

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS A PARCEIROS (AS) SEXUAIS: UM DILEMA BIOÉTICO?

*REVEALING OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES TO SEXUAL PARTNERS:
A BIOETHICAL DILEMMA?*

*Fernanda T Carvalho¹, Kátia B Rocha^{2,3}, Paula D'Elia³,
Vaneza A Fontoura⁴*

RESUMO

O presente artigo discute o posicionamento ético do profissional de saúde quanto à revelação do diagnóstico a parceiros sexuais de pacientes em tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DST). O estudo tem caráter descritivo. Uma situação-problema, envolvendo uma possível quebra de confidencialidade, foi apresentada a três usuários em atendimento em um serviço público de Saúde Genital em Porto Alegre e a dois estudiosos de Bioética. Em seguida, foram feitas questões sobre a situação-problema apresentada, que foram gravadas e transcritas. Realizou-se análise de conteúdo dos depoimentos, os quais ofereceram subsídios para discussão bioética. As colocações dos participantes foram muito enriquecedoras e, em alguns momentos divergentes, demonstrando como a Bioética pode ser ferramenta no auxílio de profissionais que trabalham com DST. Propõe-se o aconselhamento individual como forma de habilitar o paciente, quando necessário, a revelar o diagnóstico.

Palavras-chave: DST, bioética, confidencialidade

ABSTRACT

This paper focuses on the ethical point of view of health professionals concerning to revealing diagnosis to sexual partners of patients with Sexually Transmitted Infections (STI). This is a descriptive study in which a fictitious case involving confidentiality was presented to two Bioethics expertise and three patients who searched for health care in a Genital Health Clinic. The participants were questioned on how a healthcare professional should behave when facing this situation and the answers were recorded to further content analysis. The participants interviews were very rich and, in some points, divergent. This paper emphasizes that ethics and bioethics are important tools for helping health professionals who work with STI. The authors reinforce individual counseling as an important intervention to help the patient to inform his diagnosis to his partner.

Keywords: IST, bioethics, confidentiality

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(3):219-224, 2005

A BIOÉTICA E SEUS PRINCÍPIOS

A Bioética pode ser considerada como a resposta da ética a novos casos e situações originados pela ciência no âmbito da saúde, tendo como tarefa fornecer os meios para fazer opções racionais de caráter moral referente a vida, saúde ou morte¹.

Historicamente, observa-se que a modernidade e a democracia exerceram influência em diversas profissões, modificando gradualmente o relacionamento médico-paciente, antes verticalizado, impositivo, tendendo atualmente para a horizontalidade, com a participação dos atendidos nas decisões². Na área da saúde, há temas complexos, cujas normativas algumas vezes não oferecem soluções viáveis. Estes temas originam-se no dia-a-dia, na prática dos profissionais da saúde.

A ética e a Bioética, assim, constituem-se como ferramentas num espaço de discussão, para que as situações possam ser resolvidas da melhor maneira possível (3). Isto posto, considera-se que a Bioética pode ser uma ferramenta válida de auxílio à resolução dos dilemas que se apresentam aos profissionais que trabalham com doenças sexualmente transmissíveis (DST). Inicialmente, serão apresentados os princípios da Bioética, construídos com o propósito de orientar o posicionamento ético dos profissionais. Em seguida, apresentam-se subsídios teóricos sobre a quebra de sigilo e a confidencialidade.

¹Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública/RS, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: torresdecarvalho@yahoo.com.br

²Psicóloga, Residente de Psicologia pela Residência Integrada em Saúde Coletiva/Escola de Saúde Pública/RS, Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

E-mail:

³Médica Dermatologista. Pesquisadora do Centro de Estudos de AIDS/DST do Rio Grande do Sul.

E-mail: pdelia@terra.com.br

⁴Enfermeira, Residente de Enfermagem pela Residência Integrada em Saúde Coletiva/Escola de Saúde Pública/RS. E-mail: vanezadeandrade@yahoo.com.br

São três os princípios que regem a Bioética, sendo estes a autonomia, a beneficência e não-maleficência e a justiça. A autonomia é a denominação mais comum pela qual é reconhecido o princípio de respeito às pessoas¹. Exige que aceitemos que os indivíduos se autogovernem, que sejam autônomos, quer em suas escolhas, quer em seus atos⁴. Este princípio requer o respeito a valores morais e crenças, reconhecendo o domínio do paciente sobre a própria vida e a sua concepção sobre o que considera bom ou ainda sobre seu bem-estar⁵. Outro princípio bioético é o da beneficência e não-maleficência. O princípio da beneficência diz da obrigação moral de fazer o bem aos outros, transpondo-se à área da saúde como o dever de buscar o interesse do paciente^{1,3,6,7}. A não-maleficência, que para alguns autores seria um princípio implícito à beneficência, apóia-se na máxima hipocrática: socorrer ou, ao menos, não causar danos^{6,8}. Encontra-se, ainda, o princípio da justiça, que exige equidade na distribuição de bens e benefícios, no que se refere ao exercício na área da saúde. Uma pessoa é vítima de injustiça quando lhe é negado um bem ao qual tem direito e que, portanto, lhe é devido¹.

Outros conceitos fundamentais em Bioética são o sigilo, a confidencialidade e a privacidade. São três os aspectos que legitimam a importância do sigilo: 1) o moral, pelo direito à privacidade e à inviolabilidade do paciente; 2) o ético, pela sustentação de informações de foro íntimo das pessoas; e 3) o social, para que uma profissão seja respeitada, faz-se necessário que os que a praticam sejam ética e moralmente confiáveis⁹. Quanto à confidencialidade, esta é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. Por fim, tem-se a privacidade, que é a limitação do acesso de outros a uma dada pessoa, a sua intimidade ou a informações a seu respeito¹⁰. A seguir, serão ampliados os conceitos de sigilo, privacidade e confidencialidade, que compõem o tema do presente estudo.

Quebra de sigilo, privacidade e confidencialidade

Conforme exposto, tem-se que as informações prestadas por um paciente ao profissional de saúde devem permanecer sob sigilo profissional, cabendo ao paciente a decisão autônoma de transmiti-las a alguém. A quebra desse compromisso corresponde a uma infração por parte do profissional, que deverá assumir as conseqüências pertinentes¹¹⁻¹³. Por outro lado, do ponto de vista jurídico, o sigilo deve ser rompido sempre que houver justa causa, já que esse rompimento não terá um fim em si mesmo, mas será um meio para um bem maior. Um exemplo disso é a notificação compulsória de algumas doenças, que quebra o sigilo para um benefício considerado maior¹⁴. A quebra da confidencialidade somente será admitida, a partir do exame de quatro aspectos: quando um sério dano físico a uma pessoa identificável e específica tiver a probabilidade de ocorrer (não-maleficência); quando um benefício real resultar desta quebra de confidencialidade (beneficência); quando esta corresponder a último recurso, após ter sido utilizada a persuasão ou outras abordagens para que o paciente possa compreender a situação e tomar suas decisões (autonomia); e, ainda, quando este princípio for generalizável, ou

seja, será novamente utilizado em outra situação com características idênticas, independentemente da posição social do paciente envolvido (justiça)¹⁰.

A garantia de preservação das informações, além de ser uma obrigação legal contida no Código Penal e na maioria dos Códigos de Ética Profissional, é um dever primordial de todos os profissionais e também de todas as instituições¹⁰. Os códigos de ética das profissões são os princípios que devem guiar a prática de cada área de atuação. Na Psicologia, na Enfermagem e na Medicina, por exemplo, os códigos de ética mencionam que o sigilo pode ser rompido pelos profissionais em determinadas situações¹¹⁻¹³. Conforme o Manual de Direito Penal¹⁵, “a violação do segredo profissional não é caracterizada como delito, caso haja justa causa, uma vez que a proteção ao sigilo profissional dada pela lei é relativa” (p. 214).

Em alguns casos, o profissional irá se deparar com o conflito entre o direito à privacidade de seu paciente e o dever de informar a terceiros sobre os riscos que a conduta do paciente pode causar a si mesmo, a outros ou à sociedade. De qualquer forma, a decisão diante de um conflito moral no exercício da profissão não deve estar baseada única e exclusivamente no referencial dos códigos de ética⁶. Em situações especiais, as determinações deverão ser dialogadas, compartilhadas e decididas em conjunto por pessoas com valores morais diferentes¹.

No que se refere às doenças sexualmente transmissíveis, pode-se criar um impasse dessa ordem, quanto ao dever do profissional de revelar o diagnóstico de seu paciente a terceiros, em se tratando de terceiros diretamente envolvidos, com sua saúde potencialmente sob risco. Carvalho¹⁶ aponta quatro pontos de possíveis dificuldades bioéticas, na interface com as DST: o sigilo com relação ao portador de uma DST; a informação ao paciente de como contraiu a doença; a informação e convocação de parceiros(as); e a informação de possíveis complicações associadas às DST. O que se percebe é uma escassez de estudos sobre a interface entre DST e questões éticas. A maior aproximação, atualmente, se dá no estudo da bioética e suas implicações nos casos de infecção pelo HIV. A epidemia introduziu novas questões em saúde, tendo a revelação de diagnóstico gerado polêmica nos últimos anos. Levi & Barros¹⁴, em suas considerações a respeito da ética clínica no contexto da aids, afirmam que alguns pacientes se recusam a revelar a seus parceiros sexuais sua condição sorológica e não fazem uso de preservativo. Nessas situações, os autores afirmam que o profissional que acompanha o caso poderá revelar o diagnóstico de seu paciente a parceiros, desde que esgotados os meios de persuasão para que o próprio paciente aja corretamente. O conflito, para os autores, está na escolha entre proteger a saúde de uma pessoa ou proteger a privacidade de outra e, nesse caso, consideram que a proteção da vida e da saúde, inegavelmente, deve preponderar¹⁴. Ao mesmo tempo, é importante considerar que o profissional não tem o direito de revelar a outrem aquilo que lhe é confiado por seu paciente, sob pena de comprometer irremediavelmente a relação profissional. Vai caber ao profissional a ponderação do equilíbrio entre prejuízos e benefícios a que os pacientes possam estar expostos.

Foi a partir da interlocução entre essa reflexão teórica e as situações práticas de atendimento que se idealizou esse estudo.

Existe ampla literatura sobre as questões bioéticas de maneira geral, porém a falta de publicações relacionando os conceitos bioéticos com a atividade específica de atendimentos a pessoas que têm DST justifica, também, essa iniciativa. Diante do risco evidente do(a) parceiro(a) de um paciente contrair uma DST, do direito à privacidade que todos os pacientes têm e da importância de manter um vínculo de confiança com as pessoas atendidas, deve o profissional quebrar o sigilo? Tendo em vista os dados apresentados, o presente estudo buscou conhecer o posicionamento de profissionais de renomado reconhecimento em Bioética e também de usuários de um serviço de atendimento a DST sobre a possível revelação de diagnóstico de DST a parceiros(as) sexuais.

MÉTODOS

Esse é um estudo de caráter descritivo sobre questões bioéticas envolvidas no atendimento em DST. Uma situação-problema, construída a partir do atendimento de pacientes, foi apresentada a dois profissionais especialistas em Bioética. Os profissionais foram: José Roberto Goldim, biólogo, mestre em Educação, tendo realizado doutorado a respeito do consentimento informado na pesquisa com seres humanos, e Lívia Pithan, advogada, professora de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade do Vale do Rio dos Sinos, mestre em Direito, tendo realizado sua dissertação a respeito dos aspectos jurídicos do tratamento de pacientes terminais. Ambos consentiram em ter sua identidade revelada, após terem revisado as informações a serem veiculadas pelo artigo.

A mesma situação, adaptada, foi apresentada a três pacientes atendidos no Serviço de Saúde Genital do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, em Porto Alegre/RS. Para a preservação da identidade dos pacientes, estes foram identificados através de números ao longo do texto.

Após apresentada a situação, pediu-se que cada participante expressasse seu posicionamento ético. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para análise dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo¹⁸, a fim de categorizar os principais conteúdos expressados. As categorias foram determinadas *a priori* e são as que seguem: posicionamento diante da atitude do paciente fictício de não revelação do diagnóstico; posicionamento quanto à atitude do profissional, frente à revelação ou não do diagnóstico; e a questão do vínculo entre profissional de saúde e paciente nessas situações. A partir da análise das respostas obtidas, discutem-se questões bioéticas envolvidas no atendimento a DST.

Este estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, tendo oferecido consentimento para a divulgação dos dados.

Caso para discussão apresentado aos profissionais

A seguir, apresentaremos uma situação que elucida um dos dilemas bioéticos que os profissionais que trabalham com doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) se deparam.

Paciente, 26 anos, masculino, chega ao Serviço de Saúde Genital para consulta por apresentar verrugas genitais (infecção pelo HPV). Faz parte da rotina do serviço oferecer aos pacientes os testes para HIV e sífilis (VDRL). No aconselhamento individual, o paciente refere ter parceira fixa há cerca de 5 anos, sendo que mantém relações extraconjugais eventuais. Diz que não usa preservativo, tanto com a esposa como com as demais parceiras. O paciente não reconhece seus riscos com relação a DST/HIV.

Na consulta de aconselhamento pós-teste, os exames apresentaram os seguintes resultados: Anti-HIV: Não Reagente; VDRL: Reagente 1:64, que indicam que o paciente não apresentou HIV, mas que tem sífilis. Como se sabe, a sífilis tem cura, porém, caso a pessoa não seja adequadamente tratada, pode ter consequências graves no futuro. Como parte do aconselhamento, o aconselhador enfatiza a importância de a parceira também ser testada para a sífilis e receber o tratamento, se necessário. O paciente, no decorrer do tratamento, nega-se a encaminhar a esposa para a consulta, porque não quer que ela saiba de seu diagnóstico, já que esta desconhece suas situações de risco extraconjugal.

Considerando seus conhecimentos bioéticos, qual o seu posicionamento frente à decisão do paciente? Quais os deveres do profissional para com ele e sua parceira? Quais os direitos do paciente e da parceira envolvida?

Caso para discussão apresentado aos pacientes

Um paciente descobre em uma consulta que tem sífilis. Essa doença é transmitida através de relações sexuais. Ele tem uma companheira há mais ou menos 5 anos e mantém relações extraconjugais de vez em quando, porém não usa camisinha. A sífilis tem tratamento, mas, se a pessoa não trata, pode ter complicações graves no futuro. O paciente não quer contar para a companheira sobre o seu diagnóstico e nem quer trazê-la para atendimento. Nessa situação, sabe-se que há uma chance grande de a companheira ter contraído sífilis.

O que você acha sobre o fato de o paciente não querer contar para a companheira que tem sífilis e que ela pode ter também? Por quê?

Como você acha que o profissional de saúde deve agir nessa situação? Por quê?

Como você acha que se sentiria, caso o profissional que estivesse lhe atendendo contasse para sua companheira sobre o seu diagnóstico?

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias que foram definidas *a priori* no estudo, com ilustração de algumas falas dos participantes.

Posicionamento diante da atitude do paciente fictício de não revelação do diagnóstico

Esta categoria refere-se ao posicionamento dos participantes quanto à atitude do paciente fictício, que não desejava contar à sua parceira sobre o diagnóstico de sífilis. Em seu depoimento, Goldim explicou que contar “*seria um gesto de atenção para ela [a esposa], por parte dele [paciente], no sentido de trazê-la para testar para poder se tratar*”. Assim, reforça a importância de o paciente trazer sua esposa para o tratamento. Pithan refere o seguinte: “*o paciente deveria informar à sua esposa, mas isto do ponto de vista ético, numa ética particular, individual*”.

Ao serem questionados se o paciente hipotético deveria contar ou não para sua esposa, os pacientes responderam que sim. Abaixo, encontram-se algumas das falas que ilustram este posicionamento.

“*Claro que sim. Se não, a mulher pode ficar com alguma coisa também e morrer (I)*”.

“*Eu acho a obrigação dele de contar. Ele pode ter pego dela também. Não seria só ele ter pego e ter passado pra ela. Podia também ser dela. De repente ele não conta e pegou dela? (II)*”

“*Deveria [contar]. Também pra ela ver se consegue prevenir essa doença aí, fazer tratamento (III)*”.

Os usuários foram unânimes, acreditando que o diagnóstico deveria ser revelado, para que a parceira pudesse ter acesso ao tratamento. O participante II também pontuou a possibilidade de a parceira ser a transmissora. Com relação aos posicionamentos dos profissionais que foram convidados para discutir o caso, obtiveram-se as seguintes contribuições.

A partir do exposto, fica evidente que, em se tratando de uma relação que envolve algum tipo de compromisso, seria eticamente correto que o paciente atentasse para a saúde de sua companheira e, revelando-lhe seu próprio diagnóstico, possibilitasse a essa sua prevenção ou tratamento. Um exemplo disso evidencia-se na fala do usuário I: “*Se realmente ele gosta dela e quer continuar com ela, tem que contar. A não ser que seja uma pessoa que ele nunca conheceu, foi hoje lá e transou com ela e pronto. Aí é outra história*”.

Posicionamento quanto à atitude do profissional, frente à revelação ou não do diagnóstico

Conforme apresentado anteriormente, as decisões quanto à revelação de informações confidenciais de pacientes por parte dos profissionais passam por discussões no âmbito da Bioética^{1,2,6,14} dos códigos de ética profissional¹¹⁻¹³ e das questões jurídicas^{3,17}.

Nesse estudo, Pithan enriquece o debate apontando as questões jurídicas envolvidas nesta problemática. “*Não existe um consenso no Direito brasileiro em relação à justificativa da quebra de sigilo profissional nestes casos (...) Em relação a este tema, existem alguns fundamentos jurídicos para nos ajudar, como, por exemplo, o Código Penal, que fala em violação do sigilo profissional. Então, é crime violar o sigilo profissional (...)*

entretanto este crime de violação de sigilo profissional ele não vai ocorrer se estivermos frente a determinadas doenças. Esta violação se justifica onde existem doenças infecto-contagiosas”. Por outro lado, existem questões do Direito de Família que poderiam se contrapor a essa possível quebra de sigilo profissional, como bem aponta Pithan: “*...este artigo é o 1.513 do Código Civil, que vai falar que na comunhão plena de vida, instituída pela família, é vedada a interferência do Estado ou de qualquer pessoa particular. (...) E não podemos esquecer que esta mulher é capaz, é maior de idade e, a principio, ela optou livremente por se relacionar com esta pessoa*”. Com essa contribuição, Pithan, sem negar a possível necessidade de quebra da confidencialidade por questões de saúde, chama a atenção para a autonomia que as pessoas têm ao decidirem suas práticas sexuais preventivas, por exemplo. Evidentemente, existem aspectos que tornam algumas populações vulneráveis quanto ao acesso à informação e à prevenção, os quais devem ser levados em conta. De qualquer forma, parece importante ressaltar que mesmo as iniciativas em cuidados de saúde devem resguardar a liberdade de escolha dos indivíduos.

A partir da contribuição de Pithan e da literatura disponível, fica evidente que juridicamente não há definições claras que embasem decisões como a de revelação de diagnóstico que estamos trabalhando aqui. Nesses casos, então, recorrer aos princípios bioéticos pode ser uma alternativa.

Goldim, em seu posicionamento, explicita o dilema bioético: “*O direito do paciente é privacidade, mas o direito da companheira dele é de proteção à vida. Os dois são direitos individuais equiparáveis, mas se tu fores cotejar privacidade com vida, a vida se sobrepõe*”. A escolha, nesse caso, seria, então, chamar a companheira e revelar-lhe o diagnóstico do marido. Resgatando os princípios bioéticos, poderia se considerar que respeitar plenamente a autonomia do paciente representaria privar outra pessoa de um bem para a sua saúde, o que seria uma maleficência.

De certa forma, esses princípios parecem estar internalizados pelos pacientes, quando estes acreditam que o paciente hipotético deveria revelar seu diagnóstico a sua companheira. Além disso, novamente os usuários foram unânimes, referindo que o profissional de saúde deveria, frente à situação apresentada, chamar a companheira do paciente para informar-lhe de seus riscos referentes à sífilis. Exemplos de falas são apresentados a seguir:

“*[O profissional deve] entrar em contato com a esposa dele e convidar ela pra vir aqui fazer um exame rotineiro, sem precisar falar a verdade. (...) Omitindo um pouco de coisa (I)*”.

“*[O profissional deve] procurar a companheira dele e informar ela que o companheiro dela se apresentou no posto de saúde, que foi identificada tal doença nele e comunicar ela*” (II).

“*Fazer uma (...) convocação pros dois, né. Tipo assim, fazer uma reuniãozinha e explicar sobre, que nem vocês fazem aqui, sobre o tratamento, que pode ser tratado assim, do jeito tal (III)*”.

De qualquer forma, mesmo atribuindo ao profissional o direito de revelação, os participantes referiram a necessidade de, inicialmente, tentar fazer com que o próprio paciente converse com sua companheira. Isso leva a perceber que não se trata simplesmente de revelar, mas que existe uma maneira mais adequada de

fazê-lo, como explicitado nos depoimentos do paciente I e de Goldim.

“Primeiro teria que conversar com o paciente: ‘Ah, tu tem que conversar com ela’. Pra depois sim (...) Mas se o cara não quiser dar consentimento, aí vocês sim, fazem” (I).

“O profissional tem que se colocar integralmente ao lado dele [do paciente] para ajudá-lo no processo de revelação (...) isso não vai ser em apenas uma única conversa com ele. Acho que isto vai ter que ser reiterado. Se pode chegar até a persuasão forte e colocar um limite de tempo, dizendo: ‘olha nós vamos chamar a tua esposa, e a gente gostaria muito que tu estivesses junto’”(Goldim).

É possível que a atitude de tentar fazer com que o próprio paciente converse com sua companheira esteja revelando a expectativa de que todos os indivíduos tenham internalizado esse dever ético. Seria indicado, então, inicialmente, tentar fazer com que emergja no próprio paciente esse compromisso interno. Somente quando não houver indícios de que ele irá tomar essa atitude, o profissional poderá se interpor na relação conjugal e falar com a companheira. Ainda assim, parece mais indicado, se a situação chegar ao extremo de a revelação ter que ser feita pelo profissional, que estejam presentes os dois membros do casal. Isso se evidenciou a partir de algumas colocações: *“Fazer uma (...) convocação pros dois, né” (III)*. Ou: *“Em primeiro lugar, tentar chamar os dois pra vir conversar junto” (II)*. Ou, ainda, na alternativa apresentada por Goldim, que sugere que se aborde o paciente *“dizendo: ‘olha nós vamos chamar a tua esposa, e a gente gostaria muito que tu estivesses junto’”*.

A questão do vínculo entre profissional de saúde e paciente nessas situações

Outra questão, expressa anteriormente na revisão da literatura⁹, refere-se à quebra do vínculo terapêutico, em função da revelação à parceira. Mesmo afirmando que a companheira deve ser avisada quanto ao seu risco de contrair ou já ter contraído sífilis – seja esta revelação feita por seu companheiro ou pelo profissional que o atende –, um dos usuários reforçou que a confiança poderia ficar abalada. *“[Caso o profissional falasse] eu acho que a pessoa ia se sentir humilhada, no caso, e iria procurar outro médico. Não iria voltar mais naquele local”*. *“Se o médico pula por cima [e revela], aí ele é capaz de se sentir ‘por que o médico tem que se envolver na minha vida?’” (II)*.

Essa afirmação ressalta a importância do vínculo entre o profissional e o paciente. Um paciente com dificuldades para convidar sua companheira para vir ao serviço de saúde pode estar inseguro, com medo de perdê-la ou pode não estar habituado a falar sobre sexualidade abertamente, mesmo com a esposa. Um profissional que consegue estabelecer um bom vínculo, mais facilmente encontrará espaço para auxiliar seu paciente na tarefa de propor uma conversa franca com sua companheira, em vez de se sentir impelido a quebrar a confidencialidade e fazer a revelação. Seguramente, existem situações mais complicadas, porém se acredita que investir no vínculo de confiança pode ser a melhor estratégia. Essa idéia fica reforçada a partir da afirmação do participante I, que, ao ser questionado se haveria risco de o paciente

perder a confiança no profissional, disse: *“Não. Nenhum. Ele sabe o que ele tá fazendo”*.

Neste sentido, Goldim apresenta seus argumentos de quebra de confidencialidade, porém sempre mencionando a importância do vínculo: *“Qual é o melhor cenário? É através do vínculo terapêutico, trabalhar com esta questão”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma problemática complexa, não será possível apresentar respostas conclusivas às questões aqui apresentadas. Apesar dos argumentos jurídicos, que pontuam que não há uma legislação específica a qual se possa recorrer, observa-se que, no dia-a-dia, ocorrem situações que impelem a um posicionamento e tensionam a prática dos profissionais que trabalham com as DST.

O reconhecimento desse dilema ético reforça ainda mais a importância do vínculo profissional-paciente. No serviço onde esse estudo foi realizado, uma das formas que se encontrou para trabalhar essas questões éticas foi a implementação do aconselhamento individual. Trata-se de uma consulta de aconselhamento, oferecida a todos os pacientes posteriormente à consulta médica. Os objetivos são o reforço do vínculo do paciente ao serviço, além da abordagem de temas cruciais em situações de DST. O aconselhamento é baseado em cinco temas: 1) continuidade (adesão ao tratamento); 2) camisinha (estratégias de prevenção das DST); 3) contatos (avaliação dos(as) parceiros(as) sexuais e das formas de conversar com estes); 4) cuidados relativos ao HIV e sífilis e 5) contracepção (quando houver indicação). Em linhas gerais, essas são as abordagens realizadas no aconselhamento, além de propiciar um espaço para que o usuário avalie o serviço até então recebido. Por não se tratar de objetivo deste artigo a apresentação detalhada do aconselhamento, este está sendo mencionado de forma resumida.

O importante para a discussão bioética aqui desenvolvida é que, na proposta do aconselhamento individual, está previsto que se fale com todos os usuários do serviço a respeito de seus contatos sexuais e da tomada de atitudes frente a isso. Esse tem sido o espaço destinado a trabalhar as questões de revelação de diagnósticos e para que se possa receber parceiras(os) para conversa conjunta. A técnica de aconselhamento vem propiciando um ambiente acolhedor e de confiança, o que facilita que se trate de temas, por vezes, complicados, como a situação proposta neste trabalho.

Reconhecem-se as limitações nesse estudo. Uma delas pode ser o número reduzido de pessoas ouvidas. Apesar de o método utilizado estar coerente com a realização de poucas entrevistas, em busca de uma análise mais aprofundada, salienta-se que outros métodos podem ser também esclarecedores. É importante destacar que o presente trabalho não se propõe a generalizações. De qualquer forma, ouvir pessoas diretamente envolvidas com a temática, como os pacientes entrevistados e profissionais estudiosos no assunto, ofereceu importantes elementos para a discussão teórica.

Dilemas como esse, apesar de serem relativamente frequentes, não são de fácil resolução. Cada caso traz suas particularidades e precisa ser examinado de maneira singular. As entrevistas com os

usuários e com o Prof. Goldim e a Profa. Pithan foram esclarecedoras para as reflexões. Em virtude de se tratar de um dilema ético, diversos posicionamentos podem emergir, o que sugere que se façam discussões de temas como esses, a fim de encontrar soluções mais adequadas. Assim, abre-se a possibilidade para que estas discussões sejam realizadas em outros espaços e de forma sistemática, não apenas entre os profissionais da saúde, mas também no âmbito jurídico, educacional e na sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clotet J Bioética – uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
2. Drumond JG. Bioética e Direito: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. *Bioética* 1997; 5(1).
3. Clotet J Bioética: O que é isso? *Jornal do Conselho Federal de Medicina* 1997; 77: 8-9.
4. Goldim JR. Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia [texto na internet]. 2002 [citado 2003 maio 01]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm
5. Muñoz DR, Fortes PAC O princípio da autonomia e o consentimento livre esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
6. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
7. Goldim JR. Princípio da beneficência. [texto na internet]. 1998 [citado 2003 maio 01]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/benefic.htm
8. Goldim JR. Princípio da não-maleficência. [texto na internet]. 1998 [citado 2003 maio 01]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/naomalef.htm
9. Monte FQ. A Ética na prática médica [texto na internet]. 2004 [citado 2003 maio 01]. Disponível em: www.portalmédico.org.br/revista/bio10v2/artigo2.htm.
10. Franciscone CF, Goldim JR, Clotet J. *Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
11. *Profissão Psicólogo – Legislação e resoluções para a prática profissional*, Conselho Federal de Psicologia; 2003.
12. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul - Legislação. *Autarquia Federal - Lei Nº 5.905/73 - COREN-RS*; 2002.
13. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul - Código de Ética Médica; 1988.
14. Levi GC, Barros AOL. Ética clínica: a AIDS como paradigma. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998, p. 37-51.
15. Mirabete JF. *Manual de Direito Penal*. 16 Ed. São Paulo: Atlas; 2000.
16. Carvalho NS. *Bioética e Doenças Sexualmente Transmissíveis - Carta ao Editor*. *J bras Doenças Sex Transm*. 2003; 15(2): 57-61.
17. Benatar SR *Bioética: poder e injustiça – discurso do presidente*. In: Garrafa V, Pessini L. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1977.

Endereço para correspondência:

FERNANDA TORRES DE CARVALHO

Avenida Princesa Isabel, 500/818 C1

Bairro Santana, Porto Alegre-RS. CEP: 91620-000.

E-mail: torresdecarvalho@yahoo.com.br

Recebido em: 12/08/05

Aprovado em: 14/11/05