



## Conhecimentos e práticas dos médicos referentes aos aspectos ético-legais no atendimento a adolescentes

Carolina Viveiro<sup>1</sup>, Pascoal Moleiro<sup>2</sup>

Serviço de Pediatria, Hospital de Santo André, Centro Hospitalar Leiria-Pombal

### Resumo

**Introdução:** A adolescência é um período de crescente responsabilização e autonomia. A confidencialidade e participação nas decisões são fundamentais na abordagem do adolescente, devendo ser asseguradas pelos profissionais como forma de promover essa autonomia. A legislação portuguesa é vasta e contraditória no que respeita os direitos de saúde dos adolescentes.

**Objectivos:** Avaliar o conhecimento e conhecer as práticas médicas respeitando os aspectos ético-legais no atendimento de adolescentes, à luz da legislação vigente.

**Métodos:** Estudo transversal descritivo, baseado num questionário electrónico e anónimo, dirigido a especialistas e internos, disponível *online* de 28 Julho a 18 de Agosto de 2010. As questões versavam: confidencialidade, consentimento informado e decisão terapêutica.

**Resultados:** Obtiveram-se 327 respostas validadas, 62% (202) de médicos de Pediatria (P), 24% (80) de Medicina Geral e Familiar (MGF) e 6% (20) de Ginecologia/Obstetrícia (GO). Em 69% dos inquiridos a idade era inferior a 40 anos, sendo 77% do sexo feminino. Cerca de 75% dos profissionais atende regularmente adolescentes na sua prática clínica, sendo a confidencialidade abordada na consulta sobretudo com o/a adolescente e os pais (54%). Cerca de um terço dos participantes parece desconhecer os limites da confidencialidade (28%), não identificando as situações genericamente previstas por lei para a quebra do sigilo. Relativamente ao direito à autonomia e confidencialidade verificou-se uma média de 3,9 respostas correctas em 6 perguntas (P 3,9; GO 4,1; MGF 3,7), sem diferenças estatisticamente significativas entre especialidades. Nas questões que versavam decisão terapêutica, a média de respostas correctas foi 10,6 em 14 afirmações (P 10,7; GO 10,6; MGF 10,6).

**Conclusão:** Os inquiridos apresentaram um nível razoável de conhecimento no que respeita os direitos em saúde dos adolescentes, nomeadamente o consentimento informado e decisão terapêutica. Contudo, a abordagem da confidencialidade

não está ainda sistematizada e os seus limites suscitam muitas dúvidas.

**Palavras-chave:** Ética, Legislação Portuguesa, Medicina do Adolescente, Adolescentes, Confidencialidade.

*Acta Pediatr Port 2012;43(4):154-61*

### Clinicians' knowledge and attitudes towards ethical-legal issues in adolescent health care

#### Abstract

**Introduction:** Adolescence is a period of increasing maturity and autonomy. Confidentiality and participation in decision making are major issues in adolescent health care and must be guaranteed by professionals to promote their autonomy. Portuguese legislation addressing ethical and legal issues in adolescent health care is vast and contradictory.

**Objectives:** To ascertain the knowledge and attitudes of portuguese doctors towards ethical-legal issues in adolescent health care, according to current law.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, based on an electronic and anonymous questionnaire, design to be answered by doctors (trainees and specialists), available online from 28th July to 18th of August 2010. Questions concerned: confidentiality, informed consent and therapeutic decision.

**Results:** There were 327 validated answers, 62% (202) corresponded to paediatricians (P), 24% (80) to general practitioners (GP) and 6% (20) to gynecologists/obstetricians (GO). Of these respondents, 69% were less than 40 years old and 77% were female. About 75% of professionals regularly attended adolescents in their practice and confidentiality issues were discussed both with adolescents and their parents (54%). Almost a third of the respondents appear not to know the boundaries of confidentiality (28%), failing to identify situations generically foreseen by law as exceptions to breach confidentiality. Respondents answered correctly an average of

**Recebido:** 17.01.2012

**Aceite:** 11.11.2012

#### Correspondência:

Carolina Viveiro

Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, Centro Hospitalar Leiria e Pombal

Rua das Olhalvas. Pousos. 2410-197 Leiria

3,9/6 questions addressing the issues of right to autonomy and confidentiality (P 3,9; GO 4,1; GP 3,7). No statistical significance was found between specialties. Questions addressing therapeutic decision making were answered correctly in an average of 10,6/14 questions (P 10,7; GO 10,6; GP 10,6).

**Conclusion:** Respondents showed a reasonable level of knowledge of adolescent's health care rights, in addressing confidentiality, informed consent and therapeutic decision making, however these issues continue to be subject of many doubts.

**Key words:** Ethics, Portuguese legislation, Adolescent Medicine, Adolescents, Confidentiality.

Acta Pediatr Port 2012;43(4):154-61

### Introdução

A adolescência é uma fase de profundas mudanças: biológicas, sociais e psicológicas, constituindo-se como um momento de transição da dependência que caracteriza a infância para a autonomia inerente à idade adulta<sup>1</sup>. Trata-se de um período em que surgem diversas dúvidas e conflitos, reconhecendo-se a necessidade de um acompanhamento médico que responda às questões dos adolescentes. O seu atendimento é um desafio à prática médica, tanto pelas suas características epidemiológicas de morbi-mortalidade como pelas controvérsias ético-legais e sociais inerentes aos direitos, à privacidade e confidencialidade da relação médico-doente<sup>2</sup>.

Os profissionais de saúde que observam adolescentes na sua prática clínica devem ser capazes de assegurar a confidencialidade e desenvolver estratégias que facilitem a obtenção de informação confidencial, promovendo simultaneamente a comunicação pais-filhos e envolvendo ambos nas decisões<sup>3</sup>. A legislação portuguesa é vasta e, em alguns aspectos, contraditória no que respeita os direitos de saúde dos adolescentes. O código civil português considera que “*é menor quem não tiver ainda completado 18 anos de idade*” (artigo 122º)<sup>4</sup>, carecendo estes de “*capacidade para o exercício de direitos*” (artigo 123º)<sup>4</sup>, pelo que “*compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes*” “*até à maioridade ou emancipação*” (artigo 1878º e 1877º)<sup>4</sup>. Contudo, “*os pais (...) de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião (...) e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida*” (art. 1878º)<sup>4</sup>.

O código penal português, por seu lado, reconhece a “*eficácia do consentimento prestado por quem tenha mais de 16 anos e possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance desse consentimento*” (art. 38º, nº3)<sup>5</sup>. Assim, um adolescente com 16 anos e com discernimento é considerado capaz de consentir ou dissentir.

Relativamente à confidencialidade, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes afirma que “*o doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam*” (artigo 9º)<sup>6</sup>, sendo um dever do médico assegurar o segredo profissional, tal como consta do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM)

(artigo 86º)<sup>7</sup>. A Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente reforça esta ideia considerando que, “*no caso dos adolescentes, a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais*” (artigo 7º)<sup>8</sup>. Contudo, há exceções que estão contempladas no CDOM, já que, segundo o artigo 89º, “*a obrigação do segredo profissional não impede que o Médico tome as precauções necessárias (...) indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente(...)*”<sup>7</sup>.

Neste estudo pretendeu-se avaliar o conhecimento e averiguar as práticas dos médicos no que concerne aos aspectos ético-legais no atendimento de adolescentes, à luz da legislação vigente.

### Material e Métodos

Foi elaborado um questionário electrónico e anónimo, constituído por 35 perguntas fechadas versando confidencialidade, autonomia, consentimento informado e decisão terapêutica referentes ao atendimento de adolescentes. Foram efectuadas diversos tipos de questão: “*verdadeiro ou falso*”, “*escolha múltipla*” e “*casos clínicos*”. Este questionário foi colocado *online* de 28 de Julho a 18 de Agosto de 2010 e enviado a médicos de várias especialidades de todo o país, através de correio electrónico. As moradas de correio electrónico foram disponibilizadas pela Sociedade Portuguesa de Pediatria e pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente.

O questionário esteve também disponível *online* no fórum MGF XXI, vocacionado para médicos da área de Medicina Geral e Familiar, durante o mesmo período.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o programa *PASW Statistics 18*<sup>®</sup> (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA). Foi usado o teste  $X^2$  para analisar as relações estatísticas entre variáveis binárias dependentes (conhecimento da legislação portuguesa em termos de confidencialidade, consentimento e decisão terapêutica) e variáveis independentes (tipo de especialização, categorias profissionais, género e grupos etários) e o *t de Student* para variáveis não categóricas (média de respostas correctas em questões versando os temas acima referidos). Foi considerado o valor de  $\alpha < 0,05$  como critério com significado estatístico para todas as relações determinadas.

### Resultados

Foram obtidas 340 respostas ao inquérito e validadas 327. Destas, 202 (62%) correspondiam a pediatras (P), 80 (24%) a médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), 20 (6%) a Ginecologistas/Obstetras (GO) e 25 (8%) a outras especialidades (Pedopsiquiatria, Cardiologia Pediátrica, outras).

Tal como se pode observar no Quadro I, a maioria dos participantes era do sexo feminino (251, 77%), tendo mais de dois terços do total dos inquiridos idade inferior a 40 anos (227, 69%). Mais de metade eram especialistas (186, 57%), sendo os restantes internos da especialidade. Relativamente à prática clínica habitual, a maioria respondeu exercer maioritariamente a nível hospitalar (229, 70%).

Quadro I. Médicos participantes no inquérito (n=327)

Variáveis	Frequências				
	Total (n=327)	P (n=202)	GO (n=20)	MGF (n=80)	Outras (n=25)
<b>Sexo</b>					
Feminino	250(76,5%)	158(78,2%)	14(70%)	62 (77,5%)	17 (68%)
<b>Grupos etários</b>					
< 30 anos	111(33,9%)	60 (29,7%)	1 (5%)	43 (53,8%)	7 (28%)
30-40 anos	116(35,5%)	86 (42,6%)	6 (30%)	15 (18,8%)	9 (36%)
41-50 anos	36 (11%)	27 (13,4%)	2 (10%)	3 (3,8%)	4 (16%)
>50 anos	64 (19,6%)	29 (14,4%)	11(55%)	19 (23,8%)	5 (20%)
<b>Grau de especialização</b>					
Interno	139(42,5%)	86 (42,6%)	3 (15%)	39 (48,8%)	11 (44%)
Especialista	188(57,5%)	116(57,4%)	17(85%)	41 (51,3%)	14 (56%)
<b>Local de prática clínica</b>					
Hospital	228(69,7%)	185(91,6%)	19(95%)	0 (0%)	24 (96%)
CS / USF	81 (24,8%)	1 (0,05%)	0 (0%)	80 (100%)	0 (0%)
Outros	18 (5,5%)	16 (7,9%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (4%)
<b>Localização geográfica</b>					
Norte	98 (30%)	71 (35,1%)	1 (5%)	23 (28,8%)	3 (12%)
Centro	126(38,5%)	73 (36,1%)	14(70%)	29 (36,3%)	10 (40%)
Sul	75 (22,9%)	42 (20,8%)	4 (20%)	18 (22,5%)	11 (44%)
Ilhas	6 (1,8%)	4 (2,0%)	0(0%)	2 (2,5%)	0 (0%)
Sem resposta	22 (6,7%)	12 (6%)	1 (5%)	8 (10%)	1 (4%)
<b>Idade limite de atendimento</b>					
Sem limite idade	99 (30,3%)	-----	20(100%)	80 (100%)	7 (28%)
Até 18 anos (exclusive)	151(46,1%)	131(64,8%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (48%)
Limite inferior aos 18 anos	77 (23,5 %)	71 (35,2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (24%)
<b>Frequência de atendimento</b>					
1-5 consultas/mês	81 (24,8%)	40 (19,8%)	11 (55%)	25 (31,3%)	6 (24%)
1-5 consultas/ semana	171(52,3%)	107 (53%)	8 (40%)	47 (58,8%)	8 (32%)
1-5 consultas/dia	54 (16,5%)	41 (20,3%)	1 (5%)	7 (8,8%)	5 (20%)
> 5 consultas/dia	21 (6,4%)	14 (6,9%)	0 (0%)	1 (1,3%)	6 (24%)

Freq = Frequência; CS= Centro de Saúde; USF= Unidade Saúde Familiar,,GO = Ginecologia/Obstetria; P = Pediatria;

MGF = Medicina Geral e Familiar

No que diz respeito à localização geográfica, 126 (39%) exerciam na região Centro do país, 98 (30%) na região Sul, 75 (23%) na região Norte e 6 (2%) nas Ilhas. Verificou-se que 42% dos inquiridos atendia adolescentes até aos 17 anos e 364 dias, contudo 35% dos pediatras prestava assistência a adolescentes até idades inferiores. No que concerne a frequência de atendimento de adolescentes na prática clínica, cerca de metade dos participantes realizava uma a cinco consultas por semana (170, 52%).

### Confidencialidade e Autonomia

Tal como se pode observar no Quadro II, a confidencialidade é abordada “frequentemente” por 41% dos inquiridos, “raramente” em 30%, “quase sempre” em 28%, onde se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre MGF (39%) e P (23%) ( $\alpha < 0,05$ ), e “nunca” em 1%. Tendo em conta os profissionais que abordam regularmente a confidencialidade na consulta (os que responderam “frequentemente” e “quase sempre”) e aqueles que os fazem de forma não sistemática (responderam “raramente” ou “nunca”), verificou-se não existirem diferenças com significado estatístico entre as diferentes especialidades, grupos etários, géneros e categorias profissionais ( $\alpha > 0,05$ ). Entre os pediatras verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre categorias profissionais (especialistas 73%, internos 59%) ( $\alpha < 0,05$ ),

sendo os especialistas que abordam mais rotineiramente esta temática. A confidencialidade é preferencialmente abordada quando se trata de um “assunto mais íntimo” (60%) ou no “início da consulta” (34%). Uma minoria dos participantes respondeu abordar o tema apenas perante a “relutância em fornecer informações” (6%). Não se verificaram, neste parâmetro, diferenças estatisticamente significativas entre diferentes especialidades, categorias profissionais, géneros ou grupos etários ( $\alpha > 0,05$ ). Entre os pediatras, na opção em que a confidencialidade é abordada quando se trata de “um assunto mais íntimo”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários (< 40 anos 66%,  $\geq$  40 anos 50%) e categorias profissionais (internos 70%, especialistas 55%) ( $\alpha < 0,05$ ).

Em 54% a confidencialidade era abordada com o/a adolescente e os pais e em 36% somente com o/a adolescente. Apenas um dos inquiridos não abordava o tema da confidencialidade com o/a adolescente. O representante legal era abordado em 20% dos inquiridos, notando-se neste aspecto uma discrepância de resultados (P 77%, GO 20%, MGF 11%), com significância estatística entre médicos de P e MGF ( $\alpha < 0,05$ ).

Quanto aos limites da confidencialidade foi pedido aos inquiridos para, de entre uma lista, escolherem as situações em que considerariam lícito utilizar as informações fornecidas na consulta para informar terceiros. Verificou-se que as situações mais consensuais entre os grupos profissionais foram: “risco

de vida para si próprio ou para terceiros” (93%), (P 94%, GO 80%, MGF 91%), “abuso físico ou sexual” (88%), (P 87%, GO 95%, MGF 89%) e “ideação suicida” (73%), (P 79%, GO 85%, MGF 56%). As três situações acima mencionadas foram seleccionadas em conjunto por 68% dos participantes do questionário (P 73%, GO 75%, MGF 53%). Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre P e MGF e GO e MGF ( $\alpha < 0,05$ ) para o conjunto das três respostas.

o tema da confidencialidade, em que os participantes tinham de escolher uma das alíneas enumeradas. Os resultados constam do Quadro III, onde se assinala a resposta correcta a cada pergunta. Globalmente verificou-se uma grande homogeneidade e assertividade nas respostas em quatro dos seis casos clínicos (números um, dois, quatro e cinco), com valores percentuais de respostas correctas que variaram entre os 75 e os 93%, tendo sido o caso cinco que reuniu maior unanimidade.

**Quadro II.** Distribuição percentual das respostas que versavam a abordagem da confidencialidade no atendimento de adolescentes (n=327)

Pergunta	Frequências			
	Total	P	GO	MGF
<b>“Aborda o tema da confidencialidade na consulta?”</b>				
Quase sempre	28%	23%	30%	35%
Frequentemente	41%	44%	45%	39%
Raramente	30%	31%	25%	26%
Nunca	1%	2%	0%	0%
<b>Em que momento da consulta é abordado o tema da confidencialidade?”</b>				
Assunto mais íntimo	60%	62%	63%	58%
Início da consulta	34%	32%	37%	37%
Relutância fornecer informações	6%	6%	0%	5%
<b>“Com quem aborda o tema da confidencialidade?”</b>				
Adolescente	98%	100%	100%	100%
Pais	54%	56%	35%	51%
Representante legal	20%	77%	20%	11%
Acompanhante	14%	10%	10%	24%

P = Pediatria, GO = Ginecologia/Obstetrícia, MGF = Medicina Geral e Familiar

Entre as opções menos escolhidas pelos inquiridos constam: “doenças sexualmente transmissíveis (DST)” (17%), (P 17%, GO 5%, MGF 15%), “contraceção/vida sexual activa” (3%), (P 3%, GO 0%, MGF 3%) e “orientação sexual” (1%) (P 0,5%, GO 0%, MGF 1%). Foi encontrada uma única diferença estatisticamente significativa entre médicos de P e GO ( $\alpha < 0,05$ ) na opção “risco de vida para si próprio ou para terceiros” (P 94%, GO 80%, MGF 91%). Já entre médicos de P e MGF foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas seguintes opções: “ideação suicida” (P 79%, MGF 56%), “HIV” (P 34%, MGF 23%) e “gravidez” (P 36%, MGF 18%).

Entre os pediatras também se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, grupos etários e categorias profissionais. Assim, as pediatras mais frequentemente ponderavam a quebra do sigilo no caso de HIV (sexo feminino 38%, sexo masculino 20%), comparativamente com os profissionais do sexo masculino ( $\alpha < 0,05$ ). Entre grupos etários verificou-se que os profissionais com idade inferior a 40 anos mais frequentemente ponderavam informar terceiros no caso de abuso sexual (< 40 anos 90%,  $\geq$  40 anos 78%), risco de vida (< 40 anos 97%,  $\geq$  40 anos 88%) e HIV (< 40 anos 39%,  $\geq$  40 anos 20%) ( $\alpha < 0,05$ ). Por fim, entre categorias profissionais, os especialistas estariam mais dispostos a informar terceiros no caso de anorexia (especialistas 53%, internos 38%) e gravidez (especialistas 44%, internos 26%) comparativamente com os internos ( $\alpha < 0,05$ ). Nos restantes parâmetros não foram encontradas relações estatisticamente significativas.

Do questionário constavam seis casos clínicos que abordavam

No caso três, que foi aquele que registou uma maior disparidade de respostas, apenas 22% dos inquiridos escolheu a resposta mais acertada “não comunicaria a decisão”, verificando-se que maioria dos profissionais de saúde optou por assinalar a afirmação “comunicaria a decisão ao acompanhante, apenas se a adolescente tivesse menos de 16 anos” (52%). No caso seis, 63% dos participantes respondeu inadequadamente que “comunicaria a decisão aos pais”, sendo a opção acertada escolhida por apenas 37% dos inquiridos.

Na globalidade dos casos clínicos verificou-se uma média de 3,9 respostas correctas em seis perguntas (P 3,9; GO 4,1; MGF 3,7). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e as categorias profissionais, assim como entre géneros, aplicando o teste *t de Student* ( $\alpha > 0,05$ ). Também entre pediatras não se registaram diferenças com significância estatística entre categorias profissionais, géneros e grupos etários ( $\alpha > 0,05$ ).

### Consentimento e decisão terapêutica

Para avaliar os conhecimentos e práticas dos profissionais no que diz respeito ao consentimento e decisão terapêutica foi pedido aos médicos para classificar como “verdadeiras” (V) ou “falsas” (F), catorze afirmações.

As frases que constavam do inquérito, a respectiva resposta e os resultados dos profissionais estão apresentados no Quadro IV.

Pôde observar-se que as afirmações que apresentaram uma maior percentagem de respostas correctas foram aquelas que versavam a decisão terapêutica. Assim, as três afirmações que

reuniram mais consenso foram: a afirmação sete (100% de respostas certas), a afirmação cinco (98% de respostas acertadas) e a afirmação seis (92% de respostas correctas).

Pelo contrário, a afirmação que motivou uma maior percentagem de respostas incorrectas foi a afirmação doze (28% de respostas certas). Também esta afirmação dizia respeito à decisão terapêutica.

A média de respostas correctas foi, no global, de 10,6 em catorze afirmações (P 10,7; GO 10,6; MGF 10,6).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos profissionais e géneros ( $\alpha > 0,05$ ). Contudo, verificou-se existirem diferenças com significado estatístico entre categorias profissionais (internos 10,9; especialistas 10,5) e grupos etários (< 40 anos 10,8;  $\geq$  40 anos 10,3), aplicando *t Student* ( $\alpha < 0,05$ ). Entre os pediatras verificou-se existirem diferenças com significado estatístico entre grupos etários (<40 anos 10,9;  $\geq$  40 anos 10,3).

**Quadro III.** Distribuição percentual das respostas aos 6 casos clínicos que versavam confidencialidade e autonomia (n=327)

Casos Clínicos	Frequências			
	Total	P	GO	MGF
<b>1. "Uma adolescente de 17 anos recorre à Urgência Pediátrica, acompanhada pelos pais, por um quadro de dor abdominal, sendo diagnosticada gravidez. A adolescente expressa a sua vontade de manter o diagnóstico confidencial. Como agiria nesta situação perante as perguntas dos pais?"</b>				
Não respeitaria a decisão da adolescentes e comunicaria aos pais.	16%	14%	0%	13%
Respeitaria a decisão da adolescente. (Correcta)	<b>84%</b>	<b>86%</b>	<b>100%</b>	<b>87%</b>
<b>2. "Perante a mesma situação, mas perante uma adolescente de 14 anos?"</b>				
Não respeitaria a decisão da adolescentes e comunicaria aos pais. (Correcta)	<b>83%</b>	<b>84%</b>	<b>80%</b>	<b>77%</b>
Respeitaria a decisão da adolescente.	17%	16%	20%	23%
<b>3. "Se a adolescente em causa se encontrasse institucionalizada, tendo vindo à urgência acompanhada por um funcionário da dita Instituição, perante a decisão de não comunicar o diagnóstico, como agiria?"</b>				
Não comunicaria a decisão. (Correcta)	<b>22%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>21%</b>
Comunicaria a decisão se adolescente < 16 anos.	52%	56%	45%	46%
Comunicaria a decisão independentemente da idade.	26%	24%	33%	33%
<b>4. "A mesma adolescente de 17 anos decide proceder à interrupção voluntária da gravidez. Perante esta decisão:"</b>				
Não respeitaria a decisão da adolescente e comunicaria aos pais.	25%	24%	20%	24%
Respeitaria a decisão da adolescente. (Correcta)	<b>75%</b>	<b>76%</b>	<b>80%</b>	<b>76%</b>
<b>5. "E se a adolescente tivesse 14 anos. Como agiria?"</b>				
A decisão deveria caber apenas à adolescente.	5%	3%	5%	9%
A decisão teria de ser tomada com o conhecimento e participação da família. (Correcta)	<b>93%</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>86%</b>
A decisão dependeria exclusivamente dos pais.	2%	1%	0%	5%
<b>6. "A adolescente de 17 anos fez a interrupção voluntária da gravidez, no decurso da qual ocorreram complicações. A decisão não havia sido comunicada aos pais por decisão da adolescente. Como agiria agora?"</b>				
Comunicaria aos pais a situação.	63%	61%	60%	73%
Respeitaria a vontade da adolescente e não informaria os pais. (Correcta)	<b>37%</b>	<b>39%</b>	<b>40%</b>	<b>27%</b>

P = Pediatria, GO = Ginecologia/Obstetrícia, MGF = Medicina Geral e Familiar

**Quadro IV.** Distribuição percentual das respostas às afirmações que versavam consentimento e decisão terapêutica

Afirmações	Resposta correcta	% de respostas correctas			
		Total	P	GO	MGF
1.O consentimento parental é obrigatório em todos os actos médicos invasivos e cirúrgicos.	F	65%	66%	80%	69%
2.O consentimento parental é obrigatório apenas se a idade do/a adolescente for inferior a 16 anos.	V	74%	74%	80%	78%
3.A obrigatoriedade do consentimento depende da severidade do procedimento.	F	84%	86%	70%	80%
4.O adolescente com mais de 16 anos e discernimento pode consentir ou rejeitar uma proposta terapêutica.	V	87%	89%	80%	89%
5.Em caso de emergência, a decisão parental pode ser dispensada, se a vida do adolescente estiver em risco.	V	98%	97%	100%	98%
6.A decisão parental pode ser contrariada se houver prejuízo para o adolescente.	V	92%	95%	85%	88%
7.A decisão deve ser, tanto quanto possível, tomada em conjunto (pais, adolescente e profissional de saúde).	V	100%	100%	100%	100%
8.O profissional de saúde poderá decidir se o adolescente não for considerado competente.	V	63%	67%	70%	47%
9.Perante incapacidade de obter uma decisão consensual (pais e filho/a), prevalece a vontade do adolescente se este se mostrar competente e tiver mais de 16 anos.	V	89%	89%	90%	94%
10.Na ausência de uma decisão consensual, prevalece a vontade dos pais, se o adolescente tiver idade inferior a 16 anos ou se não for considerado competente.	V	85%	86%	65%	86%
11.Independentemente da idade ou competência do/a filho/a, perante a inexistência de uma decisão consensual, prevalece a vontade dos pais.	F	87%	90%	70%	77%
12.O médico poderá decidir, quando não existe uma decisão consensual.	V	28%	29%	50%	22%
13.As crenças religiosas e culturais deverão ser levadas em conta no momento da decisão.	V	89%	89%	90%	94%
14.As crenças religiosas e culturais apenas poderão ser desrespeitadas se o adolescente tiver idade inferior a 16 anos ou for considerado incapaz.	F	70%	74%	65%	62%

P = Pediatria, GO = Ginecologia/Obstetrícia, MGF = Medicina Geral e Familiar; Respostas correctas indicadas: V = verdadeiro

### Discussão

Para que os profissionais possam exercer de forma efectiva a sua prática clínica, nomeadamente numa área tão específica como a dos adolescentes, é fundamental que tenham presente a lei portuguesa.

Neste estudo verificou-se que o participante tipo se tratava de um profissional de saúde que observava regularmente adolescentes até aos 18 anos de idade e exercia a sua prática clínica a nível hospitalar.

De acordo com os Consensos da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria “deve ser garantida a **confidencialidade** e promovida a autonomia

para que o adolescente se sinta responsável pela sua saúde de forma integral”<sup>9</sup>. Idealmente a **confidencialidade** e os seus limites deverão ser abordados em todas as consultas e, se possível, logo no seu início, dirigido ao adolescente e ao seu acompanhante (pais/representante legal), de forma a encorajar a procura dos jovens pelos serviços de saúde e a promover a comunicação com os profissionais<sup>10</sup>.

No presente estudo, apenas 69% dos participantes aborda regularmente a confidencialidade na consulta, sendo que a maioria ainda não o faz sistematicamente, abordando-o apenas quando se trata de um assunto íntimo (60%). Tal achado este de acordo com o estudo Kraus *et al*, no qual o tema da confidencialidade não foi considerado por médicos de diferentes especialidades, como uma das necessidades mais

importantes para o exercício da sua prática clínica junto dos adolescentes<sup>11</sup>. Por outro lado, e contrariando os achados de outros estudos<sup>12</sup>, os médicos internos e de grupos etários mais novos parecem estar menos acostumados a abordar a confidencialidade na consulta, pelo que urge a necessidade incluir na formação dos médicos esta temática.

Satisfaz plenamente o facto de serem os adolescentes os destinatários preferenciais da abordagem do tema da confidencialidade, não sendo geralmente os únicos (63%). Os pediatras parecem estar mais acostumados com a figura do representante legal, comparativamente com os profissionais de outras especialidades.

O segredo médico não é absoluto, havendo excepções previstas por lei para a quebra da confidencialidade, como as situações em que estejam em causa a defesa dos legítimos interesses do doente ou de terceiros, perante o consentimento do doente ou do seu representante legal ou no caso de doenças de declaração obrigatória (ainda que ocorra apenas como controlo anónimo para efeitos estatísticos e epidemiológicos)<sup>13</sup>. Contudo, estas devem constituir situações limite e decididas caso a caso, pois afectam radicalmente a relação médico-doente<sup>15</sup>.

Cerca de um 28% dos inquiridos parece desconhecer os **limites da confidencialidade**, não identificando as situações genericamente previstas pela lei portuguesa para que possa ocorrer a quebra do sigilo (risco de vida, abuso e ideação suicida), ainda que a última situação apenas justifique a quebra do sigilo se houver claro risco de vida para o/a adolescente, pelo que, talvez por isso, tenha sido, das três, aquela que foi menos indicada pelos profissionais. Os pediatras parecem apresentar uma perspectiva mais paternalista dos limites da confidencialidade, no sentido em que estarão mais dispostos a utilizar a informação concedida na consulta para informar terceiros. Este facto poderá ser explicado pelo fraco conhecimento, por parte dos pediatras, da legislação portuguesa e, por outro lado, pela “força do hábito” de envolver os pais na abordagem dos problemas de saúde dos filhos<sup>14</sup>. Tal também poderá ser explicado por factores externos como os aspectos culturais e as crenças individuais, mas também pelo o facto de o atendimento de adolescentes ser uma realidade relativamente recente.

O direito à **autonomia e confidencialidade** foi avaliado no inquérito através da exposição de casos clínicos. Nos casos um e quatro, e conforme consta da legislação portuguesa, a resposta correcta seria respeitar a vontade da adolescente e não comunicar o diagnóstico aos pais, se tal fosse a decisão da adolescente e após esgotadas todas as possibilidades. Assim, a lei portuguesa reconhece a eficácia do consentimento de um adolescente que tenha mais de 16 anos e possua o discernimento necessário para decidir, tal como consta no artigo 38º, nº3 do Código Penal Português<sup>5</sup>. Contrariamente no caso clínico dois e cinco, perante uma adolescente de catorze anos teria de se comunicar a situação aos pais e a decisão deveria ser tomada, dentro do possível, por acordo de ambas as partes, prevalecendo a opinião dos pais, tal como consta na lei. Contudo, há excepções previstas pela lei portuguesa, como no caso de adolescentes emancipados (como os casados) e dos “*mature minors*”, cujo conceito é muito subjectivo e seria determinado pelo médico. Contudo, existe o consenso de que

a maioria dos adolescentes com mais de catorze anos teria maturidade suficiente para decidir autonomamente<sup>15</sup>. No caso três, perante uma adolescente institucionalizada, independentemente da idade, apenas se poderiam prestar esclarecimentos relativamente à condição clínica da jovem perante a figura do representante legal. A informação fornecida seria então concedida de acordo com a vontade da adolescente, a sua idade e competência para decidir, tal como predisposto na legislação portuguesa e obedecendo ao discutido atrás. No caso seis, perante uma adolescente de 17 anos cuja decisão de interromper a gravidez não havia sido comunicada aos pais por sua vontade e havendo surgido complicações no procedimento, deve ser respeitada a vontade em manter a confidencialidade da situação, tal como prevê a lei, caso se trate de alguém competente nas suas decisões. Contudo, esta questão é polémica, pois no caso de se tratar de uma situação de risco de vida, poder-se-ia pensar que seria admissível a quebra do sigilo médico, contudo, tal como consta no Código Internacional de Ética: “*O Médico deve respeitar o direito do paciente à confidencialidade. É ético revelar informação confidencial quando o paciente consinta ou quando haja uma ameaça real e iminente para o paciente ou para terceiros e essa ameaça possa ser afastada pela quebra da confidencialidade*”<sup>16</sup>.

Na generalidade dos casos apresentados verificou-se que a maioria dos participantes respondeu correctamente a mais de metade das perguntas (74%), mostrando um conhecimento razoável no que diz respeito a estes temas, sem que fossem registadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos profissionais.

Relativamente ao consentimento e decisão terapêutica, os profissionais mostraram-se mais conhecedores, respondendo correctamente a mais de 70% das perguntas, 81% dos participantes. As afirmações que geraram mais dúvidas foram a oito e a doze, que constituem situações em que o médico poderá vir a intervir no sentido de decidir a melhor opção terapêutica. Assim, na afirmação oito, perante um adolescente não competente e na impossibilidade de contactar alguém que seja responsável por este, tratando-se de uma situação que necessite de tratamento urgente, este não deverá ser protelado, devendo agir-se no melhor interesse do doente 17. Tal como na afirmação doze, em que não se conseguindo chegar a um acordo mútuo, e em situação de excepção, o médico poderá agir no melhor interesse do doente, uma vez que tal como consta na Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente de 2003, “a permissão (para procedimentos diagnósticos e terapêuticos) poderá ser opcional em procedimentos considerados vitais”<sup>18</sup>.

A inexistência de trabalhos construídos nos mesmos moldes deste dificulta as comparações, constituindo-se como uma das limitações do nosso estudo.

## Conclusão

Os aspectos ético-legais inerentes ao atendimento de adolescentes são temas que continuam a suscitar muitas dúvidas no quotidiano da prática clínica.

De um modo geral, os médicos inquiridos apresentaram um nível razoável de conhecimento no que diz respeito aos direitos em saúde dos adolescentes, nomeadamente em termos de consentimento informado e decisão terapêutica. Contudo, os resultados deste estudo vieram mostrar que, por um lado, a abordagem da confidencialidade ainda não se encontra sistematizada e, por outro, que os profissionais de saúde ainda se revelam pouco conhecedores dos limites da confidencialidade. Esta situação é preocupante, pois a negação do direito à confidencialidade, incita ao afastamento dos adolescentes dos serviços de saúde e pode levantar questões de responsabilidade civil aos profissionais de saúde desconhecedores da lei.

### Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os internos e recém-especialistas que deram a sua colaboração através da resposta ao questionário.

### Referências

- Jenkins RR. Delivery of health care to adolescents. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed., Philadelphia: WB Saunders Company; 2007; 816-20.
- 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. Ass Med Bras*, 1992; 53(3): 240-6.
- Levine SB. Adolescent consent and confidentiality. *Pediatr Rev*, 2009;30;457-459
- Portugal. Código Civil português (actualizado até à Lei n.º 103/2009 de 11 de Setembro). Acessível em: <http://www.verbojuridico.com/download/codigocivil2010.pdf>.
- Portugal. Código Penal português (actualizado até à Lei n.º 61/2008 de 31 de Outubro). Acessível em: <http://www.verbojuridico.com/download/codigopenal2009-v1.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde. Carta dos direitos e deveres dos doentes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde 2004. Acessível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Ordem dos Médicos. O novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. *Rev Port Saude Publica* 2009; 27 (1): 117-56.
- Ethical Committee. European charter of rights for children and adolescents in regard to Ambulatory Pediatrics. Milan: European Society of Ambulatory Pediatrics Congress, 21st september 2003. Acessível em: [http://ecpcp.eu/fileadmin/PDF/ESAP\\_charter.pdf](http://ecpcp.eu/fileadmin/PDF/ESAP_charter.pdf).
- Requisitos para o atendimento ao adolescente – Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa: Secção de Medicina do Adolescente da SPP, 2005. Acessível em: <http://www.spp.pt/>.
- Society for Adolescent Medicine. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolescent Health* 2004;35:160-7.
- Kraus B, Stronski S, Michaud PA. Training needs in adolescent medicine of practising doctors: a Swiss national survey of six disciplines. *Med Educ* 2003;37:709-14.
- Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics* 2006;32:329-34.
- Pereira AGD. O Sigilo Médico: um roteiro da lei portuguesa. *Rev Port Dano Corp* 2009;19: 9-50.
- Deneyer M, Devroey D, Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y. Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *Eur J Pediatr* 2011; 170:1159-63.
- Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed decisions. *Child Dev* 1982;53: 1589-98.
- World Medical Association International Code of Medical Ethics. Pilanesberg: World Medical Association, 2006. Acessível em: <http://www.wma.net/>.
- Committee on Pediatric Emergency Medicine and Committee on Bioethics. Consent for Emergency Medical Services for children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128:427-33.