

Dilemas éticos y bioéticos en la atención de la salud del adolescente

Renata Acioli de Almeida¹, Liliane Lins², Matheus Lins Rocha³

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo identificar los conflictos éticos y bioéticos descritos en la literatura, implicados en la atención de la salud de pacientes adolescentes. Se trata de una revisión sistemática que utilizó el análisis cualitativo, por medio de la técnica de análisis de la temática. Las bases de datos empleadas y los descriptores son presentados en la metodología. Esta temática incluye pacientes adolescentes, los cuales según la Organización Mundial de la Salud abarca las edades de 10 años a 20 años incompletos y, según el Estatuto del Niño y del Adolescente, de los 12 a los 18 años. Así, el estudio implica pacientes con intervalos de edad amplios y con particularidades resultantes de la fase de transición entre no ser más un niño, ni tampoco ser un adulto. Este hecho exige diferentes especialidades médicas y de profesionales de la salud en el cuidado de estos pacientes, así como el conocimiento de los aspectos éticos, bioéticos y legales involucrados en la atención de la salud.

Palabras-clave: Autonomía personal. Salud del adolescente. Ética. Bioética.

Resumo

Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente

Objetivou-se, neste trabalho, identificar os conflitos éticos e bioéticos envolvidos na atenção à saúde de pacientes adolescentes, que são descritos na literatura. Trata-se de revisão sistemática que empregou a análise qualitativa, por meio da técnica de análise temática. As bases de dados utilizadas e os descritores são apresentados na metodologia. Essa temática abrange pacientes adolescentes, considerados dentro da faixa dos 10 aos 20 anos incompletos, segundo a Organização Mundial da Saúde, e dos 12 aos 18 anos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Assim, o estudo envolve pacientes com intervalos de idade bastante amplos e com particularidades decorrentes da fase de transição entre não ser mais criança e ainda não ter atingido a idade adulta. Tais especificidades exigem não apenas diferentes especialidades médicas e das demais áreas da saúde, mas também o conhecimento dos aspectos éticos, bioéticos e legais envolvidos na atenção à saúde desses pacientes.

Palavras-chave: Autonomia pessoal. Saúde do adolescente. Ética. Bioética.

Abstract

Ethical and bioethical dilemmas in adolescent health care

The aim of this study was to identify the ethical and bioethical conflicts involved in adolescent health care, as described in the literature. Systematic review utilizing qualitative analysis, via the technique of thematic analysis, was employed. The databases utilized and the descriptors are presented in Methodology. The area includes adolescent patients, who, according to the World Health Organization, range from the ages of 10 to almost 20 and, under the Statute of the Child and Adolescent, from 10 to 18 years of age. Thus the study involves patients with such broad age ranges and with particularities derived from being no longer a child but not yet an adult. This fact requires different medical specialists and health professionals in caring for these patients, as well as knowledge of ethical, bioethical and legal aspects involved in health care.

Keywords: Personal autonomy. Adolescent health. Ethics. Bioethics.

1. **Graduanda** renatinhaacioli@gmail.com 2. **Livre-docente** lilianelinskusterer@bahiana.edu.br 3. **Graduando** matheuslins@linselins.com.br – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/BA, Brasil.

Correspondência

Liliane Lins – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia e Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ética e Bioética (Netbio), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Rua Frei Henrique, 8, Nazaré CEP 40050-420. Salvador/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

En la adolescencia, se verifica una serie de situaciones conflictivas en que las normas establecidas se revelan insuficientes para responder claramente a las cuestiones éticas que surgen en las interrelaciones de los jóvenes de esa franja etaria de la sociedad. Los códigos y leyes también no se muestran suficientes para que los profesionales de la salud puedan resolver esas cuestiones. Siendo así, la bioética aparece como instrumento útil para ayudar a ecuacionarlas¹.

La autonomía es uno de los pilares de la bioética y, en el ámbito de la atención de la salud, es importante respecto al poder de decisión del paciente acerca de las cuestiones relacionadas a su propia salud. Con todo, en determinadas condiciones, esa autonomía puede ser limitada², cabiéndole al médico, y a los demás profesionales de la salud, el cuidado y la protección de daños. Cuando el riesgo de muerte es inminente, esa protección puede resultar en acciones paternalistas; en ese caso, el principio de beneficencia antecede al de la autonomía, porque, de acuerdo con los Principios fundamentales constantes del primer capítulo del Código de la Ética Médica (CEM)³, el profesional debe respetar la decisión del paciente desde que esa decisión sea científicamente correcta y adecuada al caso, debido a que el médico no puede poner en riesgo la salud del paciente.

Entre tanto, frente al respeto de la autonomía del paciente, el médico puede ser puesto en situaciones difíciles, necesitando discernimiento para decidir sobre cuestiones relacionadas a la salud, al autocuidado y sus consecuencias sobre el individuo que está bajo sus cuidados. Muchos profesionales alegan que pacientes adolescente, dada su corta edad, no están aptos para asumir la responsabilidad de su propia salud, debiendo así pasar por el tamiz de sus representantes legales. En la práctica, el profesional no puede garantizar que esos tutores realmente buscan el beneficio de los menores bajo su tutela; siendo así, esa proposición puede ser cuestionada¹.

Todavía con relación a la autonomía, varias investigaciones revelan que los adolescentes retardan la búsqueda del auxilio médico, pues temían que el tenor de sus relatos en la consulta a un profesional sea revelado a sus familiares⁴. Para el médico, es importante el secreto en esos atendimientos, ya que esos pacientes, sabiendo que verán sus informaciones expuestas, pueden no querer relatar sus problemas de salud, u omitir información importante para el adecuado diagnóstico y tratamiento, lo que puede comprometer a la relación médico-pa-

ciente, que debe estar basada en la confidencialidad y en la fidelidad.

El CEM, en su artículo 74, y el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)⁵, en su artículo 17, aseguran el secreto profesional en la relación con los pacientes menores de edad con capacidad de discernimiento. La excepción a esa regla es la posibilidad de prejuicios sobre la salud del paciente³. Siendo así, al buscar el secreto del profesional, los adolescentes cuentan no sólo con las garantías de la legislación brasileña, sino también con las propias de la Constitución de la República Federal de Brasil⁶ y de la deontología médica³.

Posteriormente, y todavía en el área de la deontología, el artículo 73 del CEM veta al médico revelar informaciones de pacientes, siendo permitida la ruptura de ese secreto solamente por una causa justa, deber legal o autorización por escrito del paciente³. De acuerdo con el Código Penal (CP)⁷, en su artículo 154, el secreto y la privacidad de la información son garantizados en todas las profesiones. La falta de cumplimiento de la ley resulta en la pena de detención, de tres años a un año, o la posibilidad de una multa.

Además de eso, el secreto siempre fue considerado característica moral obligatoria del médico, un derecho y un deber, o sea, derecho del paciente que genera deber en el médico, pero no obligación. De esa forma, su ruptura se justifica en caso de daños al paciente o de posibles daños a otros no conocidos por el médico, o sea, la sociedad. Mientras tanto, la pérdida del secreto puede resultar no sólo en obligaciones legales, de oficio, sino también en el quiebre de la relación médico-paciente⁸.

Casos de abuso sexual, que en la mayor parte de las veces es practicado por entes de la familia o personas próximas al paciente, ponen al médico delante de un conflicto. La obligación del equipo de salud del servicio médico es denunciar esos casos al Consejo Tutelar, porque, si no se hiciese, se estará comportando como cómplice de la familia agresora o estará siendo negligente con tales situaciones. Esa conducta muchas veces puede agravar la situación del adolescente sin protección, principalmente en un país como Brasil, donde no existen políticas eficaces que garanticen la seguridad de esos jóvenes y el debido amparo para la superación de traumas⁹.

El abuso sexual, la violencia, la explotación del trabajo y la negligencia para con esos jóvenes son configurados como malos tratos. Cualquiera de esas situaciones deben ser denunciadas por el médico, si las percibe durante la consulta o el examen. Todavía, sobre el amparo de esa determinación le-

gal, el profesional no deja de vivir los dilemas de esa decisión.

Otra situación conflictiva es el registro de las informaciones de los pacientes en los prontuarios. A pesar de ser propiedad del usuario del servicio de salud, los datos contenidos en el prontuario pueden ser accedidos por otros profesionales del servicio, así como por los padres, como por los representantes legales, quienes también pueden hacerlo. Frente a la posibilidad de la quiebra del secreto, se observa que muchos profesionales omiten hechos y exámenes como forma de proteger a los adolescentes⁹.

Además de la autonomía, otros cánones de la bioética principialista son la beneficencia y la no maleficencia. La beneficencia versa sobre la protección y la defensa de los derechos de los otros, la búsqueda de evitar que otros sufran daños, de eliminar las condiciones que causaron daños a otros, de ayudar a las personas ineptas, de socorrer a las personas en situaciones de riesgo; o sea, se trata de ampliar los recursos de la medicina para curar, aliviar los sufrimientos, mejorar el bienestar. La no maleficencia requiere que no se practiquen intencionalmente acciones o actos lesivos, que causen daño al paciente¹⁰.

Los principios citados auxilian en las difíciles decisiones en caso de terminalidad. Frente a un cuadro terminal, en que el paciente adolescente solicita al profesional de la salud que no prolongue su sufrimiento, recusando el tratamiento, muchas veces el médico enfrenta un dilema moral. Aún sabiendo que lo ideal para este tipo de pacientes es la aplicación de medidas paliativas, el médico no puede decidir por esa conducta si los representantes legales del paciente no concuerdan con ella, optando por el tratamiento. Según el Consejo Federal de Medicina (CFM)³, la conducta correcta implicaría la ponderación de los familiares, considerando el principio de autonomía del paciente y lo que el equipo médico considera indicado frente al estado de salud. Cabe resaltar que, en los casos de terminalidad, generalmente el principio de la no maleficencia se sobrepone al de la beneficencia; o sea, se debe evaluar si alguna conducta traerá más daño que beneficio al paciente. En ese caso, se deja ejercer tal conducta para no herirlo o causarle daños.

Otra cuestión que implica a la ética médica y a los principios bioéticos es la hemotransfusión en Testigos de Jehová, estando el paciente en riesgo de vida, situación en que no hay tiempo para transferirlo a las comisiones de conexiones hospitalarias, que viabilizarán la posibilidad de un tratamiento alternativo con interleucina-11 recombinante, ácido aminocaproico y tranexámico, adherencias tisulares,

expansores de volumen, coloide, además de instrumentos hemostáticos, como la electrocoagulación, con el intento de sustituir la necesidad de una transfusión sanguínea¹¹. Como no hay tiempo para la intervención judicial y frente al rechazo del paciente y de sus representantes legales, ese profesional debe seguir lo que establece el quinto capítulo del CEM³, artículos 31 y 32: proceder a la hemotransfusión y preservar la vida. Cuando el procedimiento fuese electivo y hubiese necesidad comprobada, le corresponde al hospital pedir la decisión jurídica para proceder a la hemoterapia, en caso de que sea recusada por los representantes legales del paciente¹².

Frente a lo expuesto, queda explícita la importancia de discutir ese tema –los dilemas éticos y bioéticos– en el contexto de la atención del paciente adolescente, que es lo que se pretende en el estudio. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca las edades de los 10 a los 20 años incompletos¹³. Ya, en Brasil, ese período se extiende de los 12 a los 18 años, según el ECA⁵. Cabe resaltar que esas franjas etarias no son más las propias de la niñez y no alcanzan aún la edad adulta. Ese hecho exige un abordaje interdisciplinar específico en el cuidado de la salud de esos pacientes.

Método

Fue realizada una revisión sistemática de la literatura, utilizando las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme); Scientific Electronic Library Online (SciELO); periódicos del portal de base de datos de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (Capes), y Google Académico. Fueron utilizados los descriptores: “autonomía personal y profesional”; “consulta médica”; “atendimiento médico”; “ética”; “bioética”; “Medicina del adolescente”.

La estrategia de búsqueda fue constituida por la localización de artículos en las bases de datos citadas y en la búsqueda manual en la lista de referencias de los artículos identificados, en el período de mayo a octubre de 2013 y sin restricción en cuanto al idioma y al año de publicación. En seguida, los trabajos fueron seleccionados mediante la lectura de los respectivos resúmenes y analizados por dos investigadores, siendo posteriormente verificados según los criterios de inclusión, a saber, artículos que discutiesen la temática a partir de la realidad brasilera, considerando el CEM³, el CP brasileiro⁷ y el ECA⁵; a la luz de la ética y de la bioética, y que implicasen a la población adolescente.

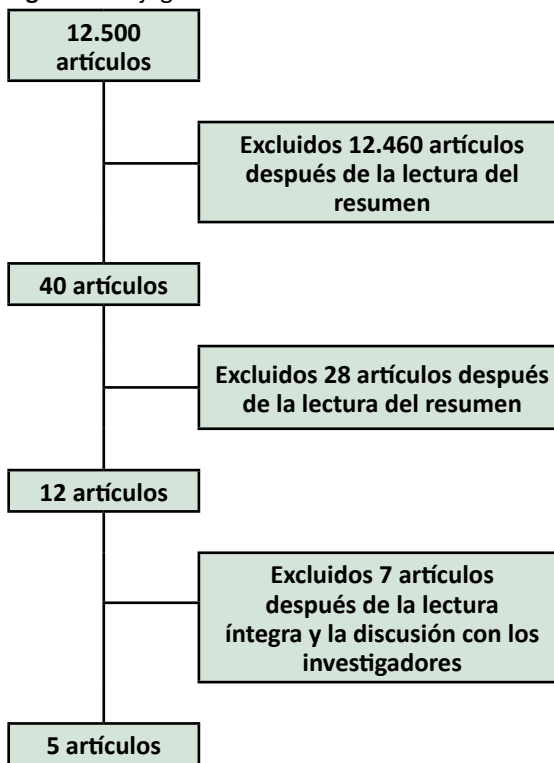
El relevamiento de los datos fue realizado por los investigadores mediante una ficha estandarizada conteniendo los tópicos: autor; año de publicación; diseño del estudio; región del país de realización; muestra; dilema ético y bioético abordado en el estudio; objetivo del artículo; limitación y validez externa de los artículos. Para evaluar la calidad de los artículos, se empleó la técnica cualitativa de análisis de la temática¹⁴, formulada en tres etapas: 1) pre-análisis; 2) exploración del material; 3) interpretación de los resultados obtenidos.

El pre-análisis fue dividido en lectura flotante, definida por la lectura intensa del material, en la cual el universo estudiado alcanza exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia; en constitución del *corpus* o selección de los documentos, y en la formulación de hipótesis y objetivos. La exploración del material es la fase en que los datos brutos del material de análisis fueron codificados y clasificados en unidades temáticas, con el fin de indicar el núcleo de comprensión del texto. En la interpretación de los resultados, se procedió a la verificación de la frecuencia de esas unidades, permitiendo poner en relevo las informaciones a ser analizadas.

Resultados y discusión

Después de la investigación en las bases de datos y con los descriptores citados en la metodología, fueron encontrados 12.500 artículos, se eliminaron 12.460 después de la lectura del título. Los 40 trabajos restantes, después de la lectura de los respectivos resúmenes, se restringen a 12 artículos, los cuales fueron leídos íntegramente y discutidos entre los investigadores. De ese proceso analítico resultaron 5 artículos que cumplen con los criterios de inclusión. Después de la lectura exhaustiva de esos trabajos, fueron formuladas las hipótesis.

Figura 1. Flujograma de selección de los estudios



Pre-analysis

Hypotheses: cases of violence (sexual and psychological abuse) experienced by adolescents should be reported by health professionals without representing breach of confidentiality; cases of HIV and abortion must be disclosed to family or sexual partners; teens consider respect for autonomy and fundamental confidentiality in health care; teens, even before age 15, should have access to contraception; the rape presumption ceases to exist if the young teenager wishes so, and the professional agrees to the conduct.

Classification of the material

Three units of data analysis were defined:

- Physician-Patient relationship (characteristics of the consultation by adolescents)
- Sexual activity in adolescents under the age of 14
- Bioethical dilemmas in the physician-patient relationship, when adolescents experience issues related to violence.

Interpretation

Frame 1, below, shows that the principles and values of autonomy, confidentiality, privacy and benevolence were discussed by all authors. It was observed that in most cases of violence, whether sexual, psychological or physical, the family does not agree with the act of notification by the professional. It is known that the notification is, in addition to a regulatory and legal duty, an act of kindness by the physician, existing conflict between the autonomy of the family and the paternalistic legal duty act by the technician. Some health professionals regard the notification as disclosure of information, confidentiality and privacy of the patient. It is therefore necessary to consider the extremes of conflict. The act of complaint of a teenager who has sex in its sole discretion, and regularly follows the recommended care for their health, can be interpreted as the technical breach of confidentiality and disregard the principle of patient autonomy. As for the situations typified as sexual, psychological or physical abuse, these require the duty of notification.

On the one hand, it is conduct typified in Article 154 of the Brazilian Penal Code ⁷ as a crime of breach of professional secrecy. However, the same Article provides that in cases of fair cause, the offense is not configured. Moreover, one cannot forget the ninth chapter of CEM ³, article 73, makes the

situation even more peaceful by expressly stating that, in cases of just cause legal duty or written authorization from the patients, confidentiality may be broken.

On the other hand, one can stand before the crime of bodily injury, typified in Article 129 of the Penal Code 7. In this case, the injury is qualified by § 9 as follows: *If the injury is done to ascendant, descendant, brother, spouse or partner, or with whom the author lives or has lived, or, if the agent takes advantage of domestic relations, cohabitation or hospitality: (Writing amended by Law No. 11,340, 2006) Penalty - detention of 3 (three) months to three (3) years. (Writing amended by Law No. 11,340, 2006).*

Thus, it is clear that the legal good “physical, moral or psychological integrity” of adolescents should override professional secrecy. The victim - in this case the teenager - is the most injured part in the situation. There is no doubt that should receive the necessary care.

The ECA ⁵ ECA also confirms the importance of legal and judicial protection with regard to violence against children and adolescents, both in the general clause of Article 5 as in Articles 101, paragraph 2, and 173, which set out the measures to be taken in cases cited. Also, it is stressed that, as reported, it is the duty of health professionals to inform the competent authorities about any abuse or violence to the child or adolescent, under the risk of penalty. So in addition to being forced to break the professional secrecy in such cases, the health professional is compelled by legal rule to denounce them. Clearly, any theory which sees the situation as illegal disclosure of information does not find ethical or legal grounds.

Frame 1. Description of the ethical aspects identified in the studies

Autor(es)	Tipo de estudio	Muestra	Autonomía/secreto/privacidad	Beneficencia
Gonçalves HS, Ferreira AL ¹⁵	Descriptivo	Relato de experiencia de profesional	Conflicto cuando paciente y familia no desean la notificación de violencia Paternalismo	Deber de notificación
Taquette RS, Vilhena MM, Silva MM, Vale PM ¹⁶	Descriptivo	74 profesionales	Necesidad de quiebre del secreto para los familiares Conflicto cuando paciente y familia no desean notificación de violencia Comentar las informaciones con otros colegas de profesión Paternalismo	Orientar sobre salud sexual y métodos anticonceptivos Garantizar el secreto de las informaciones obtenidas en la consulta, salvo en las condiciones en que se debe quebrarlo
Brandão ER, Heilborn ML ¹⁷	Serie de casos	13 jóvenes e 12 familiares	Adolescente con relaciones sexuales no seguras Decisión por el aborto por parte de la adolescente Preservar la identidad de la adolescente que abortó	Orientar sobre la salud sexual y los métodos anticonceptivos Darle valor al adolescente para contarle a la familia su decisión de abortar
Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R ¹⁸	Corte transversal	201 adolescentes con aborto incompleto	Decisión por el aborto por parte de la adolescente Preservar la identidad de la adolescente que abortó No dar informaciones secretas a personas que no estén ligadas al caso	médica de emergencia en el caso de aborto provocado Promover la salud sexual
Taquette RS ¹⁹	Revisión de literatura	—	Adolescente con relaciones sexuales no seguras Ruptura de secreto en los casos de HIV, embarazo, aborto, violencia contra el adolescente Preservar el derecho a la privacidad del adolescente Preservar el secreto de las informaciones	Orientar sobre la salud sexual y los métodos anticonceptivos Atender al adolescente, sin preconcepción moral o religioso

El médico debe ejercer la beneficencia al mantener en secreto las informaciones registradas en el prontuario: de la misma forma, no debe comentar con otros profesionales sobre los casos de los pacientes que extrapolan el contexto de cuidado en salud de esos adolescentes. Además de eso, también es derecho del paciente solicitar informaciones sobre los métodos anticonceptivos y datos sobre la educación sexual, y el médico debe orientarlo de la

mejor forma posible. Según el artículo 73 del CEM³, *es vedado al médico revelar datos de que tenía conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por el motivo justo, deber legal o consentimiento, por escrito, del paciente.* En su artículo 74, *es vedado al médico revelar secreto profesional relacionado al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o representantes legales, desde que el menor tenga capacidad y discernimiento, salvo cuando la*

no revelación pueda acarrear daño al paciente. En situaciones de infección por el virus de HIV y del uso de drogas ilícitas, por ejemplo, la comunicación a los compañeros sexuales y a los familiares puede ser considerada una causa justa¹⁶.

Brandão e Heilborn¹⁷, en un estudio descriptivo realizado con jóvenes de clase media de 18 a 24 años sobre la temática de la sexualidad, embarazo y aborto, se observaron que la iniciación sexual concomitante con la elección de un método anticonceptivo por parte de esos adolescentes es una forma de ejercer la autonomía. La preponderancia del secreto profesional sobre los derechos sexuales y reproductivos de los pacientes adolescentes todavía puede ser cuestionada en los casos de embarazo o de aborto terapéutico o humanitario. Eso porque la familia debería dar soporte al proceso de gestación o al de un posible aborto, en los casos permitidos por la ley.

La práctica del aborto es un crimen tipificado en los artículos 124 y 128 del Código Penal. De esta manera, solamente el aborto terapéutico o humanitario puede estar en cuestión. El aborto terapéutico o necesario ocurre cuando la práctica se trona esencial para salvar la vida de la gestante. El riesgo de muerte de la gestante excluye cualquier carácter ilícito, por el estado de necesidad previsto en el Código Penal, en su artículo 24.

Ya el aborto humanitario ocurre en los casos en que la gestante fue víctima de estupro o de violencia sexual. En esos casos, el aborto es permitido con base en los aspectos éticos y humanitarios, siendo excluyente de culpabilidad por ausencia de no exigibilidad de conducta diversa, instituto también previsto por el Código Penal, artículo 22. Esas excepciones son previstas en el artículo 128 de la misma ley y, a pesar de que en el *caput* del artículo utilice la palabra "médico", se debe interpretar en sentido más amplio. Por lo tanto, caracterizado un inminente estado de necesidad de la embarazada, es posible que el aborto sea realizado por un médico.

Todavía existe una reciente posibilidad más de aborto. Se trata del aborto del feto acéfalo, para el cual no hay previsión legal específica. De ese modo, la situación resultó en la proposición de la Imputación de Incumplimiento del Precepto Fundamental (ADPF) 54, juzgada por el Tribunal Superior Federal en 2012, cuando se entendió por dar prevalencia a la dignidad del gestante en detrimento de la vida (sobrevida) del feto. Existen diversas especies de mal formación. La anencefalia torna a la vida del feto inviable, concediéndose así el derecho de anticipación de su muerte. El Proyecto de Ley de la Reforma del

Código Penal trata al aborto del acéfalo como hecho de acto no punible²⁰.

Así, es necesario que la familia esté consciente de cuáles serán los procedimientos a los que el niño o el adolescente puede verse sometido para que se asegure la autonomía de la decisión familiar, suprimiendo la incapacidad civil del menor. En los casos de aborto humanitario en que hubiese divergencia entre la decisión del menor gestante y de su representante legal (gestante deseando abortar y representante legal no permitiéndolo, o viceversa), es necesario que se dé prioridad a la vida del naciente. Tal situación es completamente discutible. Fundamental es que, antes de todo, se apure la decisión del representante, con el objetivo de verificar si realmente está actuando en el interés del incapaz o está apenas siguiendo sus propias convicciones.

Según Brandão e Heilborn¹⁷, muchos pacientes desean secreto con respecto las informaciones dadas en las consultas. Entre tanto, cuando el adolescente informa del embarazo o de la decisión de practicarse un aborto, el médico debe darle ánimo para contar su opción a la familia y alertarla sobre los riesgos para la salud y la vida en el caso del aborto, así como las implicaciones legales vinculadas a ese acto. Cabe resaltar que son derechos del paciente que procura el servicio médico después de un proceso de aborto la protección del secreto y los cuidados en salud.

En caso de que ocurra un aborto, el profesional de la salud no puede notificar a la autoridad policial, judicial o al Ministerio Público. Cuando se trata del quiebre del secreto de esta naturaleza, el técnico puede ser procesado ética, civil y criminalmente. Se observa que el CEM³, en su artículo 73, le veda al médico revelar el *hecho de que tenga conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por motivo justo, deber legal o consentimiento, por escrito, del paciente*. De acuerdo con el artículo 74, el derecho al secreto también abarca menores de edad, siendo vedado al médico revelar el secreto profesional concerniente a ellos, inclusive a los responsables legales, desde que el adolescente tenga la capacidad de evaluar su problema y de conducirse con autonomía.

El aborto también fue discutido por Chaves y colaboradores¹⁸ en estudio de tipo corte transversal realizado en 2010 con 201 adolescentes en abortos incompletos, en maternidad pública de Alagoas. Para los adolescentes que participaron en la investigación, el aborto era una forma de ejercer su autonomía, en la medida en que contasen con el derecho a tener su cuadro clínico y su identidad

preservados, asistencia médica y, posteriormente, planeamiento familiar, como forma activa del médico de promover el bien a esas pacientes.

Traquette y colaboradores¹⁶, a su vez, realizaron un estudio del conflicto ético en la asistencia a la salud del adolescente, con base en entrevistas con profesionales de Rio de Janeiro que relataron 149 casos, identificándose 20 situaciones generadoras de conflictos éticos vividos en el atendimento a la salud de los adolescentes. Los datos se referían a personas en la franja etaria de 12 a 20 años incompletos, atendidas en el Núcleo de Estudios de la Salud del Adolescente de la Universidad Estadual do Rio de Janeiro (Uerj). Los autores esclarecen que fueron varios los conflictos identificados y que, para lidiar con ellos, no basta que los profesionales de la salud recorran los códigos y leyes; tiene que valer también de la reflexión bioética para estimular la discusión conjunta.

El primer conflicto identificado en los trabajos analizados trata la cuestión del secreto y la confidencialidad en la consulta ¿Cómo prever que los adolescentes puedan luchar solos con los cuidados de su salud? Se recomienda que esos jóvenes tomen decisiones implicando a sus responsables. En caso de sida o de uso de drogas ilícitas, sin localizar a la familia del menor, es necesario contar con recursos públicos que den soporte social y emocional a los pacientes. Los profesionales de la salud no deben actuar de manera paternalista, y tampoco juzgar a sus pacientes por la óptica de sus concepciones morales y religiosas.

El segundo y el tercer conflicto retratan cuestiones de malos tratos. En esos casos, el profesional de la salud es obligado a notificar su sospecha al Consejo Tutelar, que irá a acompañar, amparar, buscar soluciones que no invadan derechos ajenos y que no aumenten el conflicto²¹. Entretanto, muchas veces el menor no desea hacer ninguna denuncia por miedo al abusador. De la misma manera, la familia de la víctima no lo hace, ya que el resultado será la punición del abusador, lo podría implicar el rompimiento de las relaciones familiares¹⁶.

Así, cuando hay violencias en las circunstancias relatadas, el profesional se encuentra frente a un grave dilema: si, por otro lado, la denuncia puede agravar la situación de un niño o un adolescente que convive con el agresor, por otro lado, dejar de denunciar hiere a las normativas legales y deontológicas del ejercicio profesional. En el caso considerado, se torna difícil definir la conducta más adecuada, siendo recomendada una cuidadosa evaluación de los hechos y, cuando fuese aplicable, la correspon-

diente consulta a la comisión de ética del consejo profesional al cual se encuentra jurídicamente vinculado. La negligencia y el abandono relacionados a la pobreza deben ser reconocidos por los servicios de salud, procurando, en los recursos ofrecidos por las políticas públicas, la equidad en la desigualdad.

Además de los crímenes tipificados en el Código Penal y de los artículos del Estatuto del Niño y del Adolescente mencionados anteriormente, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*²² garantiza el derecho a la seguridad personal y al tratamiento sin crueldad, en sus artículos 3° y 5°, respectivamente. Además, la Constitución de la República Federal de Brasil⁶, en su artículo 1°, inciso III, trata el principio fundamental de la dignidad de la persona humana. Por lo tanto, es nítido que esa violencia transgrede, en su totalidad, el orden jurídico brasileño. Los derechos fundamentales deben ser asegurados principalmente en los casos de extrema vulnerabilidad. El deber profesional de salud es, sin duda, proporcionar en su ámbito de actuación alivio, confort y orientación.

La cuarta categoría de conflicto concierne a la práctica de actividades ilícitas como el aborto y el uso de drogas. Tales situaciones deben ser evaluadas con criterio, a fin de evitar que los adolescentes sufran daños a su integridad física, psicológica, moral o de cualquier otra naturaleza. Es necesario que el servicio de salud tenga un canal de comunicación con el Poder Judicial, de modo que sean tomadas medidas eficaces para hacer valer la equidad y la justicia social.

La quinta categoría de conflicto trata la actividad sexual antes de los 14 años¹⁹. A pesar de que las relaciones sexuales sean iniciadas cada vez más precozmente en el país, el Código Penal describe a esa práctica como fruto de estupro del vulnerable, delito previsto en el artículo 217-A. de ese modo, el profesional de la salud debe contextualizar ese joven y, con su experiencia clínica, evaluar cada caso. De acuerdo con la redacción del Código Penal, cualquier acto libidinoso o conjunción carnal con menores de 14 años configura crimen sexual de estupro contra el vulnerable. La fundamentación para criminalizar la conducta de mantener relaciones sexuales con menores de 14 años es la ausencia de discernimiento por parte del niño o niña o del adolescente de esa edad en cuanto a la actividad sexual. El legislador aquí entendió que no hay maduración que proporcione la elección correcta de la vida sexual a los menores de edad. Como no hay discernimiento, el menor de 14 años estaría siendo inducido por el absolutamente capaz.

En esta categoría de conflicto, la competencia para el autocuidado de los adolescentes es puesta en jaque, porque, en la interpretación del derecho civil, esos jóvenes son relativamente o absolutamente incapaces, habiendo comprometido de su plena autonomía. De esa forma, la decisión sobre las cuestiones relacionadas con la salud de ese grupo específico precisa pasar por la revisión de sus padres o responsables legales. Los profesionales perciben que los pacientes a partir de los 15 años generalmente son capaces de ejercer su autonomía para buscar asistencia en salud, por ejemplo, en lo que se refiere al consejo sobre métodos anticonceptivos y prevención del embarazo en la adolescencia.

La séptima categoría versa sobre los profesionales de la salud. Divulgación e informaciones registradas en prontuarios y fichas médicas puede provocar daños irreparables en el adolescente. Es necesario, por lo tanto, que médicos, enfermeros y otros profesionales que puedan tener acceso al prontuario de ese paciente hayan acordado con el criterio ético, protegiendo el secreto y la privacidad, sin olvidar la responsabilidad que les cabe.

En la octava categoría fueron englobados conflictos menos frecuentes, entre los cuales la exploración del trabajo del adolescente, la falta de recursos gubernamentales para la compra de medicamentos necesarios para la atención de la salud de ese segmento de la población y la ineficiencia del sistema de salud.

En 2010, Taquette¹⁹ realizó un estudio con base en las temáticas generadoras de conflictos vividos por el médico en la atención de la salud de los adolescentes. Al abordar las cuestiones que implican el atendimento del médico al adolescente, la autora recomienda que la consulta debe tener dos momentos: el primero en la presencia de los responsables legales, y el segundo en la ausencia de ellos, garantizando el derecho a la confidencialidad y a la privacidad del paciente.

El secreto y la autonomía deben ser mantenidos cuando el profesional de la salud percibe que las informaciones a ser dadas al paciente acerca de su salud puede ser causa de prejuicios y que él no tiene condiciones de luchar sólo con sus decisiones. El médico deberá, entonces, informarlo de que el secreto será quebrado, ya que los padres participarán de las decisiones a ser tomadas. Entre tanto, muchas familias quieren saber todo lo que fue dicho en la consulta, de manera que, si eso ocurre, le corresponderá al médico conversar con los familiares y tratar de convencerlos de la importancia de mantener la privacidad del paciente.

Fue observado, en este estudio, que los profesionales de la salud enfrentan dificultades en el atendimento de adolescentes, ya que el médico no debe conducir la historia del paciente de acuerdo con sus valores, pero sí hacer siempre una autorreflexión para mantenerse al servicio del paciente, y no de sí propio²³. Es necesario también que conozca el ECA, que interactúe con abogados hospitalarios y con el Ministerio Público, y que mantenga permanente diálogo con el equipo médico sobre los impases relacionados a los pacientes de esa franja etaria.

En el estudio de corte transversal, basado en las entrevistas con adolescente con aborto incompleto y sometidos a raspaje en maternidad pública de Alagoas, realizado en 2010, Chaves y colaboradores¹⁸ buscaron evidenciar la perspectiva bioética. La investigación obtuvo los siguientes resultados: la edad media es de 16,1 años; la mayoría se clasificaba como mulatas, no usaba preservativos y no planeo la gestación; la edad de gestación era de 13,2 semanas, en promedio. Además, 81,56% de esas adolescentes se provocaron abortos, siendo el raspaje el procedimiento más realizado. Esos datos evidencian que el aborto en adolescentes representa un problema de salud pública. El aumento del número de abortos fue atribuido a la mayor autonomía conquistada por las mujeres, después del avance de los movimientos feministas. Los autores sugieren que la decisión por el aborto en la adolescencia debe ser del paciente y que el profesional médico debe promover la salud sexual, la prevención del embarazo indeseado y prestar asistencia inmediata a la mujer en situación de aborto.

Gonçalves e Ferreira¹⁵ hicieron, en 2002, un estudio descriptivo basado en la experiencia de notificación de casos de violencia vivida por los adolescentes por parte de los profesionales de la salud en ambulatorio de la familia, en Rio de Janeiro. Los autores resaltaron la necesidad de que el profesional de la salud debe notificar casos de malos tratos. La legislación brasilera exige que esos profesionales notifiquen tales eventos, bajo pena de responder judicialmente por omisión del hecho. En la práctica profesional de salud, tal situación es por él considerada como generadora de conflicto, visto que la notificación exige la quiebra del secreto profesional, que es uno de los principios básicos de la ética médica. Además de tener trastornos legales, él enfrenta algunas dificultades, como cultura familiar y amenaza del agresor, sin contar con problemas estructurales, como la falta de preparación de consejeros y del propio profesional de la salud para identificar y lidiar con casos de malos tratos²⁴,

por tratarse de una materia muy diversa, que exige profundo conocimiento.

El estudio de serie de casos de Brandão e Heilborn¹⁷, con 13 entrevistas de adolescente de clase media de Rio de Janeiro, y de 12 familiares, analiza el fenómeno de embarazo vinculado al proceso de individualización juvenil. Para las autoras, la sexualidad en la adolescencia entra en conflicto con el interés de los padres, dado que, para los primeros, esa fase de los contactos afectivo-sexuales representa su libertad y autonomía, mismo bajo techo paternal, en cuanto, para los padres, esa fase significa la construcción de su futuro, por intermedio de los estudios. La sexualidad infanto-juvenil implica un aprendizaje racional, que exige reglas de negociación, debido a que muchas veces ella trae a los implicados dilemas y cuestiones decisivas, como usar o no métodos anticonceptivos, el modo de usarlos, interrumpir o no el embarazo precoz, etc. Para las autoras, tales decisiones requieren también la interacción con el profesional de la salud, el cual, junto con la familia, tomará la mejor decisión, considerando los límites de la ética médica y respetando el poder de decisión de los adolescentes.

Consideraciones finales

Frente a los conflictos analizados en el atendimento a la salud del adolescente a partir de la perspectiva de la ética y de la bioética, queda explícito que el paciente adolescente busca en las consultas médicas el secreto y la confidencialidad de las informaciones por él dadas. En ese sentido, es recomendable que el profesional conduzca esa consulta en dos momentos, siendo uno de ellos solamente con el paciente y otro con la participación de su representante legal.

Además, en caso de que fuese necesario quebrar el secreto, conforme asegura el artículo 74 del CEM, el médico deberá informar que prescribe esa conducta en situaciones como el embarazo, el uso de drogas, el abuso sexual, la violencia y los malos tratos, de los cuales las tres últimas ocurrencias deben ser obligatoriamente comunicadas al Consejo Tutelar y el uso de drogas debe ser conducido de la mejor forma posible por el profesional de la salud y por la familia, ya que muchas veces la internación se hace necesaria.

Para el Código Civil, el adolescente menor de 18 años es relativamente o absolutamente incapaz,

siendo, por lo tanto, necesaria la autorización de los representantes legales en casos de aborto con riesgo de muerte para el gestante. El dilema se establece cuando los representantes legales son negligentes o abandonan a ese menor de edad y, sumado a eso, las políticas públicas son ineficaces para velar efectivamente por la dignidad humana, conforme a lo instituido por la Constitución Federal de 1988.

La confidencialidad se extiende a las informaciones contenidas en prontuario, las cuales deben ser mantenidas en secreto, ya que el prontuario es un documento que pertenece al paciente. Así, por ejemplo, la identificación del adolescente que abortó no puede ser revelada, aún siendo ese un acto tipificado como criminal, con pena instituida en los artículos 124 y 128 del Código Penal. Le cabe al Poder Judicial juzgar esos casos, y no al médico, cuyo deber principal es asegurar el derecho a la salud del paciente.

Para el adolescente, la sexualidad y sus consecuencias son una forma de ejercer la autonomía. Ese ejercicio se extiende a la elección de método anticonceptivos y a la búsqueda de consultas con ginecólogos, clínicos generales y especialistas en planeamiento familiar. Aún así, desde el punto de vista legal, los adolescentes menores de edad son considerados relativamente incapaces, las elecciones de esos pacientes son contempladas por muchos profesionales de la salud, ya que ellos perciben, en la práctica, que los individuos a partir de los 15 años ya pueden demostrar competencia para el autocuidado.

Para concluir, los conflictos aquí abordados pueden dejar de existir con la evolución de la sociedad, pero, probablemente, otros problemas surgirán, una vez que la cuestión de la sexualidad en la adolescencia se muestra bastante compleja, englobando aspectos físicos y psicológicos de los adolescentes, su salud y madurez intelectual y emocional, así como las características sociales, culturales, educativas, religiosas y económicas de las familias. Todos esos aspectos se mezclan en el enmarañado de matices normativos y legales explicitados en los dispositivos del Código de Ética Médica, en el Código Civil, en la Constitución Federal y en el Estatuto del Niño y el Adolescente, los cuales son interpretados de acuerdo con las necesidades de la sociedad en permanente cambio. Así, ese tema exige de los profesionales de derecho y de salud discernimiento, reflexión ética, además de un estudio constante.

Trabajo producido en el ámbito del Núcleo de Estudio e Investigación en Ética y en Bioética, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/BA, Brasil.


Referências

1. Taquette RS, Vilhena MM. Aspectos éticos e legais no atendimento à saúde de adolescentes. [Internet]. *Adolesc Saúde*. 2005 [acesso 17 abr 2015];2(2):10-14. Disponível: http://www.adolescenciasaude.com/detalhe_artigo.asp?id=169
2. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética para dar início à reflexão. [Internet]. *Texto & Contexto Enferm*. 2005 jan-mar [acesso 17 abr 2013];14(1):106-10. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1.pdf>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. [Internet]. 2009 [acesso 17 abr 2015]. Disponível: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf
4. Loch JA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. [Internet]. *Rev Assoc Med Bras*. 2007 [acesso 17 abr 2015];53(3):240-6. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a22v53n3.pdf>
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Internet]. 1990 [acesso 17 abr 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
6. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. 1988 [acesso 17 abr 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
7. Brasil. Presidência da República. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. [Internet]. 1940 [acesso 17 abr 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
8. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. [Internet]. *Bioética*. 2003 [acesso 17 abr 2015];11(1):51-64. Disponível: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/149/153
9. Silva NL, Lisboa C, Koller HS. Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. [Internet]. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005 [acesso 17 abr 2015];17(3):201-6. Disponível: www.dst.uff.br/revista17-3-2005/bioetica-na-pesquisa.pdf
10. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. [Internet]. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010 [acesso 17 abr 2015];10(2 Suppl):419-25. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600021>
11. França XSI, Baptista SR, Brito SRV. Dilemas éticos na hemotransfusão em testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. [Internet]. *Acta Paul Enferm*. 2008 [acesso 17 abr 2015];21(3):498-503. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_19.pdf
12. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. [Internet]. *Bioética*. 2009 [acesso 17 abr 2015];6(1):1-4. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/324/392
13. World Health Organization. [Internet] Young people's health a challenge for society. [acesso 20 jun 2015] Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". 1.4 Age ranges of adolescence and youth. p. 11. (Technical Report Series 731) Disponível: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2002 [acesso 17 abr 2015];18(1):315-9. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>
16. Taquette RS, Vilhena MM, Silva MM, Vale PM. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2005 [acesso 17 abr 2015];21(6):1717-25. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/09.pdf>
17. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camada média do Rio de Janeiro, Brasil. [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2006 [acesso 17 abr 2015];22(7):1421-30. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>
18. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. [Internet]. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010 [acesso 17 abr 2015];10(2):5311-19. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/08.pdf>

19. Taquette SR. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. [Internet]. Adolesc Saúde. 2010 [acesso 17 abr 2015];7(1):6-11. Disponível: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174
20. Senado Federal. [Internet] Comissão Temporária de Estudo da Reforma do Código Penal sobre Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012, que reforma o Código Penal Brasileiro e proposições anexadas. Parecer de 2013, II.2.9 - Aborto. [acesso 20 jun 2015] Disponível: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=142673&tp=1>
21. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. [Internet]. Rev Saúde Pública. 2000 [acesso 17 abr 2015];34(6):659-65. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3583.pdf>
22. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [acesso 20 jun 2015] Disponível: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf
23. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. [Internet]. Cad Saúde Pública. 2006 [acesso 17 abr 2015];22(11):2491-5. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>
24. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. [Internet]. Cad Saúde Pública. 2005 [acesso 17 abr 2015];21(4):1124-33. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400014>

Participação dos autores

Liliane Lins orientó la investigación y participó en la interpretación de los resultados y en la redacción. Renata Acioli organizó los resultados en cuadros y participó en la interpretación de los resultados y en la redacción. Matheus Lins Rocha participó en la interpretación de los resultados y en la redacción.



Recebido: 28.8.2014
Revisado: 20.5.2015
Aprovado: 26.5.2015