participantes ao procurarem um médico mostraram-se bastante diversificados. A metade deles declarou sentir-se bem ao procurar assistência, enquanto que um terço manifestou certo mal-estar, dizendo que não gostam de ir ao médico ou que sentem desconforto, insegurança, constrangimento e apreensão com o diagnóstico. A expressão *'sinto-me normal'* foi utilizada por 10% dos respondentes para descrever sua falta de reação frente à situação da consulta e apenas 5,8% dos participantes demonstraram uma condição pró-ativa de participação na relação médico-paciente, utilizando expressões como *cuidando*

da saúde, prevenindo ou resolvendo problemas de saúde, caracterizando um sentimento de responsabilidade pessoal com sua integridade física e emocional (TAB.8).

Alguns jovens declararam que seus sentimentos variaram, na dependência da situação que demandava o atendimento. Enquanto vários deles manifestaram diferenças de sentimentos quando a consulta era de caráter preventivo ou para solução de um problema agudo, outros, principalmente as mulheres, disseram que a mudança se devia ao tipo de especialidade procurada, sendo mencionada especificamente a consulta ginecológica como constrangedora ou embaraçosa.

Após descrever estas características gerais dos jovens do estudo e de como costumam utilizar a assistência médica, vamos dirigir o foco da análise para os objetivos principais desta investigação. Com a finalidade de discutir, de modo abrangente, o papel da confidencialidade na assistência ao jovem, o relato será organizado em diversos tópicos. Procurando utilizar sempre a perspectiva dos respondentes, inicialmente, conceituaremos o fenômeno estudado; mais adiante, descreveremos as interferências e as limitações entre o fato de ser jovem e o manejo da confidencialidade das informações em saúde, finalizando com a análise das situações clínicas propostas, levando em consideração o grau de privacidade desejada pelos jovens do estudo e seus motivos.

8.4 DE COMO OS JOVENS ENTENDEM A CONFIDENCIALIDADE

8.4.1 O conceito subjetivo de confidencialidade

Ao propor que os respondentes definissem subjetivamente o termo, mediante a redação de um texto livre (pergunta n.5), foi possível agrupar as respostas em três grandes grupos (TAB. 9 e ANEXO 4). Na primeira categoria, que recebeu 62,4% das respostas, a confidencialidade foi interpretada através de uma fundamentação de caráter normativo, baseada em regras de obrigação do segredo médico, que chamamos de *Interpretação Deontológica*.

Ao realizar a análise de conteúdo do texto, verificou-se que as respostas incluídas neste grupo apresentaram-se, de certa forma, padronizadas, utilizando palavras e expressões muito semelhantes, em um discurso que se repetiu independentemente da faculdade cursada,

da idade e do gênero dos participantes. Alguns exemplos desta *Interpretação Deontológica* da confidencialidade estão citados a seguir:

Acredito que o médico faça uma espécie de juramento, pelo qual não pode revelar a situação de seus pacientes se os mesmos não quiserem. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

Qualquer médico que se preze tem que manter essa relação de confidencialidade, que é um dever ético profissional para a medicina. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

[...] é um pacto de silêncio, garantido pela ética profissional. (gênero masculino, 17anos, Direito)

[...] é um compromisso que o médico tem com seu paciente. (gênero masculino, 19 anos, Enfermagem)

[...] faz parte da ética dos profissionais da saúde; é não haver vazamento de informações. (gênero feminino, 17 anos, Odontologia)

Desde uma perspectiva de percepção situacional, os textos produzidos pelos sujeitos do estudo demonstram que, no seu entender, a confidencialidade existe porque é devida ao paciente e é legitimada através de um compromisso ético e de uma obrigatoriedade por parte do profissional. Pode-se deduzir que a justificativa para este tipo de posicionamento tem por base uma *ética de mínimos*⁴⁶ ou de deveres (GRACIA, 2004), certamente apoiada em uma visão tradicional e histórica da medicina - e, muito especialmente, no Juramento Hipocrático, cujo teor é conhecido superficialmente pela população leiga⁴⁷.

A confidencialidade, levando em consideração os argumentos deste grupo, pode ser assim conceituada:

A confidencialidade é uma norma da ética profissional, que pressupõe que os assuntos tratados na consulta são sigilosos, devendo permanecer restritos ao consultório, pois só dizem respeito ao médico e ao paciente, sendo um dever do médico manter em segredo as informações recebidas do paciente.

Na segunda categoria, que denominamos *Interpretação Modelar*, com 28,0% das respostas (n= 188), os participantes elaboraram um conceito fundamentado em modelos eticamente adequados do agir profissional bem como em características pessoais e morais do médico, pressupondo um aspecto vivencial da relação clínica. Estes posicionamentos revelam como critérios (isotopia de valores) a axiologia e a ética das virtudes, demonstrando uma

⁴⁶ As éticas de mínimos são éticas de justiça e ocupam-se somente com a dimensão *universalizável* do fenômeno moral, ou seja, dos deveres de justiça que são exigíveis de qualquer ser racional que queira pensar moralmente (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005, p.115). Para Gracia, 2004, p.244) os Códigos Deontológicos, enquanto tratados de deveres, sinalizam os mínimos éticos de uma profissão, abaixo dos quais, o médico torna-se negligente, imperito ou imprudente.

⁴⁷ Ver Seção 3.3.2.1 Confidencialidade como exigência moral do médico: o segredo.

tendência deste grupo para *uma ética de máximos*⁴⁸ (GRACIA, 2004) e permitindo a descrição de uma relação médico-paciente ideal em termos de confidencialidade. Esta argumentação, ou *Interpretação Modelar*, pode ser verificada nos depoimentos de universitários de ambos os gêneros e de todos os cursos pesquisados:

Confidencialidade é algo que deve ser apenas entre o médico e o paciente: o paciente deve franqueza ao médico e o médico deve ao paciente fidelidade, há entre ambos uma confiança. (gênero feminino, 19 anos, Odontologia)

[...] é um dos aspectos mais importantes na personalidade de um médico, é imprescindível na relação com o paciente. (gênero masculino, 19anos, Odontologia)

[...] deve estar sempre presente no trabalho de um bom profissional. (gênero masculino, 18 anos, Administração de Empresas)

[...] é a confiança de que o médico irá respeitar o paciente não revelando detalhes que só dizem respeito à pessoa; sem confiança seria muito constrangedor ir ao médico. (gênero masculino, 21 anos, Odontologia)

[...] é sinônimo de confiança, o que leva a melhores condições de diagnóstico e tratamento; é certeza de privacidade. (gênero masculino, 21 anos, Medicina)

Acho muito importante, pois é a partir dela que a pessoa se sente mais segura e confiante. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Eu acredito no médico em que vou por isso não tenho problema em contar meus problemas. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

O respeito pelo que foi abordado entre o médico e o paciente deve prevalecer, a confiança que temos num profissional é fruto de sua atitude em relação ao sigilo. (gênero feminino, 20 anos, Medicina)

Resumindo o discurso deste grupo de respondentes, a conceituação do termo poderia ser assim construída:

Confidencialidade é acreditar e confiar no profissional; é ter segurança para falar com liberdade sobre seus problemas, o que é fundamental na relação médico-paciente, sendo que esta deve pressupor: confiança mútua, lealdade e fidelidade, sinceridade e honestidade, franqueza e discrição, além de respeito pelo paciente e sua vontade.

Para estes jovens, como já afirmava Styffe (1997), é fundamental que uma atitude de confiança presida a relação médico-paciente, sendo que esta confiança é o pressuposto para que aconteça a confidencialidade: se não existe a confiança é impossível chegar-se a uma situação de segurança íntima para a revelação de informações sigilosas e sensíveis.

⁴⁸ Segundo Cortina e Martinez (2005, p.115), as éticas de máximos se ocupam do bom dentro do fenômeno moral, o qual não pode ser exigível de todo ser racional porque esta consideração do que é bom, sem dúvida, é subjetiva. As éticas de máximos aconselham a seguir um modelo orientador da conduta para atingir um ideal de vida boa, que proporciona a felicidade e a excelência. Gracia (2004, p.243-44) defende a idéia de que médicos, governantes, juízes e sacerdotes possuem uma 'moralidade especial', diferente da 'moralidade comum', própria dos demais membros da sociedade e que a característica mais importante desta moralidade é a excelência profissional. Se a moralidade comum fixa mínimos éticos, a moralidade especial própria destas profissões há de ser de máximos. Supõe-se que o papel que desempenham estes profissionais é tão importante, que deve estar em mãos de pessoas moralmente inatacáveis e, portanto, acima daquele nível de mínimos, sendo que 'qualquer coisa menor que a excelência resulta aqui insuficiente'.

As respostas deste grupo sugerem, ainda, que a virtude essencial para o estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória seria o que Pedro Laín Entralgo chamou de *amizade médica* (GRACIA e GRACIA, 1995), caracterizada pela estima, fidelidade, confiança e confidência mútuas, e fundamentada numa visão aristotélica da amizade⁴⁹, considerada como a virtude mais importante da vida em sociedade. Com esta mesma perspectiva, Gracia (1998a, p.144) esclarece que o médico, portanto, para ser considerado virtuoso, para alcançar a excelência profissional, deve ser também “um médico amigo”.

Alguns dos jovens do estudo (9,6%) utilizaram critérios de percepção encontrados em ambas as categorias descritas, criando uma interpretação que chamamos de *Mista*. Servem de exemplo para este grupo as seguintes afirmações:

O médico deve manter uma relação individualizada com cada paciente, mantendo o sigilo, adquirindo a confiança do paciente e vice-versa. (gênero masculino, 21 anos, Direito)

Confidencialidade é o respeito entre o médico e o paciente. Deve partir do médico esta atitude em virtude da ética profissional que ele deve ter. (gênero masculino, 21 anos, Odontologia)

[...] é poder contar com um profissional sério que tem interesse na solução do problema do paciente e que segue os princípios da ética médica. (gênero feminino, 18 anos, Medicina)

[...] é a confiança para dizer o que nos afeta e saber o que se passa com nossa saúde, com a segurança de que aquilo que for dito, ou discutido, não ultrapassará as quatro paredes do consultório. (gênero feminino, 20 anos, Enfermagem)

Os pacientes podem confiar no médico, pois este deve cumprir o juramento de que aquilo que o paciente pedir para manter em segredo, ele não pode revelar a ninguém. (gênero feminino, 21 anos, Administração de Empresas)

Houve ainda um grupo de 99 (14,7%) universitários que, independentemente da categoria argumentativa – deontológica ou modelar - em que foram incluídos, fizeram referência ao respeito à autonomia do paciente, declarando que o médico só pode revelar informações quando autorizado pelo paciente, respeitando seu desejo de privacidade ou que a revelação de fatos íntimos só é lícita com as finalidades de ajudar ao paciente, ou por motivos técnicos, de aprendizado ou de pesquisa:

⁴⁹ Escreve Aristóteles, em *Ética a Nicômaco*, VIII, 3: 1156b25-30: “Como diz o provérbio, os homens não podem conhecer-se mutuamente enquanto não houverem ‘provado sal juntos’; e tampouco podem aceitar um ao outro como amigos enquanto cada um não parecer estimável ao outro e este não depositar confiança nele. Os que não tardam a mostrar mutuamente sinais de amizade (*filia, na língua grega*) desejam ser amigos, mas não o são a menos que ambos sejam estimáveis e o saibam; porque o desejo da amizade pode surgir depressa, mas a amizade não.” (ARISTÓTELES, 1979, p.182)

Em alguns casos, preferimos guardar os resultados para nós mesmos e ter autonomia de decisão para contar ou não aos outros. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

O desejo do paciente deve ser respeitado, o médico deve manter discrição não revelando qualquer fato ocorrido. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Nada do que acontece no consultório deve ser conhecido por alguém que não esteja lá, sem a minha autorização. (gênero feminino, 19 anos, Medicina)

Aquilo que você disse será respeitado; apenas as pessoas que necessitarem destas informações para lhe ajudar terão acesso a elas. (gênero feminino, 20 anos, Enfermagem)

O médico não deve usar o problema do paciente para outros fins que não seja o aprendizado. (gênero feminino, 20 anos, Odontologia)

As informações dos pacientes não podem ser divulgadas a ninguém sem a autorização do mesmo. (gênero masculino, 18 anos, Administração de Empresas)

8.4.2 Reconhecimento da confidencialidade como um direito-dever

Reportando-nos a resultados de nossa dissertação de Mestrado, vimos que, quando os respondentes foram confrontados com definições objetivas de confidencialidade, presentes no instrumento de pesquisa (pergunta n. 8) e, portanto, previamente estabelecidas pela pesquisadora (LOCH, 2002, p.81-83)⁵⁰, apenas metade dos jovens do estudo (50,6%; n= 360) escolheu a afirmação *‘a confidencialidade é tanto um dever do médico como um direito do paciente’*, considerada como a alternativa que melhor definia a confidencialidade, incluindo sua caracterização de *direito-dever* (GRACIA, 1998b).

Esta interpretação também se mostrou relacionada com a profissão escolhida pelos jovens do estudo. Quando as respostas à questão objetiva foram analisadas levando em consideração a faculdade cursada pelo respondente, encontramos diferenças significativas. Para facilitar a compreensão desta exposição, achamos pertinente reproduzir aqui a tabela já apresentada em Loch (2002, p. 83).

⁵⁰ Os resultados mostraram que 25,3% dos jovens optaram pela alternativa ‘confidencialidade é somente um dever de todos os médicos’; 15,9% por ‘somente um direito de todo paciente’; 50,6% por ‘tanto um dever médico quanto um direito do paciente’; e 8,2% dos respondentes optaram por alternativas combinadas. (LOCH, 2002, p. 82, TAB.13)

TABELA 34 - Reconhecimento por parte dos universitários da confidencialidade como dever do médico e/ou como direito do paciente por faculdade cursada

Confidencialidade é:	Administração de Empresas	Direito	Enfermagem	Medicina	Odontologia	p (*)
Uma obrigação de todos os médicos	120 68,6%	303 77,3%	27 87,1% (*)	56 91,8% (*)	34 65,4%	<0,001
Uma obrigação de alguns médicos	14 8,0%	31 7,9%	3 9,7%	3 4,9%	9 17,3%	0,31
Um direito do paciente maior	23 13,1%	38 9,7%	5 16,1%	6 9,8%	4 7,7%	0,56
Um direito de qualquer paciente	106 60,6%	262 66,8%	27 87,1%	47 77,0%	31 59,6%	0,014
Nenhuma delas	1 0,6%	4 1,0%	-	-	-	-

Fonte: Loch, 2002, p. 83; TAB.14.

Nota: O somatório das respostas às alternativas ultrapassa o número de respondentes (n= 711) pela possibilidade de múltipla escolha.

Os alunos de Medicina foram quase unânimes (91,8%) em afirmar que a confidencialidade é um dever de qualquer médico, seguidos dos alunos de Enfermagem (87,1%), resultados que se mostraram estatisticamente diversos dos demais cursos ($p < 0,001$). Apesar de terem ingressado nas respectivas faculdades há apenas um semestre, é provável que o contato mais íntimo com as questões profissionais tenha influenciado as respostas dos acadêmicos de Medicina e Enfermagem, quando comparadas às respostas dos alunos dos demais cursos.

Destoando do grupo de profissões da área da saúde, somente 65,4% dos alunos da Odontologia consideraram a confidencialidade como um dever universal da profissão médica e 17,3% (o dobro das taxas encontradas para as demais faculdades) dos futuros dentistas relacionaram o segredo com determinadas especialidades da Medicina. Nos cursos de Administração de Empresas e Direito, respectivamente, 68,6% e 77,3% dos acadêmicos interpretaram a confidencialidade como obrigação de todos os médicos, numa frequência mais alta que a encontrada nas respostas dos alunos da Odontologia.

Outra constatação a respeito destes resultados é que os alunos de Enfermagem diferiram dos demais, fazendo uma correspondência ideal entre os deveres e direitos de confidencialidade. Os mesmos 87,1% que declararam que o segredo era um dever de todo médico, reconheceram a confidencialidade como um direito de qualquer paciente. Nos outros quatro cursos a interpretação deontológica foi mais forte que a idéia de confidencialidade como um direito pessoal. Pelas características da profissão, que envolve o contato mais íntimo

com o paciente e por sua ética profissional peculiar, fundamentada no *cuidado*, os futuros enfermeiros posicionaram-se a favor dos pacientes, numa verdadeira atitude de preocupar-se *por e com* a pessoa do doente, levá-lo em consideração e respeitá-lo, características citadas por Jecker e Reich (1995) e Davis (1998) como altamente representativas do significado de *cuidado*.

Na Medicina, 77% dos estudantes opinaram que a confidencialidade é um direito de todos os pacientes, num posicionamento menos generalizado que aquele dado ao dever profissional de segredo e discrição, sinalizando a presença, em 23% dos futuros médicos, de uma visão fortemente beneficente e, inclusive, paternalista da profissão, na medida em que reconhecem apenas parcialmente a autonomia dos pacientes e atribuindo ao médico o poder de decidir quais as informações que podem ou não ser reveladas (GRACIA, 1998b).

Nas demais faculdades, pouco mais da metade (66,8% no Direito; 60,6% na Administração e 59,6% na Odontologia) entenderam que a confidencialidade possa ser um direito de todo e qualquer paciente, independente de idade.

Após esta articulação entre os resultados atuais e os anteriormente encontrados é possível chegar a uma interpretação consistente sobre o modo como a população do estudo percebe a confidencialidade. Objetivamente, 75,9% da população do estudo (LOCH, 2002, p.82, TAB.12) escolheram a definição proposta no instrumento de pesquisa de que a confidencialidade é '*uma obrigação de todos os médicos*'. Se somarmos as taxas encontradas no estudo atual, quando da interpretação subjetiva da confidencialidade (*Interpretação Deontológica* = 62,4% e *Interpretação Mista* = 9,6%), chegamos a uma porcentagem muito semelhante (72,0%) ao resultado anteriormente encontrado (75,9 %).

A tendência geral da população do estudo foi, portanto, a de interpretar a confidencialidade como um conceito normativo, implicitamente vinculado ao exercício da Medicina. Segundo a teoria de Turiel *et al.* (1991), podemos admitir que os jovens do estudo consideram que a confidencialidade deve ser socialmente sancionada e que está relacionada a padrões ou práticas institucionais e sociais, fazendo, portanto, parte das condutas convencionadas como adequadas para a profissão médica. Desta forma, neste estudo, a interpretação coletiva da confidencialidade coincide com a representação social⁵¹ mais freqüente deste conceito, que pode ser identificada como *segredo médico* e fundamentada na

⁵¹ Victora *et al.* (2000, p.14-15) esclarecem que o conceito de representação social tem origem em Durkheim, o qual defende que o social determina a forma dos indivíduos pensarem e agirem. Desta forma, as representações coletivas não são o simples somatório das representações individuais, mas se elaboram a partir de um certo consenso social que lhes é anterior. É uma interpretação que se organiza em estreita relação com o social e que se torna, para aqueles que a compartilham, a própria realidade.

visão histórica, tradicional e hipocrática que a sociedade em geral tem sobre esta questão e na qual, conforme Siegler (1982, p.1.518), “os pacientes ainda acreditam”.

8.4.3 A confidencialidade no contexto assistencial dos jovens estudados

Há uma questão correlata que nos parece essencial neste exercício interpretativo para estabelecer a percepção que fazem da confidencialidade os sujeitos pesquisados: considerando os achados anteriores, como tem acontecido a utilização deste conceito normativo na realidade da prática clínica? Os médicos têm oferecido a estes jovens condições de privacidade e confidencialidade no contexto assistencial?

A pertinência deste tema pode ser comprovada pelas pesquisas de Ford (1997), onde o fato do profissional falar explicitamente sobre garantias de confidencialidade elevou de 39% para 46,5% o número de jovens que se sentiriam dispostos a revelar assuntos sensíveis e de 53% para 67% o número daqueles que retornariam à consulta com o mesmo médico. Também Schuster *et al.* (1996) encontraram que um dos fatores que influencia a confiança no médico assistente (aumentando de 35% para 54% as taxas de revelação de informações) é o fato do adolescente saber que o médico não tem a obrigação de contar a seus pais as informações relacionadas às questões de sexualidade, como as situações de DST, gravidez e anticoncepção. Estes estudos são exemplos que demonstram a importância da abordagem da confidencialidade no contexto assistencial dos jovens, para o fortalecimento da comunicação e da confiança mútuas, especialmente necessárias no relacionamento com esta faixa etária.

O questionário desta pesquisa permitiu, de forma indireta, levantar alguns dados sobre esta questão (pergunta n.5), perguntando aos acadêmicos se algum médico já havia mencionado tal assunto. Somente 13,3% dos rapazes e 32,3% das moças responderam afirmativamente. Mais jovens que consultaram o Ginecologista (51,2%) e o Dermatologista (48,2%) mencionaram que seus médicos já haviam falado sobre confidencialidade do que aqueles que consultaram outros especialistas (LOCH, 2002; p.85). Para os gêneros combinados, apenas 23,2% dos participantes referiram que algum médico havia mencionado a confidencialidade - praticamente a metade da taxa encontrada por Cheng *et al.* (1993), nos Estados Unidos, com estudantes de nível secundário, onde 43,8% lembravam terem sido informados por seus médicos sobre privacidade e confidencialidade.

Mesmo que as dificuldades de acesso em geral e a dependência econômica dos sujeitos de nosso estudo (que pressuporiam a participação dos pais no processo de busca de assistência) e as questões culturais, que são tão diversas nos dois países (principalmente aquelas de reconhecimento legal e moral da autodeterminação dos adolescentes em relação à assistência à saúde) possam constituir-se em justificativas para estas diferenças, continua sendo um percentual muito aquém do esperado para um relacionamento clínico eticamente adequado com esta faixa etária.

O pequeno percentual de médicos (23,2%) que discute com os jovens a questão da confidencialidade (ou mais precisamente, cujos pacientes conseguiram reter a mensagem) não contempla a expectativa concreta demonstrada nas respostas dos universitários de encontrar esta característica nos seus médicos, pois, como visto anteriormente, 75,9% dos respondentes entendem o segredo como uma obrigação do profissional (LOCH, 2002).

No entanto, é possível que a confidencialidade seja reconhecida por estes jovens como uma característica tão essencial, que sua existência já está *implícita* nas regras da relação clínica. Parece-nos que os jovens do estudo consideram, assim como MacIntyre (1984) ou Siegler e Singer (1988), que “a medicina é uma atividade inerentemente moral”⁵² onde as promessas são cumpridas e que, como bem expressa Gomes (1999, p.9),

[...] a confidencialidade é um ponto crítico na relação médico-paciente que presume o respeito incondicional à confidência, a parceria no fato não revelado, sendo o médico o depositário fiel e digno da confiança *a priori*. De tal forma que a revelação feita prescinde da clássica recomendação de não ser contada a terceiros.

8.5 DA QUESTÃO DE SER JOVEM E SUA RELAÇÃO COM A CONFIDENCIALIDADE

8.5.1 A juventude como fator de interferência na manutenção do segredo médico

Para 62,5% do total de sujeitos pesquisados (64,6% dos rapazes e 62,5% das moças) confidencialidade e idade do paciente são fatores independentes (TAB. 10), portanto, o fato de ser adolescente ou jovem não interfere na manutenção do sigilo, pois, sendo o segredo uma

⁵²A expressão ‘moralidade interna’ da profissão médica foi introduzida por J. Fuller, em 1969, mas só adquiriu reconhecimento público ao ser utilizada por Alasdair MacIntyre em seu livro *After Virtue*, de 1981. Para este autor, a moralidade interna é algo intrínseco ou inerente ao próprio exercício profissional, de tal modo que define a sua essência, os seus deveres específicos e não pode ser modificada pelo passar do tempo ou pelas mudanças sociais. Para uma discussão detalhada ver Gracia, 2004, p. 244- 46.

obrigação do médico, a relação clínica deve ter as mesmas características de privacidade seja qual for a idade do paciente (TAB.11). Estes argumentos, apresentados pelos universitários a esta questão, se tornam mais consistentes quando são comparados com os percentuais encontrados em sua definição subjetiva de confidencialidade - anteriormente analisada - onde os mesmos 62,4% dos respondentes optou por uma *Interpretação Deontológica* do termo. Neste grupo, para o qual o fato de ser adolescente não interfere na manutenção do segredo, encontramos depoimentos como:

Todos os médicos devem ser suficientemente responsáveis para manter o sigilo da consulta, sendo o paciente adolescente ou não. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

Se a confidencialidade não for respeitada, o paciente não se sentirá seguro, sendo adolescente ou não. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

A integridade do médico não depende da idade do paciente. (gênero masculino, 20 anos, Medicina)

Ainda no grupo de jovens que declarou que a idade do paciente não interfere na confidencialidade, 11,64% relacionaram diretamente a manutenção do segredo com os direitos do paciente à privacidade:

Todas as pessoas devem contar com o mesmo grau de confidencialidade, independente de idade, gênero ou raça. (gênero feminino, 18 anos, Medicina)

Dignidade deve ser respeitada em qualquer idade! Adolescente também tem direito à privacidade e às mesmas garantias de outros pacientes. (gênero feminino, 19 anos, Direito)

No entanto, somente 10,2% dos jovens deste grupo justificaram a manutenção do segredo através de uma manifestação explícita de maturidade – e, presuntivamente, de autonomia - para tomar decisões sem a participação dos pais:

Se um adolescente tem a capacidade de ir ao médico sozinho, este segredo deve ser mantido. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Adolescentes não são mais crianças, devem tratar de suas próprias responsabilidades, devem saber lidar com seus problemas. (gênero feminino, 19 anos, Odontologia)

Quando procuro um médico, não me sinto um adolescente procurando um médico, mas uma pessoa buscando melhoras em sua saúde. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Para os restantes 265 (37,5%) participantes, ser adolescente constitui, de fato, um condicionante para a manutenção ou não do segredo, argumentando que o médico sente-se no dever de contar aos pais, porque estes últimos detêm tanto a responsabilidade legal, como econômica e emocional sobre os filhos, julgando-se no direito de saber sobre os seus problemas (TAB.12). Apesar de reconhecerem que, em várias situações, a ajuda familiar é necessária para concretizar a assistência, a falta de diálogo e a incompreensão dos pais - razões que os jovens deram para manter seus problemas pessoais em segredo - foram citadas pelos estudantes como fatores que podem complicar a questão da revelação das informações por parte do médico, às suas famílias. A interferência familiar na privacidade dos sujeitos do estudo será analisada com mais detalhes, adiante, neste capítulo.

Outra justificativa encontrada neste grupo que considerou que o fato de ser jovem interfere na confidencialidade da consulta é a imaturidade ou a pouca responsabilidade dos adolescentes para tomar, sozinhos, estas decisões (20,2%).

A análise das respostas permitiu, ainda, salientar que somente 4,13% (n= 10) dos respondentes deste grupo verbalizaram alternativas eticamente adequadas para manejar a quebra da confidencialidade, independentemente de sua autodefinição como imaturos, ou como responsáveis, para assumir decisões sanitárias:

O adolescente é imaturo apesar de não se dar conta. O médico deve ser inteligente para contornar a situação sem quebrar a confidencialidade. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Independente da idade do paciente, o médico deve manter segredo; qualquer atitude diferente deve ser discutida com o paciente. (gênero feminino, 21 anos, Medicina)

O adolescente é maduro e responsável; se for necessário, o médico deve incentivar que ele compartilhe com os pais. (gênero feminino, 20 anos, Administração de Empresas)

A partir dos resultados acima discutidos, nos quais mais da metade (62,5%) dos universitários declararam entender que o fato de ser jovem não deve interferir na confidencialidade, torna-se relevante aprofundar a compreensão de como os participantes do estudo visualizam os problemas de limites da revelação de informações em cenários assistenciais particularizados.

8.5.2 Reconhecimento dos limites da utilização da confidencialidade na relação clínica

Dados levantados em nossa dissertação de Mestrado (LOCH, 2002, p. 85) revelaram que a maioria dos jovens estudados (82,6%; n= 587) reconheciam a situação ideal de revelação da informação para a família, mediante a expressa autorização e consentimento do paciente (pergunta n. 8). De forma coerente, apenas 20,1% dos universitários disseram que o médico tem o direito de revelar à família *todas* as informações dadas na consulta, taxas que baixaram para 3,9% e 0,6%, respectivamente, quando se tratava da revelação a parceiros ou amigos.

Os participantes foram igualmente capazes de reconhecer os limites éticos à confidencialidade, estabelecidos por Schiedermayer (1991)⁵³, nas situações genéricas de grave risco à vida apresentadas no instrumento da pesquisa, aceitando a revelação para a família em 71,6% das vezes, quando houver ameaça à sua própria integridade e 72,3%, no caso de risco a terceiros. A revelação aos parceiros e amigos, respectivamente, foi considerada correta por 30,7% e 5,8% nos riscos a própria vida e por 42,6% e 16% no caso de risco a terceiras partes.

Em relação ao limites da confidencialidade, um resultado que merece ser salientado é o fato de que um terço (33,6%) dos universitários conferiu ao médico a autoridade para revelar, sem consentimento e autorização prévios, aqueles fatos (mesmo não representando sério risco à vida) que ele, médico, julgava ser imprescindível que a família tomasse conhecimento. Este achado corrobora a idéia já discutida anteriormente⁵⁴ de que o pressuposto básico para a confidencialidade é a confiança.

Vários autores defendem que as informações sensíveis compartilhadas entre médico e paciente são consideradas como segredos “de confiança” (KOTTOW, 1995; LUBAN, 1992), nos quais a informação tem um caráter instrumental, servindo a um objetivo específico, sendo que a única justificativa para a quebra do segredo, é melhor alcançar este propósito. Dito de outra forma, os jovens pesquisados revelam informações sensíveis por necessidade de ajuda ou para tentar resolver um problema e, assim sendo, confiam que o médico, ao inteirar-se da questão, possa ajudá-los de fato e, se para isto houver necessidade de revelar à família, eles esperam que o médico o faça.

⁵³ Ver Seção 3.3.3 Limites éticos para a quebra de confidencialidade.

⁵⁴ Ver Seção 3.3.2.2 Confidencialidade como pressuposto da relação clínica: a confiança.

8.6 DA QUESTÃO DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

8.6.1 A participação da família no contexto assistencial do jovem

A participação dos pais na questão da confidencialidade foi vista pelos sujeitos da pesquisa sob dois ângulos distintos. Muitos deles, mais autônomos, a consideraram como uma intervenção na privacidade, seja ela autorizada por uma decisão do médico de revelar as informações, ou por um “direito de saber” (HOFMANN, 1980) manifestado pelos pais:

Alguns problemas tornam maiores, tanto a responsabilidade quanto a dúvida do médico em revelar segredos para a família, com o objetivo de ajudar o adolescente. (gênero feminino, 21 anos, Odontologia)

Às vezes, o médico conta para os pais para transferir a responsabilidade. (gênero masculino, 18 anos, Administração de Empresas)

Muitas vezes os médicos informam os pais mesmo contrariando o paciente, e os pais perguntam aos médicos mesmo que estes não queiram revelar. (gênero feminino, 18 anos, Enfermagem)

Muitas vezes os pais se julgam no direito de saber mais sobre a vida do filho, invadindo um espaço que não lhes pertence. (gênero feminino, 19 anos, Direito)

No entanto, há alguns que reconheceram a necessidade da participação da família, quando as situações de ameaça à saúde são graves ou quando não se sentem capazes de tomar suas próprias decisões, concordando com muitos estudiosos da adolescência (BEE, 1996; MADDALENO, 1999; RIBEIRO e EINSEISTEIN, 1993) sobre a importância do núcleo familiar como recurso de apoio social. Assim se manifestaram os jovens do estudo:

Dependendo da gravidade da doença, têm assuntos que os adultos podem resolver melhor. (gênero feminino, 20 anos, Direito)

Há situações mais graves em que o profissional deve contatar os pais: quando ele necessita de ajuda ou quando as responsabilidades não dizem respeito só ao adolescente. (gênero feminino, 20 anos, Medicina)

8.6.2 O papel especial das mães como fonte de cuidados na situação de doença

Nas alternativas em que os jovens manifestaram o desejo de não irem sozinhos às consultas, a pessoa preferida para servir de acompanhante foi sua mãe, com uma presença muito marcante no decorrer de todo o questionário. Os termos mais freqüentemente relacionados à presença materna no cenário de consulta foram *segurança e confiança*, para ambos os gêneros e todas as idades dos respondentes, inclusive na situação de DST, de onde os depoimentos a seguir foram retirados:

A mãe é a melhor companhia: tenho total confiança na companhia da minha mãe. (gênero feminino, 20 anos, Odontologia)

[...] pela segurança que ela passa. (gênero feminino, 19 anos, Direito)

Confio na minha mãe para decisões em casos graves. (gênero masculino, 21 anos, Medicina)

Iria com a mãe por se tratar de algo sério. (gênero masculino 19 anos, Administração de Empresas)

Em relação ao pai, a figura materna foi citada em proporções de 239:37 na doença respiratória; 123:25 na DST; 76:4 na consulta de orientação para sexo seguro e anticoncepção; 95:16 na dependência de drogas; 137:19 na situação de transtorno mental. Em todas estas situações, a proporção de escolha da figura materna em relação à paterna foi, no mínimo, superior a 6,5:1 (TAB. 33). Acreditamos que esta preferência deve estar alicerçada em uma construção social de gênero (BEE, 1996), com dois componentes diversos: o primeiro é o caráter afetivo e gerador de segurança atribuído à figura materna e no “intenso sentimento de proteção dos progenitores, e em especial das mães, para com os seus filhos” (GRACIA, 1998c, p.194) e o segundo, baseado no reconhecimento do papel das mulheres como as principais provedoras de atenção primária (YUNES, 1993).

Sobre esta questão, afirmam Valenzuela e Benguigui (1999, p.8):

O papel decisivo que as mulheres cumprem na gestão dos núcleos informais familiares e comunitários tem sido até hoje de profundo impacto para a sociedade e se pode afirmar que o sistema de saúde se assenta no trabalho, no tempo e nos papéis de gênero da mulher.

Como é sabido, as dificuldades de comunicação entre o jovem e a família constituem um achado universal durante a adolescência, sendo parte do processo de separação dos pais para atingir a identidade, e mostram-se também diferenciadas quando se consideram as

figuras materna e paterna. As repercussões negativas deste fato sobre a saúde dos jovens foram demonstradas por estudo multicêntrico realizado pela OMS em 29 países da Europa e da América do Norte: as dificuldades em comunicar-se com a família têm uma associação direta com o aumento de comportamentos de risco, como o hábito de fumar e o uso de bebidas alcoólicas, bem como com problemas de baixa auto-estima, de sentir-se menos satisfeito consigo mesmo e de comunicar-se com os irmãos. Neste mesmo trabalho ficou patente que “a comunicação com o pai é muito mais difícil do que com a mãe” para 52% dos adolescentes daquele estudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p.5).

8.6.3 O papel do grupo de pares nas questões de assistência à saúde

Sendo o grupo de pares considerado um fator decisivo de socialização e de influência comportamental durante a adolescência (BEE, 1996; ENGLISH *et al.*, 1998; MADDALENO, 1999), esperávamos que os parceiros e, principalmente, os amigos dos jovens pesquisados tivessem uma participação relevante na assistência à sua saúde. Surpreendentemente, esta hipótese mostrou-se pouco expressiva em nosso estudo (TAB. 32). Uma das razões que pode explicar nossos resultados é o fato de, por se encontrarem na adolescência tardia e juventude, a influência dos amigos já não é tão significativa, demonstrando a presença de um grau elevado de independência para decisões por parte dos jovens pesquisados. Uma segunda explicação poderia estar no forte reconhecimento, por parte deste grupo, da família como núcleo de apoio nas questões de saúde e doença, confirmado através das suas respostas às perguntas abertas do instrumento de pesquisa.

A companhia dos amigos foi mais requisitada na situação hipotética de abuso de drogas (12,4% em comparação com porcentagens que variaram de 4,1% a 8,5% nos outros motivos de consulta) sem, no entanto, ser expressiva. Os adolescentes que percebem a importância dos pares neste contexto o fazem pela possível experiência destes em relação ao uso de drogas ou ainda porque sentem necessidade de ajuda, independentemente da fonte, como pode ser detectado nos relatos destes jovens do estudo:

Confiaria mais na ajuda de um amigo. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Geralmente nos casos de dependência a drogas, os jovens têm mais abertura para contar para um amigo. (gênero feminino, 19 anos, Odontologia)

Toda ajuda da família, dos amigos e de Deus seria necessária para sair dessa! (gênero masculino, 21 anos, Odontologia.)

8.7 DOS COMPORTAMENTOS E JUSTIFICATIVAS EM DIFERENTES CENÁRIOS CLÍNICOS

Para discutirmos estas questões em profundidade é necessário, novamente, reportarmo-nos aos resultados de nossa dissertação de Mestrado, justamente às conclusões mais importantes – e, sem dúvida, mais intrigantes - daquela investigação (LOCH, 2002, p.86-87). Julgamos ser pertinente apresentá-las em forma de tabela, acrescidas dos testes de significância estatística, neste momento da exposição, com o objetivo de auxiliar no resgate e entendimento dos questionamentos e objetivos da presente tese, levando em consideração que estes dados constituem os subsídios sobre os quais construímos as hipóteses que servem de ponto de partida para o presente estudo (TAB. 35).

Como pode ser visto, pesquisamos a opinião dos jovens a respeito dos limites da confidencialidade em várias situações específicas relacionadas aos comportamentos de risco, visando identificar em que casos a autoridade por eles conferida ao médico, no sentido de revelar à família informações não autorizadas, teria maior consistência.

TABELA 35 - Situações em que o médico poderia ou deveria revelar informações não autorizadas à família do jovem

Situação Hipotética	O médico deveria revelar		χ^2	<i>p</i>
	n	%		
Tenho idéias de cometer suicídio.	601	85,0	346,57	< 0,001
Estou sendo vítima de violência física.	593	84,2	330,01	< 0,001
Estou sendo vítima de abuso sexual.	576	81,7	283,42	< 0,001
Estou com bulimia ou anorexia nervosa.	573	81,3	275,86	< 0,001
Sou HIV positivo ou tenho AIDS.	408	57,9	17,47	< 0,001
Sou usuário(a) de álcool ou drogas.	366	51,7	0,81	0,36
Tenho uma doença sexualmente transmitida.*	315	44,7	7,97	0,005
Estou grávida/ Engravidei minha namorada.*	237	33,6	75,68	< 0,001
Sou homossexual.*	146	20,7	241,94	< 0,001
Estou tendo relações sexuais.*	110	15,6	335,45	< 0,001

Fonte: Loch, 2002, p.86, TAB.19.

*As diferenças estatisticamente significativas encontradas nas respostas a estes quesitos, em relação ao gênero dos respondentes, são discutidas no corpo do trabalho.

Nossos resultados, para os gêneros combinados demonstraram um padrão bastante peculiar de respostas, relacionado principalmente ao motivo de cada situação proposta: mais de 80% dos respondentes se mostraram dispostos a aceitar a quebra não autorizada da confidencialidade nos casos de ideação suicida, de violência física, de abuso sexual, e

anorexia nervosa ou bulimia, bem como, cerca de 58%, na situação de soropositividade para o HIV ou AIDS, resultados que apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$) em relação à revelação. Para aquelas situações que envolvem o uso ou abuso de drogas, 51,7% dos jovens aceitariam a revelação não consentida ($p = 0,36$).

Apenas nas questões relacionadas à sexualidade encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do gênero dos participantes: enquanto 52,4% dos alunos admitiriam a quebra não autorizada do segredo no caso de DST, somente 37,6% das alunas o fariam; em situação de gravidez, 43,0% dos homens e 25,0% das mulheres opinaram que o médico poderia revelar; na homossexualidade, 31,5% dos homens e 10,9% das mulheres e no caso de vida sexual ativa, 24,5% dos alunos e somente 7,3% das alunas concordaria com a revelação não autorizada.

Não é possível explicar este achado com base em uma diferenciação psicobiológica entre rapazes e moças do estudo, estando mais provavelmente afeto a diferenças de origem sociocultural e, especificamente, a uma construção social de gênero que tipifica e padroniza os comportamentos. Desta forma, as participantes do estudo assumem o “estereótipo de papel sexual” vigente (BEE, 1996) e se autoconcedem um conjunto de qualidades que definem a condição de ser mulher no seu contexto cultural, reconhecendo na privacidade e no recato características inerentes deste papel, estando conscientes da repercussão negativa para o gênero feminino de assumir sua sexualidade fora dos padrões habituais de seu ambiente social.

Apesar destas diferenças, homens e mulheres do estudo consideraram as questões de sexualidade como as mais pessoais e sensíveis, com taxas de concordância com a quebra da confidencialidade que caem abaixo de 30%, para os gêneros combinados, com uma tendência forte ao segredo da informação ($p < 0,0001$).

À época, nossos argumentos para justificar estes achados foram de que os jovens do estudo, reconhecendo a gravidade das primeiras situações citadas - e a necessidade de ajuda para lidar com as questões de grande risco potencial à sua integridade - concordavam com a revelação não autorizada. Sua ambigüidade de resposta em relação ao uso de drogas, não tinha, naquele momento, uma justificativa consistente e nos casos de gravidez, de homossexualismo e vida sexual ativa, inferimos que a razão mais plausível para a necessidade de segredo deveria ser a própria expectativa de privacidade e individuação, componente necessário no processo de consolidação da identidade sexual - que geralmente acontece nesta etapa da adolescência tardia - e, conseqüentemente, do ego.

A expressiva quantidade de informações coletadas com o questionário - principalmente através das perguntas de caráter aberto - propiciava manter aquele recorte já analisado e ampliar a perspectiva inicial do trabalho, dedicando uma atenção mais aprofundada, com metodologia e sistemática adequadas, às justificativas para estes comportamentos, consistindo, portanto, em nova investigação e dando origem ao presente trabalho.

Assim, para melhor analisar as justificativas dos sujeitos do estudo a respeito destas diferentes gradações de privacidade, utilizamos um método de comparação entre diversos cenários clínicos, na tentativa de esclarecer os tópicos que haviam ficado evidentes nos resultados anteriores (LOCH, 2002). Utilizando uma situação clínica cujo motivo era uma infecção respiratória, para funcionar como 'situação de comparação', fomos buscar as possíveis mudanças de comportamento - e suas justificativas - frente a outros motivos de consulta que possibilitariam comprovar nossas conclusões anteriores.

Desta forma, considerou-se como padrão de busca de assistência uma situação na qual 86,1% dos sujeitos da pesquisa iriam preferencialmente a um consultório particular ou do médico de seu plano de saúde, cuja indicação seria dada pela família em dois terços dos casos (73,3%) e que já fosse conhecido pelo consultante (82,3%); o qual iria acompanhado de um familiar em 70,6% das vezes (TAB.13, 14 e 15).

Os resultados encontrados nas análises atuais permitem demonstrar que a expectativa de privacidade no cenário clínico pode ser quantificada e qualificada através de mais de uma variável: é possível articular tanto o local de atendimento, a escolha do médico assistente ou sua preferência por irem desacompanhados à consulta como também as justificativas dos universitários do estudo para entender sua dinâmica frente às diversas situações propostas, questões que analisaremos a seguir.

8.7.1 Mudanças de comportamento em relação ao local de assistência

As perguntas 11A; 12A; 13A; 14A e 15A, constantes do instrumento de pesquisa, permitiram avaliar os locais de assistência escolhidos pelos jovens do estudo para cada motivo de consulta. O consultório privado ou o atendimento através do plano de saúde foram considerados preferenciais para o atendimento de todas as situações propostas com uma intenção de busca que variou de 62,6% (uso de drogas) a 94,5%, na consulta por doença

sexualmente transmissível superando, inclusive, os 86,1% que havíamos sinalizado como situação comparadora (TAB. 28). Os jovens mencionaram que, nestes locais, os profissionais têm maior disponibilidade de tempo e são mais competentes que aqueles que atendem na previdência pública e que o acesso ao atendimento é mais rápido. Obviamente, a justificativa dada para a utilização do plano de saúde foi o próprio fato de ser usuário e as facilidades que isto acarretaria.

O Sistema Único de Saúde não foi considerado pela população do estudo como uma alternativa viável, não passando de 4,9% a intenção de busca deste serviço em todas as situações propostas.

O serviço de emergência foi visto apropriadamente como um local para atendimento de casos agudos, tanto assim que 29,1% dos acadêmicos procurariam este tipo de assistência para uma infecção respiratória, diferentemente de todas as outras situações clínicas, onde o serviço de emergência seria buscado em proporções que variaram de 2,4% a 4,9%.

É chamativo o fato de como o serviço especializado em adolescentes cresceu em representatividade, passando a ser reconhecido como uma alternativa importante e um local apropriado para buscar atendimento nas situações de drogadição (30,4%; n= 216), orientações para sexo seguro ou anticoncepção (20,3%; n= 144); transtorno mental (15,8%; n= 112), e DST (9,7%; n= 69) quando comparado aos oito jovens (1,1%) que iriam a este tipo de serviço por uma infecção respiratória.

As razões encontradas para este achado foram que um serviço para adolescentes seria mais compreensivo e competente para o tratamento das situações anteriormente mencionadas, especialmente na questão do uso de drogas, como demonstram os depoimentos a seguir:

Num serviço de adolescentes eles saberiam pelo que estou passando e como eu poderia sair disso; prefiro médico não conhecido por ser assunto confidencial. (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Droga é um assunto muito particular e envolve fatores psicológicos. Procuraria atendimento especializado para adolescente, não gostaria de ser atendida por médico conhecido. (gênero feminino, 19 anos, Medicina)

Procuraria alguém entendido, que tenha estudado o mundo dos jovens. Iria com a família para tomar conta da situação porque o drogado perde a noção da realidade. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

A FIG.1 apresenta o aumento da preferência dos jovens do estudo em relação ao atendimento em um serviço especializado para adolescentes, nas várias situações propostas.

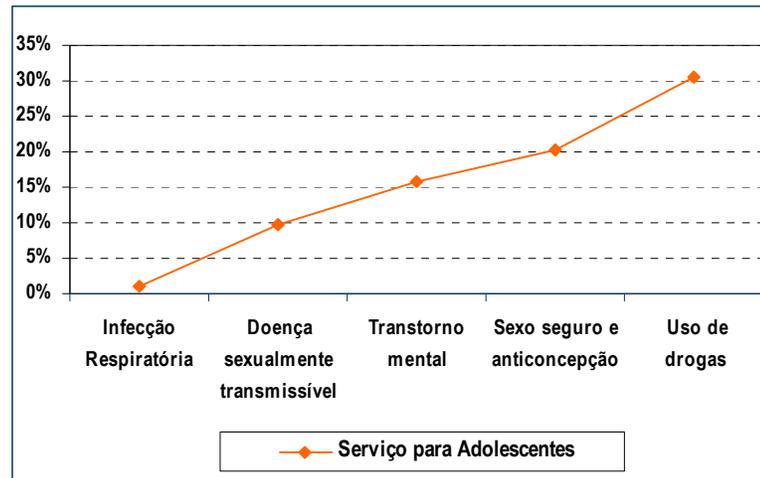


FIGURA 1 - Tendência a consultar em serviço especializado para adolescente nas diferentes situações clínicas

Fisher *et al.* (1985), pesquisando jovens norte-americanos de 13 a 22 anos de idade, encontraram uma preferência de 77% dos respondentes de procurar um serviço para adolescentes quando o motivo de consulta eram questões de sexualidade em oposição a apenas 23% quando os motivos eram problemas clínicos em geral. Em pesquisa mais recente, com adolescentes ingleses de 14 a 16 anos de idade, Oppong-Odiseng e Heycock (1997), apresentam taxas semelhantes às do nosso trabalho. Em sua série, 30% dos adolescentes gostariam de ter serviços especializados nos quais encontrassem possibilidades de prevenção e tratamento para abuso de substâncias e aconselhamento para dieta saudável, puberdade, sexualidade e anticoncepção. Estes resultados apontam para o fato de que os jovens estão carentes de serviços adequados para uma série de problemas de saúde específicos de sua faixa etária. Há, portanto, necessidade urgente de planejamento para oferecer assistência especializada – reconhecida e explicitada pelos próprios jovens e não solucionada ao longo das últimas décadas - para os agravos à saúde causados pelos comportamentos de risco, presentes nas várias culturas do mundo ocidental.

8.7.2 A necessidade de um relacionamento prévio como pressuposto para a escolha do profissional

As respostas às perguntas 11B; 12B, 13B; 14B; 15B; 11C; 12C; 13C; 14C e 15C permitiram observar que o médico conhecido é o predileto, em todas as situações clínicas propostas, coerentemente com o perfil de assistência prévio à pesquisa onde três quartos dos jovens declararam já haver consultado com os médicos procurados nos últimos dois anos. Esta predileção em relação a um médico desconhecido, que pode ser vista na FIG.2, aponta para o reconhecimento da necessidade de um vínculo de relacionamento positivo, fator importante para facilitar o acesso e a continuidade da assistência ao jovem, como atestam os trabalhos de English *et al.* (1998) e Ginsburg *et al.* (1997).

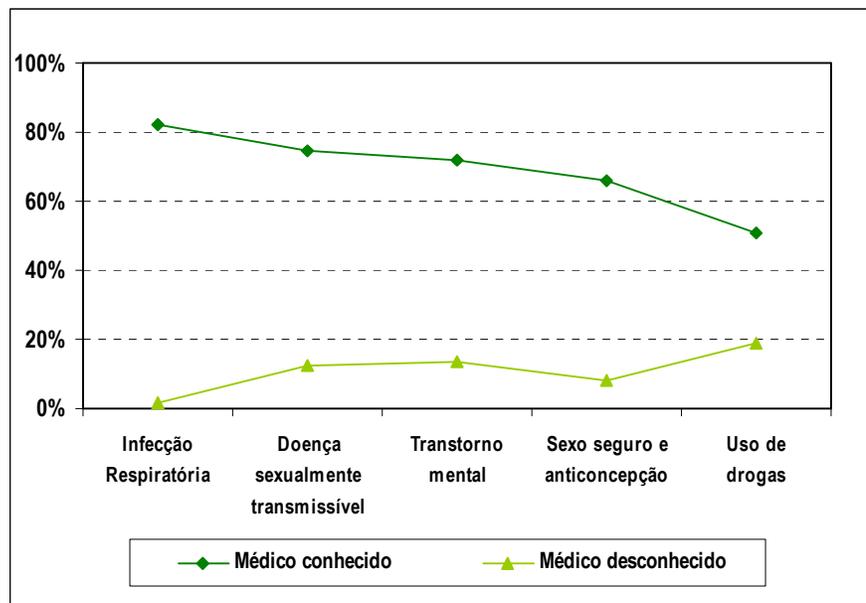


FIGURA 2 - Tendência a preferir um médico conhecido em relação a um desconhecido nas diferentes situações clínicas

Shuster *et al.* (1996), em pesquisa realizada com adolescentes norte-americanos de 15 a 19 anos de idade, encontraram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre um grupo de jovens que costumavam consultar regularmente com o mesmo profissional mostrando um grau de confiança maior de que este médico guardaria segredo sobre as informações (e, portanto revelando informações sensíveis com mais facilidade) que um grupo

que não possuía médico assistente. Já em pesquisa de Ginsburg *et al.* (1997), os jovens referiram, do mesmo modo que os participantes do estudo atual, que estando satisfeitos com seus cuidadores, buscariam mais assistência e seguiriam com mais fidelidade as orientações de prevenção e tratamento.

A revisão da literatura mostra que as questões da confiança e do segredo mantêm-se salientes em relação a todas estas situações (ENGLISH *et al.*, 1998; FISHER *et al.*, 1985; GINSBURG *et al.*, 1997; OPPONG-ODISENG e HEYCOCK, 1997; SHUSTER *et al.*, 1996).

Encontramos também uma diminuição da intenção de busca do médico conhecido quanto mais sensíveis se mostraram os motivos de consulta, resultados que também podem ser deduzidos do FIG.2, anteriormente apresentado. Porém, mesmo nas situações onde sentimentos de vergonha e medo do preconceito fizeram subir as taxas de procura de um médico desconhecido, a confiança no médico já conhecido superou estes receios. Para explicar estes resultados, podemos propor que estão alicerçados no processo natural de desenvolvimento da identidade dos jovens do estudo. Os padrões básicos da identidade surgem não só do processo de afirmação ou repúdio das identificações infantis, mas também do conceito que a sociedade tem sobre o jovem, reconhecendo-o ou não como uma pessoa que merece confiança. Ao terminar a adolescência, além da identidade pessoal, também se estabelece uma identidade partilhada com uma comunidade cada vez mais ampla e, desta interação, emerge uma grande força ou virtude – a fidelidade – transferindo a tarefa de orientação, anteriormente executada pelos pais, para outros modelos de liderança e outros mentores (ERIKSON, 1976).

Pode-se admitir que, na concepção dos universitários estudados, o médico cujas características pessoais e profissionais são previamente conhecidas, torna-se um modelo social confiável, e as relações entre o jovem e o provedor de cuidados, à semelhança das relações com os pais, servem como um laboratório onde é possível testar as capacidades de ambas as partes da relação médico-paciente para “lealdades constantes, em meio a inevitáveis conflitos de valores” (ERIKSON, 1976), validando, inclusive, a busca de uma relação tanto mais privada quanto mais pessoais forem as informações partilhadas, variando o grau necessário de privacidade na dependência do motivo da consulta, resultado também encontrado neste estudo.

Outro achado que fortalece esta argumentação é o fato que em todas as demais situações quando comparadas à infecção respiratória, a escolha pessoal do médico aumentou,

diminuindo, conseqüentemente a participação familiar na indicação do profissional responsável pelo atendimento, conforme está demonstrado na FIG.3.

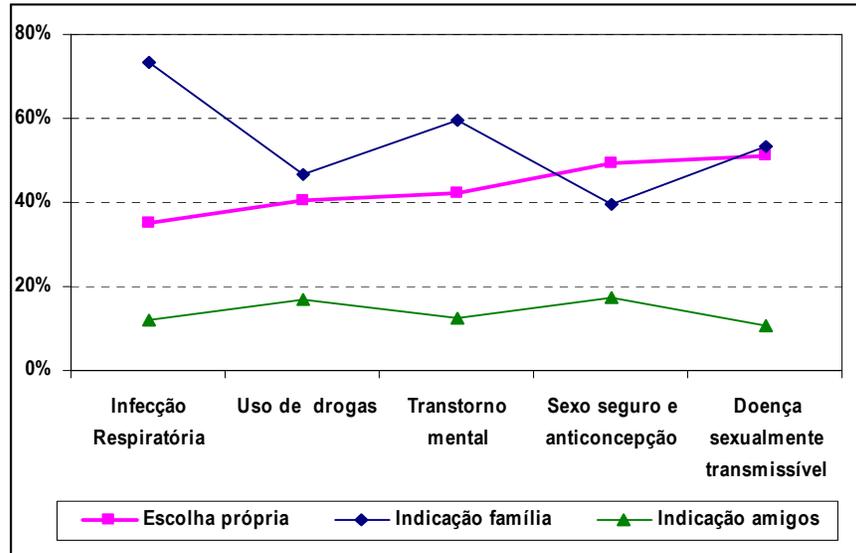


FIGURA 3 - Tendência à escolha pessoal do médico em relação ao médico indicado pelos familiares ou amigos nas diferentes situações clínicas

Portanto, os jovens pesquisados intuitiva e espontaneamente sinalizam a importância, no relacionamento que pretendem ter com seus cuidadores, daqueles pressupostos que os autores que serviram de embasamento para esta discussão, colocam como fundamentais para uma relação clínica eticamente adequada em matéria de confidencialidade.

8.7.3 Mudanças de comportamento no modo de ir consultar sozinho ou acompanhado

A preferência dos jovens por comparecerem desacompanhados à consulta (perguntas 11D; 12D; 13D; 14D e 15D) aumentou em todas as situações propostas, quando comparadas com a infecção respiratória (36,3%). Mais da metade dos participantes escolheu esta modalidade na situação de consultas relacionadas às questões de sexualidade, numa taxa de 80,2% na situação de orientação para sexo seguro e anticoncepção e de 61,2% na consulta para DST; para os casos de uso de drogas (55,6%) e doenças mentais (45,9%), estas

percentagens caíram, mas ainda assim foram superiores à escolha na situação de comparação (IRA), como pode ser visto na FIG.4.

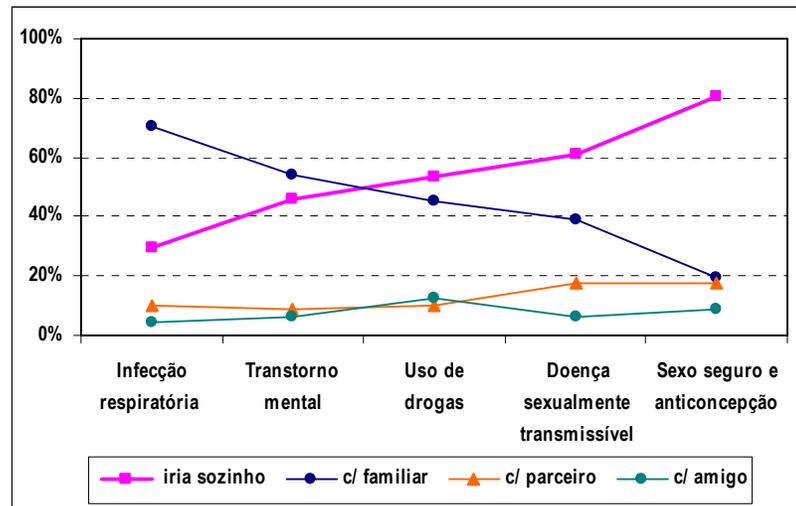


FIGURA 4 - Tendência a ir consultar desacompanhado em relação às demais alternativas de companhia nas diferentes situações clínicas

8.7.4 Situações clínicas que os jovens admitem compartilhar com a família

Em duas situações especiais, os jovens do estudo consideraram ser mais frequentemente justificada a inserção da família na assistência à saúde: nos casos de transtorno mental (54,1%; n= 385) e de uso de drogas (44,5%; n= 316) o apoio da família foi considerado fundamental para cerca da metade da população do estudo.

É muito interessante assinalar a frequência com que os jovens do estudo definiram as situações de uso de drogas e transtorno mental como situações *'muito complicadas'*, traduzindo desta forma sua dificuldade para enfrentá-las. Inclusive não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de jovens que iriam consultar sozinhos e aqueles que iriam acompanhados na situação de uso de drogas (TAB.31). A seguir analisaremos as características encontradas para cada um destes dois cenários de consulta.

8.7.4.1 O comportamento na consulta por transtorno mental

No cenário de uma suspeita de um transtorno mental, 8,7% (n= 62) dos respondentes não iriam buscar auxílio médico argumentando que buscariam outro tipo de ajuda, como psicólogo, fármacos, família, amigos ou religião (11,2%); que não acreditam que o auxílio médico resolva (9,6% - todos do gênero masculino!); ou porque acham que o doente mental não se apercebe da gravidade da situação (8%); que sentem vergonha, desconforto ou preconceito (8%); que deixariam que a família decidisse (8%) e 4,8% que só iriam se fosse muito grave (*'por stress eu não consultaria!'*).

Depois da situação de infecção respiratória (70,6%), foi na consulta por um transtorno mental que os estudantes demonstraram maior intenção de irem acompanhados pela família (54,1%; n= 385 – TAB.31), reconhecendo-a como fonte essencial de *'ajuda, apoio, compreensão, segurança, contenção, confiança, experiência e amizade verdadeira'*, e cuja presença é fundamental para *'auxiliar na recuperação e na conscientização da importância do tratamento'*.

Doença mental é um caso muito complicado, os familiares são fundamentais fontes de apoio! (gênero feminino, 19 anos, Enfermagem)

Meus familiares fariam tudo por mim. (gênero masculino, 18 anos; Administração de Empresas)

Doença mental é situação muito séria para enfrentar sozinho. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

É necessária a ajuda dos pais e de Deus! (gênero masculino, 19 anos, Direito)

Em doença mental, a família deve ir junto. Se o médico preferir eles também podem participar da consulta. Em muitos casos, a família é o ponto principal para a busca da cura. (gênero feminino, 20 anos, Medicina)

É uma situação muito complicada; é necessária plena confiança no profissional e a família ao lado para vencer a doença. (gênero feminino, 20 anos, Administração de Empresas)

8.7.4.2 O comportamento na consulta por uso de drogas

Nesta situação hipotética 4,6% dos jovens declararam que consideravam difícil responder a esta questão porque não saberiam o que fazer, justificativa que não apareceu nos outros cenários, sendo que 15,5% (n= 110) dos respondentes não procurariam assistência

médica. Diferentemente das outras situações propostas, a análise de conteúdo (isotopias de tema – ANEXO 5) mostrou que a justificativa mais utilizada para não consultar (38,8%) foi a de que o usuário de drogas não admite ou reconhece seu problema:

Dependentes de drogas não assumem sua dependência, nem procuram ajuda quando isto acontece. (gênero feminino, 21 anos, Medicina)

Acho difícil esta resposta. Dificilmente alguém dependente de drogas tem consciência que necessita atendimento médico. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

[...] acho que a pessoa que usa drogas tem vergonha de assumir ou até mesmo não sente vontade de largar. (gênero feminino, 21 anos, Odontologia)

[...] baseada na experiência de alguns amigos que usam drogas, acho muito difícil que, espontaneamente, eu procurasse ajuda de um médico. (gênero feminino, 20 anos, Medicina)

Duas alternativas pouco consideradas nas outras situações propostas aumentaram em importância no caso do uso de drogas: a companhia dos amigos (12,4% em comparação com de 4,1% a 8,5% nos outros motivos de consulta) e a escolha de um médico desconhecido (19% em comparação com a maior taxa encontrada, que foi de 13,4% na situação de transtorno mental):

Procuraria indicação com quem já teve experiência nisto.(gênero masculino, 21 anos, Odontologia.)

Nesta hora é difícil encarar pessoas conhecidas suas e da família, além de pessoas conservadoras como um médico de família; o melhor é estar com um amigo e ir a um médico desconhecido. (gênero masculino, 19 anos, Direito)

Médicos são preconceituosos em relação às drogas: falariam a meus pais e à minha esposa... (gênero masculino, 19 anos, Direito)

Também o Serviço Especializado em Adolescentes adquiriu relevância nesta situação (30,4% em comparação com 1,1% na infecção respiratória e 20,3% na consulta de orientação).

Em relação à consulta por uso de drogas, encontrou-se uma grande indecisão do grupo quanto às opções de consultar sozinho (42,8%) ou acompanhados da família (44,5%). Os primeiros percebem a situação como embaraçosa (4,9%) particular e íntima (12,8%), não querendo que outras pessoas tomem conhecimento (10,2%) (ANEXO 6):

Jovens geralmente não têm muito diálogo com os pais, principalmente em questões relacionadas a sexo e drogas porque os pais ficam escandalizados. (gênero feminino, 19 anos, Direito)

Esse problema é grave; teria medo da reação da minha família. Procuraria ajuda de algum amigo. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Por ser um assunto complicado buscaria tratá-lo sozinho e com médicos desconhecidos, mas bons, não envolvendo, pelo menos no princípio, outras pessoas. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Os restantes (44,5%) acreditam que é necessário todo o apoio possível para enfrentar o problema:

Família passa sensação de segurança. Se meus pais estivessem envolvidos não me sentiria sozinha. (gênero feminino, 18 anos, Administração de empresas)

Iria com alguém da família, pois acho que me apoiariam, ou seja, entenderiam um pouco mais a situação que uma doença sexualmente transmissível. (gênero feminino, 20 anos, Administração de Empresas)

Depender de drogas é difícil até o momento de ter consciência do problema e procurar ajuda em casa. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

Ir acompanhado de uma pessoa me daria confiança que alguém está me ajudando. (gênero masculino, 17 anos, Administração de Empresas)

[...] é difícil alguém dependente de drogas procurar auxílio sozinho. (gênero feminino; 19 anos, Enfermagem)

[...] é importante o auxílio da família. Ninguém larga um vício sem o apoio da família e amigos (gênero feminino, 20 anos, Direito)

Droga é um assunto pessoal, mas é útil que alguém responsável e afastado das drogas acompanhe, para ajudar. (gênero masculino, 20 anos, Medicina)

É possível admitir que, muito mais do que uma intervenção em sua privacidade, os jovens percebem a inserção familiar em algumas situações de assistência à saúde – especialmente no uso de drogas e na doença mental – como uma presença necessária e desejável.

Ainda que o indivíduo se torne cada vez mais independente, a família continua sendo um referencial importante, além da tendência de todas as pessoas de passarem por um processo regressivo quando estão doentes. As teorias do desenvolvimento cognitivo e social sugerem que, como se fosse uma espiral, a criança ou o adolescente retorna às mesmas questões várias vezes, mas em níveis de complexidade cada vez maior (BEE, 1996; LOEVINGER, 1966; PIAGET 1977). Da mesma forma que uma criança de dois anos utiliza a mãe – ou alguma outra figura central de apego – como uma base segura para explorar o

mundo, voltando em busca de apoio e segurança diante de importantes exigências estressantes, os jovens do estudo parecem fazer o mesmo com a família, usando-a como suporte a partir do qual fica mais fácil explorar estas vivências de riscos à saúde.

Este achado torna-se de relevante importância na estruturação de um modelo de atendimento a estas questões, sinalizando que, mesmo para aqueles que buscam auxílio sozinhos, o profissional deve sugerir (e quem sabe até insistir) na presença familiar, pois, possivelmente, os pacientes adolescentes acatarão este tipo de argumentação.

8.7.5 Da percepção do jovem sobre o que deve ser considerado íntimo e privado

Nesta pesquisa, as situações clínicas consideradas mais íntimas foram a consulta de orientação para sexo seguro e anticoncepção e a consulta por suspeita de doença sexualmente transmissível. A seguir discutiremos as justificativas para cada um destes cenários clínicos.

8.7.5.1 O comportamento na consulta de orientação para sexo seguro e anticoncepção

Para esta situação, que envolve mais os aspectos preventivos do que a necessidade de intervenção médica, 16,5% da população do estudo (n= 117) declarou que não iria buscar assistência médica. Quanto às justificativas para isto, 71,8% (n= 84) deles fundamentaram sua atitude no reconhecimento de outras fontes provedoras deste tipo de serviço, como: familiares, amigos, professores, televisão, vídeos, Internet, revistas, publicações dirigidas aos jovens, livros técnicos e campanhas públicas de esclarecimento (ANEXO 5). Estas fontes também têm sido apontadas pela OMS como necessárias e importantes para atingir uma cobertura mais ampla de educação sexual para os jovens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980).

Os universitários assim se manifestaram:

Estes assuntos são divulgados, com frequência, na televisão, rádio, revistas, jornais e vídeos. (gênero feminino, 19 anos, Administração de Empresas)

[...] há informações na Internet; não é necessário procurar médico. Meus pais também seriam consultados. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

Não é necessário ir ao médico para ter estas informações; elas podem ser obtidas com familiares, professores e bibliotecas. (gênero feminino, 18 anos, Enfermagem)

Acho que estas orientações devem ser feitas por outras pessoas, outros educadores. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Estas questões são bem desenvolvidas pelo serviço público, o qual mantém campanhas regulares sobre prevenção. (gênero masculino, 21 anos, Odontologia)

Foi surpreendente descobrir que 83% daqueles universitários que não iriam consultar um médico para orientações sobre sexo seguro e anticoncepção (n= 97 de 117 respondentes), pertenciam ao gênero masculino. Este grupo, no entanto, fez exceção à prescrição de anticoncepcionais, procedimento que consideraram um ato médico:

Este tipo de informação não precisa ser dado por médico, com exceção ao uso de anticoncepcional para as mulheres. (gênero masculino, 18 anos, Administração de Empresas)

Talvez se eu fosse mulher e precisasse de anticoncepcionais, procuraria o médico. Sendo homem é mais fácil tirar as dúvidas com amigos e professores. (gênero masculino, 19 anos, Direito)

[...] se fosse somente para buscar orientações, eu não iria ao médico, por sentir vergonha. Se já tivesse relações sexuais, iria para saber qual a melhor pílula. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

Não procuraria assistência médica porque tenho conhecimento sobre o assunto; no caso da pílula, incentivaria a minha parceira a procurar ajuda. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

A população masculina do estudo que considerou desnecessária a ajuda médica nesta situação justificou sua posição mediante um argumento de facilidade de conseguir informação sendo que encontramos vários depoimentos semelhantes ao transcrito abaixo:

Como rapaz, fica mais fácil ter acesso à informação. O corpo é mais simples, não é necessário ir ao médico. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Além da justificativa anterior, neste grupo predominantemente masculino que não buscava assistência médica, foram encontrados outros posicionamentos. Quase um terço (29,9%) deles declarou-se auto-suficiente em relação aos tópicos propostos, julgando não necessitar de orientações suplementares:

[...] já tenho grande conhecimento porque participei de muitas palestras de médicos sobre o assunto. Acho mais indicada esta alternativa (não consultar) do que uma consulta especial para tirar dúvidas. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Estas são questões óbvias, não são necessários maiores esclarecimentos. (gênero masculino, 20 anos, Direito)

[...] me considero bem esclarecido, acho que não me preocuparia em procurar orientação. (gênero masculino, 21 anos, Administração de Empresas)

Sempre utilizo camisinha! (gênero feminino, 19 anos, Direito)

Seria idiotice ir ao médico por uma coisa tão divulgada. (gênero masculino, 19 anos, Administração de Empresas)

Nuño Gutierrez *et al.* (1998, p. 365), em estudo qualitativo com jovens mexicanos de 15 a 23 anos de idade, sobre áreas críticas no atendimento aos jovens, encontraram resultado semelhante. Os autores dizem que “os valores descritos nos textos dos rapazes permitem observar o manejo de uma ética individualista, onde eles valorizam ter experiência e conhecimentos em sexualidade” e explicando estas constatações com base em construções sociais de gênero, argumentos que poderíamos igualmente sugerir para explicar os achados de nossa pesquisa.

Ainda no grupo de jovens deste estudo que não iriam buscar auxílio do profissional da saúde para orientações, alguns relataram suas dificuldades pessoais, alegando timidez (7,0%), vergonha e discriminação em relação à sexualidade (5,16%); outros mencionando, inclusive, a palavra *tabu*:

Se fosse somente para buscar orientações, eu não iria ao médico, por sentir vergonha. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

Este assunto continua sendo tabu. Se eu tivesse dúvidas perguntaria para amigas ou namorado. (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

Serviços especializados para adolescentes possuem menos tabus... (gênero masculino, 17 anos, Direito)

Foi nesta situação que se obteve a maior porcentagem de respostas afirmativas da população do estudo à alternativa de ir sozinho à consulta (80,2%, n= 570 – TAB.31), e os universitários alegaram que sexo seguro e anticoncepção são questões pessoais (52,4%; 99 de 189 justificativas), que não deveriam ser compartilhadas com a família (11,6%) ou, por serem situações preventivas, eles não sentiriam necessidade de serem acompanhados (26,4%).

Não iria com minha mãe porque este assunto tem a ver só comigo e com a pessoa com quem estou me relacionando. (gênero feminino, 20 anos, Enfermagem)

Isto aconteceu comigo: quando comecei a namorar, resolvi ir ao ginecologista antes da primeira relação. Fui escondida da família, num médico indicado por uma amiga. (gênero feminino, 20 anos, Odontologia)

Fui com minha mãe, mas se acontecesse de novo, preferia ir sozinha... (gênero feminino, 19 anos, Direito)

No entanto, cerca de 18% (n= 126) dos jovens mencionaram a importância de serem acompanhados pelo namorado(a) ou parceiro(a), para compartilharem as informações, situação em que a preferência por esta companhia foi a mais alta de toda a pesquisa.

8.7.5.2 O comportamento na consulta por doença sexualmente transmissível

Entre as situações propostas, as doenças sexualmente transmissíveis foram consideradas como aquelas que demandam maior necessidade de assistência médica. Somente dois participantes (0,3%) declararam que não procurariam assistência nestes casos. Os respondentes consideraram-na uma condição preocupante, necessitando de atendimento imediato:

Procuraria o melhor e mais rápido tratamento possível! (gênero masculino, 18 anos, Odontologia)

Este tipo de doença é de extrema importância ser tratada. Como se relaciona com sexo, iria com minha irmã, porque não sou aberta com meus pais (gênero feminino, 18 anos, Administração de Empresas)

O achado mais interessante para esta questão, foram os motivos que os jovens deram para irem desacompanhados e que totalizaram 61,2% (n= 435) dos participantes do estudo. Na situação de infecção respiratória, suas justificativas para irem desacompanhados se relacionaram primordialmente com independência e estilo de vida (62,06%). Frases como: *'prefiro resolver meus problemas sozinho'*, ou *'sempre vou ao médico sozinho'* foram bastante frequentes em seu relato. Por outro lado, nas situações de DST e orientação para sexo seguro e anticoncepção, eles declararam que iriam desacompanhados porque consideram-nas questões de privacidade, intimidade, desconforto ou preconceito, sendo que a independência como motivo só foi mencionada por 6,17% na DST e 33,33% na consulta de orientação. Nas suas falas, estas questões foram descritas como *'pessoais e privadas'* (75,28% na DST e 52,38% na consulta de orientação) ou *'assuntos constrangedores e delicados'* (18,53% e

14,81%, respectivamente), ou ainda justificaram-se dizendo que as famílias não tinham conhecimento sobre sua vida sexual ativa, e que gostariam de manter este fato em segredo (ANEXO 6).

Mesmo aqueles que declararam relacionar-se bem com os pais, sentem-se constrangidos nesta situação. É muito interessante comparar a resposta desta participante que, quando da situação de infecção respiratória, disse que costuma ir ao médico acompanhada e por indicação dos pais, porque “os pais sempre estão a meu lado em situações boas ou ruins”. No entanto, ao justificar-se pela escolha de ir sozinha à consulta, e a um médico desconhecido, se suspeitasse de doença sexualmente transmissível, assim se manifestou:

Em DST há um certo constrangimento, teria medo da reação do meu médico anterior e de ele comentar com alguém da família... Primeiro queria ter dados concretos para depois contar aos meus pais. (gênero feminino, 20 anos, Odontologia)

Os estudantes de Medicina - que poderiam ter uma percepção diferenciada sobre as doenças sexualmente transmissíveis – também relataram constrangimento e argumentaram de forma semelhante a seus pares de outros cursos:

Em caso de DST eu procuraria um médico de minha escolha e que não me conhecesse por desconforto em falar sobre isto. Por isso também não levaria nenhum familiar. (gênero feminino, 19 anos, Medicina)

Preferia ir sozinho, pois considero constrangedor que outros saibam dessas doenças. (gênero masculino, 19 anos, Medicina)

É difícil contar para os outros este tipo de doença, preferia ir o mais sigilosamente possível. (gênero feminino, 19 anos, Odontologia)

Não tenho muita intimidade com minha família para pedir ajuda e acho que seria melhor sem interferência de amigos; ficaria menos constrangida. (gênero feminino, 20 anos, Enfermagem)

Sentiria medo de ir com o namorado ou com a família, eles poderiam pensar mil coisas a meu respeito ou terem nojo de mim. (gênero feminino, 20 anos, Administração de Empresas)

Iria sozinho à consulta e, preferencialmente, a um médico desconhecido, devido às peculiaridades do caso. (gênero masculino, 18 anos, Direito)

Apesar do médico conhecido continuar sendo o preferido por 74,4% da população do estudo nesta situação, o número de estudantes que procurariam um médico desconhecido aumentou de 1,7%, na infecção respiratória para 12,7% na consulta por DST. As justificativas para este fato, bem como para irem desacompanhados à consulta foram, segundo a análise dos

textos (ANEXO 6 – TAB. 37), desconforto, constrangimento, vergonha e medo do preconceito (18,5% - 48 de 259 justificativas) e garantias de privacidade (75,2% - 195 de 259 justificativas) porque julgam que este é um assunto íntimo e delicado, preferindo que ninguém mais estivesse ciente.

Eu preferiria consultar um médico desconhecido por questão de discrição, porque estaria com vergonha. Iria sozinha pela mesma razão. Se fosse confirmado o diagnóstico, então, informaria à família. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

Aqui, a escolha pessoal do médico atingiu a taxa mais alta (53,3%) entre todas as situações propostas, sendo que a indicação do profissional pela família seria buscada, neste caso, pela metade dos respondentes e não mais por dois terços, como aconteceu na infecção respiratória (TAB. 29 e 30).

Consultaria o Doutor... (citou o nome de um urologista de renome) que é ótimo, mas não levaria meu pai, que é médico. (gênero masculino, 20 anos, Direito)

Iria com uma amiga pelo fato dos meus pais não saberem algumas coisas da minha vida. (gênero feminino, 20 anos, Direito)

É necessário esclarecer que, durante a análise dos dados, ficou evidente um viés metodológico na questão relacionada às doenças sexualmente transmissíveis. A inclusão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na formulação da questão superestimou o número de alunos que iria à consulta acompanhado, pois em suas justificativas, apareceu claramente a opção de ir preferencialmente sozinho, mas, dizem eles, “*se o caso fosse grave*” ou “*se fosse Aids*” buscariam a companhia da família. Se 4,8% (n= 33) dos alunos explicitaram esta situação em suas justificativas, pode-se suspeitar que mais alguns tenham raciocinado desta forma ao marcarem a opção “*iria acompanhado*”, diminuindo o percentual encontrado de estudantes que realmente optariam por ir sozinho a uma consulta por DST. Outro achado que colabora para autenticar esta hipótese, embora indiretamente, são os resultados de nossa dissertação de Mestrado (LOCH, 2002) – reproduzidos na TAB. 35 deste capítulo, de que 57,9% da população do estudo permitiriam ao médico revelar à família, sem autorização prévia, o fato da soropositividade ou AIDS, enquanto apenas 44,7% permitiriam a quebra não consentida do segredo no caso de uma DST. No caso do primeiro resultado, os testes estatísticos mostraram uma associação positiva com a tendência à revelação ($p < 0,001$) enquanto o segundo resultado associou-se à tendência de não revelação ($p = 0,005$).

Para sintetizar os achados tanto da consulta por DST quanto os da consulta de orientação para sexo seguro e anticoncepção, podemos concluir que a idéia da sexualidade como um aspecto que demanda privacidade aparece muito forte no discurso dos jovens estudados. Trabalhos anteriores como os de Brindis *et al.* (1995), English *et al.* (1998) e Schuster *et al.* (1996) nos Estados Unidos, já haviam atestado a sensibilidade destas questões ligadas às doenças sexualmente transmissíveis, aos aspectos de vida sexual ativa, de homossexualidade e gravidez.

Como esclarecem Mainieri *et al.* (2002), não é raro a família ou o grupo social considerarem as manifestações da sexualidade como algo pecaminoso ou vergonhoso. Com as doenças sexualmente transmissíveis, este panorama se agrava por conta da discriminação social que sofrem os portadores. Ao romperem os padrões tradicionais, os jovens enfrentam críticas dos adultos e sentimentos de culpa, que muitas vezes os imobilizam frente às decisões de buscar ajuda. Por estes motivos, entre outros, as DST se associam a altas taxas de automedicação ou de tratamentos inadequados e, conseqüentemente, à facilidade de disseminação (PINTO *et al.*, 2002). Os relatos destes dois participantes realçam os sentimentos de muitos dos jovens do estudo quanto ao preconceito familiar percebido em relação às doenças sexualmente transmissíveis:

Uma doença sexualmente transmissível abalaria muito a minha família. Não sei se minha mãe poderia suportar ir comigo. Eu mesmo contaria, depois de ter esclarecido a doença com o médico. (gênero feminino, 18 anos, Direito)

[...] são questões que levam mais tempo para serem aceitas pelos pais. Eu iria preferencialmente sozinho à consulta ou, talvez, com um amigo de confiança. (gênero masculino, 19 anos, Administração de Empresas)

Em meio a este cenário, os jovens que assumem estes comportamentos de risco e que continuam morando com seus pais – como a maioria dos participantes deste estudo – enfrentam, segundo Hoffmann (1980), “um dilema muito mais complexo”: primeiro, por não possuírem autonomia de ação e segundo, porque o comportamento *per se* e algumas opções de cuidados (anticoncepção, por exemplo) podem ser contrários aos valores parentais. Desta forma, continua a autora (HOFMANN, 1980, p.11):

[...] a simples proteção da saúde toma uma conotação moral. Apesar de que estes jovens geralmente buscam conselhos parentais em situações de stress e de decisões importantes, nestas instâncias muitos deles não o farão, preocupados em não magoarem suas famílias, ou por medo de rejeição ou ainda porque a privacidade é essencial para seu processo de libertar-se da supervisão dos pais.

A relação médico-adolescente tem sido muito questionada neste aspecto, principalmente em vista dos critérios jurídicos de capacidade para os atos da vida civil. Já as entidades ligadas à área da saúde (BRASIL, 1988; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2000a; OSELKA e TROSTER, 2000) têm se posicionado de maneira mais adequada em relação à confidencialidade das informações, como já analisado anteriormente⁵⁵.

No entanto, é de fundamental importância para a Medicina de Adolescentes, no Brasil, uma ampla discussão da questão da capacidade sanitária dos jovens no sentido de contemplar suas reais necessidades de confidencialidade com o intuito de concretizar uma relação clínica eticamente adequada e capaz de promover a gradual autodeterminação dos adolescentes, garantindo uma perspectiva evolutiva ao processo de consentimento informado e conferindo-lhe um triplo significado. O primeiro, de caráter ético, possibilita reconhecer a dignidade e a emergente autonomia do jovem. O segundo, de conteúdo terapêutico e benéfico, eleva o paciente à condição de participante ativo do processo de promoção e recuperação da saúde. O terceiro é de cunho educacional, encorajando o exercício da autonomia, tarefa de particular importância nos contextos tanto da Medicina quanto da Adolescência.

Levando em consideração a expectativa de privacidade encontrada nas respostas dos sujeitos da pesquisa, encontramos resultados que confirmam a necessidade de manter confidenciais as informações compartilhadas nas consultas médicas. É possível traçar uma tendência crescente de manutenção da confidencialidade das informações que é inversamente proporcional aos potenciais riscos à vida e diretamente proporcional à intimidade da vida sexual dos jovens estudados, como demonstrado na FIG. 5.

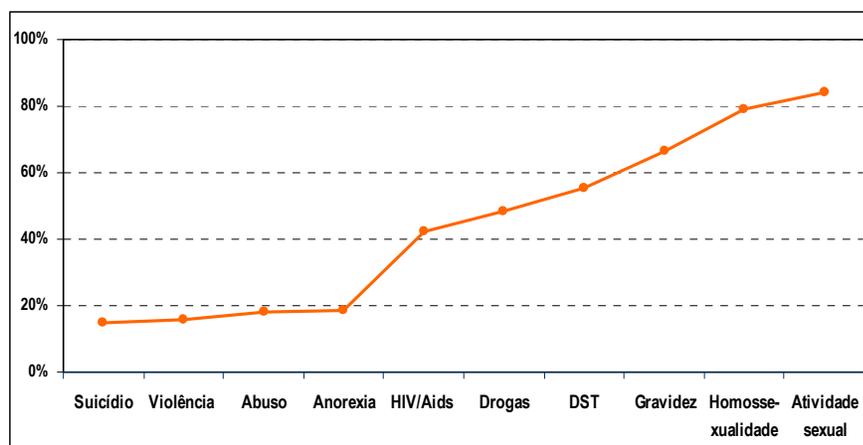


FIGURA 5 - Tendência à confidencialidade da informação nas diferentes situações clínicas

⁵⁵ Ver seção 3.4.2 Capacidade dos adolescentes para tomar decisões sanitárias.

King e Cross (1989) afirmam que a capacidade para tomar decisões adequadas não emerge automaticamente com a idade, mas, na verdade, deve ser aprendida e praticada com o auxílio dos outros. O contexto da relação médico-adolescente torna-se privilegiado para este exercício, que pode ser alcançado através de um pressuposto de respeito à individualidade, à privacidade e à confidencialidade das informações.

Tendo em vista que a maior oportunidade para melhorar o estado de saúde dos adolescentes e jovens se fundamenta em uma precoce e continuada proteção de sua integridade e na promoção de sua saúde e desenvolvimento, enquanto sociedade responsável, é preciso dar o devido valor a estas premissas, fazendo um compromisso universal com seu futuro. Elders e Hui (1993) afirmam que, com um consenso de valores e a colaboração de todos, poderemos assistir adequadamente os jovens em uma exitosa transição para a idade adulta. É expectativa da autora que este trabalho possa servir de contribuição para atingir este objetivo.

9 CONCLUSÕES

Com base nos dados e resultados obtidos pode-se chegar às seguintes conclusões:

1. Os jovens do estudo interpretam a confidencialidade através de um forte componente normativo e deontológico, traduzido pela vinculante obrigação do médico com o segredo da informação e que predomina sobre o reconhecimento do direito do paciente à privacidade e confidencialidade. É possível demonstrar que esta interpretação, de uma perspectiva antropológica e cultural, identifica-se com a própria representação social da confidencialidade, sendo o resultado de uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com a finalidade prática de concorrer para a construção de uma realidade comum ao grupo social a que pertencem.
2. Os jovens estudados reconhecem a necessidade da confidencialidade na assistência à sua saúde, conferindo-lhe graus de importância variáveis de acordo com os motivos que demandam o atendimento. Em situações clínicas específicas, os jovens admitem a possibilidade da quebra de confidencialidade quando existe envolvimento de riscos à sua própria vida e à de terceiros. A preservação da privacidade - representada pelo fato de preferirem ir sozinhos à consulta - depende do motivo para o atendimento. Na busca de orientações para sexo seguro e anticoncepção ou por suspeita de doença sexualmente transmissível a preferência é por não estarem acompanhados.
3. Os jovens pesquisados preferencialmente escolhem os consultórios privados e os profissionais de seus planos de saúde, mas nas situações de uso de drogas e transtorno mental reconhecem a necessidade de serviços especializados em atendimento ao adolescente.
4. O conhecimento prévio do médico escolhido para o atendimento foi a característica profissional mais prevalente, sendo indicativo da necessidade de um vínculo de confiança para a concretização de uma relação clínica adequada.

5. Para todas as situações propostas, a maioria dos participantes procuraria assistência médica, cuja frequência e tipo variaram na dependência do quadro clínico descrito em cada pergunta do questionário, comprovando que, dependendo do motivo da consulta, modifica-se o cenário assistencial escolhido. A análise das justificativas para os comportamentos dos jovens frente às situações clínicas propostas, permite concluir que a hipótese inicial desta investigação se comprova: os jovens, de fato, consideram importante um ambiente confidencial no cenário clínico. Partindo do pressuposto que o segredo das informações compartilhadas é fundamental para a moralidade interna da profissão médica, os jovens inclinam-se a considerar a confidencialidade obrigatória no relacionamento com o profissional de saúde, ao mesmo tempo em que conseguem compreender suas limitações desde uma perspectiva ética. Esperam, inclusive que seus médicos saibam avaliar as situações em que eles precisam de auxílio familiar e que discutam esta alternativa com eles, enquanto pacientes. Indiretamente, os jovens do estudo sinalizam para a correta utilização de um processo de consentimento informado na questão da revelação de informações sensíveis para a família.

E, finalmente, levando em consideração os atributos profissionais citados pelos jovens do estudo como importantes para que o médico cumpra o dever de preservar adequadamente a informação, é possível construir, através de seu discurso, o modelo de atuação que esperam de seus cuidadores, no qual:

o médico deve possuir uma atitude profissional de seriedade, integridade e fidelidade ao paciente, baseada em princípios; cumprindo as promessas e o seu juramento; mantendo uma relação de confiança com o jovem, na qual a confidencialidade deve ser um hábito!

REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 10^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. ACOG educational bulletin. Confidentiality in adolescent health care. Number 249, August 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998;63:295-300.
3. Ahronheim JC, Moreno JD, Zuckerman C. Ethics in clinical practice. 2nd.ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2005.
4. Alderman E, Kennedy C. The right to privacy. New York: Knopf; 1995.
5. Allen LB, Glick AD, Beach RK, Naylor KE. Adolescent health care experience of gay, lesbian, and bisexual young adults. *J Adolesc Health.* 1998;23:212-20.
6. Almond B. Individual rights in the health care relationship. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics.* Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p.511-8.
7. American Academy of Pediatrics. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. [American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence]. *Pediatrics.* 1996;97:746-51.
8. American Medical Association. Confidential health services for adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1993;269:1420-4.
9. Appelbaum PS. A health information infrastructure and threat to confidentiality of health records. *Psychiatr Serv.* 1998;49:27-8, 33.
10. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed consent: legal theory and clinical practice. New York: Oxford University; 1987.
11. Aristóteles. Ética a Nicômaco. In: Aristóteles. São Paulo: Abril Cultural; 1979. [Os Pensadores, v.4]
12. Assis SG, Souza ER. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do Rio de Janeiro. *J Pediatr (Rio J).* 1995;71:303-12.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th.ed. New York: Oxford University; 1994.
14. Beca I JP. Consideraciones éticas en la atención de salud del adolescente. II Jornadas de Invierno. p.27-31. [Apuntes médicos]
15. Bee H. A criança em desenvolvimento. 7^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
16. BEMFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde: relatório preliminar. Rio de Janeiro; 1996.

17. Blandino DA. Adolescents and confidentiality. *J Fam Pract.* 1998;46:15-6.
18. Brasil. Código civil brasileiro: Lei n. 10.406, de 10.01.2002. Porto Alegre: Síntese; 2003.
19. Brasil. Código Civil. Lei n. 3.071, de 01.01.1916, atualizada e acompanhada de legislação complementar. 7ª.ed. São Paulo: Saraiva; 2001.
20. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei n. 2.848, de 07.12.140, atualizado e acompanhado de legislação complementar, também atualizada, de súmulas e de índices. 38ª.ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
21. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246/88. Código de ética médica. Rio de Janeiro: O Conselho; 1988.
22. Brasil. Constituição Federal. Barueri: Manole; 2004.
23. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: lei federal 8.069/1990. Porto Alegre: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; 1994.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
25. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS.[capturado em 10/06/2006] [3 telas] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/BR/Brasil_TodasUF.zip
26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente - PROSAD. [capturado em 10/6/2001] [6 telas]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/Programas/adolescentes/adolescentes.hmt>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Programa saúde do adolescente: bases programáticas. Brasília: O Ministério; 1989.
28. Braverman PK, Strasburger VC. Adolescent sexuality: Part 4. The practitioner's role. *Clin Pediatr (Phila).* 1994;33:100-9.
29. Brindis C, Kappahn C, McCarter V, Wolfe A. The impact of health insurance status on adolescents' utilization of school-based clinic services: implications for health care reform. *J Adolesc Health.* 1995;16:18-25.
30. Campbell SG, Gibby GL, Collingwood S. The Internet and electronic transmission of medical records. *J Clin Monit.* 1997;13:325-34.
31. Carvalho AV, Passos MR. Perfil dos adolescentes atendidos no setor de DST da Universidade Federal Fluminense em 1995. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 1998;10:9-19.
32. Carvalho PRA, Torreão LA. Aspectos éticos e legais na emergência. *J Pediatr (Rio J).* 1999;75:S307-S314.

33. Celia S, Souza RP. Risco e resiliência. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.333-9.
34. Cerruti Basso, S. *Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
35. Chaves Júnior EO. Políticas de juventude: evolução histórica e definição. In: Schor NM, Tabosa MS, Branco VC. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, Ministério da Saúde; ago. 1999. p.41-8. [capturado 2007 maio 1] Disponível em: <http://www3.bireme.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap03/cap03.htm>
36. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions and attitudes among high school students. *JAMA*. 1993;269:1404-7.
37. Clotet J. Bioética: desafio e atualidade. *Veritas*. 1990;35:351-64.
38. Clotet J. O Consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Bioética*. 1995;3:51-9.
39. Colli AS. Conceito de adolescência. In: Marcondes E. *Pediatria básica*. 8ª.ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p.539.
40. Cortina A, Martínez E. *Ética*. São Paulo: Loyola; 2005.
41. Costa MC, Pinho JFC, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:151-7.
42. Dalton R, Forman MA. Psychosocial problems. In: Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 16th.ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p.69.
43. Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*. 1998; 9:21-8.
44. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 set. 6-12; Alma-Ata, URSS. [capturado 2007 abr.10] Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
45. Declaração de Jacarta. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde; 1997 jul. 21-25; Jacarta, Indonésia. [capturado 2007 jun.13] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>
46. Doyal L. Needs, rights and the moral duties of clinicians. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p.218-30.
47. Eisenstein E, Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. *Petrópolis: Vozes*; 1993.
48. Elders MJ, Hui J. Making a difference in adolescent health [editorial]. *JAMA*. 1993; 269:1425-6.

49. Elkind D. Crianças e adolescentes: ensaios interpretativos sobre Jean Piaget. Rio de Janeiro: Zahar; 1972.
50. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267:2221-6.
51. English A. Guidelines for adolescent health research: legal perspectives. *J Adolesc Health*. 1995;17:277-86.
52. English A. Treating adolescents. Legal and ethical considerations. *Med Clin North Am*. 1990;74:1097-112.
53. English A, Kapphahn C, Perkins J, Wibbelsman CJ. Meeting the health care needs of adolescents in managed care: a background paper. *J Adolesc Health*. 1998;22:278-92.
54. Erikson EH. Identidade: juventude e crise. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
55. Erikson EH. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
56. Estefenon SG, Moura VQ. Uso de substâncias psicoativas (SPAs): aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.383-97.
57. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University; 1986.
58. Faw T. Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência. São Paulo: McGraw Hill; 1981.
59. Feijó RB, Chaves MLF. Comportamento suicida. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.398-408.
60. Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES, et al. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents. *Pediatrics*. 1999;104:1161-6.
61. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
62. Fisher CB. Adolescent and parent perspectives on ethical issues in youth drug use and suicide survey research. *Ethics Behav*. 2003;13:303-32.
63. Fisher CB, Wallace SA. Through the community looking glass: reevaluating the ethical and policy implications of research on adolescent risk and sociopathology. *Ethics Behav*. 2000;10:99-118.
64. Fisher M., Marks A, Trieller K, Brody, R. Are adolescents able and willing to pay the fee for confidential health care? *J Pediatr*. 1985;107:480-3.
65. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

66. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278:1029-34.
67. Fortes PAC. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: EPU; 1998.
68. França GV. *Comentários ao código de ética médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
69. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SI, Garrafa V, Oselka G, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.269-84.
70. Galduroz JCF, Notto AR, Carlini EA. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras:1997. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 1998. [capturado 2007 jun 25]:[130p.] Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/estudantes/index.htm>
71. Gans JE, Brindis CD. Choice of research setting in understanding adolescent health problems. *J Adolesc Health*. 1995;17:306-13.
72. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University; 1982.
73. Ginsburg KR, Menapace AS, Slap GB. Factors affecting the decision to seek health care: the voice of adolescents. *Pediatrics*. 1997;100:922-30.
74. Goldim JR. *O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos [tese]*. Porto Alegre: UFRGS; 1999.
75. Gomes JCM. A Bioética e a relação médico-paciente. *Medicina (Brasília)*. 1999;14:8-9.
76. Gostin LO, Turek-Brezina J, Powers M, Kozloff R, Faden R, Steinauer DD. Privacy and security of personal information in a new health care system. *JAMA*. 1993;270:2487-93.
77. Gracia D. Bioética y pediatría. *Cuad Programa Reg Bioética*. 1997; 5: 85-101.
78. Gracia D. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004.
79. Gracia D. El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina. In: *Ética y vida: fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santafé de Bogotá: Buho; 1998(a). p.133-45.
80. Gracia D. La confidencialidad de los datos genéticos. In: *Ética y vida: ética de los confines de la vida*. Santafé de Bogotá: Buho; 1998(b). p.137-50.
81. Gracia D. Bioética y pediatría. In: *Ética y vida: ética de los confines de la vida*. Santafé de Bogotá: Buho; 1998(c). p.193-205.
82. Gracia D. La Bioética en atención primaria. In: *Ética y vida: bioética clínica*. Santafé de Bogotá: Buho; 1998(d). p.99-101.

83. Gracia D, Gracia T. History of medical ethics: contemporary period. Southern Europe. In: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics: revised edition. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995. p.1556-63.
84. Grisso T, Vierling L. Consent to treatment: a developmental perspective. Prof Psychol. 1978;9:412-27.
85. Haggerty RJ. Community pediatrics. N Engl J Med. 1968;278:15-21.
86. Herranz Rodríguez G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: EUNSA; 1992.
87. Herter LD, Costa MC. Contracepção: abordagem e utilização. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.221-31.
88. Hiller MD. Computers, medical records, and the right to privacy. J Health Polit Policy Law. 1981;6:463-87.
89. Hippocrates. Vol I. The Oath. Loeb classical library. Massachusetts: Harvard; 1992. p. 291-301.
90. Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. J Adolesc Health Care. 1980;1:9-17.
91. Holder AR. Minors' rights to consent to medical care. JAMA. 1987;257:3400-2.
92. Hottois G, Parizeau MH. Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique. Bruxelles: De Boeck Université; 1993.
93. IBGE. Comunicação Social. Pesquisa de orçamentos familiares - POF. Brasília, 2004. [capturado 2007 abril 23] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>
94. IBGE. População jovem no Brasil: a dimensão demográfica. [26 p.]:[capturado 2007 abril 23]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil/comentario1.pdf
95. IBGE. População Residente Total, por sexo e grupos de idade – 2000. IBGE Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico 2000. [capturado 2006 junho 10] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/tabelas/populacao_tabela05.htm
96. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Educação. Pessoas com 10 anos ou mais de idade, total e por sexo, segundo os grupos de estudo - 1999. [capturado 2001 fev. 21] [2 telas]. Disponível em: http://www.Ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/sintese/images/tabel_aigrafico3_2b.shtm.
97. Irwin Jr CE, Shafer M, Ryan AS. The adolescent patient. In: Rudolph AM, editor. Rudolph's pediatrics. 20th.ed. Stamford: Appleton & Lange; 1996. p.37-77.

98. Jackson J. Promise-keeping and the doctor-patient relationship. In: Gillon R, editor. Principles of health care ethics. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p.489-97.
99. Jarda DC, Friedman SR. AIDS and the use of injected drugs. *Sci Am.* 1994;270:82-8.
100. Jecker NS, Reich WT. Care. Contemporary ethics of care. In: Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995. p.336-44.
101. Jonsen AR. A short history of medical ethics. New York: Oxford University; 2000.
102. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 4th.ed. New York: McGraw-Hill; 1998.
103. Junges JR. Desafios éticos de la atención básica a la salud. *Rev Jurid Buenos Aires.* 2006;237-47.
104. Kennedy Institute of Ethics. Bioethics Thesaurus: Annotated alphabetic list of keywords. Washington; 1999. Confidentiality; [homepage]:[capturado 2007 abril 13] Disponível em: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Literatur/bioths99.htm#>
105. King NM, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr.* 1989;115:10-6.
106. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.37-51.
107. Klein JD, McNulty M, Flatau CN. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:676-82.
108. Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK. Access to health care for adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 1992;13:162-70.
109. Knobel M. A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 10^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.24-62.
110. Kohlberg L. Psicologia del desarrollo moral. Bilbao: Descleé de Brower; 1992.
111. Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago: Editorial Universitaria; 1995.
112. Kottow MH. Stringent and predictable medical confidentiality. In: Gillon R, editor. Principles of health care ethics. Chichester: John Wiley & Sons; 1994. p.471-8.
113. Levenfus RS. Psicodinâmica da escolha profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
114. Lewis M, Volkmar FR. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. 3^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

115. Loch JA. La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS-Brasil [dissertação]. Santiago: Universidad de Chile, 2001.
116. Loch JA. La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS-Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
117. Loevinger J. The meaning and the measurement of ego development. *Am Psychol.* 1966;21:195-206.
118. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development. San Francisco: Jossey-Bass; 1970. [v.1: Construction and use of a sentence completion test].
119. Lovett J, Wald MS. Physician attitudes toward confidential care for adolescents. *J Pediatr.* 1985;106:517-21.
120. Luban D. Secrecy and confidentiality. In: Becker LC, Becker CB, editors. *Encyclopedia of ethics.* New York: Garland; 1992. p.1131-3.
121. MacIntyre A. *After Virtue.* Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1984.
122. Maddaleno M. La salud de los adolescentes y jóvenes. In: Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. *Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p.185-217.
123. Mainieri AS, Andrade HH, Lopes GP. Problemas relacionados com a sexualidade. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais.* Porto Alegre: Artmed; 2002. p.211-9.
124. Marchand H. *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso.* Coimbra: Quarteto; 2001.
125. Marks A, Malizio J, Hoch J, Brody R, Fisher M. Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population *J Pediatr.* 1983;102:456-60.
126. Milholland DK. Privacy and confidentiality of patient information: challenges for nursing. *J Nurs Adm.* 1994;24:19-24.
127. Minayo MC. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MC, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes 1994. p.9-29.
128. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética.* Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.53-70.
129. Muscari ME. When can an adolescent give consent? *Am J Nurs.* 1998;98:18-9.

130. National Research Council (US). Computer Science and Telecommunications Board. For the record: protecting electronic health information. Washington: National Academy; 1997.
131. Needlman RD. Adolescence. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. Nelson textbook of pediatrics. 16th.ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p.52-7.
132. Nuño Gutiérrez BL, Villaseñor Fariás M, Hidalgo-San Martin A, Rasmussen-Cruz B. Análisis de texto de áreas críticas relatadas por adolescentes en servicio de orientación. Rev Saúde Pública. 1998;32:361-6.
133. Opping-Odiseng AC, Heycock EG. Adolescent health services-through their eyes. Arch Dis Child. 1997;77:115-9.
134. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familia y Población. Salud del adolescente. Fundación W.K.Kellog. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, 1997-2000. Washington: La Organización; 1998. [capturado 5 sep 2007]:[62p.] Disponible em: <http://www.adolec.org/pdf/proyecto.pdf>
135. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Washington: La Organización; 1990.
136. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro: año mundial de la juventud: participación, desarrollo y paz. Washington: La Organización; 1985.
137. Oselka GW, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento do adolescente. Rev Assoc Med Bras. 2000;46:306-7.
138. Patton MQ. Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage;1986. p.295-343.
139. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
140. Percival T. Medical ethics. Special limited ed. Princeton: DevCom; 1987.
141. Piaget J. A epistemologia genética. São Paulo: Abril Cultural; 1978. [Os Pensadores].
142. Piaget J. O julgamento moral na criança. São Paulo: Mestre Jou; 1977.
143. Piccoli CSP. Conhecimento e comportamento de adolescentes em relação à AIDS. [dissertação]. Porto Alegre: PUCRS; 1999.
144. Pinto LL, Costa MC, Fontes RD. DSTs e AIDS. In: Costa MC, Souza RP, organizadores. Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 232-48.
145. Repposi FA, Araneda HJM, Bustos UL, Puente PC, Rojas CC. Comportamiento sexual y prácticas anticonceptivas del estudiante universitario. Rev Med Chil. 1994;122:27-35.

146. Resnick MD, Litman TJ, Blum RW. Physician attitudes toward confidentiality of treatment for adolescents: findings from the Upper Midwest Regional Physicians Survey. *J Adolesc Health*. 1992;13:616-22.
147. Ribeiro ETR, Eisenstein E. Falando de saúde: para crianças, adolescentes e educadores nas escolas e comunidades. Petrópolis: Vozes; 1990.
148. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Criança e o adolescente no Rio Grande do Sul: indicadores de saúde. Porto Alegre: a Secretaria; 1993.
149. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A saúde da população do RS – 2005. Porto Alegre: CEVS, 2006. [publicação na Internet]:[Capturado 2007 abril 30] Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>
150. Ross, WD. The right and the good. Oxford: Claredon; 1930.
151. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health*. 1993;14:626-31, 690-6.
152. Sánchez Urrutia A, Silveira Gorski HC, Navarro Michel M. Tecnologia, intimidad y sociedad democrática. Barcelona: Icaria; 2003.
153. Santos RMM, Lima DR. Aids, drogas e os jovens. *Pediatr Mod*. 1997;33:169-74.
154. Santos SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J Ped (Rio J)*. 1999;75:401-6.
155. Schiedermayer DL. Guarding secrets and keeping counsel in computer age. *J Clin Ethics*. 1991;2:33-4.
156. Schuster MA, Bell RM, Petersen LP, Kanouse DE. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:906-13.
157. Short DS. Confidentiality and patient-access to medical records. *Ethics Med*. 1988;4:26-7.
158. Siegel DM, Aten MJ, Roghmann KJ. Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behavior questionnaire. *J Adolesc Health*. 1998;23:20-8.
159. Siegler M. Sounding Boards. Confidentiality in medicine - a decrepit concept. *N Engl J Med*. 1982;307:1518-21.
160. Siegler M, Singer PA. Clinical ethics consultation: Godsend or "God squad". *Am J Med*. 1988;85:759-60.
161. Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. *J Pediatr*. 1991;119:520-5.
162. Silberner J. Keeping confidence. *Hastings Cent Rep*. 1997;27:8.

163. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo M. La capacidad de los niños para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. *Rev Esp Pediatr.* 1997;53:107–11.
164. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc).* 2001;117:419-26.
165. Sociedade Brasileira de Pediatria. Adolescentes de alto risco [editorial]. *Bol Inf SBP.* 2000(a);1:1.
166. Sociedade Brasileira de Pediatria. A saúde do adolescente na América Latina. *SBP Notícias* 2000(b);14:3.
167. Society for Adolescent Medicine. Access to health care for adolescents – a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 1992;13: 162-70.
168. Society for Adolescent Medicine. A position statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 1995;16:413.
169. Spranger E. *Psicologia da juventude.* Rio de Janeiro: Bloch; 1970.
170. Statt DA. *Psychology and the world of work.* Washington Square: New York University Press; 1997.
171. Styffe EJ. Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive. *Nurs Adm Q.* 1997;21:21-8.
172. Truog R, Burns J. Ethics. In: Rogers MC, editor. *Textbook of pediatric intensive care.* 3rd.ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.1649-62.
173. Turiel E, Hildebrandt C, Wainryb C. Judging social issues: difficulties, inconsistencies, and consistencies. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1991;56:1-103.
174. Ungricht J. *Escolha da profissão... escolha da vida.* São Paulo: Mestre Jou; 1966.
175. UNESCO. *Aids: o que pensam os jovens (políticas e práticas educativas).* Brasília: A Organização; 2002. [capturado 2007 jun 15]. [75p.] [Educação para a Saúde v.1] Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127128por.pdf>
176. United Nations Children's Foundation. *Achieving health: new perspectives on integrated services and their contributions to mid decade goals.* Proceedings. The task force for child survival and development. New Delhi, India; 1994 Feb 2-4. [capturado 2007 jun 16] Disponível em: <http://www.taskforce.org/index.asp>
177. Valenzuela C, Benguigui Y. Atención integral en salud materno-infantil y sus componentes. In: Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. *Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia.* Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p.29-53.
178. Veatch RM. *A theory of medical ethics.* New York: Basic Books; 1981.

179. Vermelho LL, Mello Jorge MH. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Rev Saúde Publica*. 1996;30:319-31.
180. Victora CG, Knauth DR, Hassen MN. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
181. Vitiello N. Planejamento na assistência à adolescência. *Femina*. 1992;20:1245-8.
182. Winslade WJ. Confidentiality. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics: revised edition*. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995. p.451-9.
183. World Health Organization. Regional Office for Europe. Media Centre. Sex, drugs and potato crisps. Findings of new WHO youth health survey announced. Copenhagen, 1 February 2000. [homepage]:[capturado 2007 april 28] Disponível em: http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2000/20010909_29
184. World Health Organization. Report of a WHO meeting on adolescent sexuality and reproductive health: education and service aspects. Geneva: The Organization; 1980.
185. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1993;114:302-16.
186. Yunes J, Díaz A. Situación de la salud maternoinfantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. In: Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. *Acciones de salud maternoinfantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p.3-10.

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DA PESQUISA

Curso ou faculdade:		Turno:	
Sexo: masc () fem ()	Idade:anos	Renda familiar: R\$.....	
Casado/a: ()	Solteiro/a: ()	Separado/a ou Divorciado/a ()	
Tem filhos? sim () não ()			
Mora com:		Qual sua fonte de renda?	
() pais ou responsáveis		() Emprego	
() cônjuge		() Mesada	
() parceiro(a) estável		() Pensão	
() sozinho(a)		() Outra(s). Qual?.....	
() amigos(as) ou colegas			
() outro(os). Quem?			
Tem plano de saúde privado?		Costuma usar o atendimento do SUS ?	
sim () não ()		sim () não ()	

1. Como você se sente ao ir ao médico?

.....

.....

.....

2. Costuma ir ao médico periodicamente para fazer revisão, mesmo quando está se sentindo bem?

- () duas vezes por ano () uma vez a cada 2 anos
- () uma vez por ano () não costumo ir ao médico
- () outro intervalo. Qual?

3. Você precisou consultar um médico nos últimos 2 anos por algum problema ou dúvida sobre sua saúde? sim () não ()

- () Pediatra
- () Clínico geral
- () Ginecologista
- () Urologista
- () Dermatologista
- () Outra especialidade. Qual (quais)?

4. Você já havia consultado o mesmo médico antes? sim () não ()

5. Qual é o significado do termo “confidencialidade” em relação à uma consulta médica?

.....

.....

6. Algum médico já falou em confidencialidade para você? sim () não ()

7. Você acha que o fato do paciente ser adolescente interfere na questão de manter em segredo as informações dadas numa consulta médica? sim () não () Por quê?

.....

.....

.....

(ANEXO 1 – continuação)**8. Você acha que confidencialidade é:** (marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- uma obrigação de todos os médicos.
 uma obrigação de alguns médicos, de algumas especialidades.
 um direito do paciente maior de idade.
 um direito de qualquer paciente, independente da idade.
 nenhuma delas.
 outra.

9. Marque com um X as informações que você acha que seu médico pode ou deve revelar:

Tipo de Informação	Para sua Família	Parceiro/a ou namorado/a	Amigos ou conhecidos
Todas as informações que você deu durante a consulta.			
Qualquer informação que ele, médico, julgar que eles devem saber, mesmo que você não autorize			
Só as informações que você consentir que sejam divulgadas.			
Só as informações que constituem risco para sua vida (doenças graves: câncer, AIDS, doenças mentais).			
As informações que constituem risco para a vida de outras pessoas conhecidas (doenças contagiosas, AIDS, intenção de homicídio).			

10. Que características são importantes para que você volte a consultar com o(s) mesmo(s) médico(s) ou serviço de saúde:

Marque: 2 = muito importante; 1 = importante; 0 = não é importante

- os profissionais lavam as mãos
 os profissionais usam instrumentos limpos
 os profissionais são honestos com os pacientes
 os profissionais são respeitosos
 os profissionais e os locais de atendimento são asseados e limpos
 os profissionais não comentam com outras pessoas as informações
 os profissionais se relacionam bem com pacientes jovens
 os profissionais são confiáveis
 os profissionais têm experiência
 os profissionais tratam bem todos os pacientes
 os profissionais são atualizados
 os profissionais são os mesmos em todas as consultas
 o preço das consultas é acessível para você
 o acesso ao serviço e às consultas é fácil e rápido

(ANEXO 1 – continuação)

AS SITUAÇÕES DESCRITAS NAS PRÓXIMAS PERGUNTAS REPRESENTAM EXEMPLOS DE PROBLEMAS DE SAÚDE FREQUENTES. RESPONDER ÀS PERGUNTAS NÃO QUER DIZER QUE VOCÊ JÁ TENHA PASSADO POR ALGUMA DELAS. GOSTARÍAMOS DE SABER O QUE VOCÊ FARIA **NO CASO** DE TER QUE ENFRENTAR ESTES PROBLEMAS.

11. Se você tivesse uma infecção respiratória (Febre alta e persistente, tosse encatarrada, dor no peito): (marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- A) não procuraria assistência médica.
 consultaria um médico particular ou de um plano de saúde.
 consultaria em um serviço de Saúde Pública (SUS).
 consultaria em um serviço Especializado para Adolescentes.
 consultaria em um serviço de Emergência ou Pronto Atendimento.
- B) consultaria um médico ou serviço de saúde de sua própria escolha.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que sua família indicasse.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que seus amigos(as) indicassem.
- C) consultaria um médico que **já** tivesse lhe atendido anteriormente.
 consultaria um médico que **não** tivesse lhe atendido anteriormente.
- D) iria consultar sozinho(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um familiar. Quem?.....
 iria consultar acompanhado(a) do(a) namorado(a) ou parceiro(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um amigo(a).

Explique brevemente as razões de suas respostas?

.....

12. Se você estivesse com uma doença sexualmente transmissível (doença que se pega através de relações sexuais como sífilis, gonorréia, herpes, AIDS)
 (marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- A) não procuraria assistência médica.
 consultaria um médico particular ou de um plano de saúde.
 consultaria em um serviço de Saúde Pública (SUS).
 consultaria em um serviço Especializado para Adolescentes.
 consultaria em um serviço de Emergência ou Pronto Atendimento.
- B) consultaria um médico ou serviço de saúde de sua própria escolha.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que sua família indicasse.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que seus amigos(as) indicassem.
- C) consultaria um médico que **já** tivesse lhe atendido anteriormente.
 consultaria um médico que **não** tivesse lhe atendido anteriormente.
- D) iria consultar sozinho(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um familiar. Quem?.....
 iria consultar acompanhado(a) do(a) namorado(a) ou parceiro(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um amigo(a).

Explique brevemente as razões de suas respostas?

.....

13. Se você necessitasse de orientações sobre prevenção de gravidez e/ou sexo seguro (por ex: uso de anticoncepcionais, uso de camisinha, etc):
(marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- A) não procuraria assistência médica.
 consultaria um médico particular ou de um plano de saúde.
 consultaria em um serviço de Saúde Pública (SUS).
 consultaria em um serviço Especializado para Adolescentes.
 consultaria em um serviço de Emergência ou Pronto Atendimento.
- B) consultaria um médico ou serviço de saúde de sua própria escolha.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que sua família indicasse.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que seus amigos(as) indicassem.
- C) consultaria um médico que **já** tivesse lhe atendido anteriormente.
 consultaria um médico que **não** tivesse lhe atendido anteriormente.
- D) iria consultar sozinho(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um familiar. Quem?.....
 iria consultar acompanhado(a) do(a) namorado(a) ou parceiro(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um amigo(a).

Explique brevemente as razões de suas respostas?

.....

.....

14. Se você estivesse dependente do consumo de drogas (álcool, maconha, cocaína, etc):
(marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- A) não procuraria assistência médica.
 consultaria um médico particular ou de um plano de saúde.
 consultaria em um serviço de Saúde Pública (SUS).
 consultaria em um serviço Especializado para Adolescentes.
 consultaria em um serviço de Emergência ou Pronto Atendimento.
- B) consultaria um médico ou serviço de saúde de sua própria escolha.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que sua família indicasse.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que seus amigos(as) indicassem.
- C) consultaria um médico que **já** tivesse lhe atendido anteriormente.
 consultaria um médico que **não** tivesse lhe atendido anteriormente.
- D) iria consultar sozinho(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um familiar. Quem?.....
 iria consultar acompanhado(a) do(a) namorado(a) ou parceiro(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um amigo(a).

Explique brevemente as razões de suas respostas?

.....

.....

.....

(ANEXO 1 – continuação)

15. Se você estivesse com alguma doença mental (ex: depressão, stress, neurose, fobias, idéias de suicídio, etc): (marque tantas alternativas quantas julgar adequadas)

- A) não procuraria assistência médica.
 consultaria um médico particular ou de um plano de saúde.
 consultaria em um serviço de Saúde Pública (SUS).
 consultaria em um serviço Especializado para Adolescentes.
 consultaria em um serviço de Emergência ou Pronto Atendimento.
- B) consultaria um médico ou serviço de saúde de sua própria escolha.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que sua família indicasse.
 consultaria um médico ou serviço de saúde que seus amigos(as) indicassem.
- C) consultaria um médico que **já** tivesse lhe atendido anteriormente.
 consultaria um médico que **não** tivesse lhe atendido anteriormente.
- D) iria consultar sozinho(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um familiar. Quem?.....
 iria consultar acompanhado(a) do(a) namorado(a) ou parceiro(a).
 iria consultar acompanhado(a) de um amigo(a).

Explique brevemente as razões de suas respostas?

.....

16. Se você tivesse contado a um médico as situações abaixo, você acha que ele deveria ou não revelar o fato à sua família: (marque com um X a alternativa que julgar adequada):

SITUAÇÃO HIPOTÉTICA	Não deveria revelar	Deveria revelar
“ Sou usuário(a) de álcool ou drogas.”		
“ Estou tendo relações sexuais.”		
“ Tenho idéias de cometer suicídio.”		
“ Estou grávida” ou “Engravidei minha namorada.”		
“ Estou sendo vítima de abuso sexual”		
“ Estou sendo vítima de violência física.”		
“ Tenho uma doença sexualmente transmitida.”		
“ Estou com bulimia ou anorexia nervosa.”		
“ Sou homossexual.”		
“Sou HIV positivo(a)” ou “Tenho AIDS”		

17. Gostaria de fazer algum comentário ou pergunta sobre os assuntos abordados neste questionário? Por favor, use o verso da folha.

ANEXO 2 - JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO VERBAL DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Considerando:

1. Que há uma tendência positiva em permitir que os adolescentes tenham maior liberdade para tomar decisões e exercer sua autonomia e autodeterminação nas relações com os profissionais de saúde e com outros segmentos da sociedade¹;
2. Que a necessidade da permissão dos pais deve incluir a consideração, no mínimo, da idade e maturidade dos participantes, das questões e dos procedimentos envolvidos na pesquisa, e a extensão das provisões legais que amparam a participação dos adolescentes sem o envolvimento de seus pais²;
3. Que o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 17, especifica que “o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”³;
4. Que há consenso na literatura de que, a partir dos 16 anos de idade, os adolescentes já possuem condições de tomar várias posições que envolvem capacidade moral e responsabilidade civil como, por exemplo, votar em eleições, ter contas bancárias e cartões de crédito;
5. Que a população desta pesquisa constitui-se de jovens com idade entre 16 e 21 anos, que já vivenciaram as situações descritas acima e que já tomaram decisões importantes como decidir uma carreira profissional, e, em sentido amplo, preenchem condições de dar um consentimento válido sobre assuntos relativos à sua saúde;
6. Que a pesquisa inclui questionamentos sobre áreas sensíveis da vida dos adolescentes como atividade sexual, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e uso de drogas;
7. Que estas questões são colocadas na forma de situações hipotéticas (“se você...”) e não perguntas diretas sobre as experiências reais de vida destes adolescentes;
8. Que a literatura mostra que a possibilidade de identificação do adolescente diminui a veracidade de suas respostas^{4, 5, 6};

(ANEXO 2 – continuação)

9. Que o questionário possui perguntas abertas, que serão respondidas de forma manuscrita, aumentando as chances de identificação se comparadas à assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido;

Solicita-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS que autorize a realização desta pesquisa utilizando-se um Consentimento Informado Verbal do próprio participante, após a leitura e entrega individual de texto padronizado, firmado pela pesquisadora, o qual contempla as características exigidas pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que se encontra anexo.

Porto Alegre, 3 de outubro de 2000

Jussara de A. Loch – pesquisadora

Bibliografia Consultada:

1. Holder AR. Minor's Rights to Consent to Medical Care. JAMA, 1987; 257 (24): 3400-3402
2. English A. Guidelines for Adolescent Research: Legal Perspectives. Journ. Adolesc. Health 1995; 17: 277-286
3. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990.
4. Gans JE, Brindis, CD. Choice of Research Setting in Understanding Adolescent Health Problems. Journ. Adolesc. Health 1995; 17: 306-313
5. Jellinek B. Adolescents' Knowledge of Consent Laws in a Massachusetts Community. Pediatric Nursing 1980; mar/apr: 21-23
6. Schuster MA, Bell RM, Petersen LP, Kanouse DE. Communication Between Adolescents and Physicians About Sexual Behavior and Risk Prevention. Arch Adolesc □éd. 1996; 150: 906-913

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Porto Alegre, novembro de 2000.

Prezado(a) Universitário(a),

Esta é uma pesquisa para trabalho de conclusão de Pós-graduação em Medicina/Bioética, com alunos de 16 a 21 anos de idade que ingressaram na PUCRS no primeiro semestre do ano 2000. Estão participando deste estudo alunos dos cursos de Administração de Empresas, Direito, Enfermagem, Medicina e Odontologia.

A pesquisa destina-se a avaliar as opiniões e os comportamentos dos universitários a respeito da confidencialidade das informações durante uma consulta médica e o tipo de assistência que eles buscam para diversos problemas de saúde. Os benefícios esperados com esta investigação são os de conhecer as necessidades dos jovens desta faixa etária e, partindo deste diagnóstico, contribuir para melhorar os serviços de saúde para adolescentes. O desconforto que o estudo pode causar-lhe é, no máximo, a utilização de cerca de trinta minutos do seu tempo para o preenchimento do questionário.

O questionário tem perguntas sobre o tipo de assistência médica utilizada para prevenção do uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez, sexo seguro, problemas clínicos e mentais.

Sua participação é livre e opcional e não há nenhuma relação atual ou futura com as disciplinas que você está cursando. Você não deve se identificar para responder ao questionário e os dados coletados serão utilizados somente para os fins da referida pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre a participação nele, as perguntas podem ser feitas agora. Sou a pesquisadora responsável, meu nome é Jussara Loch, sou médica, e posso ser contatada pelo fone 266.85.37 ou no Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina, no 5º andar do Hospital São Lucas. Estou a sua disposição para qualquer tipo de informação a respeito desta investigação.

Agradeço sua colaboração.

Dra. Jussara de A. Loch - CREMERS 7752

ANEXO 4 - RESULTADOS QUALITATIVOS: INTERPRETAÇÃO SUBJETIVA DO CONCEITO DE CONFIDENCIALIDADE

QUADRO 7 - Categorização das interpretações espontâneas dos jovens para o conceito de confidencialidade na assistência à saúde. (Análise de texto – busca de isotopias)

Categorias (interpretação do tema)	Razões ou justificativas (isotopias de tema - 1ª leitura)	n	%
Interpretação Normativa (Deontológica)	<p><i>os assuntos tratados no consultório devem permanecer lá; não devem sair de lá; ou 'morrem lá'</i></p> <p><i>aquilo que é tratado na consulta só diz respeito ao médico e ao paciente</i></p> <p><i>o médico deve manter em segredo as informações recebidas do paciente</i></p> <p><i>a confidencialidade é uma norma da ética profissional, um dever do médico</i></p>	420	62,4
Interpretação Modelar	<p><i>confidencialidade é:</i></p> <p><i>acreditar e confiar no profissional;</i></p> <p><i>é ter segurança para falar com liberdade sobre seus problemas;</i></p> <p><i>é essencial na relação clínica;</i></p> <p><i>pressupõe confiança mútua,</i></p> <p><i>discrição,</i></p> <p><i>lealdade, fidelidade,</i></p> <p><i>sinceridade, honestidade e franqueza.</i></p>	188	28,0
Interpretação Mista	<i>Combinações entre os argumentos utilizados nas duas primeiras interpretações</i>	65	9,6
TOTAL		673	100

**ANEXO 5 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA NÃO
BUSCAR ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**QUADRO 8 - Categorização das justificativas espontâneas dadas pelos jovens para não
buscar assistência médica para as diversas situações pesquisadas. (Análise de texto –
busca de isotopias)**

Categorias (interpretação do tema)	Razões ou justificativas (isotopias de tema - 1ª leitura)	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Há outras fontes de informação	<i>Educadores não- médicos Familiares, amigos, professores Televisão, Internet, vídeos Publicações para jovens Revistas em geral, jornais Bibliotecas, livros técnicos, Campanhas de esclarecimento</i>	-	-	61	-	-
	<i>Considera-se suficientemente informado</i>	-	-	35	-	-
Há outros meios de ajuda	<i>Psicólogo Grupos de apoio, Alcoólicos Anônimos Clínica privada</i>	-	-	-	25	16
Desconforto e/ ou Preconceito	<i>Por timidez ou desconforto Porque este assunto é tabu teria vergonha ficaria constrangido Por medo de preconceito</i>	1	-	21	13	6
Não admitiria estar doente	<i>Não admitiria que é doença Não reconheceria estar doente</i>	1	-	-	42	22
Não sabe	<i>Não sabe como agiria</i>	-	-	-	14	18
TOTAL		2	34	117	69	62

(ANEXO 5 – continuação)

TABELA 36 – Justificativas espontâneas para não buscar assistência médica nas diversas situações pesquisadas

Categorias de razões para não ir à consulta	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Há outros meios de ajuda ou de informação	-	-	96	25	16
Desconforto e/ ou preconceito	1	-	21	13	6
Não admitiria estar doente	1	-	-	42	22
Não sabe como agiria	-	-	-	14	18
Total de depoimentos	2	-	117	94	62
	10%	0%	100%	85,4%	100%
Total dos que não iriam consultar (questão objetiva)	20	2	117	110	62
	2,8%	0,3%	16,5%	15,5%	8,7%

**ANEXO 6 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA IR
DESACOMPANHADO À CONSULTA**

QUADRO 9 - Categorização das justificativas espontâneas dadas pelos jovens para irem desacompanhados à consulta para as diversas situações pesquisadas. (Análise de texto – busca de isotopias)

Categorias (interpretação do tema)	Razões ou justificativas (isotopias de tema – 1º leitura)	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Privacidade e/ou intimidade	<i>Porque esta questão é particular</i> <i>Porque esta questão é íntima</i> <i>Porque isto é 'coisa minha'</i> <i>Tem a ver com privacidade</i> <i>Tem a ver com intimidade</i>	8	76	54	13	14
	<i>Por segurança</i> <i>Por sigilo</i> <i>Não gostaria que alguém soubesse</i>	6	83	22	18	14
	<i>Para ter liberdade de falar</i> <i>Para ficar à vontade</i> <i>Para ter tranquilidade</i>	18	36	23	8	16
Desconforto e/ou Preconceito	<i>Porque é um assunto delicado</i> <i>Porque teria vergonha</i> <i>Porque ficaria constrangido</i> <i>Por medo de preconceito</i> <i>Por desconforto com o fato</i>	1	34	16	13	6
	<i>Falta intimidade com os pais</i> <i>Falta aceitação na família</i> <i>Porque a família é conservadora</i> <i>Os pais 'não sabem de sua vida'</i>	-	14	12	2	1
Independência	<i>Porque sempre vai sozinho</i> <i>Porque vive só</i> <i>Não gosta de ir acompanhado</i>	27	16	13	5	8
	<i>Porque não é grave.</i> <i>Não acho necessário ter companhia</i>	22	-	50	9	12
	<i>Família é muito ocupada</i> <i>Pais trabalham</i>	5	-	-	1	2
TOTAL		87	259	189	69	73

(ANEXO 6 – continuação)

TABELA 37 – Justificativas espontâneas para ir desacompanhado à consulta nas diversas situações pesquisadas

Categorias de razões para ir desacompanhado à consulta	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Privacidade e intimidade	32	195	99	39	44
Desconforto e/ou preconceito	1	48	28	15	7
Independência	54	16	63	15	22
Total de depoimentos	87 33,7%	259 63,5%	189 42,6%	69 22,7%	73 23,8%
<hr/>					
Total dos que iriam sozinhos à consulta (questão objetiva)	258 36,5%	408 57,4%	443 62,3%	304 42,8%	307 43,2%
Total dos que iriam consultar (questão objetiva)	97,2%	99,4%	83,5%	84,5%	91,3%

**ANEXO 7 - RESULTADOS QUALITATIVOS: JUSTIFICATIVAS PARA
CONSULTAR NO SERVIÇO PARA ADOLESCENTES**

**QUADRO 10 - Categorização das justificativas dadas pelos jovens para buscar
assistência em serviço especializado para adolescentes nas diversas situações
pesquisadas. (Análise de texto – busca de isotopias)**

Categorias (interpretação do tema)	Razões ou justificativas (isotopias de tema - 1ª leitura)	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Competência profissional	<i>Porque os profissionais: - são mais preparados - informam melhor - entendem melhor o problema - sabem mais sobre o problema - têm mais experiência com jovens</i>	zero	21	26	72	43
Compreensão e acolhimento	<i>Porque os profissionais: - entendem o mundo dos jovens - não são tão conservadores ou críticos quanto os demais médicos Porque este assunto é tabu</i>	zero	7	20	26	24
TOTAL		zero	28	46	98	67

(ANEXO 7 – continuação)

TABELA 38 – Justificativas espontâneas para consultar em um serviço especializado em adolescentes nas diversas situações pesquisadas

Categorias de razões para ir ao Serviço para Adolescentes	Infecção respiratória	Doença sexualmente transmissível	Orientações sexo seguro e anticoncepção	Uso de drogas	Transtorno mental
Competência profissional	zero	21	26	72	43
Compreensão e acolhimento	zero	7	20	26	24
Total de depoimentos	zero	28	46	98	67
		40,5%	32%	45,3%	60%

Total consultas em Serviço de Adolescentes (questão objetiva)	8	69	144	216	112
	1,1%	9,7%	20,3%	30,4%	15,8%

ANEXO 8 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO ASSUNTO DA TESE

1. Artigos publicados:

Loch JA et al. Normas e Rotinas: Comitê de Bioética do HSL e FAMED/PUCRS: Recomendações sobre confidencialidade e informatização dos registros médicos. Rev Med PUCRS, vol. 9/1, janeiro-março, 1999. p.54-57.

Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Bioética. Vol 11, n. 1; 2003, p. 51-64. (Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio11v1.htm>) (ANEXO 9)

Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. Rev. Assoc. Med. Bras., maio/jun. 2007, vol.53, no.3, p.240-246. ISSN 0104-4230. (Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-423020070003&lng=pt&nrm=iso) (ANEXO 10)

2. Capítulos de livro:

Clotet J, Loch JA. Capacidade para tomar decisões sanitárias: autonomia moral versus autonomia legal. In: Urban CA (editor). Bioética Clínica. Rio de Janeiro: REVINTER, 2002. p. 44-47.

Clotet J, Loch JA. Aspectos Relevantes da Confidencialidade na Assistência ao Adolescente. In: Urban CA (editor). Bioética Clínica. Rio de Janeiro: REVINTER, 2002. p. 395- 398.

Clotet J, Loch JA. Aspectos relevantes de la confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente In: Sorokin P. (org.) Bioética: entre utopías y desarraigos.1 ed. Buenos Aires: AD-HOC, 2002.

3. Apresentações em eventos:

Loch JA. Mesa Redonda: Responsabilidade ética do exercício pediátrico: A confidencialidade na assistência à saúde do adolescente. Anais do 62º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria. Vitória, ES: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005. p.125-29.

Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Sessão Pôster: Características dos profissionais e serviços de saúde que facilitam o retorno do adolescente à consulta médica. VII Congresso Brasileiro de Bioética, São Paulo, SP, 27 de agosto a 1 de setembro de 2007.

Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Sessão Comunicação Coordenada: Confidencialidade: comportamentos de um grupo de jovens universitários em diferentes situações clínicas. VII Congresso Brasileiro de Bioética, São Paulo, SP, 27 de agosto a 1 de setembro de 2007.

4. Livro publicado:

Loch JA. La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS – Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 129 p.

ANEXO 9

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.

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

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 àquelas 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,

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

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 confidente 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

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, tomando-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

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 EJ. *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. Kottoz 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 nº 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.

ANEXO 10

*Artigo Original***PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE: PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS DE UM GRUPO DE 711 UNIVERSITÁRIOS**

JUSSARA DE AZAMBUJA LOCH*, JOAQUIM CLOTET, JOSÉ ROBERTO GOLDIM

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Faculdade de Medicina/UFRGS.

RESUMO**OBJETIVO.** Conhecer as opiniões e comportamentos de um grupo de universitários sobre o grau de privacidade que consideram adequado em várias situações clínicas e em quais destas situações admitem a quebra de confidencialidade.**MÉTODOS.** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quali-quantitativo, no qual 711 universitários responderam a um questionário anônimo sobre a confidencialidade na assistência à saúde. O fator em estudo foi o reconhecimento dos limites éticos à confidencialidade e o desfecho avaliado foi a admissão da quebra de confidencialidade em situações clínicas frequentes na morbidade dos adolescentes. A análise estatística utilizou o EpiInfo 6.04 e Microsoft Excel, 1997. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/PUCRS.**RESULTADOS.** 82% dos adolescentes identificam a situação ideal de revelação mediante autorização do paciente, diferenciando-a das demais formas de quebra de confidencialidade. Em relação a revelações não autorizadas, a maioria admite a quebra do sigilo nas situações de idéias suicidas (85%), violência (84,2%), abuso sexual (81,7%), anorexia nervosa (81,3%) e risco à vida de terceiros (72,3%); cerca da metade em HIV/Aids (57,9%), drogadição (51,7%) e DST (44,7%); e menos de um terço a aceitam em casos de gravidez (33,6%), homossexualidade (20,7%) e atividade sexual (15,6%).**CONCLUSÃO.** Os participantes estabelecem graus diferentes sobre o valor da confidencialidade no contexto assistencial. Aceitam que as informações sejam comunicadas a terceiros quando houver autorização do paciente. Quanto maiores os riscos à integridade física, mais facilmente admitem a quebra não autorizada do sigilo, porém dificilmente a aceitam nos aspectos referentes a sua sexualidade.

UNITERMOS: Adolescência. Privacidade. Comunicação sigilosa.

***Correspondência**Rua Ramiro Barcelos, 2400 -
2º andar
Cep: 90035-003 -
Porto Alegre - RS
Tel: (51) 3316.5601
ppgped@vortex.ufrgs.br**INTRODUÇÃO**

A assistência ao adolescente é um desafio na prática médica contemporânea, tanto pelas características epidemiológicas de morbi-mortalidade desta faixa etária, como pelas controvérsias éticas, legais e sociais referentes aos direitos à privacidade e à confidencialidade da relação médico-adolescente.

Os graves problemas de saúde do grupo – que incluem doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, uso ou abuso de drogas, depressão, suicídio, abuso sexual, violências e acidentes – estão, em grande parte, condicionados ao processo natural de desenvolvimento biopsicossocial da adolescência, o qual facilita a experimentação e a adoção de comportamentos de risco¹. Nas últimas décadas, estes problemas têm aumentado em frequência e intensidade, atingindo adolescentes cada vez mais jovens. Na América do Norte, um em cada cinco adolescentes tem pelo menos um problema grave de saúde e um em cada quatro está em risco para o fracasso escolar, a delinqüência, o início precoce da vida sexual sem proteção adequada ou para o uso de drogas².

Várias pesquisas revelam que o principal motivo para o adolescente retardar a busca de auxílio especializado é sua preocupação com a confidencialidade e o receio de que o médico revele à família as informações sensíveis compartilhadas na consulta^{3,4}.

A confidencialidade é tanto um direito do paciente quanto uma obrigação do médico. Pode ser definida como um tipo de privacidade informacional e está presente na assistência à saúde quando uma informação é revelada para o profissional no contexto da relação clínica e este, ao tomar ciência dela, compromete-se a não divulgá-la para terceiros partes sem a permissão do informante⁵. A confidencialidade não é prerrogativa de pacientes adultos. Aplica-se a todas as faixas etárias, como consequência de direitos éticos e legais à privacidade, os quais limitam o acesso de terceiros a um âmbito privado e íntimo da pessoa, seja através de contato físico ou da revelação de idéias, informações, fatos ou sentimentos⁵⁻⁷.

Em várias situações da assistência aos jovens, no entanto, os profissionais de saúde questionam o grau de sigilo que devem manter. Isto porque a capacidade para tomar decisões e fazer julgamentos adequados sobre questões de saúde dependem da presença de certas habilidades intelectivas e psicológicas que se estabelecem durante o processo de desenvolvimento cognitivo-moral do indivíduo, só atingindo condições plenas na idade adulta.⁸

Para desenvolver um modelo assistencial que se caracterize pela excelência técnica, aliada aos valores de uma relação clínica eticamente adequada e que respeite a crescente autonomia dos adolescentes, é importante visualizar a prestação de serviços destinados aos jovens através de sua perspectiva e buscar estratégias

que melhor satisfaçam suas necessidades. Com este objetivo, o presente estudo procura identificar o conhecimento, por parte dos adolescentes, dos limites éticos à confidencialidade e, em quais situações clínicas os participantes admitem a quebra de confidencialidade das informações coletadas na consulta médica.

MÉTODOS

Com um delineamento transversal, contemporâneo, qualitativo e exploratório-descritivo, o estudo foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2000, pesquisando as opiniões e comportamentos de 711 universitários, por meio de um questionário anônimo, elaborado especificamente para a investigação, contendo perguntas abertas e fechadas sobre a confidencialidade na assistência à saúde⁹.

Considerando que a *Society for Adolescent Medicine* preconiza que a assistência a este grupo etário deve direcionar-se a pessoas cuja idade vai dos 10 aos 25 anos¹⁰ e que o Código Civil brasileiro vigente na época do estudo¹¹ fixava a maioridade civil aos 21 anos (fato que muda as exigências legais em relação à autonomia), optamos por pesquisar universitários até este limite de idade. Desta forma, a população em estudo constituiu-se de adolescentes entre 16 e 21 anos completos, cursando o 2º semestre das Faculdades de Administração de Empresas, Direito, Enfermagem, Medicina e Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

O fator em estudo foi o conhecimento dos universitários sobre os limites éticos da confidencialidade das informações em saúde. O desfecho avaliado foi a admissão da quebra da confidencialidade em situações clínicas hipotéticas, comuns na morbidade dos adolescentes, tais como: vida sexual ativa, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, homossexualidade, violência física e abuso sexual, anorexia nervosa e bulimia, risco de suicídio e uso de drogas.

O banco de dados foi construído com a utilização do programa Epi-Info, versão 6.04 (CDC/OMS, 1996) e foi analisado através dos recursos estatísticos do Epi-Info 6.04 e do Microsoft Excel, 1997.

Para a descrição da população estudada, utilizaram-se os seguintes tratamentos estatísticos: a) para as variáveis categóricas: tabelas de frequência e proporções; b) para as variáveis numéricas: média e desvio-padrão; c) para avaliação de associações entre variáveis categóricas: o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fischer; d) para comparações entre médias e entre os grupos foram utilizados: o teste t de Student para comparações entre dois grupos, cujas variáveis apresentaram distribuição simétrica e análise de variância (ANOVA) para comparações entre mais de dois grupos. Nas tabelas estão apresentados apenas os resultados descritivos; as diferenças e associações encontradas estão relatadas ao longo do texto, quando pertinentes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS; registro nº 00/805, em 31 de outubro de 2000.

RESULTADOS

Características da população estudada

De acordo com dados oficiais da PUCRS, matricularam-se nos cursos pesquisados, no primeiro semestre de 2000, 824 alunos com até 21 anos de idade. O número de alunos efetivamente pesquisados alcançou 86,3% (n=711) da população em estudo; sendo que 48,1% (342) pertencem ao sexo masculino e 51,9% (369) ao sexo feminino. A taxa de absenteísmo em sala de aula foi de 11% (91) e as negativas em participar da pesquisa representaram 2,7% (22).

A média etária geral foi de 18,84 ± 1,13 ano e a média para cada sexo, situou-se em 18,92 anos para o sexo masculino e em 18,77 anos para o feminino (p>0,05). A mediana ficou em 19 anos de idade. Quanto ao estado civil, 98,2% (698) são solteiros: 47,8% do sexo masculino e 52,2% do sexo feminino, enquanto 1,8% (9 homens e 4 mulheres) são casados.

Do total de 711 adolescentes, 175 (24,6%) cursam Administração de Empresas, 392 (55,1%) fazem Direito, 31 (4,4%) pertencem à Enfermagem, 61 (8,6%) à Medicina e 52 (7,3%) à Odontologia. Alunos do sexo feminino predominam nas faculdades de Enfermagem (93,6%), Odontologia (70,6%), Medicina (65,6%) e Direito (51,0%), enquanto na Administração de Empresas encontra-se predomínio de alunos do sexo masculino (63,5%).

Moram com os pais 554 estudantes (78%), dos quais, 267 (48,2%) são do sexo masculino e 287 (51,8%) do sexo feminino. Vivem com o cônjuge 1,5% dos alunos, sete homens e quatro mulheres, enquanto cinco estudantes (0,7%) moram com um parceiro estável. Os restantes moram sozinhos (7,3%), com colegas ou amigos (4,4%) ou com outros familiares (8%) como irmãos, tios, primos e avós.

Enquanto a maior parte dos estudantes de Enfermagem (93,5% - 29), Administração de Empresas (82,3% - 144) e Direito (80,6% - 315) moram com os pais, na Medicina e Odontologia estas porcentagens baixam, respectivamente, para 59% (36) e 57,7% (30). Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa (p<0,001).

Declararam a renda familiar 353 (49,6%) universitários, a qual variou de R\$ 700,00 a R\$ 50.000,00, com média de R\$ 5.734,47 e mediana de R\$ 4.000,00.

Com referência a fontes de renda pessoal, 461 (64,8%) recebem dinheiro dos pais em forma de mesada ou conforme a necessidade, 188 (26,4%) têm emprego, 32 (4,5%) recebem pensão, 18 (2,5%) fazem estágio remunerado ou monitoria e 12 (1,8%) declararam ter outras fontes de renda, como rendimentos de aplicações financeiras, patrocínio esportivo, vendas, exército e músico profissional.

Dos 188 (26,4%) universitários que possuem emprego, 95 (54,3%) são alunos de Administração de Empresas e 89 (22,7%) são alunos de Direito. Nos cursos da área da saúde, somente um acadêmico de Medicina (1,6%), um de Odontologia (1,9%) e dois alunos de Enfermagem (6,5%) têm emprego, diferença que se mostrou estatisticamente significativa (p<0,001).

LOCH JA ET AL.

Assistência à saúde

Mais da metade (51,3% - 365) dos estudantes vai periodicamente ao médico para supervisão de saúde, mesmo não estando enfermos. Destes, 36,5% (125) são homens e 65% (240) são mulheres. Mais alunos de Medicina (68,9%) e de Enfermagem (64,5%) fazem consultas preventivas do que alunos de Direito (48,7%), Administração de Empresas (49,1%) e Odontologia (51,0%), diferença estatisticamente significativa ($p < 0,026$).

Nos últimos dois anos, 633 alunos (89,3%) necessitaram consultar pelo menos um médico por um problema de saúde, representando 84,8% (289) dos homens e 93,5% (344) das mulheres. Duzentos e dezenove alunos do sexo masculino (70,4%) e 278 do sexo feminino (78,5%) declararam haver consultado o mesmo profissional anteriormente, num total de 497 respostas (74,7%), enquanto que 168 universitários (25,3%) não haviam consultado o mesmo médico e 46 (6,5%) não responderam a esta pergunta.

A Tabela 1 apresenta as frequências dos médicos consultados em relação ao sexo dos alunos pesquisados.

Tabela 1 - Frequência dos médicos consultados de acordo com o sexo dos alunos pesquisados

Médicos consultados	Alunos					
	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Clinico Geral	139	40,8	124	33,6	263	37,0
Dermatologista	101	29,6	151	40,9	252	35,4
Ginecologista	-	-	222	60,2	222	31,2
Otorrinolaringologista	35	10,3	28	7,6	63	8,9
Oftalmologista	23	6,7	33	9,0	56	7,9
Pediatra	27	7,9	29	7,9	56	7,9
Traumatologista	42	12,3	13	3,5	55	7,7
Urologista	17	5,0	13	3,5	30	4,2
Outros*	53	15,5	79	21,4	132	18,6

*Outros: Pneumologista, Endocrinologista, Neurologista, Gastroenterologista, Psiquiatra, Cardiologista, Nefrologista, Cirurgião Geral e Plástico, Homeopata, Proctologista, Alergista, Nutrólogo, Hematologista, Fisiatra, Oncologista e Reumatologista.

Limites à confidencialidade

Com o objetivo de verificar o conhecimento por parte dos adolescentes dos limites à confidencialidade, perguntou-se quais as informações prestadas em uma consulta que, no entender deles, poderiam ou deveriam ser reveladas pelo médico para a família, parceiros ou amigos, como mostra a Tabela 2.

Limites à confidencialidade em situações clínicas específicas

Quando colocados como protagonistas de situações hipotéticas e perguntados em quais delas o médico poderia ou deveria revelar os fatos à família, parceiros ou amigos, mesmo sem o seu consentimento, os universitários responderam conforme o demonstrado na Tabela 3.

DISCUSSÃO

A participação de adolescentes como sujeitos de pesquisa proporciona informações relevantes para diversas áreas da assistência, permitindo, de maneira apropriada e realística, atender tanto às necessidades de saúde do grupo como ao desenvolvimento de políticas e programas de prevenção e tratamento¹².

Garantir a confidencialidade das informações é muito importante na pesquisa com adolescentes, porque suas causas de adoecimento relacionam-se a questões sensíveis, como os comportamentos de risco e a sexualidade. Uma vez que o presente estudo inclui perguntas sobre estes assuntos, procuramos utilizar estratégias eticamente adequadas para abordá-los¹²⁻¹⁴. Para garantir o anonimato dos dados coletados, optamos pela obtenção de um consentimento informado de forma verbal, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Metodologicamente, o consentimento verbal ajudou para diminuir um viés potencial do estudo, pois os adolescentes, quando passíveis de identificação, respondem com menor veracidade a perguntas sobre questões íntimas^{13,15}.

Avaliemos as vantagens e as limitações do ambiente universitário como cenário da pesquisa. Consideramos vantajoso o delineamento do trabalho, que permite delimitar uma população para o estudo (ingressantes na PUCRS no 1º semestre de 2000, em cursos estabelecidos) e estudá-la na totalidade, além de que a

Tabela 2 - Informações que o médico pode ou deve revelar à família, parceiros(as) ou amigos (n = 711)

Que informações você acha que seu médico pode ou deve revelar?	Para sua Família		Parceiro/a ou namorado/a		Amigos ou conhecidos	
	n	%	n	%	n	%
Todas as informações que você deu na consulta	143	20,1	28	3,9	4	0,6
Qualquer informação que ele, médico, julgar que eles devem saber, mesmo que você não autorize	258	36,3	60	8,4	11	1,5
Só as informações que você consentir que sejam divulgadas	587	82,6	319	44,9	203	28,6
Só as informações que constituem risco para sua vida (câncer, Aids, doenças mentais)	509	71,6	218	30,7	41	5,8
Informações que constituem risco para a vida de outras pessoas conhecidas (doenças contagiosas, Aids, intenção de homicídio)	514	72,3	303	42,6	114	16

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Tabela 3 – Situações em que o médico poderia ou deveria revelar informações, mesmo sem o consentimento do adolescente (N = 711)

Situação Hipotética	O médico poderia ou deveria revelar	
	n	%
"Tenho idéias de cometer suicídio"	601	85,0
"Estou sendo vítima de violência física"	593	84,2
"Estou com bulimia ou anorexia nervosa"	573	81,3
"Estou sendo vítima de abuso sexual"	576	81,7
"Sou HIV positivo(a)" ou "Tenho Aids"	408	57,9
"Sou usuário(a) de álcool ou drogas"	366	51,7
"Tenho uma doença sexualmente transmitida"	315	44,7
"Estou grávida"/"Engravidei minha namorada"	237	33,6
"Sou homossexual"	146	20,7
"Estou tendo relações sexuais"	110	15,6

variedade demográfica que uma escola propicia, ajuda o entendimento normativo das questões de saúde dos adolescentes.¹³ Como desvantagem, salientamos que este tipo de cenário exclui os adolescentes de maior risco: aqueles que estão fora do ambiente educacional¹⁶. Da mesma forma, outras faixas etárias, incluindo a adolescência inicial e média, também poderiam apresentar resultados diferentes dos encontrados nesta pesquisa.

Os estudantes pesquisados são oriundos de um estrato social, cultural e economicamente privilegiado, considerando a renda familiar declarada e as estatísticas que revelam que apenas 20% da população brasileira possui 11 anos ou mais de escolarização¹⁷. Portanto, o estudo envolveu uma população diferenciada quanto às características gerais dos adolescentes brasileiros e sugerimos que os resultados não sejam generalizados para a totalidade da adolescência no país. Salientamos, assim como Feijó e Chaves, que esta limitação metodológica é inerente aos estudos sobre o comportamento humano, já que características culturais, hábitos regionais e de grupos sociais definem comportamentos distintos também entre os adolescentes¹⁸. Assim sendo, preocupamo-nos em garantir validade interna ao trabalho, aliando à objetividade do método quantitativo a análise qualitativa das opiniões dos respondentes, mantendo sua perspectiva quando da descrição dos possíveis motivos para os resultados encontrados. Se considerarmos a afirmação contida na Carta de Jacarta/OMS¹⁹, de que "o acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades", os jovens estudados preenchem as condições de servirem como portavozes de seus pares quando o objetivo é pesquisar um modelo de assistência atento às necessidades de individuação e privacidade dos adolescentes como grupo.

Assistência à saúde

Apenas 51,3% dos respondentes costumam fazer revisão de saúde, sugerindo que, mesmo numa camada populacional, econômica e socialmente privilegiada como esta, somente metade dos adolescentes está tendo atitudes preventivas. Ressaltamos que, entre aqueles que vão periodicamente ao médico, há uma proporção de 1,85 mulheres para cada homem. Diferentemente de nosso

achado, dados da literatura mostram que a porcentagem de adolescentes norte-americanos que vai periodicamente ao médico chega a 80%, na mesma faixa etária²⁰. Esta diferença significativa pode estar relacionada a questões culturais de entendimento da importância da prevenção no contexto saúde-doença e condicionada por dificuldades de acesso ou por falta de renda própria por parte dos adolescentes deste estudo.

Mesmo sem o hábito de fazer prevenção, 89,3% dos jovens necessitaram consultar pelo menos um médico nos últimos dois anos. O profissional mais procurado pelas mulheres foi o ginecologista (60,2%) e, pelos homens, o clínico geral (40,8%). O pediatra foi consultado por 7,9% dos rapazes e 7,9% das moças. Outros especialistas, espontaneamente mencionados, estão relacionados com problemas freqüentes na adolescência, como afecções dermatológicas e traumatismos decorrentes da prática esportiva, além de problemas de visão e audição, como foi mostrado na Tabela 1.

Um total de 74,7% dos respondentes já havia consultado estes profissionais anteriormente, configurando um vínculo de relacionamento positivo, fator importante para facilitar o acesso e a continuidade da assistência ao adolescente como atestam vários trabalhos¹². Na pesquisa de Ginsburg et al., os adolescentes referiram, da mesma maneira que os participantes deste estudo, que estando satisfeitos com seus cuidadores, buscam mais assistência e seguem com mais fidelidade as orientações de prevenção e tratamento.²¹

Limites à confidencialidade

Para verificar quais limites à confidencialidade os adolescentes reconheciam como válidos, perguntou-se quais informações prestadas em uma consulta poderiam ou deveriam ser reveladas pelo médico para a família, parceiros ou amigos. Para a formulação da pergunta, foram utilizados os critérios éticos para a quebra de confidencialidade propostos por Schiedermaier, em 1991²². O autor utiliza os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress²³ para fundamentar eticamente a quebra de sigilo, afirmando que ela somente pode ser admitida em quatro circunstâncias gerais: a) quando houver grande probabilidade de um sério dano físico a uma terceira pessoa identificável e específica, estando justificada pelo princípio da Não-Maleficência; b) quando um benefício real para o paciente resultar desta revelação, baseando-se esta decisão no princípio de Beneficência; c) quando for o último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens para respeitar a Autonomia; e d) quando a mesma decisão de revelação possa ser utilizada em outras situações com características idênticas, independentemente da posição social do paciente, contemplando o princípio de Justiça²².

Como pode ser visto na Tabela 2, os universitários reconhecem a situação eticamente adequada de necessidade de consentimento e autorização do paciente para a revelação das informações compartilhadas na consulta, tanto que 82,6% consideram lícito que o médico revele informações à família; 44,9% e 28,6%, respectivamente, que revele aos parceiros e aos amigos, desde que haja a permissão do paciente. Consistente com esta posição, apenas 20,1% acham que o médico tem o direito de revelar à família todas

LOCH JA ET AL.

as informações dadas em consulta, porcentagem que baixa para 3,9% e 0,6%, quando se trata de contar a parceiros ou amigos.

Os alunos também identificam os limites éticos à confidencialidade nas situações de risco à vida. Quando há riscos à sua integridade pessoal (71,6%) ou à de terceiros (72,3%), cerca de três quartos dos respondentes admitem a revelação não autorizada para a família. A revelação aos parceiros foi considerada correta por 30,7%, nos riscos à própria vida e por 42,6%, no risco a terceiros. Aos amigos, apenas 5,8% dos respondentes concordam que o médico poderia revelar informações não autorizadas quando há ameaça à integridade do paciente e 16,0% concordam quando há riscos para outrem.

É interessante assinalar que um terço (33,6%) dos universitários confere ao médico a autoridade para revelar, sem consentimento, aqueles fatos (mesmo não representando sério risco à vida) que ele, médico, julgue importantes que a família tome conhecimento. Este achado corrobora com a idéia de que o pressuposto básico para a confidencialidade é a confiança²⁴. Vários autores defendem que as informações sensíveis compartilhadas entre médico e paciente são consideradas "segredos de confiança"^{25,26}. Nestas situações, a informação tem um caráter instrumental, servindo a um objetivo específico e a única justificativa para a quebra do sigilo é melhor alcançar este propósito. Dito de outra forma, o adolescente revela informações sensíveis por necessidade de ajuda ou para tentar resolver um problema e, assim sendo, confia que o médico, ao inteirar-se da questão, possa ajudá-lo de fato e, se para isto houver necessidade de revelar à família, ele espera que o médico o faça.

Limites à confidencialidade em situações clínicas específicas

Partindo da generalização sobre os limites à confidencialidade acima discutida, o questionário propiciou o estudo de situações específicas relacionadas aos comportamentos de risco, visando identificar mais precisamente em que casos a autoridade conferida ao profissional para revelar informações não autorizadas teria maior consistência.

Nos casos de ideação suicida, violência física, anorexia nervosa, bulimia e abuso sexual, cerca de 80% dos respondentes mostraram-se dispostos a aceitar a quebra da confidencialidade, mesmo sem prévio consentimento, bem como no caso de HIV/Aids (57,9%), reconhecendo os riscos potenciais à sua integridade e a necessidade de ajuda para lidar com estas questões. Para aquelas situações que envolvem dependência química (uso de drogas), 51,7% dos adolescentes aceitam as revelações não autorizadas, ficando divididos entre o direito à confidencialidade e a necessidade de ajuda familiar. Já nas questões relacionadas à sexualidade (gravidez, homossexualidade e vida sexual ativa), as taxas de concordância com a quebra da confidencialidade caem abaixo de 30%, para os sexos combinados (Tabela 3).

Quando estes resultados foram analisados em relação ao gênero dos respondentes, somente nas questões relativas à sexualidade foram encontradas associações estatisticamente significati-

vas ($p < 0,0001$), utilizando-se o teste do Qui-quadrado. As mulheres demandam maior grau de privacidade que os homens nas situações pesquisadas. Enquanto 52,4% dos alunos do sexo masculino admitiriam a quebra não autorizada do sigilo no caso de serem portadores de DST, apenas 37,6% do sexo feminino o fariam. Em situação de gravidez, 43% dos homens e 25% das mulheres acham que o médico pode revelar; na homossexualidade, 31,5% dos homens e 10,9% das mulheres, e no caso de vida sexual ativa, 24,5% dos alunos contra somente 7,3% das alunas concordariam com a revelação não autorizada. Este achado pode ser explicado com base no conceito de tipificação ou estereótipo de papel sexual²⁷. As participantes do estudo se autoconcedem um conjunto de qualidades que definem a condição de ser mulher no seu contexto cultural, reconhecendo na privacidade e no recato características inerentes deste papel, estando conscientes da repercussão negativa para o sexo feminino de assumir sua sexualidade fora dos padrões sociais vigentes.

Apesar desta diferença de gênero, homens e mulheres do estudo consideram as questões de sexualidade como as mais pessoais e sensíveis, demandando um grau de sigilo maior por parte dos profissionais de saúde.

A privacidade e confidencialidade da assistência ao adolescente tem sido avaliada e discutida mais profundamente em países onde o individualismo e os direitos pessoais são proeminentes no sistema normativo jurídico. Nos Estados Unidos, por exemplo, associações médicas comprometidas com a assistência ao adolescente, como a *American Medical Association*, a *American Academy of Pediatrics*, a *American Public Health Association*, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* e a *Society for Adolescent Medicine* dizem que "há um consenso de que os adolescentes devem ter acesso a serviços de assistência que sejam confidenciais e que o envolvimento, consentimento ou notificação aos pais não deveria ser uma barreira para este atendimento"²⁸.

No Brasil, o Código de Ética Médica (art.103) veda ao médico "revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não-revelação possa acarretar danos ao paciente"²⁹. A Sociedade Brasileira de Pediatria, em documento de 1999, ratifica este posicionamento e enfatiza o direito do adolescente à confidencialidade, declarando que "os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas como, por exemplo, nas questões relacionadas com a sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o exposto consentimento do adolescente."³⁰

Todas estas entidades reconhecem que o envolvimento da família nas questões de saúde do adolescente é altamente desejável e deve ser incentivado, porém os limites desta participação devem ficar claros para a família, para o jovem e para o profissional que os assiste. Este estudo mostra que os adolescentes pesquisados têm consciência da necessidade da participação familiar nas questões mais graves e aponta claramente sua intenção de fazê-lo nas situações em que eles acreditam que isto seja necessário. Portanto,

os resultados evidenciam que os adolescentes estudados utilizam um critério de ponderação entre seus direitos e o risco associado a determinadas situações de morbidade, assumindo a possibilidade de redução do direito à privacidade toda vez que um valor maior esteja ameaçado.

CONCLUSÃO

Podemos concluir, de acordo com os objetivos pretendidos, que os adolescentes do estudo estabelecem graus diferentes sobre o valor da confidencialidade na assistência a sua saúde. A exigência, por parte do adolescente, de maior ou menor privacidade depende essencialmente do motivo para o atendimento médico. Os universitários reconhecem e aceitam que as informações obtidas nas consultas possam ser comunicadas a terceiros quando o próprio paciente dê autorização para a revelação. O fato de o médico poder dividir a informação não autorizada com outras pessoas é também considerado factível, sendo que os participantes admitem mais facilmente a quebra da confidencialidade nas situações que envolvem riscos para a própria vida e para a vida de terceiros. Sua resposta não é uniforme em casos de dependência química e dificilmente aceitam a revelação não autorizada nos aspectos que se referem a sua sexualidade.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Dra. Lúcia Pellanda pelo auxílio, sugestões e competência na análise estatística dos dados.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY IN ADOLESCENT HEALTH CARE: PERCEPTIONS AND BEHAVIOR OF A GROUP OF 711 COLLEGE STUDENTS

OBJECTIVE. To understand the opinion and behavior of a group of college students about the degree of privacy considered appropriate in several clinical settings and in which situations breach of confidentiality is admitted.

METHODS. An anonymous questionnaire about confidentiality in clinical settings was answered by 711 college students. The study had a transversal, descriptive, qualitative-quantitative design. We studied recognition of the ethical criteria for confidentiality limitation, and in which situations, common in adolescent morbidity, disclosure of this information is accepted. Data analysis used Epi-Info 6.04 and Microsoft Excel, 1997. The research was approved by PUCRS' IRB.

RESULTS. The ideal situation for disclosing information was considered by 82% of the adolescents as the previous granting of authorization, which differs from other forms of breaching confidentiality. In cases of non-authorized disclosure, most of them admitted that it in case of suicidal ideation (85%), violence (84.2%), sexual abuse (81.7%), nervous anorexia (81.3%) and risk of life to third parties (72.3%). Half of them agree to it in HIV/AIDS (57.9%), drug abuse (51.7%) and STD (44.7%) situations; less than one third accept it in situations of pregnancy (33.6%),

homosexuality (20.7%) and sexual activity (15.6%).

CONCLUSION. Participants assigned different grades to the value of confidentiality in their health care, accepting that information may be disclosed to others when the patient authorizes it. The higher the risk to their integrity, the easier it was for them to admit non-authorized disclosure of information, however in aspects related to their sexuality disclosure is practically denied. [Rev Assoc Med Bras 2007; 53(3): 240-6]

KEY WORDS: Adolescent behavior. Privacy. Confidentiality.

REFERÊNCIAS

- English A, Kappahn C, Perkins J, Wibbelsman CJ. Meeting the health care needs of adolescents in managed care: a background paper. *J Adolesc Health*. 1998;22:278-92.
- Klein JD, Slap GB, Elster AB, Schonberg SK. Access to health care for adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1992;13:162-70.
- American Medical Association. Confidential health services for adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1993;269:1420-4.
- Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES. [American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence]. Contraception in adolescents. *Pediatrics*. 1999;104(5 Pt 1):1161-6.
- Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética*. 2003;11:1:51-64.
- 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.
- Winstade WJ. Confidentiality. In: Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995. p.451-59.
- Clotet J, Loch JA. Capacidade para tomar decisões sanitárias: autonomia moral versus autonomia legal. In: Urban CA, coordenador. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.44-7.
- Loch JA. La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS Brasil [dissertação] Santiago, Chile: Universidad de Chile/Organización Panamericana de la Salud; 2001.
- Society for Adolescent Medicine. Position statement on HIV and youth. *J Adolesc Health*. 1995;16:413.
- Brasil. Código Civil. Lei n. 3.071, de 01.01.1916, atualizada e acompanhada de legislação complementar. 7ª ed. São Paulo: Saraiva; 2001.
- English A. Guidelines for adolescent health research: legal perspectives. *J Adolesc Health*. 1995;17:277-86.
- Gans JE, Brindis CD. Choice of research setting in understanding adolescent health problems. *J Adolesc Health*. 1995;17:306-13.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
- Siegel DM, Aten MJ, Roghmann KJ. Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behavior questionnaire. *J Adolesc Health*. 1998;23:20-8.
- Maddaleno M. La salud de los adolescentes y jóvenes. In: Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p.185-217.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Educação. Pessoas com 10 anos ou mais de idade, total e por sexo, segundo os grupos de estudo 1999. [citado 21

LOCH JA ET AL.

- Fev 2001]. Disponível em: URL: http://www.lbge.gov.br/lbge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/sintese/imagens/tabelaografico3_2b.shtml.
18. Feijó RB, Chaves MLF. Comportamento suicida. In: Costa COM, Souza RP, organizadores. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.398-408.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Referências para leitura. *Promoção da Saúde*. 1999;1:35-46.
 20. Klein JD, McNulty M, Flatau CN. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:676-82.
 21. Ginsburg KR, Menapace AS, Slap GB. Factors affecting the decision to seek health care: the voice of adolescents. *Pediatrics*. 1997;100:922-30.
 22. Schiedermayer DL. Guarding secrets and keeping counsel in computer age. *J Clin Ethics*. 1991;2:33-4.
 23. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York: Oxford University; 1994.
 24. Styffe EJ. Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive. *Nurs Adm Q*. 1997;21:21-8.
 25. Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago: Editorial Universitaria; 1995.
 26. Luban D. Secrecy and confidentiality. In: Becker LC, Becker CB, editors. *Encyclopedia of ethics*. New York: Garland; 1992. p.1131-3.
 27. Bee H. *A criança em desenvolvimento*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.298-230.
 28. American Academy of Pediatrics. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. [American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence]. *Pediatrics*; 1996;97:746-51
 29. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246/88. Código de ética médica. Rio de Janeiro: O Conselho; 1988.
 30. Oselka GW, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento do adolescente. *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46:306-7.

Artigo recebido: 13/08/06
Aceito para publicação: 08/02/07
