



VIVIANE FERREIRA DE VASCONCÉLOS

**PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE MÉDICA EM REDES SOCIAIS: OS
LIMITES DA PUBLICIDADE.**

**BRASÍLIA
CARUARU
2022**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA PARA O MESTRADO INTER-
INSTITUCIONAL (MINTER/DINTER) COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO – CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE**

VIVIANE FERREIRA DE VASCONCÉLOS

**PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE MÉDICA EM REDE SOCIAIS: OS
LIMITES DA PUBLICIDADE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética interinstitucional (MINTER) da Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Dra. Monique Pyrrho

**BRASÍLIA
CARUARU
2022**

VIVIANE FERREIRA DE VASCONCÉLOS

**PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE MÉDICA EM REDE SOCIAIS: OS
LIMITES DA PUBLICIDADE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-graduação em Bioética interinstitucional (MINTER) da Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: 01 de Abril de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Monique Pyrrho
PPGBioetica / Universidade de Brasilia (UnB)
Presidente

Prof. Dr. Volnei Garrafa
PPGBioetica / Universidade de Brasilia (UnB)
Examinador interno

Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira
Professor Titular e Coordenador do Curso de Medicina da Escola de Medicina da
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Examinador externo

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa
Coordenador pós-graduação Educação Contemporânea / Universidade Federal de
Pernambuco (UFPE)
Suplente

A Henrique, meu maior incentivador desde o projeto de seleção, meu amor, companheiro e amigo, sua ajuda e apoio foram fundamentais para esse momento. À Lívia, que tantas vezes fechou o computador para mamãe prestar atenção e brincar de Barbie com ela, você me faz acreditar e lutar por um mundo melhor. À minha mãe, minha melhor amiga, incentivadora e protetora, obrigada por toda ajuda, carinho e cuidado. Ao meu pai, minhas irmãs e minha sogra por estarem sempre presente. À Monique, pela orientação, pela paciência e apoio e acima de tudo por ser exemplo de força e de amor à arte de ensinar. A todos os queridos professores do programa de pós-graduação em bioética da UnB que tanto nos ensinaram, mas em especial ao Saulo e ao Volnei, caruaruenses de coração. Em especial à Deus que sabe o momento e o porquê de tudo em nossas vidas.

“Privacy as it touches the unknowable is fraught with danger; as it promises mutuality and sharing, it touches profound needs; and as it threatens exclusion, it raises fears.”

Laufer Rs, Wolfe M. Privacy as a concept and a social issue: a multidimensional developmental theory. *Journal of Social Issues* 1977, 33: 24.

RESUMO

As mídias sociais, que revolucionaram a comunicação e as relações pessoais, já transformam as práticas de saúde e são cada vez mais utilizadas como estratégia de marketing digital pelos profissionais. Como resultado da busca por maior publicidade, essas práticas põem em risco a privacidade e a confidencialidade, historicamente associadas à construção do vínculo e confiança nos cuidados em saúde. Tal tema, de especial preocupação bioética desde os seus primórdios, é aqui pautada a partir da leitura dos princípios enunciados pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). **Objetivo:** Avaliar a relação entre a presença digital dos profissionais de saúde, mais especificamente médicos dermatologistas, e o respeito à privacidade e confidencialidade dos pacientes. **Metodologia:** Foram analisados 471 perfis públicos de médicos dermatologistas brasileiros, avaliando todas as suas “entradas” no *feed* do *Instagram* durante o período de 1 mês e nos *stories* por um período de 5 dias. Todos os registros de exposição foram avaliados em relação à forma como essa exposição ocorria. **Resultados:** 227 perfis (48,2%) continham registros de exposição de pacientes, com 154 (32,7%) apresentando mais de um registro. O número de perfis que apresentavam registros de exposição em suas publicações no *feed* foi de 93 (19,7%) enquanto 189 perfis (39,9%) o fizeram nos *stories*. Dos registros de exposição, 198 (98%) e 578 (86,4%), realizados na modalidade *feed* e *stories* respectivamente, evidenciavam alguma parte do corpo e/ou rosto de pacientes, sendo que 102 (52%) dos registros do *feed* e 259 (38,7%) dos registros dos *stories* mostravam o rosto completamente. Apenas 13 registros do *feed* (6,6%) e 86 dos *stories* (12,9%) utilizaram recursos de edições de imagem para tentar proteger a identidade do indivíduo. Foi possível conhecer algum dado da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado por 111 (56,6%) dos indivíduos no *feed* e 468 (70%) nos *stories*. O profissional realizou a identificação por meio da exposição do nome de 40 pacientes (20,4%) no *feed* e 227 (33,9%) nos *stories*. Apenas dois registros de exposição traziam relato de autorização do paciente para postagem no *feed*. **Conclusão:** Mais da metade dos dermatologistas expuseram seus pacientes digitalmente, com um percentual maior realizando isso nos *stories*, mostrando como a efemeridade pode trazer uma irreal sensação de privacidade ou ainda ser uma ferramenta para burlar a fiscalização sobre suas ações. Essas não parecem ser

ocorrências eventuais, devido a uma elevada taxa de reexposições, o que implica em um maior risco à privacidade e à confidencialidade. Essa erosão da privacidade é significativa uma vez que tal prerrogativa se relaciona intimamente com a liberdade individual e a capacidade humana de se interrelacionar social e politicamente. Os resultados do estudo evidenciam a necessidade de maior reflexão e discussão bioética sobre a importância da privacidade e confidencialidade para o indivíduo e sociedade e nas relações em saúde. Os princípios da DUBDH podem servir de guia para que os profissionais reflitam sobre sua presença digital.

Palavras-chave: Privacidade; Confidencialidade; Mídia social; Publicidade; Bioética.

ABSTRACT

Social media, which revolutionized communication and personal relationships, are already transforming health practices and are increasingly used as a digital marketing strategy by professionals. As a result of the search for greater publicity, these practices jeopardize privacy and confidentiality, historically associated with bond building and trust in health care. This theme, which has special reading of bioethical attention since its beginnings, is guided here from principles and statements by the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights (UDBHR). **Objective:** To assess the relationship between the digital presence of health professionals, more specifically dermatologists, and respect for patient privacy and confidentiality. **Methodology:** 471 public profiles of Brazilian dermatologists were analyzed, evaluating all their “entries” in the Instagram feed during the period of 1 month and in the stories for a period of 5 days. All exposure records were further evaluated in relation to how this exposure occurred. **Results:** 227 profiles (48.2%) contained patient exposure records, with 154 (32.7%) having more than one record. The number of profiles that had exposure records in in their Instagram feed posts was 93 (19.7%) while 189 profiles (39.9%) had it in their *stories post*. Of the exposure records, 198 (98%) and 578 (86.4%), performed in the feed and stories modality, respectively, showed some part of the body and/or face of patients, with 102 (52%) of the feed records and 259 (38.7%) of the story records showed the full face. Only 13 feed records (6.6%) and 86 stories (12.9%) used image editing features to try to protect the individual's identity. It was possible to know some data from the clinical history, diagnosis or procedure performed by 111 (56.6%) of the individuals in the feed and 468 (70%) in the stories. The professional performed the identification by exposing the name of 40 patients (20.4%) in the feed and 227 (33.9%) in the stories. Only two exposure records had a patient authorization report for posting in the feed. **Conclusion:** More than half of dermatologists exposed their patients digitally, with a higher percentage doing so in stories, showing how ephemerality can bring an unreal sense of privacy or even be a tool to evade supervision over their actions. These do not appear to be occasional occurrences, due to a high rate of re-exposures, which implies a greater risk to privacy and confidentiality. This erosion of privacy is significant since such the prerogative is intimately related to individual freedom and the human capacity to interrelate socially

and politically. The results of the study show the needed of greater bioethical reflection and discussion on the importance of privacy and confidentiality for the individual and society and in health relationships. The UDBHR principles can guide medical professionals to a reflective digital presence.

Keywords: Privacy; Confidentiality; Social Media; Advertising; Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem da ferramenta de pesquisa do <i>Instagram</i> e como é feita a seleção de opção de visualização	65
Figura 2 – Fluxograma descritivo da seleção de perfis, entradas, registros de exposição e indivíduos expostos no <i>feed</i> e <i>stories</i>	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Checklist</i> para análise de registros de exposição do <i>feed</i>	67
Tabela 2 – Checklist para análise de registros de exposição dos <i>stories</i>	69
Tabela 3 – Distribuição dos perfis do <i>feed</i> por quantidade de indivíduos expostos ..	73
Tabela 4 – Distribuição dos perfis nos <i>stories</i> por quantidade de indivíduos expostos	73
Tabela 5 – Distribuição dos perfis por quantidade de indivíduos expostos <i>feed</i> e <i>stories</i>	74
Tabela 6 – Avaliação de associação entre indivíduos expostos <i>feed</i> x indivíduos expostos nos <i>stories</i>	74
Tabela 7 – Avaliação de associação entre gênero do perfil e número e média de indivíduos expostos no <i>feed</i> e nos <i>stories</i>	75
Tabela 8 – Distribuição do número e percentual de perfis profissionais conforme região geográfica de atendimento	76
Tabela 9 – Avaliação de associação entre região demográfica de atendimento e exposição de indivíduos <i>feed</i> e <i>stories</i>	76
Tabela 10– Número de registros de exposição por indivíduo exposto	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARPANET	<i>Advanced Research Projects Agency Network</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
GPS	Global Positioning System
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBC	International Bioethics Committee
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
RedBioética	Rede Latino-Americana e Caribe de Bioética
RQE	Registro de Qualificação de Especialista
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 AS REDES SOCIAIS	17
2.1.1 A História das Redes Sociais	17
2.1.2 As Mídias Sociais e o Marketing Digital	24
2.1.3 O Marketing Digital em saúde	26
2.2 MÍDIAS SOCIAIS E A ABORDAGEM LEGAL E DEONTOLÓGICA DA PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	28
2.2.1 A legislação brasileira	28
2.2.2 Os códigos e manuais profissionais médicos	30
2.3 A BIOÉTICA	32
2.3.1 A DUBDH	36
2.4 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	39
2.4.1 A proteção à privacidade	39
2.4.2 Confidencialidade Médica	47
2.4.3 Importância da Privacidade e Confidencialidade na Relação Médico Paciente	50
3 OBJETIVOS	59
3.1 OBJETIVO GERAL	59
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4 METODOLOGIA	61
4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	61
4.2 AMOSTRAGEM	61
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	62
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO E COLETA DOS DADOS	64
4.4.1 Seleção dos Perfis	65
4.4.2 Avaliação de Entradas do <i>Feed</i>	66
4.4.3 Avaliação de Entradas dos <i>Stories</i>	67
4.4.4 Análise Estatística dos Dados	70
5 RESULTADOS	71
5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	75

5.2 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE EXPOSIÇÃO DO <i>FEED</i> SEGUNDO O <i>CHECKLIST</i>	77
5.3 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE EXPOSIÇÃO DOS <i>STORIES</i> SEGUNDO O <i>CHECKLIST</i>	80
6 DISCUSSÃO	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	107

1 INTRODUÇÃO

As mídias sociais transformaram profundamente as relações pessoais. Seu uso e importância são crescentes e já alteraram a forma como parcela significativa da população se relaciona social e até amorosamente. São meios de troca de informação e de notícias, influenciando o comportamento de indivíduos e governos. Protagonizam a política e a economia, na mesma medida em que adentram na privacidade e intimidade das pessoas (1).

Essa mudança na comunicação com ampliação da interação entre pessoas e disseminação de conteúdo faz com que as mídias sociais ocupem um papel de extrema relevância dentro do marketing digital, revolucionando a publicidade (2,3). O baixo custo, o amplo acesso e a facilidade de uso das plataformas possibilitaram a inclusão de pequenas empresas e profissionais liberais nessa nova forma de publicidade e comércio. Também médicos e profissionais de saúde passaram a criar perfis públicos a fim de divulgar suas informações, campos de atuação, conhecimentos, resultados de procedimentos e até dados de suas vidas privadas, buscando conectar-se a um público-alvo e atrair mais pacientes para suas clínicas (4).

Vivemos cada vez mais conectados a um mundo de imagens. Nossas informações, nossas vidas encontram-se mais expostas do que nunca e tornaram-se moeda econômica de grande valor no mundo atual. Mais do que usuários de redes, nos tornamos fontes de dados para algoritmos capazes de gerar informações sobre nós, aqueles que nos cercam e até mesmo sobre pessoas que nunca vimos, mas com quem compartilhamos dados em comum. São essas informações que geram poder no mundo atual, que predizem formas de conformar opiniões e antever comportamentos. Nossos dados viraram uma das mais importantes moedas econômicas e de poder da atualidade (5). O gerenciamento da presença digital de profissionais médicos e de saúde nessas plataformas torna-se cada vez mais importante, principalmente quando o que se expõe são dados e imagens de terceiros, de pacientes, que depositam nesses profissionais confiança e uma necessidade de cuidado.

A confidencialidade das informações e o uso desse valor como guia para a prática médica remonta ao menos desde Hipócrates, mas contemporaneamente na discussão bioética a abordagem do tema se articula diretamente com outros aspectos

morais como o respeito à privacidade, à autonomia, à não estigmatização e à dignidade do paciente (6,7).

Em função de sua prática, o profissional de saúde entra em contato com dados da história do paciente e até de sua família; ele examina o corpo, avalia emoções e sua relação com patologias; elabora diagnósticos e orienta condutas muitas vezes não restritas a medicamentos. O paciente confia informações pessoais e confia seu corpo sob o cuidado de outro. A exposição dessa intimidade, em geral, incrementa a sensação de vulnerabilidade que acompanha a demanda por cuidado e pode ser acompanhada de riscos, caso as informações se tornem públicas. Nesse sentido, caso não observado o respeito à confidencialidade e à privacidade, a presença digital de profissionais de saúde pode trazer prejuízos aos pacientes e a esse vínculo de respeito e confiança tão fundamental ao cuidado (8).

A divulgação de dados e procedimentos de saúde pode trazer sérias implicações e riscos aos pacientes. Os efeitos do vazamento de informações podem incluir danos às relações pessoais e profissionais, consequências estigmatizantes, exclusão por parte de seguradoras de saúde. As implicações podem, inclusive, afetar não apenas o indivíduo exposto, mas também sua ascendência e descendência, como no caso de divulgação a respeito de diagnóstico de doenças de caráter genético (9).

São inúmeras as resoluções e códigos profissionais que abordam a necessidade do respeito à privacidade e confidencialidade do paciente no ambiente digital (10,11). No entanto, o presente estudo não tem como escopo o caráter deontológico do problema. Mais do que observar as prescrições normativas, a dissertação pretende ampliar o debate bioético sobre a nova realidade digital nas práticas de saúde, suas consequências para as concepções de privacidade e confidencialidade. Assim, são tratadas as mudanças desses conceitos ao longo do tempo e sua importância não apenas para a relação profissional de saúde e paciente, mas para a constituição do indivíduo e de toda sociedade, uma vez que a preservação da intimidade é condição para o exercício da liberdade.

A dissertação conta com uma breve introdução a respeito dos aspectos históricos e teóricos que configuraram a atual presença digital dos médicos nas redes sociais. Da mesma maneira, é apresentado um panorama sobre o campo teórico da bioética, que servirá de fundamento para a análise do presente estudo.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), um dos mais importantes documentos internacionais relacionados aos direitos do ser humano

e aos princípios éticos que guiam suas relações, busca garantir o respeito à vida e às liberdades fundamentais (12). Esse documento, que serve de marco referencial teórico para essa análise, trata a privacidade e confidencialidade em seu nono artigo como um dos direitos fundamentais, ao postular que informações pessoais não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos diferentes daqueles para os quais foram coletadas ou consentidas (12).

Assim, a partir do referencial trazido pela DUBDH e pautado na compreensão das diversas funções individuais e coletivas da privacidade, o estudo visa avaliar a presença digital dos profissionais de saúde. Como recorte do estudo, mais especificamente, será avaliada a presença digital de médicos especialistas da área da dermatologia. O recorte da amostra se dá porque nessa área, tão relacionada à imagem das pessoas, os resultados dos procedimentos têm aspectos estéticos observáveis, e o impulso de publicizá-los para fins comerciais pode pousar riscos ao respeito à privacidade e confidencialidade dos pacientes.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 AS REDES SOCIAIS

2.1.1 A História Das Redes Sociais

Desde o século XIX, os meios de comunicações têm impulsionado profundas transformações sociais. Os surgimentos da carta, do rádio e posteriormente do telefone e da televisão alteraram definitivamente a maneira de experimentar o mundo e de narrar tais experiências. Com o computador pessoal e o advento da internet, no entanto, a globalização atingiu uma velocidade inédita e as dimensões sociais e econômicas passaram a ser atravessadas constantemente por essas novas tecnologias. O computador surgiu como uma máquina capaz de armazenar e processar inúmeros dados e a internet possibilitou a distribuição dessas informações de forma rápida aos mais diversos locais e pessoas, estando cada vez mais presente na vida de todos e das mais diversas formas (13).

Nesse processo histórico, destaca-se o ano de 1969, quando surgiu a *Advanced Research Projects Agency Network* (ARPANET), ferramenta de pesquisa que evoluiu como um importante instrumento de comunicação estabelecendo conexões entre centros universitários de pesquisa nos Estados Unidos (14). Em outubro de 1972, foi realizada a primeira demonstração desta nova tecnologia de rede ao público e nesse mesmo ano o aplicativo inicial do correio eletrônico foi introduzido (15). O e-mail estabeleceu um novo modelo de comunicação e a internet criou uma nova dinâmica de comunidade, indo além dos seus objetivos iniciais ligados ao desenvolvimento da pesquisa e tecnologia e adentrando no espaço do comércio e das relações pessoais (15). Hoje, segundo dados do *We Are Social*, quase 60% da população mundial é constituída por usuários da internet (16). Floridi (17) descreve essa como uma das principais revoluções científicas, a revolução das informações, capaz de mudar não apenas a compreensão sobre o mundo externo, mas a concepção sobre quem somos como humanos.

Nessa revolução das relações sociais e da experiência humana trazida pela internet e computador, se inserem as redes sociais. Segundo Boyd e Ellison (18), as redes sociais são serviços presentes na web que permitem aos seus usuários construir um perfil (seja ele público ou semipúblico) e, por meio dele, estabelecer contato com outros usuários com os quais tenham alguma conexão. Por meio das redes, é possível visualizar e analisar sua lista de conexões e de outras pessoas dentro desse sistema, permitindo que os indivíduos se articulem e tornem suas redes visíveis (18).

Mídia social foi um termo usado no âmbito da comunicação para fazer referência a novas formas de mídia que se desenvolveram com o surgimento das tecnologias digitais móveis. Essas têm como característica distintiva sua capacidade de levar a uma maior interação entre as pessoas, em contraste com a mídia de transmissão centrada em entidades como rádios, redes televisivas e estúdios de produção que distribuem mensagens, mas com pouca e tardia capacidade de interação (19). À mídia social é atribuída um caráter revolucionário, mesmo quando comparada a outras formas de mídia interativa, que se davam por meio da comunicação entre indivíduos, porém em uma escala menor, mediada por cartas e telefonemas (19).

O marketing, que tem como um dos seus componentes mais importantes a publicidade, utiliza da mídia de interação para sua promoção e contato com o público (20). Essa, até o advento das mídias sociais, era basicamente restrita ao chamado “boca a boca”, que é a disseminação de informações entre indivíduos e ocorria de forma lenta e em escala gradual (20). Hoje, com o uso de celulares e outros dispositivos que suportam as mídias sociais eletrônicas, uma informação ou produto pode ser divulgado de forma imediata para um número muito maior de potenciais consumidores. Apesar de parecerem e muitas vezes até serem usados como termos sinônimos, mídias e redes sociais têm conceitos e abrangências diferentes. Enquanto a mídia social constitui a estratégia e meio de difusão, a rede social é uma ferramenta e um utilitário para se conectar com outras pessoas (21). Ainda sobre essa distinção, Torres (22) afirma que as mídias sociais são sites na internet construídos para permitir a criação colaborativa de conteúdo, nos quais o consumidor é ao mesmo tempo produtor e consumidor de informações, sendo livres e abertas à colaboração e interação de todos e atuando como meios de transmissão de informações e conteúdo. Engloba o conjunto de todos os tipos e formas de mídias colaborativas, incluindo sites

de armazenamento multimídia, sites colaborativos e de relacionamentos (22). Já as redes sociais são sites ou aplicativos de interação e troca de informações entre as pessoas que delas participam, constituindo assim apenas parte das mídias sociais (22).

Já para Appel (23), a mídia social deve ser pensada de forma mais ampla, atuando menos como serviço de tecnologia específico e mais como ambiente digital onde as pessoas conduzem partes significativas de suas vidas. Esta perspectiva “significa que a mídia social se torna menos sobre tecnologias ou plataformas específicas e mais sobre o que as pessoas fazem nesses ambientes” (23, p80).

Embora já existissem outras formas de mídia social, com compartilhamento de informações e recomendações pessoais de consumo, a internet tornou esse processo ainda mais rápido e fácil (14). O e-mail é considerado por alguns como uma das primeiras formas de rede social via internet, uma vez que estabelece conexão entre pessoas (21). A princípio essa comunicação era apenas entre duas pessoas e necessitava que elas estivessem online simultaneamente, mas com seu desenvolvimento e criação de listas de compartilhamentos essa capacidade foi expandida e foram desenvolvidos servidores de e-mail que aceitam e armazenam mensagens mesmo quando o usuário se encontra offline (21).

O desenvolvimento dos computadores e surgimento de laptops, tablets e smartphones foram fatores de grande importância para o crescimento e desenvolvimento das mídias sociais, tornando essa tecnologia mais acessível a um maior número de pessoas com os próprios sites de redes sociais desenvolvendo aplicativos móveis para smartphones. Atualmente, 5,22 bilhões (66,6% população global) de pessoas usam celulares e há aproximadamente 4,2 bilhões (o correspondente a 53,3% população mundial) de usuários ativos das mídias sociais (16). No entanto, apesar desses aparelhos estarem mudando a estrutura social e econômica, essa mudança não é igualmente distribuída, visto que ainda são objetos caros, cujo uso para acesso às mídias sociais necessita de uma conexão à internet, deixando uma parcela importante da população, principalmente em países periféricos e populações vulneráveis, socialmente excluídos.

Uma das primeiras redes sociais em moldes semelhantes às atuais é o site *Sixdegrees.com*, criado em 1997 (14). Ele permitia ao usuário criar perfil, listar amigos e navegar em suas listas, permitindo que pessoas se conectassem e se comunicassem (18). O site chegou a atrair mais de 1 milhão de membros em todo o

mundo, mas foi encerrado em 2000, três anos após seu lançamento. Acredita-se que um dos fatores que motivou o fim desta rede foi que, apesar de muitas pessoas nesse momento já usarem internet, ainda era difícil estabelecer uma rede estendida de contatos (18,24). Outro site importante dentro da história das redes sociais é o *Ryze.com*, criado em 2001 com uma proposta um pouco diferente, visto que buscava atingir um nicho específico da população voltada à esfera do trabalho e negócios (18). Apesar de ainda existir, o *Ryze.com* nunca alcançou a dimensão do *LinkedIn*, concorrente lançado em 2003, que lidera esse nicho de atuação com o maior número de usuários mundialmente (24).

Várias outras redes surgiram no início dos anos 2000, algumas das mais importantes foram o *Friendster*, plataforma lançada em 2002 visando competir com um site de namoro, projetada para conectar pessoas com amigos em comum (18) e o *Myspace* (2003), considerado em 2006 a rede social mais popular dos Estados Unidos, que permitia ao usuário personalizar suas informações de perfil e interesses, além de compartilhar arquivos como músicas, fotos, vídeos (21).

Em 2004, surgiu o “*The Facebook*” uma rede social voltada inicialmente apenas para estudantes da Universidade de Harvard (18). Para ser membro, o usuário deveria ter um e-mail institucional, se expandindo depois em 2005 para alunos do ensino médio e profissionais de redes corporativas (18). Já em 2006, a rede permitia que qualquer pessoa com mais de 13 anos criasse uma conta (14). O *Facebook* ao longo do tempo foi desenvolvendo novas funcionalidades e incorporando a sua plataforma atividades crescentes de negócios e marketing digital. Em 2007, ele permitiu que empresas tivessem sua própria *fan page*, vendessem produtos e serviços nesta página e criassem propagandas patrocinadas, voltadas para um público consumidor potencial encontrado com base nos dados pessoais e nas informações coletadas dos seus usuários (25). O *Facebook* é até hoje uma das principais mídias sociais, sendo o terceiro website mais visitado no mundo, atrás apenas do *Google* e do *You Tube* (16).

Em outubro de 2010 foi lançado o aplicativo *Instagram*, com uma proposta de comunicação instantânea atrelada à imagem (fotos e vídeos), cuja instantaneidade é evidenciada pela menção ao telegrama em seu próprio nome (26). Fundado por Kevin Systrom e Mike Krieger e posteriormente em 2012 comprado pelo gigante *Facebook* (26), é uma mídia que cresce cada dia mais e vem se modificando para atender às demandas e necessidades de seus usuários, muitas vezes reverberando e

aperfeiçoando propostas de outros aplicativos, e atuando como uma importante fonte de dados. É hoje o quinto website mais acessado, e a quinta plataforma social mais usada com 1,22 bilhões de contas ativas no mundo (16). O Brasil é o terceiro país com maior adesão, contando com 99 milhões de contas em 2021 (16).

Por meio dele, os usuários podem seguir outras pessoas e interagir com elas por meio de “curtidas” e comentários em suas fotos (27). Com o tempo, o aplicativo adicionou também a função de mensagens privadas para uma comunicação mais íntima, já que até aquele momento, todos os comentários em fotos ficavam visíveis a terceiros (27). Em termos de privacidade, o aplicativo conta com configurações que permitem a escolha de dois tipos de contas: a privada, em que o dono da conta precisa autorizar um terceiro como seguidor para que este possa ter acesso às publicações, e as chamadas contas públicas, em que o conteúdo postado é visível a todos na rede (27). Uma outra atualização mais recente nesse sentido foi a possibilidade de criação de um grupo chamado “melhores amigos” no qual o dono do perfil seleciona alguns amigos dentro da sua rede e ao postar uma imagem nos *stories* essa postagem ficará visível apenas para esse grupo (28).

Outra mudança, proposta em junho de 2016 pelo aplicativo, foi a disposição na exibição de imagens do *feed* e *stories* que passou de uma ordem cronológica, para uma linha do tempo criada com base em algoritmos (29). Até hoje, não são públicos os fatores que regem esses algoritmos, mas acredita-se que existiriam três categorias principais: a de interesse, baseada nas preferências dos usuários criadas de acordo com suas visualizações anteriores; tempo, onde o quanto nova é a imagem é também avaliado; e relacionamento, onde questões como pessoas com quem o usuário se comunica mais e tem marcações de fotos juntas também interfeririam (29). Essa modificação reflete o conceito de personalização de serviços que o conhecimento dos dados dos usuários agrega. O usuário, baseado em seu uso e interações prévias, teria acesso facilitado às informações que normalmente lhe são importantes. No entanto, e isso é bastante importante para o apelo comercial do serviço, cada curtida, mensagem ou busca feita na rede está disponível para uso também de empresas e comercialização pelo *Instagram*.

Inicialmente, as imagens postadas no *Instagram* tinham um caráter imediatista, já que eram fotos capturadas diretamente pelo aplicativo a partir da câmera do celular, sem a possibilidade de carregar imagens da galeria do celular (29). Com o tempo isso mudou e tornou-se possível carregar imagens prévias e postar também vídeos (29).

Outra alteração, de especial significância neste estudo, é que até 2016 o aplicativo exibia imagens apenas no *feed*, uma espécie de página principal onde as imagens ficam disponíveis de forma permanente (exceto se o usuário optar por excluir a postagem) e dispostas em uma ordem cronológica (29). O *feed* para perfis profissionais serve para contar a história de uma marca ou profissional, sendo utilizado como sua identidade visual e conectando pessoas ao usuário (30).

Em 2016 foi lançado o “*stories*”, um novo espaço do aplicativo destinado a publicações efêmeras, que na verdade foi inspirado por uma funcionalidade de outro aplicativo, o *Snapchat*. Este ganhava então adesão do público jovem, justamente porque era centrado em publicações disponíveis apenas por um curto período de tempo (29). Os *stories* é um recurso que permite compartilhar fotos e vídeos por um tempo máximo de 24 horas. Essas imagens aparecem juntas como um formato de apresentação de slides e o usuário consegue visualizar as publicações das pessoas que ele segue em uma barra na parte superior do seu próprio perfil (28). Cada *story* tem duração de 15 segundos, e o usuário com o toque dos dedos consegue voltar, avançar, pausar ou pular para o *story* da próxima pessoa de sua barra (28). É ainda possível interagir por meio dos *stories* com a pessoa autora da publicação: comentando, curtindo ou enviando um *emoji*, porém esse é visualizado de forma privada na caixa de mensagens (28).

Os *stories* representaram uma maior adesão de usuários ao *Instagram* e fizeram com que estes passassem ainda mais tempo conectados a fim de não perder publicações (29). A quantidade de imagens publicadas também aumentou, uma vez que a efemeridade das fotos eram convidativas ao menor tratamento das imagens, já que em breve esses arquivos desapareceriam da timeline (29). Logo, tornou-se possível postar vídeos também nesse formato, bem como utilizar filtros para essas postagens e adicionar adesivos para textos e enquetes permitindo inclusive uma maior interação entre as pessoas.

Soffer (31) identifica que essa efemeridade das publicações as aproxima de características da comunicação verbal. A adoção de uma atmosfera de comunicação cuja disponibilidade de conteúdo é limitada pelo tempo promove uma percepção por parte dos usuários de que suas informações não estão constantemente expostas, dando uma falsa impressão de privacidade e segurança (31). Falsa, pois uma vez que expomos algo na mídia, esse dado ou imagem encontra-se visível para diversas pessoas e é passível de registros por terceiros de diversas formas como, por exemplo,

por meio de captura de telas. Essa percepção de aumento da privacidade pela suposta efemeridade das publicações adquire contornos importantes na presente pesquisa, uma vez que a escolha por publicações efêmeras por parte de profissionais de saúde pode ser motivada desde essa falsa sensação de proteção a deliberadas tentativas de escapar a instâncias regulatórias (32).

A comunicação, como exposto, foi revolucionada pelas mídias digitais e pelo seu crescente uso e importância nas vidas das pessoas. O que ocorre, no entanto, é que tal revolução adquire uma importância econômica nada desprezível para as reflexões acerca da privacidade.

Zuboff (5) narra o contexto histórico que gestou tal revolução e como a semente do movimento conjuga vigilância, privacidade e lucro. Segundo a autora, ainda na virada do milênio, o *Google* não era mais do que um grupo de pessoas com uma ideia genial, mas que não sabia como revertê-la em faturamento. Isso se deu até a diretoria da empresa decidir começar a monetizar o impulsionamento de anúncios, priorizando, mediante pagamento, o aparecimento dos resultados das buscas. Os chamados *cookies*, que tinham sido inventados para que as informações dos carrinhos de compra online não se perdessem, geravam um excedente de informações desestruturadas com as quais não se sabia o que fazer. Com a análise desses padrões dos rastros digitais, os anúncios assim passaram a ser direcionados de acordo com padrões prévios personalizáveis. Até hoje, a capacidade de arquitetar escolhas a partir de informações entre padrões de busca e comportamentos prévios de consumo é a principal fonte de lucros da empresa (5).

Não demorou muito para que as redes sociais também passassem a ter esse como modelo de negócios. Como outros gigantes, o *Facebook* também fatura a partir de sua capacidade de associar os anúncios aos conteúdos de maneira a maximizar as vendas. Nessa realidade, os crescentes tempos de engajamento dos usuários e a capacidade preditiva dos seus comportamentos ainda são a origem da fortuna das empresas que oferecem essas plataformas (5). Se ao usuário a experiência parece gratuita, isso é porque o produto vendido é uma carteira de consumidores tratáveis (como dados) e previsíveis cujas preferências e particulares formas de autodeterminação se desenvolvem segundo um repertório de comportamentos limitado, previsível e gerador de lucro (33).

O marketing digital não nasce como uma possibilidade dentro das redes sociais, mas é a força que as anima e isso perpassa vários níveis da experiência

nessas redes. Para Sharma e Verma (3), os próprios usuários atuam como vendedores e têm na comunicação um instrumento para chamar a atenção de clientes em potencial para seus produtos e persuadi-los a comprar. As mídias digitais adicionaram a esse contexto virtual uma nova noção: a do tempo real e da interatividade, removendo barreiras tradicionais como a geográfica (3).

2.1.2 As Mídias Sociais e o Marketing Digital:

As mídias sociais são uma das mais novas e importantes formas de publicidade para um produto ou serviço. Em comunicação, o termo publicidade costuma se referir ao ato de tornar pública uma marca ou a oferta de um produto ou serviço, de divulgar algo com objetivos comerciais (34). É um conjunto de técnicas de ação coletiva com o propósito de tornar algo conhecido (34). Já o marketing é a maneira de estudar e analisar o mercado para que se possa ir ao encontro das necessidades do consumidor (34). A partir do momento no qual se usa a internet como ferramenta para tal ação delinea-se o chamado marketing digital que, com o advento das mídias sociais, responde à necessidade de uma maior interação das empresas com os seus usuários (34). Não apenas houve uma incorporação da questão digital, mas uma mudança também no foco de ação do marketing que, em vez de centrar-se no produto, passa a ter foco no perfil do cliente e numa política de relacionamento (35).

Dentro do marketing digital, há ainda o marketing de mídia social, que conforme Weinberg (36):

É um processo que capacita os indivíduos a promover seus sites, produtos ou serviços por meio de canais sociais online de forma a se comunicar e explorar uma comunidade muito maior que pode não estar disponível através dos canais tradicionais de publicidade (36, p.3)

Nessa nova forma de marketing, há uma valorização do coletivo sobre o individual (36), uma necessidade de estabelecer relações com as pessoas, criando um vínculo e uma maior fidelização à marca (2). Essa fidelização tanto leva à compra direta de produtos quanto atua como um propagador do nome da marca, levando o empreendedor a uma maior presença nas mídias sociais e fazendo-o interagir com seus usuários. Essa comunicação é importante não apenas para gerar conhecimento

sobre a marca ou serviço, mas também para lidar com insatisfações, uma vez que críticas ou problemas com produtos/serviços ofertados também podem, por meio das mídias sociais, chegar a milhares de usuários e gerar um prejuízo importante a reputação de uma marca com significativas perdas financeiras.

O marketing digital possibilitou que pequenas empresas e indivíduos entrassem nesse setor antes destinado apenas às grandes marcas, que detinham capital para investir em anúncios em rádios, televisão, jornais e revistas a um elevado custo. Com as mídias sociais, as empresas agora encontram-se visíveis a um número muitas vezes maior de pessoas do que com a mídia tradicional e de forma gratuita, podendo selecionar nichos específicos de atuação e gerar conteúdo com facilidade e sem necessidade de grandes investimentos financeiros.

Nesse modelo atual das mídias sociais, conforme mencionado, a base econômica é a monetização de seus usuários. A comercialização de dados, e o comportamento do usuário como público-alvo de serviços de publicidade são os produtos oferecidos. O *Instagram* iniciou a cobrança para veiculações de anúncios oficiais em sua plataforma em outubro de 2013, com uma notificação de patrocínio nessas imagens (29). A prática, inicialmente esporádica, foi gradativamente aumentada, de forma que o usuário se acostumasse paulatinamente a essa nova dinâmica (29). Apenas em 2015, as ferramentas de publicidade do *Instagram* foram disponibilizadas para todos e, só por volta de 2018, foram inseridas também nos *stories* (29).

Em meio a estas transformações do ambiente digital, surgiu uma nova atividade profissional, a de influenciador digital, pessoas que usam sua imagem para se conectar com o público em geral. Segundo Abidin (37), os influenciadores são as personalidades mais notórias dentro desse contexto, que atraem e mantêm um número considerável de seguidores em suas plataformas de mídia social, produzindo conteúdo envolvente e personalizado, podendo atuar como disseminadores de informação (37).

A associação de pessoas notórias a marcas e produtos é algo bastante tradicional no marketing. No entanto, as mídias sociais popularizaram essa abordagem e fizeram nascer a figura dos micro influenciadores, que são pessoas não tão conhecidas como artistas, mas que possuem significativo número de seguidores, o que permite à marca se direcionar a um público específico de forma mais direta e pessoal com um custo menor (23). Essa é uma estratégia que vem crescendo dentro

do marketing digital, com grandes e pequenas empresas reconhecendo a importância desse tipo de comunicação e aumentando seus gastos com esse tipo de publicidade (23).

O marketing digital, contudo, não é apenas interesse dos influenciadores e grandes empresas. As políticas das redes sociais promovem uma tendência de publicização do Eu, traduzida como uma necessidade de mostrar constantemente o próprio cotidiano nas redes sociais, como uma espécie de marketing pessoal que acaba por borrar os limites entre o privado e o público, o real e o ideal (38).

O tempo médio gasto nas mídias sociais pelos seus usuários diariamente é de 2 horas e 25 minutos, segundo dados do *We Are Social* (16). Em decorrência da crescente importância das redes sociais, o marketing digital tem se tornado uma estratégia comercial mais comum entre profissionais das mais diversas áreas, com a criação de perfis públicos em mídias sociais a fim de divulgarem seu trabalho e conhecimento. Esse processo tornou-se tão importante que fez surgir um novo termo, o e-profissionalismo, definido por Cain e Romanelli (39), como comportamentos e atitudes que englobam atributos como respeito, honestidade, responsabilidade e que orientam as relações do profissional com pacientes, colegas e sociedade por meio da mídia digital. Esse conceito vai além das etiquetas de comunicação online, englobando o posicionamento do indivíduo, suas atitudes e postagens (vídeos, fotos, comentários, afiliações a grupos), tudo o que possa delinear sua personalidade online (39). Já Chretien e Tuck (40), em um trabalho de revisão de estudos que buscavam avaliar o profissionalismo online, relacionam o profissionalismo médico digital como um compromisso do médico com a competência, a integridade, a confidencialidade e o bem-estar do paciente no ambiente das mídias sociais.

2.1.3 O Marketing Digital em saúde:

Em um contexto em que a dimensão digital atravessa quase todas as esferas da experiência humana, a presença digital dos profissionais da área da saúde responde de alguma forma a uma demanda da população e, por isso, precisa aprender e compreender as necessidades e expectativas dos pacientes nesse novo ambiente (4). A literatura sobre o tema aponta que, ao usar as mídias digitais, o profissional de

saúde pode diminuir custos e aumentar a interação entre profissionais e pacientes e retira barreiras como a distância (4).

Profissionais de saúde, empresas farmacêuticas e instituições de saúde como clínicas e hospitais vêm usando cada dia mais as mídias sociais para promover seus serviços, ao passo que pacientes usam cada vez mais esses instrumentos para obter informações em saúde. Vários estudos demonstram como os pacientes têm usado a internet como fontes de conhecimentos sobre doenças, sintomas e tratamentos. Nesse sentido, Coelho e colaboradores (41), por exemplo, aplicaram um questionário a 221 pacientes que se encontravam em um Instituto de Análises Clínicas de Santos. Como resultado, obtiveram que 73,75% dos entrevistados afirmaram buscar informações sobre medicina na internet. O estudo apontou ainda que o maior acesso à informação mudou inclusive o comportamento do paciente, que passou a interagir mais com o médico e ter maior poder argumentativo e questionador de suas decisões (41). Em um questionário aplicado em clínicas ortopédicas na Virginia (Estados Unidos) no ano de 2014 com 1161 pacientes, foi apontado que 78,3% dos que acessam a internet procuram neste meio informações sobre saúde e 47,6% relataram que pretendiam discutir sobre essas informações com seu médico (42).

As fontes de informação evoluíram de livros e revistas impressas, para conteúdo mais dinâmicos como *blogs*, fóruns online e redes sociais. Wong e colaboradores (43) avaliaram, por meio de questionário aplicado a pacientes atendidos em um hospital universitário em Hong Kong, que 1016 de 1162 pessoas (87,4%) usavam a internet para achar informações sobre saúde. A maioria dos entrevistados (69,98%) consultou enciclopédias on-line como o *Wikipedia* seguido (41,83%) pelos portais de saúde ou enciclopédias médicas como o *MedlinePlus* e o *WebMD*. Nesse estudo, no entanto, apenas uma minoria 26,88% dos entrevistados relataram ter discutido com o seu médico as informações de saúde que encontraram on-line (43), o que denota variações regionais e culturais dessas relações.

A internet e o marketing digital ganharam importância na conquista de novos pacientes, não apenas por meio de sites, mas a partir das redes sociais como mostra estudo realizado na Turquia com 1890 pacientes de clínicas ortopédicas públicas e privadas (44). Nele, a taxa de efeito da Internet na escolha da clínica foi de 50,9% e na escolha do médico 39,4% (44). Dos entrevistados, 2,9% afirmaram que o *Facebook* teve impacto na sua escolha e 5,8% referiram ter sido influenciados pelos websites pessoais dos profissionais na hora dessa decisão (44). O estudo também revelou que

46,7% dos participantes afirmaram que gostariam que seu ortopedista mantivesse contato com o paciente pela internet, o que ilustra uma demanda por parte dos usuários de saúde pela presença digital dos profissionais médicos (44). Tal importância do marketing digital grande e crescente se traduz em investimentos. Cerca de 44% dos custos de marketing de produtos e serviços de saúde são destinados às plataformas móveis e digitais com o investimento em publicidade nas mídias tradicionais como televisão caindo continuamente (4).

O uso de mídias digitais vem se tornando uma importante ferramenta de apoio aos processos de cuidado em saúde, coleta e compartilhamento de informações o que pode servir como uma ferramenta de empoderamento para os pacientes (8). É necessário, no entanto, que as práticas em saúde observem sempre o respeito e a confiança necessária à relação profissional-paciente e um dos maiores e mais importantes desafios relacionados ao uso dessa prática é questão da privacidade e confidencialidade do paciente.

2.2 MÍDIAS SOCIAIS E A ABORDAGEM LEGAL E DEONTOLÓGICA DA PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

2.2.1 A legislação brasileira

O direito à privacidade está presente na lei brasileira desde a constituição de 1824 que, apesar de não falar diretamente da privacidade como um direito do cidadão, menciona a inviolabilidade da casa e da correspondência, dimensões claramente relacionadas à privacidade dos indivíduos (45).

É a partir da constituição federal de 1988, no entanto, que a privacidade se consolida como um direito amplamente reconhecido na legislação brasileira. A Constituição, resultante do processo de redemocratização do país, traz em seu artigo 5º que são direitos invioláveis de todo cidadão a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem, e prevê direito à indenização dos danos materiais e morais decorrentes de violações (46). Como decorrência, são invioláveis a casa, a correspondência e as comunicações telegráficas e telefônicas. A casa é reconhecida como asilo do

indivíduo e só pode ser adentrada sem consentimento com autorização judicial ou em situações excepcionais como flagrante delito, desastre ou para prestação de socorro (46). Quanto ao restante dos aspectos relacionados à privacidade, os termos são vagos, ficando a cargo de interpretações individuais o que seria a intimidade ou vida privada do indivíduo.

Com o desenvolvimento do computador, smartphones e internet, a comunicação sofreu enorme mudanças e avanços. Junto ao desenvolvimento, novos tipos de infrações e violações relacionados à privacidade começaram a ocorrer no ambiente virtual, com o agravante de terem uma velocidade de propagação e um alcance muito maior. No entanto, a lei brasileira até a primeira década do século XXI não trazia disposições mais específicas para as questões virtuais que tentassem proteger a privacidade do indivíduo no ciberespaço.

Apenas em abril de 2014, foi aprovado no Brasil o Marco Civil da Internet, o qual estabelece direitos, deveres e garantias dos usuários da internet (47). A partir desse momento, o Brasil se tornou uma das nações com legislações específicas para regulamentação do uso da rede. São vários os artigos que dispõem sobre questões de privacidade dos dados: o artigo 3º coloca que um dos princípios do uso da internet no país é a proteção da privacidade e dos dados pessoais; o artigo 7º, em seus incisos I, II e III, assegura aos usuários inviolabilidade e proteção da intimidade e vida privada, bem como inviolabilidade e sigilo do fluxo de suas comunicações privadas e pela internet, exceto em casos determinados por ordem judicial, já o inciso VII garante o não fornecimento de dados pessoais a terceiros exceto mediante consentimento do indivíduo (47). Esse mesmo artigo, em seu inciso VIII, versa sobre informações acerca da coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção dos dados pessoais só podendo ser usados para fins que justifiquem sua coleta, que estejam especificados em contratos e não sejam proibidos pela legislação vigente do país; e os incisos IX e X dispõem sobre o consentimento sobre a coleta, uso, armazenamento e tratamento dos dados pessoais (47). O artigo 8º garante o direito à privacidade e liberdade de expressão e o artigo 10 dispõe sobre a guarda e disponibilização dos registros de conexão que devem preservar a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (47).

Nesse mesmo sentido de legislação que protegesse as informações no mundo virtual, foi sancionada em agosto de 2018 uma nova lei, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (48). Ela aborda a proteção dos dados pessoais buscando proteger a

privacidade do cidadão brasileiro ou de dados que trafeguem ou tenham sido coletados no país (48). O tratamento de dados segundo a lei deverá obedecer a boa fé e dez princípios: finalidade; adequação; necessidade; livre acesso; qualidade dos dados; transparência; segurança; prevenção; não discriminação e responsabilização e prestação de contas (48).

Essas são as principais disposições vigentes no país até o momento, que abordam a questão da privacidade e confidencialidade das relações e informações de uma forma geral. No entanto, diversas profissões contam com seus próprios códigos de ética, que são documentos que buscam expor os princípios e deveres de uma profissão. Na medicina, esta é uma tradição, e os códigos também abordam a questão da privacidade e confidencialidade do paciente.

2.2.2 Os códigos e manuais profissionais médicos

A confidencialidade e a privacidade estão presentes na prática médica desde o século V antes de Cristo, quando se acredita que Hipócrates, tido como pai da medicina ocidental, tenha escrito um juramento que até hoje apresenta grande importância e inclusive um certo cunho ritualístico no processo de formação do médico, o qual por ocasião da sua formatura jura a partir deste nortear a sua prática profissional (49). Nesse documento é colocado que o médico deve guardar silêncio sobre tudo o que ver ou ouvir a respeito da vida de um paciente no exercício ou não de sua profissão e que não convenha ser divulgado (49). Apesar de redigido há mais de 3000 anos, é uma das questões que se mantém inalterada em relação aos códigos e práticas atuais. Uma das grandes diferenças, no entanto, é que Hipócrates não falava em seu código sobre a autonomia do paciente, nessa época e até início do século passado o paciente era objeto de cuidado e não sujeito, cabendo ao paternalismo da relação médica definir o que convinha ou não ser divulgado (50).

A medicina, assim como a religião e a advocacia são áreas que tradicionalmente abordam a confidencialidade das informações e para as quais a própria comunidade já espera um respeito a essa prática independentemente de acordos firmados. Esse pressuposto é reforçado por normas e códigos de condutas profissionais nos mais diversos países. O código de ética médica brasileiro coloca em

seus princípios fundamentais que o médico deve manter sigilo a respeito das informações que obtenha no desempenho de suas funções exceto por motivo considerado como justo, obrigações legais e se consentido pelo paciente (10). Ainda, nesse sentido é abordado que mesmo havendo autorização do paciente, o profissional não deve fazer referência ao caso nem exibir imagens identificáveis de pacientes em meios de comunicação em geral (10).

Com o crescimento e desenvolvimento das mídias sociais e seu uso como forma de marketing médico, diversas sociedades têm publicado manuais e guias de condutas para uso dessas plataformas por profissionais médicos. O Conselho Federal de Medicina (CFM), criou em 2011 o Manual de Publicidade Médica com base na resolução 1.974/11, que apresenta um anexo específico com regras para o uso das redes sociais e proíbe a exposição de pacientes como forma de divulgação do seu trabalho, mesmo se consentido (11).

Os códigos de ética profissionais, apesar de abordarem questões éticas, como o seu próprio nome coloca, acabam tendo um caráter muito mais relacionado aos direitos e deveres do profissional no curso da sua prática. Apresentam um aspecto deontológico, que engloba uma discussão em torno da conduta profissional, buscando uma uniformização de atitudes e construção de uma identidade profissional frente à sociedade. Devido à relevância e complexidade que o tema da privacidade e confidencialidade das informações apresenta, principalmente em relação a questões de saúde, para a vida das pessoas e para a própria constituição da sociedade, a presente dissertação busca abordar esse problema sobre o prisma da bioética e utilizando um dos seus instrumentos de maior importância, a DUBDH.

A seguir, será feita uma breve revisão de como esses preceitos foram abordados dentro do contexto da bioética, desde seu surgimento com Potter, passando pela bioética principialista de Beauchamp e Childress e debatendo esse tema frente à Bioética de Intervenção, que tem a DUBDH como um de seus principais referenciais. Será discutido como a privacidade e confidencialidade são abordadas dentro da DUBDH, em diálogo inclusive com outros princípios como o respeito à dignidade humana, à autonomia, da não estigmatização e discriminação e do consentimento.

Em contínuo, será abordada a evolução histórica e conceitual das noções de privacidade e confidencialidade e a importância que estas assumem para o indivíduo e para a sociedade, com a finalidade de compreender de que modo as mudanças

proporcionadas pelas mídias sociais permeiam aspectos éticos relevantes na relação médico-paciente.

2.3 A BIOÉTICA

O termo bioética surgiu no início de década de 1970 nos Estados Unidos, e visava a partir da ética conhecer e solucionar dilemas existentes, envolvendo a qualidade de vida humana e questões ambientais. Van Rensselaer Potter, cientista que cunhou o termo, a define como a “ciência da sobrevivência humana”. Esta, apesar de ser uma ciência interdisciplinar, se baseia sobre dois ingredientes fundamentais: o conhecimento biológico, não restrito à botânica e zoologia, mas que inclui a ecologia, a genética e a fisiologia e os valores humanos, usando seus conhecimentos a fim de gerar um bem social; e as ciências humanas (51).

Como é de amplo conhecimento, a bioética conforme ele concebia tinha um escopo global, comprometida com a sobrevivência da espécie e a preservação de recursos naturais. No entanto, mesmo perseguindo uma visão bioética mais ampla, a privacidade não foi ignorada nas suas obras, *Bioethics Bridge To The Future* e *Global Bioethics* (51,52). Potter reconhecia e colocava a privacidade como uma condição básica a todo indivíduo e a elencou dentre os sete itens que, segundo ele, seriam necessários à construção de um ambiente ideal: “1. Começaria com as necessidades básicas que podem ser satisfeitas pelo esforço. Essas incluem comida, abrigo, roupas, espaço, privacidade, lazer e educação, tanto moral quanto intelectual” (51, p.144).

A bioética, mesmo tendo sido primeiramente proposta por Potter, sofreu mudanças importantes já em seus primórdios. A disciplina perdeu seu escopo original e restringiu sua atuação ao campo biomédico e biotecnológico, centrado no relacionamento médico-paciente e no desenvolvimento e controle ético das pesquisas clínicas (53). Foi a abordagem bioética principialista de Beauchamp e Childress que se difundiu e tornou-se conhecida no mundo (54).

O livro *Principles of Biomedical Ethics* funda e se torna a principal referência para a bioética principialista, de caráter biomédico e baseada em quatro princípios: a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (55).

Por esse enfoque biomédico, evidenciado inclusive no título da obra, a privacidade e confidencialidade das relações de saúde ganham destaque e são inclusive um dos pontos de sua discussão. Ao abordar o tema, Beauchamp e Childress tratam de alguns dos seus conceitos e importância, tomando como base para esse debate seus princípios, principalmente a autonomia e a beneficência (55).

Tal leitura acaba por culminar com a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como documento capaz de reafirmar a autonomia do paciente e definir aquilo que pode ser divulgado sobre si, sem considerar se todas as pessoas são realmente capazes de exercer essa autonomia frente às mais diversas situações. Nesse contexto, não apenas o nível de entendimento de riscos e implicações podem comprometer tal autonomia e conseqüentemente a capacidade de atuar para a preservação da própria privacidade. Outros fatores como o respeito à autoridade do médico ou a gratidão a esse, ou até mesmo o receio de ter uma modificação em sua forma de atendimento podem fazer um paciente consentir com a divulgação de suas informações e dados (54).

Adicionalmente, as críticas à bioética principialista se dirigem ao forte apelo individualista dessa corrente, que repousa suas análises principalmente sobre o princípio da autonomia (53). Com o tempo, tornou-se claro que os quatro princípios sozinhos não são capazes de responder a questões importantes como os problemas sanitários e ambientais verificados globalmente e intensificados nos países periféricos (54). Assim, no fim do século XX novas correntes passaram a questionar essa bioética principialista anglo-saxônica (56).

Esse é o contexto que dá origem, na América Latina, à Bioética de Intervenção. Esta se lança em busca de novas bases epistemológicas, capazes de dar suporte a um novo olhar bioético sobre os problemas das desigualdades sociais, culturais e econômicas do mundo. Entendendo os mais diferentes contextos de um mundo globalizado, ela buscou abordar e solucionar diversas questões que impactam na vida de toda a sociedade e que envolvem aspectos relacionados à saúde, aos conflitos sociais e aos problemas ambientais. Uma bioética de perspectiva global, mas com preocupações locais e comprometida com os mais vulneráveis (54).

Os países periféricos, com destaque para o Brasil, têm papel fundamental nessa mudança de concepção e proposição de novas bases epistemológicas para a bioética, com fins de recuperar uma visão coletiva mais ampla presente desde sua

concepção por Potter, mas que foi perdido quando a bioética principialista dos países Centrais se tornou hegemônica (57).

O sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado no Brasil com o tema "Bioética, Poder e Injustiça" foi um dos eventos que, junto com a criação da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (RedBioética/UNESCO), passaram a chamar a atenção para essa necessidade e a defender uma mudança no escopo de atuação da bioética (57).

A América Latina, berço da Bioética de Intervenção, sofre com grandes desigualdades sociais. Essa vulnerabilidade tem efeitos específicos no contexto do desenvolvimento das mídias sociais e proteção de privacidade, e se manifesta como um menor acesso a conhecimentos técnicos e uso das configurações de privacidade disponíveis nas plataformas e sites; como uma autonomia diminuída diante de uma reduzida compreensão dos riscos advindos da exposição; como uma incapacidade financeira e tecnológica de buscar formas de proteger seus dados. O aspecto econômico, inclusive deriva-se do fato de que a privacidade se tornou um novo bem de consumo caro e exclusivo, pois a escolha por não aceitar os contratos de adesão de uma rede social acarreta na exclusão dessa plataforma e dos possíveis benefícios que ela lhe traria quer seja na questão de socialização ou até como instrumento de trabalho e marketing (58). Não se trata apenas de escolher ter um perfil em rede social ou não. Manter-se fora do radar de bancos de dados pessoais e das consequências de suas invasões é um luxo reservado a poucos quando se imagina que aparato seria necessário para evitar que bancos, sites de compras, sistemas de saúde e muitos outros sistemas públicos e privados obtenham seus dados.

A população em geral, no entanto, gera inúmeros dados sobre si em suas atividades cotidianas. Informações essas que geram benefícios a serem usufruídos pelos mais ricos. No caso dos países periféricos, essa se torna uma questão bioética na medida em que essa dinâmica pode contribuir para perpetuar a submissão ao poder dos países centrais e gerar intensificação de fatores que implicam na dificuldade de acesso à saúde.

Levando em consideração que a bioética de intervenção tem no utilitarismo um de seus principais referenciais e que esse prioriza nas ações o maior benefício para o maior número de pessoas, considerando não apenas as intenções daquela ação, mas suas consequências (59), é possível fazer a defesa do direito à privacidade. Nesse

sentido, a privacidade, apesar de ter como algumas das justificativas para sua quebra questões de segurança global, benefícios em aperfeiçoamento de serviços e educação da população, precisa ser protegida em face aos danos que quebras sistemáticas de privacidade causam. As perdas não se restringem a um dano individual, mas afetam toda a sociedade e o exercício de direitos políticos. Do ponto de vista utilitário, conforme será desenvolvido em seção específica adiante, a proteção à privacidade gera benefícios individuais e coletivos significativos que devem ser levados em conta nos processos de tomada de decisão.

A bioética atual não se restringe a uma área de conhecimento acadêmica, passando a constituir-se em um instrumento de discussão e consolidação social e democrática. Em suas análises, na busca por soluções de problemas persistentes e emergentes, a Bioética de Intervenção leva em consideração a pluralidade moral e a diversidade de realidades e problemas, incapazes de serem resolvidos pelos quatro princípios tradicionais da bioética principialista (53).

Problemas persistentes seriam aqueles temas cotidianos e ancestrais na vida das pessoas, derivados de distribuição injusta de recursos e acessos a bens mínimos; já problemas emergentes, são situações derivadas do progresso científico e as novas questões morais que impõem (60). Nesse sentido, a proteção da privacidade e confidencialidade pode ser encarada como um problema persistente com nuances emergentes. A discussão sobre privacidade e confidencialidade e sua defesa existe há séculos. No entanto, quando se traz para o foco as mídias sociais e como essas têm mudado a forma de comunicação e agir do homem, expondo-o, fragilizando seus vínculos e relacionamentos, marcado pelo processo de mercantilização da privacidade que o torna marionete de manipulação daqueles que detêm o poder (ou suas informações), dessa se conforma em um problema emergente e que provavelmente ainda apresentará vários e novos desafios com o crescente avanço tecnológico dentro dessa área de comunicação digital e vigilância.

Dessa forma, a discussão desse tema, privacidade e confidencialidade de informações, foi realizada sob o escopo de ação dessa bioética latino-americana engajada e de compromisso social. Foi utilizada para isso um dos mais importantes documentos bioéticos da atualidade que é também um dos principais referenciais para a bioética de intervenção: a DUBDH, cuja elaboração é fruto do trabalho árduo e das tentativas de mudança de paradigmas dessa bioética periférica (61).

2.3.1 A DUBDH

A DUBDH é o documento que leva ao reconhecimento definitivo dessa bioética engajada em problemas sociais, econômicos e sanitários, sem deixar de abranger questões biomédicas e biotecnológicas, mas ao contrário pautando também as análises das últimas em contextualizações que levam em conta o panorama social mais amplo (61).

Nesse sentido, a privacidade e confidencialidade das informações configuram nesse instrumento princípios a serem resguardados, em referência a outras legislações internacionais, inclusive aquela que resguarda os Direitos Humanos.

A privacidade ganhou status de direito humano internacional seguindo um curso diverso da maioria dos direitos, uma vez que estes, em geral, ganham tal denominação somente após configurarem aspectos marcantes das legislações nacionais em todo o mundo. Isso em muito ocorreu como decorrência imediata do pós-guerra. Foi sua admissão como direito pelo Artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1948 que o colocou inicialmente como direito humano universal (62). Aos poucos a privacidade foi ganhando ainda maior reconhecimento, sendo abordada em vários tratados internacionais e regionais de direitos humanos e fazendo parte da constituição de quase todos os países ou de normas de jurisprudência, conferindo-lhe, então, reconhecimento como elemento fundamental do direito humano (63). Apesar de integrar o rol dos direitos humanos fundamentais, a proteção à privacidade não é tratada como um direito absoluto nem pela própria DUDH (62), uma vez que é contra a intrusão arbitrária na vida privada que toda pessoa tem direito. O que se infere, portanto, é que existem demandas não arbitrárias que levam a preterir a privacidade, mas que estas se dão por justificativa legal prévia e se dão em nome dos interesses do Estado de resguardar o bem comum.

O desenvolvimento da DUBDH, assim como a menção a princípios como a privacidade e confidencialidade em seu corpo respondem a um contexto global em que várias questões bioéticas ganharam uma nova dimensão. Apesar de cada país ter suas regras e leis, há cada vez mais um maior número de situações promovidas pelo desenvolvimento biotecnocientífico que atinge potencialmente a todos, independentemente de fronteiras. Ao mesmo tempo, no entanto, a distribuição de benefícios e malefícios desse desenvolvimento não se manifesta de maneira igual em

todos os contextos e responde por características e dificuldades específicas de cada nação. Dessa maneira, pesando esses efeitos globais distribuídos de maneiras diversas a depender do local, e diante do fato de que a própria discussão bioética não se desenvolveu ao mesmo tempo e com a mesma velocidade em todos os lugares do mundo, os Estados membros da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) realizaram a necessidade e a dificuldade de elaboração de diretrizes éticas universalizáveis (64).

A DUBDH, que tem como um de seus documentos base a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, é fruto de um trabalho árduo da UNESCO, envolvendo a participação de representantes de vários países, organizações não governamentais e comitês de ética e especialistas sendo unanimemente aprovado em 19 de outubro de 2005 (65).

Essa Declaração tenta responder às necessidades dos grupos e populações mais vulneráveis, abordando questões bioéticas na medicina, ciências da vida e tecnologias considerando também as suas dimensões sociais, legais e ambientais (64). Ela reconhece a saúde como resultado não apenas do progresso científico e tecnológico aplicado às áreas médicas, mas dentro do seu entrelace com fatores sociais, culturais e ambientais (66).

O instrumento apresenta grande importância por se basear em um compromisso dos governos, e não de organizações profissionais, em adotar um conjunto de princípios bioéticos (64), além de servir como referência para a elaboração de leis e resoluções em diversos países e órgãos públicos (57). Expressa também a importância que países periféricos em especial os latino-americanos, com o apoio da RedBioética/UNESCO, tiveram para que sua formulação ganhasse um caráter mais social e menos principialista (57).

Assinada por 191 estados-membros da UNESCO, a DUBDH reafirma a privacidade e confidencialidade como direitos humanos e destaca sua importância específica nas práticas relacionadas aos campos das ciências da vida e da saúde (12). O documento em seu nono artigo estipula que informações pessoais não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos diferentes daqueles para os quais foram coletadas ou consentidas (12). Assim como os demais, a privacidade e confidencialidade figuram como princípios interdependentes e complementares ao restante da Declaração. São interrelacionados, assim, o respeito à dignidade humana, como origem dos direitos e liberdades fundamentais e condição para que preservem

o interesse e bem-estar dos indivíduos; a autonomia dos indivíduos em estabelecer suas decisões; o consentimento e sua necessidade em ser livre e conter realmente todos as informações, principalmente com relação aos riscos a que o paciente possa ser submetido da ação, devendo sempre buscar minimizar esses riscos e trazer benefícios ao paciente ou a comunidade e não apenas para o profissional, podendo ser retirado a qualquer momento caso o indivíduo assim deseje; além da não estigmatização e discriminação do indivíduo por qualquer razão (12). O conteúdo se apresenta de tal forma que todos esses princípios devem ser respeitados sem, no entanto, nenhum princípio apresentar-se hierarquicamente superior a outro (67).

No Memorando Explicativo sobre a Elaboração do Esboço Preliminar da Declaração sobre Normas Universais em Bioética, que preparou a realização final da DUBDH, a UNESCO explica que a defesa da privacidade e confidencialidade garante o controle sobre informações pessoais e uma não interferência em várias esferas da vida do indivíduo (68). Ao abordar esse tema dentro das relações profissionais, o documento coloca como a confidencialidade é importante para o estabelecimento de um vínculo de confiança entre as pessoas, exemplificando isso na relação médico-paciente. No tocante ao objeto da presente dissertação, o documento afirma que informações compartilhadas devem permanecer sigilosas salvo situações estritamente definidas e de interesse maior de acordo com a legislação nacional de cada país (68).

A DUBDH foi escolhida como referencial orientador da dissertação devido sua importância para a bioética como documento histórico e construído por diálogo e consenso internacional. A apresentação da privacidade e confidencialidade interrelacionada a outros princípios e associada intimamente à promoção da saúde pautam a leitura e análise da presença digital de profissionais médicos realizada nessa dissertação.

A seguir, com a finalidade de aprofundar a abordagem teórica dos princípios enunciados na Declaração e compreender as nuances que o uso de redes sociais traz ao debate sobre o tema, é realizada uma breve revisão acerca dos conceitos de privacidade e confidencialidade.

2.4 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

2.4.1 A proteção à privacidade

O uso das mídias sociais recoloca hoje o debate acerca do conceito de privacidade, seus limites e alcances. De fato, a relação entre os meios de comunicações e o debate sobre a privacidade não é novidade. Historicamente, a privacidade é um termo dinâmico, cujo conceito parece ser continuamente remodelado de acordo com a evolução das comunicações e das novas formas de tecnologia, refletindo o contexto social e até mesmo econômico de cada época (13).

Seu valor, contudo, é incontestável, e é reafirmado como um dos princípios da DUBDH, a ser respeitado nas ações dos países signatários. A Declaração (12), em seu artigo nono afirma:

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos (12, p.6)

O princípio expresso pela DUBDH guia a dissertação em sua análise e contextualiza a privacidade como um direito de todo indivíduo, que deve então ser protegido e respeitado. Conforme aqui realizada, a análise dos diversos enquadramentos teóricos que o conceito da privacidade recebeu ao longo da história recente pretende revelar o debate acerca da privacidade em toda sua complexidade e importância. Neste percurso, são identificados que a contraposição e suposto conflito entre a privacidade, como direito ou interesse individual, e o interesse coletivo, que visaria os benefícios de uma coletividade mais segura, transparente e que compartilha dados em prol de objetivos comuns, são argumento característico de posições reducionistas e falaciosas. Ao contrário, a análise do conceito revela que a privacidade cumpre papel fundamental para a constituição de três esferas da experiência humana: (I) na esfera individual, a proteção à privacidade é fundamental para os processos de formação e subjetivação do humano, uma vez que ela lhe permite uma liberdade de pensar, agir e se relacionar; (II) no âmbito coletivo, uma vez que a prerrogativa de decidir com quem se divide a intimidade, garantida pela proteção

à privacidade, é aquela que consente a existência de todo o espectro de relações sociais em seus mais diversos graus de proximidade; (III) para o exercício político democrático, que depende da proteção da privacidade para que se exerça a liberdade de acesso à informação, a liberdade de pensamento, de associação e de dissidência política, garantias suprimidas para a implantação de todos os regimes autoritários de governo (69).

Historicamente, nas abordagens teóricas e normativas sobre o tema, a casa, ambiente que abriga a estrutura familiar e núcleo de relacionamentos íntimos, local de liberdade para agir e pensar, protegida da intromissão e da observação de terceiros, talvez seja uma das primeiras esferas de privacidade cuja defesa a literatura científica dá registro (38). A correspondência, com seus selos ancestrais, também é outro item cuja inviolabilidade já remete a uma noção de respeito contra a exposição pública da esfera privada, antes mesmo que uma definição formal sobre privacidade ganhasse expressão na sociedade (13).

No Brasil, a aparição da discussão acerca do direito à privacidade em esferas públicas e em marcos legislativos remonta à época do Império (45). Na constituição de 1824, em seu artigo 179 inciso VII, já consta o direito de todo cidadão à reserva da casa como um local inviolável, não sendo possível adentrar nela sem consentimento, exceto em defesa da mesma (como incêndio e inundações) ou mediante autorização judicial (45). No mesmo artigo, inciso XXVII, o documento aborda a inviolabilidade da correspondência (45). A determinação, embora não mencionasse diretamente a privacidade, já reconhecia a casa como ambiente cuja intimidade deveria ser resguardada.

É com o aumento da circulação dos jornais como forma de comunicação ampla e pública, impulsionada pela invenção do telégrafo e pelo desenvolvimento de técnicas fotográficas de curta exposição no século XIX, que a discussão sobre a privacidade começa a definir melhor seus limites (13). Foi, inclusive devido a uma publicação em folhetim da época sobre sua vida pessoal que Warren juntamente com Brandeis publicaram em 1890 o artigo “O direito à privacidade” que definia a privacidade como o direito de ser deixado em paz (70). O artigo, de grande importância, é considerado um marco inicial na história legal da privacidade nos Estados Unidos e serviu como base para a formulação de decisões judiciais e leis sobre o tema (71).

No início do século XX, naquele país, a discussão intelectual levou a compreensão da privacidade como uma proteção contra o uso da personalidade de indivíduos como fonte de ganhos privados para terceiros ou como objeto de mera curiosidade alheia. Essa concepção de privacidade da virada de século nos Estados Unidos se baseava em cinco pressupostos: (i) distinção entre figura pública e privada e entre vida pública e privada; (II) existência de uma dimensão da vida que não é de interesse público (seja a vida de uma figura pública ou privada); (III) essa zona de privacidade a proteger abrange a casa e assuntos pessoais; (IV) os eventos da vida privada não constituem notícia e não servem a propósitos sociais e sua publicização só respondem à curiosidade indevida e intromissão; (V) a proteção da exibição de fatos privados em meios de comunicação de massa visa evitar danos à dignidade e às emoções das pessoas expostas (71).

Não foi somente o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa que influenciaram na moderna concepção de privacidade. Antes mesmo das câmaras portáteis, foram as transmutações econômicas que desenvolveram papel estruturante nas percepções sobre o privado. Na vigência do capitalismo, diferentemente do que ocorria com a oficina do artesão anteriormente, o ambiente do trabalho e a moradia passaram a ficar apartados. Essa dissociação e a extenuante jornada de trabalho com baixa capacidade de consumo contribui para a percepção crescente da casa como um ambiente de descanso e intimidade da família, que demandava proteção. Em outra face, a necessidade do capitalismo em ampliar seu mercado de consumo faz com que o ambiente da casa, das emoções e das relações privadas, apesar de serem entendidos como locais de proteção e intimidade, sejam transformados em objetos de poder e prestígio para a burguesia e geradores de dinheiro para a grande indústria (38).

A casa e sua inviolabilidade tornam ao debate com as duas Grandes Guerras Mundiais. Com o ganho de importância da informação e contrainformação, a espionagem abriu portas para uma nova política: a de segurança nacional, que se confrontava a todo o tempo com as questões de limite de privacidade. As escutas telefônicas representavam uma violação do direito de ser deixado em paz. Meios de comunicação em massa, como rádio, o telefone e a televisão, e a velocidade com que foram incorporados no cotidiano das pessoas fizeram com que o desenvolvimento tecnológico e os desafios que impunham à privacidade fossem mais rápidos do que a capacidade de adaptação das legislações (72).

Com inúmeras discussões sobre o tema, o debate sobre o conceito de privacidade e sobre que proteções ele demandava continuou a se desenvolver. Nos anos de 1960, Alan Westin publicou *Privacy and Freedom*, livro que estabelece um novo conceito acerca da privacidade: seria o direito do indivíduo em ser deixado em paz e de escolher quais pensamentos, sentimentos ou emoções devem ser comunicadas a outras pessoas (73). Com essa fundamentação, sedimenta-se o vínculo entre privacidade e liberdade, controle e autodeterminação dos indivíduos (13). Sobre o tema, Westin ainda identificou que as intervenções sobre a privacidade poderiam ter origem nos níveis político, sociocultural e pessoal (74).

O computador, a internet, os smartphones, as câmeras de vigilância, o *Global Positioning System* (GPS), e o uso de tecnologias de Big Data são apenas algumas das novas invenções surgidas ao longo do século XX e que estão cada vez mais presentes em nossas vidas. Eles capturam dados de nossa localização, são capazes de relatar nossas ações e relações pessoais, conhecem nossas preferências e podem auxiliar a montar padrões de comportamento para pessoas com gostos ou características afins, além de armazenar nossas informações genéticas. Delimitar os limites desses instrumentos sobre a privacidade torna-se tarefa cada vez mais difícil.

Embora, conforme previamente discutido, o desenvolvimento tecnológico tenha um papel crucial na conformação dos debates acerca do tema, outros fenômenos e eventos podem alterar significativamente as dinâmicas coletivas quanto às fronteiras da privacidade. Um exemplo contundente disso foram os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, que mudaram o entendimento sobre os limites governamentais, fazendo com que a questão de segurança nacional ganhasse espaço se sobrepondo muitas vezes ao direito à privacidade. O medo do terrorismo gerou um aumento do interesse e apoio da sociedade a técnicas de investigação governamentais (74). Tais técnicas de vigilância, no entanto, podem levar a um maior controle pelo Estado das ações de todos os cidadãos, não apenas de terroristas e criminosos, podendo interferir em processos democráticos políticos, inibindo a liberdade de expressão e manifestação da população (74). Com todos esses avanços e mudanças, o debate sobre a privacidade deixou a esfera dos direitos individuais em ambiente jurídico, passando a envolver também governos e empresas e a ter um caráter internacional.

Na busca pela defesa da privacidade, no entanto, Solove (75) aponta que uma das maiores dificuldades continua sendo a própria definição do termo, para que não se limite ou amplie demais seu escopo. Assim, como alternativa, em vez de definir

propriamente a privacidade, ele propôs seis prerrogativas concedidas pela privacidade: o direito de ser deixado sozinho; acesso limitado a si mesmo; sigilo; controle das próprias informações pessoais; pessoalidade; e intimidade (75).

As tentativas de contornar esta dificuldade de conceituar privacidade e o que sua proteção implica são diversas. Uma das formas de tentar dirimir a complexidade de descrever e definir o que seria privacidade foi dividi-la em dimensões. Segundo Schermer (76), a abordagem, mesmo que não dê conta de capturar a essência da privacidade ou de conceituá-la de forma unânime, se demonstra útil para a construção de uma estrutura para o problema. Sua proposta divide a privacidade em sete principais dimensões: a corporal, como o direito a proteção do corpo; a mental, que relaciona-se à autodeterminação, e envolve a proteção aos pensamentos; a da casa, protegendo o espaço físico do lar; a comportamental íntima, mantendo ações íntimas a salvo do escrutínio público; a da correspondência; a familiar, que daria liberdade em constituir um núcleo familiar onde se vive de acordo com as próprias regras e convicções; e de dados pessoais (76).

Seguindo similar proposta de enfoque nas dimensões da experiência humana relacionadas à personalidade, encontra-se ainda a apresentação da privacidade como proteção a três esferas: privacidade corporal, que abrange a privacidade do corpo, mente e comportamento íntimo; privacidade relacional, que inclui privacidade do comportamento íntimo, da casa, correspondência e vida familiar, seria o controle das relações (do contato, do se fazer presente em um ambiente); e privacidade informacional, constituída pela proteção de dados pessoais e correspondência, relacionada com o recolhimento, armazenamento e processamento de informações (13,76).

Outro tipo de abordagem da privacidade desenvolve a reflexão sobre o tema não a partir da perspectiva de um direito, mas compreendendo-a como um dever. Nessa linha, Allen (77) classifica os deveres morais como deveres para consigo (primeira ordem) e deveres para com os outros (segunda ordem). Ao tratar da privacidade, o autor afirma que a privacidade é, simultaneamente, um dever de primeira e segunda ordem (77). Enquanto um dever para consigo, ela implica que o indivíduo deve resguardar as informações sobre si por razões de utilidade e oportunidades futuras, razões de virtude e devido à preservação da dignidade, autorrespeito, autonomia e liberdade (77). Esse dever consigo demanda atenção em função da imprevisibilidade dos usos futuros dos dados, uma vez que informações

personais hoje consideradas desimportantes podem, daqui a dez ou vinte anos, trazer perdas, estigmas ou outras repercussões negativas (77). Como dever de segunda ordem, esta deriva do dever de proteger a própria privacidade para o bem de terceiros ou da comunidade. No caso do genoma, por exemplo, as informações não dizem respeito apenas ao indivíduo, mas também a sua ascendência e descendência. É possível ainda que, a partir de informações do indivíduo, sejam disponíveis ao conhecimento dados de sua rede de contato ou de pessoas com um perfil semelhante (77). Nessa perspectiva, o respeito e deveres consigo próprio viriam antes dos deveres para com os outros, servindo como base para as atitudes em relação ao próximo e diriam respeito a dignidade do ser humano, visando preservar a racionalidade e autonomia (77).

Diante da diversidade de conceitos e abordagens, talvez a grande questão seja mais do que tentar conferir à privacidade um único significado, mas compreendê-la em todo o processo de formação do indivíduo e da sociedade e assim entender a sua importância.

A privacidade é fundamental para a constituição do ser humano, de suas relações e para formação da sociedade. Pensamentos, atos e relacionamentos constituem um âmbito de intimidade e liberdade e são fundantes para a constituição da individualidade e autonomia. Segundo Santos (78): “É na vida privada que o indivíduo pode manter-se incógnito e exercer seu direito de personalidade”(p.4).

Westin (73), em um momento anterior dos debates, sumariza bem a importância da privacidade no âmbito da constituição e formação do indivíduo, ao apontar como esta é indispensável para a formação da personalidade, identificando quatro aspectos em que atua: (I) autonomia pessoal, levando ao desenvolvimento da individualidade e da consciência de escolhas próprias; (II) liberdade emocional, permitindo a livre expressão de sentimentos e opiniões; (III) capacidade de autoavaliação e tomada de decisão, possibilitando momentos de isolamento nos quais é possível considerar opções de ações e suas consequências; e (IV) uma comunicação limitada e protegida, por meio da qual não se é obrigado a dizer tudo o que se pensa, podendo selecionar as informações a serem divulgadas para os outros.

Contudo, a proteção da esfera íntima não diz respeito somente ao indivíduo. Garantir a privacidade individual é também fundamental para a constituição de relações e para o tecido da comunidade. Segundo Altman (79), privacidade seria concebida como um processo dinâmico no qual uma pessoa ou grupo regula sua

interação com os outros. Não consiste em se isolar da companhia ou convivência com outros, mas é a prerrogativa que torna os humanos capazes de controlar a quantidade de contato estabelecido (80). É devido à capacidade de definir que informação e em que quantidade ela é divulgada, que os indivíduos conseguem estabelecer níveis de relacionamentos diferentes.

De acordo com Rachels (81), sem a proteção da privacidade, nenhum relacionamento íntimo é possível, muito menos relacionamentos de intensidade diferente. Informações de cunho pessoal ou íntimas, disponíveis para poucas pessoas acabam por criar vínculos mais próximos e intensos. Isso porque a confiança e o sigilo no compartilhamento do íntimo implicam uma obrigação de manter aquela informação sob guarda e abre espaço para que o outro também compartilhe fatos importantes e de caráter íntimo. Derlega e Chaikin (82) denominam essa obrigação de “reciprocidade de divulgação” e alegam que essa é inclusive um recurso ao qual se lança mão para obter informações de outros. A percepção de que a informação é algo íntimo e importante e da qual o outro, deliberadamente, o tornou confidente acaba criando no receptor essa sensação de obrigação de reciprocidade (82). Essa dinâmica é um dos elementos cruciais para o estabelecimento de intimidade e confiança. Por isso, sem essa prerrogativa de decidir o que e o quanto se compartilha da esfera íntima não é possível ter relacionamentos próximos e significativos, mas, mais do que isso, perde-se a capacidade de graduar a proximidade das relações (81). Ao compartilhar sua privacidade, aquele que doa se vulnerabiliza, mas ao fazê-lo voluntariamente, ele gera uma obrigação dentro da comunidade. O que recebe a confiança encontra-se implicado em uma mútua obrigação, devendo também compartilhar sua privacidade e passando a ser guardião da privacidade do outro. Esse vínculo íntimo de mútua obrigação engendra as comunidades, e as relações significativas necessárias à convivência. Assim, um ataque à privacidade, interfere não apenas na liberdade do indivíduo, mas nas suas relações e práticas sociais (83).

Há ainda o papel fundamental da privacidade para a experiência política. Comumente, a relação, que de fato é dialética, é descrita somente com o enfoque na necessária perda do indivíduo em detrimento do funcionamento do coletivo. De fato, cada comunidade estabelece um equilíbrio distinto entre a esfera privada e a ordem pública (74). No entanto, ao mesmo tempo que a governança política demanda alguma redução na garantia à privacidade, o funcionamento político democrático só existe plenamente quando este direito é reconhecido e respeitado. Se, por um lado, o

acesso a dados pessoais sobre saúde, mobilidade, renda, entre outros é requisito para a governabilidade, funcionamento de diversas instituições e manutenção da segurança das populações, por outro, a proteção à privacidade tem papel crucial na política, porque é condição para democracia, e até mesmo para economia, uma vez que sua proteção é necessária à liberdade de pensamento e ao exercício da criatividade, sem os quais não são possíveis os processos de inovação e desenvolvimento humano (33).

A segurança pública e o combate ao terrorismo têm figurado como as principais justificativas dos governos para vigiar continuamente os cidadãos. No entanto, a privacidade é fundamental para o próprio exercício político democrático. Sem ela, pensar o desempenho dos governos, associar-se em nome de uma participação política efetiva e até mesmo o acesso a opiniões dissidentes, todas estas liberdades estão ameaçadas. A liberdade de pensamento, de associação e de escolhas é uma das características básicas das sociedades democráticas, o que fez com que a proteção da privacidade constasse como uma garantia fundamental em praticamente todos os ordenamentos democráticos. No entanto, a atuação dos Estados em nome da segurança tem promovido uma vigilância constante que ameaça essas liberdades individuais (84).

Desta maneira, o clamor pela proteção da privacidade não se trata apenas da defesa de interesses do indivíduo, mas uma inquietação quanto às consequências emocionais, psíquicas, sociais e políticas da privação das liberdades e garantias que só podem ser salvaguardadas mediante o respeito à privacidade.

A consciência da importância de todas essas funções da privacidade é fundamental para o aprofundamento das discussões quanto à defesa desse direito e da confidencialidade das informações, principalmente no âmbito biomédico.

2.4.2 Confidencialidade Médica

Confidencialidade é um termo que se encontra diretamente relacionado à privacidade, ao sigilo, e à confiança, necessárias nas relações pessoais, mas indispensáveis nas relações entre profissionais de saúde e os sujeitos de seus cuidados.

Configura junto com a privacidade no nono artigo da DUBDH, evidenciando sua necessidade de respeito e proteção (12). O reconhecimento da confidencialidade como princípio no documento deve-se principalmente à observação do crescente uso de informações pessoais com fins coletivos e seu conflito com os direitos e liberdades individuais, bem como o aumento do interesse de setores econômicos na exploração desses dados (67).

O debate em relação à confidencialidade surge justamente em torno do fato de que, embora ela seja constitutiva para as relações humanas e principalmente para as relações profissionais, há contextos em que sua quebra seria justificável. Segundo Bok (85):

As premissas que sustentam a confidencialidade são fortes, mas elas não podem apoiar práticas de sigilo - seja por clientes, instituições ou profissionais - que prejudicam e contradizem o próprio respeito pelas pessoas e pelas leis humanas que a confidencialidade é destinada a proteger (85, p.31).

Dessa maneira, o uso de prontuários digitais, análises de exames diagnósticos, questões de saúde pública que exijam notificação compulsória, etc são situações em que as necessidades em saúde, individuais ou coletivas, podem contrapor ou desafiar a observação ao princípio da confidência médica (67).

A existência dessas exceções, no entanto, não enfraquece a confidência como princípio. Isso porque, se a privacidade permite escolher o que e com quem se deseja compartilhar algo da esfera íntima e privada, é a promessa de não revelação da informação recebida que permite essa ação. Os segredos na esfera pessoal consistem em um compromisso entre os indivíduos, uma manutenção de relacionamento. No âmbito profissional do campo da saúde, há também a necessidade da troca de informações entre as pessoas, e essa partilha tem uma relação mais ampla, servindo para um propósito específico e caracterizando a confidencialidade profissional, essa muitas vezes respaldada não apenas por uma relação pessoal, mas enfatizada por códigos deontológicos.

Segundo Gostin e colaboradores (86), a confidencialidade seria uma expressão de privacidade informacional, uma vez que as informações de uma pessoa não devem ser repassadas a outros a menos que haja autorização para isto. Styffe (87), aborda justamente que, apesar de serem termos de grande aproximação, privacidade e confidencialidade apresentam diferenças funcionais: enquanto a privacidade denota o direito do indivíduo decidir quando, para quem, como e com que finalidade suas informações seriam transmitidas; a confidencialidade remete à confiança depositada de que a informação repassada será respeitada e usada apenas da forma proposta. Ainda conforme Pinch (88), privacidade seria o direito de estar livre de qualquer invasão, sendo facultado ao indivíduo estabelecer o acesso que os outros têm a si, seja em sua esfera física, psíquica quanto informativa e confidencialidade seria a condição relacionada ao uso dessas informações.

Apesar de serem frequentemente colocadas como conceitos conjugados, Francis (89), por exemplo, argumenta que muitas abordagens teóricas sobrepõem indevidamente a privacidade à confidencialidade. Há aí uma percepção de que, enquanto a privacidade garante a proteção de diversas dimensões físicas da personalidade, a confidencialidade é um termo relacionado mais ao aspecto informacional, referindo-se ao compartilhamento de dados (89). No entanto, o autor busca desafiar o consenso quanto a essa hierarquia, ao apontar que: primeiramente, maiores garantias de confidencialidade, ou seja, de controle sobre a divulgação de informações pessoais, poderiam diminuir a preocupação quanto à privacidade, concebida como proteção de aspectos mais físicos da intimidade; e que muitas vezes a divulgação de informações, de caráter estigmatizante, por exemplo, pode trazer maior ameaça à existência do que invasões físicas de espaços íntimos (89). Dessa maneira, aponta que a hierarquia entre conceitos e princípios sem contextualização não faz sentido (89).

As justificativas para proteger a confidencialidade de uma informação, segundo Bok (85), repousariam em quatro premissas básicas: (I) autonomia, segundo a qual os indivíduos têm direito a ter segredos, preservar seus pensamentos, planos e ações, no entanto, este seria um direito cujo limite é o risco a direitos de terceiros; (II) respeito aos relacionamentos, que estaria vinculado à autonomia, pois além de poder ter segredos, as pessoas devem ser livres para compartilhá-los e a pessoa que recebe essa confiança deve ter poder de mantê-la em sigilo; (III) respeito aos vínculos e promessas de proteção a informações compartilhadas, que sustenta que a

confidencialidade cria uma obrigação de respeito entre as pessoas e seus relacionamentos; e, por fim, (IV) os benefícios da confidencialidade para aqueles que precisam de conselho, perdão, ajuda em relação a comunidade, muito associada ao sigilo profissional e que permite a pessoa buscar ajuda e confidenciar fatos importantes e necessários, uma vez que se encontram protegidos por esse preceito. No âmbito profissional, cada profissão tem um limite acerca daquilo que se deve manter confidencial, principalmente quando existe risco de vida e segurança para outras pessoas (85).

Nas profissões de saúde, as notificações compulsórias (67) e as situações em que a vida e segurança do paciente ou de um terceiro estão sob grande risco são frequentemente apontadas como contextos em que há um motivo eticamente aceitável para quebra de confidencialidade (90). Suspeitas de violência doméstica, abuso infantil e feridas por projéteis figuram como exemplos dessas quebras justificáveis (90). As situações de quebra de confidencialidade médica aceitas moralmente devem permanecer uma excepcionalidade porque, nas práticas de saúde, a qualidade do cuidado e a própria vida dos sujeitos podem perecer na ausência da relação de confiança quanto à guarda das informações (91).

Na atualidade, a digitalização das práticas médicas traz novos desafios. As informações pessoais são expostas em sigilo a portas fechadas somente para depois ganhar o mundo desconhecido da rede mundial de computadores. O uso de prontuários eletrônicos e a prática de registro de imagens digitais de pacientes pode fazer com que essas informações, mesmo protegidas por senhas e sujeitas a cuidados de anonimização e criptação, não estejam apropriadamente protegidas. A decisão quanto à guarda e manutenção de arquivos eletrônicos atenta contra a confiança depositada na relação porque, mesmo com controle de acesso por meio de senhas, essas informações pessoais podem vazar com uso de recursos tecnológicos como fotos, cópias, impressões, gravações de áudio, etc (92).

As redes sociais, usadas para comunicação e marketing, constituem riscos ainda maiores para a confidencialidade. Um “*print* de tela” de uma troca de mensagens já pode causar severos danos a depender de qual informação foi compartilhada e de quantos reencaminhamentos a mensagem tem. A facilidade e o alcance que podem ter postagens de imagens, exames, vídeos de procedimentos, compartilhados com o mundo sem consentimento dos pacientes, inauguram uma nova era de desafios à confidencialidade (93).

O uso indiscriminado das redes sociais como meio de marketing digital, mesmo quando se imagina que as imagens não podem ser identificadas, atenta contra privacidade e confidencialidade, uma vez que estas se referem à prerrogativa que os sujeitos têm de determinar a extensão e para quem ele divulga informações sobre si. Uma vez que as imagens e informações são divulgadas, independentemente de serem identificáveis, tal prerrogativa está perdida (32).

A ausência de garantias quanto à confidencialidade e privacidade podem ter ainda outros efeitos maléficos, além daqueles danos à personalidade e intimidade diretamente derivados de invasões e vazamentos. Em um contexto de desconfiança, a tentativa de proteger a confidencialidade de informações, em um meio em que essa parece uma tarefa difícil ou por vezes impossível, pode levar indivíduos e grupos a abdicar de avanços técnicos, sociais e científicos ou mesmo deixar de contribuir com o avanço dos mesmos (94). A quebra da confiança por meio da divulgação indevida de dados e informações por profissionais de saúde tem efeitos negativos que não atingem somente o sujeito exposto, atingem a toda a sociedade, enfraquecendo a confiança na relação médico-paciente e infringindo os direitos do paciente (95,96) como testemunham os autores: “Como os estudos mostram, por medo de divulgação a pessoas não autorizadas, os pacientes podem reter informações, dando uma descrição incompleta ou enganosa de sua condição.” (95, p.3) e “Essa tensão potencial traz o risco de enfraquecer a confiança na relação médico-paciente, minando a solidariedade e a justiça ao nível social e infringindo injustamente os direitos do paciente” (96, p.11).

2.4.3 Importância da Privacidade e Confidencialidade na Relação Médico Paciente

A confidencialidade é um direito de alcance individual e coletivo, compondo um aspecto importante dos relacionamentos, principalmente dentro dos contextos profissionais, nos quais, além de direito, torna-se um dever e responsabilidade do profissional. O objetivo da confidencialidade na medicina seria proteger os interesses dos pacientes e não do médico, sendo a pedra angular de um bom relacionamento entre essas figuras (50).

Já o direito à privacidade no contexto da saúde deve ser entendido a partir de três perspectivas: proteção de um espaço protegido pelo sigilo, onde as informações relativas a um indivíduo devem ser protegidas e que ninguém pode ser compelido a divulgá-las, exceto em casos justificados; autonomia, onde o indivíduo acometido é que deve dar seu consentimento acerca daquilo que deseja informar e a quem deseja fazê-lo; e autodeterminação informativa, onde a pessoa pode saber e controlar a quais dos seus dados outros podem ter acesso (64).

Segundo Loch (97), na relação médica se têm duas formas principais de confidencialidade: uma que se estabelece na relação interpessoal e outra no registro da informação. Esta última esbarra tanto no acesso à informação, principalmente quando em grandes centros, onde dezenas de profissionais têm acesso ao prontuário e integram a equipe de cuidados do paciente, quanto na questão do armazenamento dessas informações. A confidencialidade médica, fundamental para o cuidado individual, tem uma dimensão pública significativa, que sustenta o próprio exercício da medicina e se deriva da confiança da sociedade nas observações desses valores por parte dos profissionais.

O envolvimento interpessoal entre médico e paciente não pode ser resumido a uma simples troca de informações, ela envolve o contato corporal, a revelação de pensamentos e emoções, a observação do ambiente em que o doente reside e dos seus relacionamentos. Por meio dessas interações e análises, o profissional constrói impressões e conhecimentos acerca do indivíduo que vão muito além do compartilhamento de palavras e que devem ser preservados e mantidos em sigilo, independente da forma como foram obtidas.

A relação médico e paciente encontra no respeito à privacidade e confidencialidade das informações um valor especial devido a três aspectos principais: a vulnerabilidade do agente, pois, quando na condição de paciente, o indivíduo encontra-se fragilizado e seu contrato com o médico não é estabelecido em condições de igualdade, devendo assim o profissional respeitar essa vulnerabilidade; esse relacionamento é uma cooperação com base na autoridade, normalmente do médico, o qual tem necessidade de invadir a privacidade do paciente para conhecê-lo, examiná-lo, entender os seus problemas, muitas vezes necessitando desnudá-lo, permitindo-lhe o acesso físico, por meio do toque, e informacional do íntimo; e esse compartilhamento do privado exige reciprocidade, essa acaba por ser estabelecida por meio da criação de obrigações de confiabilidade e respeito (6).

Um valor implícito na confidencialidade é a própria confiança, que atuaria como um requisito fundamental da relação contratual entre médico e paciente não apenas para fins terapêuticos, mas como base na cooperação e na veracidade da troca de informações entre os envolvidos e que é um processo contínuo dessa relação (6). Na relação médica, o paciente precisa sentir-se seguro a fim de estabelecer uma relação que lhe permita contar dados de foro íntimo, expor-seus pensamentos e até mesmo o seu corpo ao outro e depositar nesse a confiança em relação ao seu diagnóstico e tratamento em momentos normalmente de maior vulnerabilidade.

A privacidade e confidencialidade, apesar de reconhecidos desde a antiguidade como essenciais à ética profissional da medicina, não são princípios absolutos, uma vez que podem ser subjugados por considerações morais concorrentes. A grande questão é justamente identificar e determinar que princípios e circunstâncias são capazes de justificar a quebra dessa relação de confiança. Há situações já bem estabelecidas como nos casos de doenças de notificação compulsória e suspeitas de abuso e agressões a menores ou pessoas incapazes, mas a grande maioria ainda leva a dúvidas e exige uma cautelosa avaliação da situação e seus riscos (98).

Benatar (98) afirma que conhecer aquilo que a confidencialidade resguarda torna mais fácil avaliar sobre quais circunstâncias seria moralmente aceitável não observar essa obrigação. Segundo ele, seriam quatro os principais aspectos que a confidencialidade visa preservar: a autonomia, visto que seres autônomos são capazes de controlar suas vidas e logo suas informações; privacidade, evitando disseminação dessas informações; cumprimento de promessas, uma vez que a expectativa de não divulgação do que foi compartilhado resta como principal implícito na própria relação e no conhecimento das obrigações do profissional; e o sentido de utilidade, uma vez que essa noção de confidencialidade permite uma melhor prática, com mais informações e maior facilidade de diagnóstico (98).

Há vários dilemas bioéticos envolvidos com a quebra da confidencialidade: um deles é quando a revelação de um dado estaria associada a prevenção de danos a terceiros ou até mesmo ao próprio paciente, nesses casos o que deve prevalecer: o respeito à privacidade e confidencialidade das informações ou a não maleficência a terceiros e beneficência da divulgação dessas informações? Segundo Benatar (98), o valor da autonomia de uma pessoa deve ser limitado pelo valor da autonomia dos outros, ou seja, frente ao risco de graves danos a terceiros deve haver a divulgação sigilosa de uma informação. Quando há risco de vida ou doença grave, para o autor,

configura-se uma condição em que a quebra da confidencialidade é incontestavelmente justificável. Como exemplo, o autor cita a situação de um paciente portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que escolhe não contar ao parceiro (ou aos parceiros) sobre sua doença, ou ainda de um paciente psiquiátrico com grave risco de cometer atentado contra sua vida ou de outras pessoas (98). Kottow (91), entretanto, justifica que os riscos de violação dessa confidencialidade podem ser muito maiores para a sociedade. Para tanto, argumenta que os possíveis benefícios advindos da revelação de uma informação médica não superam os danos sociais causados por uma perda coletiva da confiança na relação médico paciente (91). Em suas palavras: “A confidencialidade é um acordo frágil que se desintegra se for mal direcionado em busca de outros objetivos e, uma vez que é um componente necessário da medicina prática, deve-se ter o cuidado de salvaguardar a sua integridade” (91, p.117).

As situações em saúde são dinâmicas, modificando-se com a evolução da ciência e práticas médicas, com as regras culturais e sociais de uma região e até dentro de determinados contextos da história de cada paciente, impondo ao profissional a necessidade de refletir sobre cada caso, suas nuances e suas repercussões possíveis. É benéfico, inclusive, solicitar, quando possível, auxílio de comissões de bioética a fim de definir se a divulgação da condição ou informação justifica diante de grave risco a terceiros ou ao indivíduo.

Ao mesmo tempo que a eventual quebra da confidencialidade pode se erguer como necessidade para evitar danos, esse poder de decisão nas mãos do profissional médico, reflete outro importante risco: o paternalismo. O médico ou médica, ao assumir a tarefa de julgar em quais situações a manutenção desse direito pode acarretar um risco a sociedade ou ao próprio indivíduo, ou mesmo de determinar se o paciente é autônomo o suficiente para entender suas ações e decidir sobre elas como nos casos de adolescentes e pacientes com problemas psiquiátricos, corre o risco de incorrer em ações paternalistas (91).

A utilidade também é um aspecto a ser levado em conta nessas discussões, em que a análise deve ponderar: se é mais útil preservar a importância e funções que a manutenção da confidencialidade médica exercem para toda a sociedade; ou obter o resultante para a sociedade de quebrar essa confidencialidade em busca de evitar um dano a terceiro e, potencialmente, a toda a sociedade (98). De toda forma, há uma recomendação de que, mesmo nas situações em que a quebra de sigilo pode ser

considerada justificável, o profissional deve buscar o consentimento prévio do paciente, explicando a situação e seus riscos e, em caso de negativa, informá-lo sobre o que será feito, e deve ter ainda o cuidado em revelar apenas o que for estritamente indispensável e ao menor número de pessoas necessárias (98).

Ao abordar o princípio da privacidade e confidencialidade, a DUBDH trata de uma exigência de sigilo em relação às informações médicas conhecidas acerca de um paciente como uma obrigação que se mantém mesmo após a morte deste, seguindo as mesmas disposições éticas e legais inclusive para seu cancelamento (50).

Do ponto de vista bioético, ainda que permeiem outras relações profissionais, a privacidade e confidencialidade das informações estabelecida na relação interpessoal entre médicos e pacientes é a que acaba por trazer maiores discussões, exigindo nesses contextos uma análise delicada de cada caso, seus riscos e consequências ao paciente e à sociedade, devendo sempre ser individualizada. No entanto, dentro do contexto profissional da medicina, a interação e informações colhidas deve ser registrada em prontuário e esse também é documento que deve ser protegido de acordo com o sigilo médico.

Essa forma de confidencialidade profissional que se estabelece no registro das informações, encontra atualmente nos avanços tecnológicos e científicos um dos seus maiores desafios. Até cerca de 40 anos atrás, todas as informações acerca de um paciente eram colocadas em prontuários de papel e armazenados em gavetas, arquivos e salas fechadas. Sua circulação limitava-se àquele ambiente, seu acesso normalmente estava restrito a um menor número de profissionais e que habitualmente eram aqueles envolvidos na assistência ao paciente. Com o desenvolvimento de computadores, prontuários digitais e banco de dados tanto se ampliou a quantidade de informações armazenadas nesses sistemas, como tornou-se possível seu acesso a um número muito maior de pessoas. Há países onde todo atendimento médico de um indivíduo, nas mais diferentes clínicas e localidades, encontra-se integrado em um banco único de dados, bem como os resultados de seus exames e em alguns casos até mesmo seus dados genéticos (99).

As informações contidas em prontuários eletrônicos acabam por estar acessíveis a vários usuários que participam direta ou indiretamente do cuidado ao paciente, e assim estariam sujeitos a três formas potenciais de acesso que ameaçam a privacidade e confidencialidade do indivíduo (100). Seriam esses riscos: os ataques internos, realizados por usuários com direito legítimo de acesso, porém que fariam

uso dessa visualização para fins outros não centrados no atendimento ao paciente; violações de segurança ao sistema, que vão desde a perda de locais de armazenamento desses dados como pen drive ou notebook até o *hackeamento* de base de dados; até o uso legítimo desses registros porém levando a revelações incidentais e não intencionais, uma vez que contém dados de vários atendimentos e são visualizados por vários profissionais podendo haver informações que o paciente não queira divulgar a outras pessoas mesmo que essas lhe prestem alguma assistência (100).

Os dados eletrônicos em saúde apresentam extremo valor: para o profissional, que tem, entre outras vantagens, sua atividade facilitada diminuindo tempo de preenchimento manual de papéis, possibilitando a visualização fácil e rápida de dados e exames prévios do paciente, facilitando seu transporte e permitindo maior integração entre os profissionais que compõe a equipe de cuidados ao paciente; para o paciente, que, por meio dessa integração de seus dados, poderá ter um melhor atendimento, menor risco de erros médicos e maior facilidade de diagnóstico; para a sociedade, que se beneficia da possibilidade de análise de dados agregados de grandes populações de estudo e maior conhecimento sobre patologias diversas e terapias fortemente embasadas, além de uma maior vigilância para condições de surto e surgimento de novas doenças; e até mesmo para a economia, que pode se beneficiar da diminuição de custos na assistência à saúde e aumento da eficácia dos serviço (9,100,101).

Um efeito negativo do valor econômico que essas informações adquirem é a chamada mercantilização ou comoditização da informação, a qual permite que empresas e indústrias acessem dados de pacientes e padrões de consumos e comportamentos, promovendo seus produtos ou ainda guiando a sua produção e desenvolvimento de medicamentos com base em informações geradas por dados eletrônicos de saúde ou ainda a seguradoras de saúde que, por meio do acesso a esses dados, poderiam conhecer o perfil de pacientes com maior risco de gastos em saúde. Esses usos econômicos das informações de saúde colhidas com outras finalidades representam uma grave quebra da confidencialidade e representam um risco econômico e social grave, uma vez que atuam como fortes fatores de acumulação de poder e capital (102–104).

Informações pessoais em saúde, devido ao seu alto valor individual e coletivo, podem e devem ser protegidas das mais diversas formas, inclusive utilizando combinações de técnicas para esse fim. Algumas medidas possíveis são: acesso

apenas de pessoas autorizadas e envolvidas no cuidado do paciente; criptografia e desidentificação de dados; cuidados com relação a cláusulas de contratos com servidores e plataformas digitais que irão manipular ou armazenar dados do paciente; fortes e atualizadas políticas de segurança dos sistemas de armazenamento desses dados; explicação ao paciente de como é feito o armazenamento de seus dados e para que esses são usados bem como o seu consentimento para esse uso; regulamentações que impeçam sua utilização de forma discriminatória e injusta (9,100,101).

Além de requerer trabalho em equipe e compartilhamento de informações independentemente se de forma física ou eletrônica, a medicina é uma ciência mutável e em contínuo aperfeiçoamento, cujas pesquisas científicas têm valor primordial para o desenvolvimento e saúde de toda a comunidade. Assim, a obtenção de informações de saúde com finalidade científica, para apresentação de relatos e série de casos em congresso ou revistas científicas ou estudos com pacientes ou análise de prontuários podem trazer benefícios à comunidade científica, porém devem ser norteados pela obtenção de TCLE e sempre que possível procurando-se usar a anonimização desses dados para salvaguardar a privacidade do paciente (105).

As pesquisas científicas são submetidas a exigências éticas semelhantes às daquelas dos cuidados em saúde, no sentido de que qualquer ingerência em aspectos da privacidade dos sujeitos só pode ocorrer se absolutamente indispensável ao andamento do estudo, situação na qual essa necessidade deve ser cuidadosamente explicada ao paciente e consentida por ele. Adicionalmente, é preciso oferecer todas as garantias necessárias de que a qualquer momento, caso queira, o paciente pode se retirar da pesquisa (50).

A declaração de Helsinque é um dos principais documentos que norteiam a prática da pesquisa clínica no mundo, sendo desenvolvida pela Associação Médica Mundial dentro de um contexto em que todos estavam horrorizados com os crimes cometidos durante a II Guerra Mundial em nome da “pesquisa” (106). Ela coloca que é dever do médico proteger entre outras coisas a privacidade e confidencialidade das informações dos sujeitos envolvidos na pesquisa, devendo tomar todas as precauções para tal (106). Ainda que pesem as recentes mudanças deletérias na Declaração, sua importância histórica e seu reforço do valor do respeito à privacidade ainda jogam um papel na comunidade internacional.

Essa discussão sobre confidencialidade e privacidade das informações na área da saúde vem ganhando importância e gerando novas discussões com o crescente uso das redes sociais por profissionais de saúde tanto com fins educativos, quanto como forma de contato com seus pacientes ou ainda como meio de publicidade.

As dinâmicas sociais e comerciais na área de saúde são extremamente complexas e a escolha do profissional está muito associada a sua reputação, sua qualidade prática e sucessos no tratamento de outros pacientes (107). Assim, a publicidade no exercício profissional sempre esteve presente nessas áreas, com grande influência do chamado “boca a boca” entre pacientes e da indicação por outros colegas médicos (107). Este processo de divulgação demanda tempo, pois o profissional necessita conquistar uma cartela de pacientes iniciais para que então esses aprovelem o serviço prestado e passem a indicar o profissional para seus conhecidos. Como resultado, a esfera do alcance desse mecanismo de publicidade atinge um menor público-alvo ou ao menos leva maior tempo para se ampliar.

Com o advento das mídias sociais e seu uso por profissionais de saúde, a divulgação atinge rapidamente um número muito maior de pessoas, é capaz de gerar vínculo, mesmo antes de consultas, e de converter postagens em novos pacientes. Muitos profissionais acabam, por esse motivo, publicando na internet informações sobre suas rotinas profissionais, procedimentos realizados ou locais de atendimento, sem muitas vezes ter o devido cuidado de desidentificar uma imagem que faça referência a um paciente atendido. Ainda, na ânsia por responder à necessidade de gerar conteúdo continuamente, para se manterem visíveis, repostam imagens dos próprios pacientes que fazem referência ao atendimento, colocando em risco a privacidade e confidencialidade das informações, a imagem de seus pacientes e até mesmo a relação médico e paciente.

O uso de novas mídias pode trazer benefícios, uma vez que consegue gerar uma maior interação entre médico e paciente, antes mesmo de sua entrada em uma sala de consultório. No entanto, ela deve ser conduzida com o mesmo cuidado e respeito que as relações presenciais impõem às relações em saúde (108).

Atualmente, há alguma omissão por parte das entidades e conselhos de classe de profissões de saúde na especificação das regras para publicidade digital, mas é sobretudo a efetiva fiscalização que não tem sido realizada (32). Grande parte das denúncias que levam a ações disciplinares resultam de relatos e queixas dos próprios pacientes ou de seus familiares (109). A baixa fiscalização associada a recursos

disponíveis de efemeridade e restrição de visualização por grupos podem levar a uma falsa sensação de segurança ou mesmo de aceitabilidade em relação ao que é postado. Mesmo diante da existência de leis e manuais de condutas que abordam o posicionamento digital e o e-profissionalismo, os médicos ainda incorrem em erros em seus perfis e na interação online com pacientes (10,11,110). Isso ocorre porque é preciso diferenciar aquilo que é proibido de acordo com o direito e a deontologia, alguma frouxidão na fiscalização do cumprimento das normas e aquilo que é eticamente adequado.

Talvez uma das grandes questões em relação à presença dos profissionais de saúde nas mídias digitais esteja associado ao motivo que leva o profissional a entrar nessas plataformas. Com o objetivo de conseguir difundir seu nome e trabalho adquirindo novos pacientes, o profissional pesa os baixos riscos para si próprio no que diz respeito a um processo penal ou ação disciplinar, subestimando os prejuízos que aquela exposição gera ao paciente. Frente ao benefício de ampliar sua clientela e com isso obter um maior ganho financeiro, o profissional acaba expondo pacientes e suas informações nas mídias sociais. Dessa forma, ele infringe não apenas questões legais e deontológicas, mas principalmente incorre em problemas éticos relacionados ao respeito à privacidade e confidencialidade das informações, colocando em risco a relação médico e paciente, a valoração social da prática médica e, conseqüentemente, a promoção da saúde individual e coletiva.

A seguir são delineados os objetivos, metodologia, resultados e discussão da presente dissertação que tem como propósito justamente a verificação desses princípios na prática, ou seja, se a presença digital de profissionais médicos, especificamente da área de dermatologia, respeita a privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se o conteúdo postado por perfis públicos de médicos dermatologistas na rede social *Instagram* observam os princípios de respeito à privacidade e confidencialidade dos pacientes.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Analisar como os dermatologistas, enquanto profissionais que se dedicam a uma especialidade de forte apelo estético, se fazem representar na rede social do *Instagram*;
- Observar se houve exposição de rosto ou partes facilmente identificáveis do paciente;
- Observar se foi usado de algum recurso ou tratamento na foto que evidencie a tentativa de anonimizar a imagem ou informação;
- Verificar se existem evidências de consentimento dos pacientes para a exposição de imagens, vídeos e informações pessoais nos perfis dos profissionais, ou ainda se essas foram repostadas a partir de conteúdo publicado pelo próprio paciente ou por terceiros;
- Avaliar a existência de variáveis significativamente relacionadas à preservação da privacidade e confidencialidade por parte do conteúdo publicado pelos perfis analisados, tais como variação de gênero ou de região geográfica do país;
- Avaliar a repercussão pública das publicações contendo exposição do paciente;

- Identificar a utilização de algum recurso oferecido pela plataforma que torne efêmero ou dificulte a fiscalização e recuperação posterior de indícios de quebra de privacidade.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal envolvendo publicações realizadas na rede social *Instagram* utilizando como referência perfis profissionais abertos de médicos dermatologistas brasileiros.

Como o presente estudo analisa apenas informações públicas, conforme resolução 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), artigo 1º parágrafo único, não foi necessário seu registro e avaliação no sistema CEP/CONEP.

4.2 AMOSTRAGEM

Este estudo realiza uma seleção intencional de amostra, possibilitando que a coleta de dados contribua para entender o problema e a questão da pesquisa. O tamanho da amostra foi calculado levando em consideração uma população infinita, já que não é possível saber quantos médicos dermatologistas têm perfis públicos na rede social do *Instagram*.

Para determinar o tamanho da amostra foi utilizado o programa EPI-INFO na versão 7.2.2.2. Sendo estabelecido erro de 5,0%, com uma confiabilidade de 95,0% e frequência de 50% para os eventos estudados (com o objetivo de maximizar o tamanho da amostra).

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Onde:

n = Tamanho amostral

z = Valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 50%;

e = erro de 5,0% (0,05);

N = Infinita (999999).

Sendo assim, foram totalizados 384 perfis. Foi acrescido de 20%, para que eventuais perdas não comprometam a representatividade da amostra e com isso, o número total de indivíduos a serem pesquisados dentro dessa perspectiva seria de pelo menos 461 perfis (com arredondamentos).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Toda a pesquisa foi feita por meio de perfis públicos da rede social *Instagram*, os quais para sua análise conforme resolução 510/16 da CONEP, artigo 1º parágrafo único, não necessitam de registro e avaliação no sistema CEP/CONEP.

Foram considerados perfis profissionais aqueles nos quais constasse no perfil inicial o nome do médico e pelo menos um dos seguintes dados abaixo:

- Dados de formação acadêmica como dermatologista;
- Perfil evidenciando que o profissional é membro da sociedade brasileira ou regional de dermatologia ou Registro de Qualificação de Especialista (RQE) como dermatologista;
- Nome da especialidade “dermatologia”, “dermato” ou “dermatologista” em seu nome ou no perfil inicial ou ainda dizendo atender essa especialidade;

Utilizando-se da ferramenta de pesquisa do *Instagram*, só aparecem para análise imagens de perfis públicos. Adicionalmente, foram excluídos do estudo aqueles perfis que se tornaram privados ou deixaram de existir ao longo do período de análise. Também foram excluídos perfis de clínicas médicas, já que não seria possível ter certeza de quantos profissionais e quais especialidades se utilizariam daquele perfil para divulgar seu trabalho. Não foram incluídos perfis únicos compartilhados por mais de um profissional ou aqueles nos quais faltaram informações necessárias para avaliarmos a plena adequação aos critérios de inclusão.

Foram analisadas as postagens realizadas nas duas modalidades oferecidas pelo *Instagram*:

- na modalidade *feed*, os conteúdos, em geral, são elaborados com maior antecipação e planejados, podem incluir informações adicionais e reações e os vídeos podem ter até 60 segundos. Os conteúdos são permanentes, a não ser que sejam excluídos propositalmente. Dessa maneira, constituem a maneira como o perfil se apresenta ao público, constituindo uma expressão planejada de como uma pessoa ou marca pretende ser reconhecida;
- na modalidade *stories*, os conteúdos são postados com um caráter instantâneo (duração de 24 horas) e são elaborados de forma mais espontânea, sem maiores tratamentos e filtros de imagens. As postagens visam manter uma maior interação com o público e pretendem refletir autenticidade e eventos em tempo real.

Para efeitos do estudo, foram considerados como uma “entrada” cada publicação de foto, vídeo ou ficheiro de imagens do *feed*. Assim, em virtude das postagens do tipo ficheiro, (Postagem na qual é possível incluir até 10 fotos/vídeos dentro de um post), cada “entrada” podia conter mais de um registro visual. No caso das postagens dos *stories*, contou como entrada cada publicação de foto ou vídeo nos *stories*, ressaltando que nesse último muitas vezes um único vídeo poderia ocupar vários *stories* (uma vez que vídeos de mais de 15 segundos são segmentados em diferentes entradas). Dessa maneira, cada um desses segmentos foi considerado uma entrada diferente. Adicionalmente, colagens expostas como única postagem contaram como uma única entrada.

Todas as entradas foram avaliadas no sentido de verificar se, em imagem, narrativa falada ou texto, havia alguma informação ou dado de paciente que o tornasse reconhecível e assim selecionar aquelas consideradas como “registros de exposição” e que teriam o *checklist* aplicado a sua análise mais detalhada. Foram considerados como registros de exposição: toda entrada em que o profissional ou o paciente (quando há repost, que identifica o paciente) faz referência ao atendimento ou revela a identidade do paciente do profissional em questão (mesmo que não apareça a imagem do paciente ou de partes do seu corpo ou ainda de seus exames, mas na qual seu nome seja de alguma forma revelado); toda entrada na qual o profissional aparece em vídeo realizando algum procedimento na pessoa em questão; ou quando na entrada por foto ou vídeo há relato de dados de história clínica, procedimento

realizado ou diagnóstico de um paciente, podendo este ter ou não sua imagem e/ou nome exposto na publicação em questão. Foram excluídos dessa categoria de registros de exposição as entradas nas quais o profissional colocou que o procedimento foi realizado durante curso de formação ou aperfeiçoamento profissional.

Definimos ainda como indivíduo exposto toda pessoa que teve dentro dos registros de exposição do paciente seu nome, partes do seu corpo ou rosto, resultados de exames ou ainda dados de sua história clínica, diagnóstico ou tratamento divulgados por meio de foto ou vídeo. Indivíduo exposto é diverso do registro de exposição pois em uma foto, por exemplo, pode haver duas pessoas consideradas como pacientes, então nesse caso se tem um registro de exposição e dois indivíduos expostos ou ainda nos *stories* um vídeo de um único paciente ocupando seis *stories*, nesse caso foi gerado seis registros de exposição e um único indivíduo exposto. Ressaltando que em casos de *repost* de pacientes como a identidade do indivíduo é revelada, já que ao clicarmos na imagem repostada esta mostra quem fez e nos dirige ao perfil desse indivíduo que na maioria dos casos contem além do nome uma foto da pessoa, este tipo de publicação também acaba por entrar nessa definição.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO E COLETA DOS DADOS.

A coleta e análise das imagens foi realizada pela própria pesquisadora.

Foi criada uma conta neutra no *Instagram* para esse trabalho, a qual não está conectada ao *Facebook* bem como a nenhum outro perfil do *Instagram*. A pesquisa foi feita usando o aplicativo do *Instagram* em sua versão para aparelhos móveis. Por meio dessa conta foi feita a seleção dos perfis e análise do *feed* e *stories* dos perfis selecionados. A coleta ocorreu em três etapas que foram realizadas em momentos diferentes: seleção dos perfis a serem analisados; avaliação imagens do *feed*; e avaliação postagens dos *stories*.

4.4.1 Seleção dos Perfis

Na ferramenta de pesquisa do *Instagram* foi selecionada a opção “Tags” e inserida a palavra dermatologista, a partir daí as imagens foram analisadas com base em ordem cronológica selecionando a opção de visualização das postagens mais recentes (Figura 1). Foram avaliadas todas as publicações vinculadas a essa busca a partir de 12 de Maio de 2021 até atingirmos o número de 475 perfis analisados (N calculado para a pesquisa de pelo menos 461 perfis) o que se deu com publicações que foram postadas até o dia 11 de Maio de 2021.

Ressalta-se que todas as imagens aqui expostas dessa ferramenta de pesquisa são pertencentes a perfis públicos.

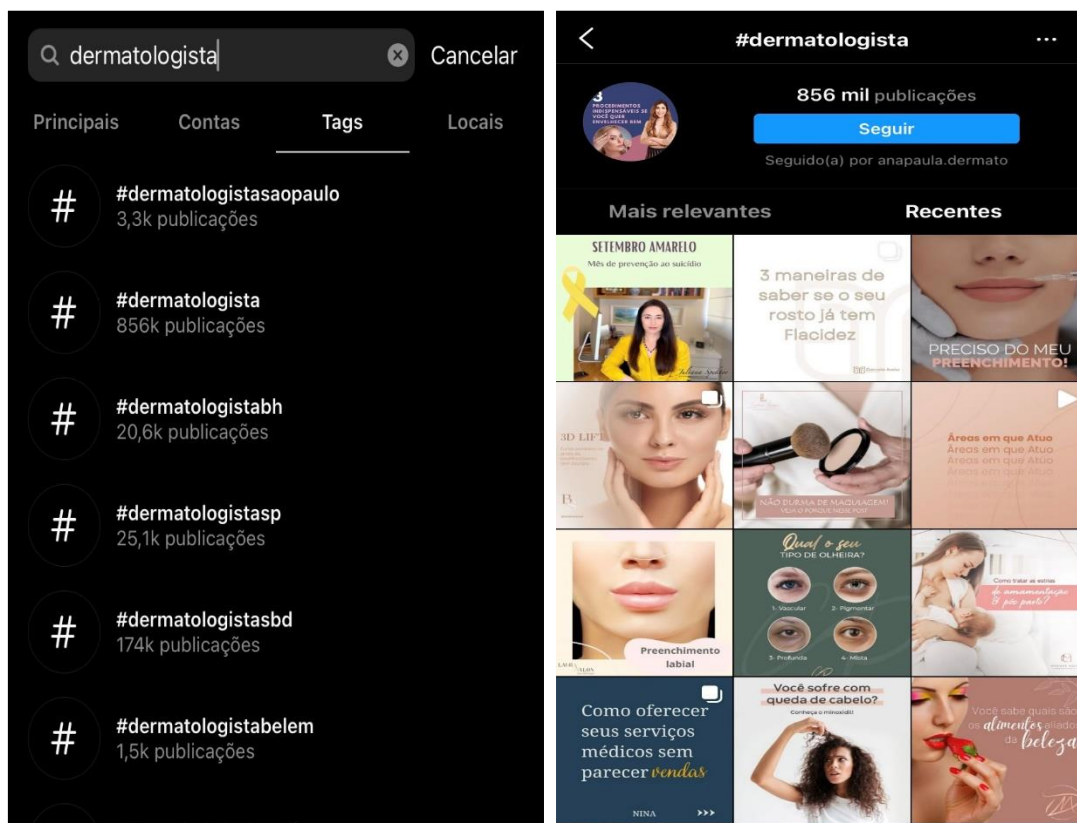


Figura 1 - Imagem da ferramenta de pesquisa do *Instagram* e como é feita a seleção de opção de visualização

Os perfis que preencheram critérios de inclusão foram categorizados quanto ao gênero (feminino e masculino) e com relação à região geográfica de atendimento do profissional, esse último dado foi obtido mediante informações coletadas por relato no

feed do local do consultório, pelo estado do número de cadastrado no conselho regional de medicina, pelo número de telefone consultório constante no *feed* ou em *linktree*, ferramenta capaz de reunir em uma só página vários *links* para páginas ou sites externos (permite, por exemplo, que o usuário seja redirecionado para um site, e-mail, número de *whats app* ou conheça alguma informação específica que o dono do perfil julgue importante), ou ainda por informações sobre local de atendimento em publicações na página.

4.4.2 Avaliação de Entradas do Feed:

Os 475 perfis que se encaixaram dentro dos parâmetros estabelecidos tiveram analisadas todas as entradas do seu *feed* (fotos/vídeos/ficheiro de imagens) no período de 12 de Abril de 2021 até 12 de Maio de 2021. Foram objeto de análise os registros visuais, bem como o texto referente a elas e os comentários gerados até a data de 12 de maio de 2021. As postagens consideradas como registros de exposição conforme critérios firmados previamente foram analisadas segundo o *checklist* abaixo (Tabela 1). No estudo, a palavra “imagem” se refere mais amplamente a registro do paciente por meio de fotografia ou vídeo digital.

Tabela 1 – *Checklist* para análise de registros de exposição do *feed*

Checklist de avaliação de registros de exposição do <i>feed</i>	Sim (1)	Não (2)
1. Há exposição de imagem do paciente ou de partes do seu corpo?		
2. A imagem refere-se a resultados de exames de pacientes?		
3. O registro com exposição de parte dos corpos exclui o rosto?		
4. O registro da imagem mostra o rosto completo do paciente?		
5. Foi usada alguma ferramenta de edição para preservar o anonimato do paciente?		
6. Há relato de dados da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado pelo paciente na imagem ou no texto?		
7. Por meio da imagem ou do texto do profissional é possível saber o nome do paciente em questão?		
8. O paciente da imagem se identificou em algum comentário da foto?		
9. Por comentários realizados por terceiros na imagem é possível saber o nome do paciente em questão?		
10. Há descrição na imagem ou no texto de autorização do paciente para postagem?		
11. A imagem gerou comentários e curtidas para o profissional?		
12. A imagem consta de um " <i>repost</i> "?		

4.4.3 Avaliação de Entradas dos *Stories*

As publicações nos *stories*, por todas as características previamente tratadas, se dão num volume muito superior ao do *feed*. Assim, a análise das entradas nos

stories de cada perfil foi feita durante um período de cinco dias úteis (de segunda-feira a sexta-feira, entre os dias 7 de Junho de 2021 e 18 de Junho de 2021) sempre no período entre 20:00 a 23:00 de forma a tentar garantir que toda publicação feita nas últimas 24 horas pelos perfis analisados fosse avaliada. Para essa etapa da pesquisa foi utilizado um aplicativo pago, o *Story Saver*, que permite salvar dentro do programa fotos e vídeos selecionados do *Instagram*, tanto do *feed* como dos *stories* e colocá-los em arquivos pertencentes a cada perfil. Foi utilizado esse programa para o arquivamento das imagens dos *stories* já que a análise detalhada da imagem poderia levar mais tempo e necessitar de reavaliações e como essas são publicações com tempo máximo de 24 horas não haveria tempo útil para a análise e revisão. Uma limitação considerada para sua aplicação em relação às entradas do *feed* é que o *Story Saver* não permite arquivar junto com a imagem do *feed* seu texto, comentários e número de curtidas.

Os perfis foram divididos em dois grupos para facilitar a análise diária: primeiro grupo (avaliado entre 7 de Junho a 11 de Junho 2021) tinha 200 perfis (do perfil número 01 ao 200) e o segundo grupo (avaliado entre 14 de Junho a 18 de Junho 2021) com 275 (do perfil número 201 ao 475).

Na opção de busca do *Instagram* e do *Story Saver* foi colocado o nome de cada perfil e todas as entradas de seus *stories* naquele dia foram visualizadas, ressaltando que caso o perfil deixasse de existir ele não seria encontrado e caso se tornasse privado tanto no *Instagram* como no *Story Saver* não se teria como visualizar suas publicações.

Aquelas entradas que fossem consideradas como registros de exposição conforme critérios previamente definidos foram salvas no *Story Saver* para posterior aplicação do *checklist* referente a tal publicação (Tabela 2). Esse procedimento possibilitou que em um segundo momento fosse realizada uma análise mais detalhada de cada imagem, além da sua manutenção em uma espécie de banco de arquivos vinculado a cada perfil analisado.

Foram consideradas edições de imagem para dificultar a identificação do paciente: a colocação de tags, figuras ou distorção de imagem ou nome do paciente quando em exames/depoimentos ou mensagens para o profissional. São colocados como “*reposts*” imagens ou fotos postadas inicialmente por outra conta.

A autoidentificação do paciente ou sua identificação por terceiros não foi avaliada em relação aos *stories*, bem como a repercussão dessas publicações

(perguntas 8 e 9 do checklist do feed) pois comentários nesse tipo de postagem não se apresentam de forma pública, indo direto para a caixa de mensagens privadas do dono do perfil. Adicionalmente, essa modalidade de publicação não gera visualização pública de curtidas como ocorre em relação às do *feed* (pergunta 11 do *checklist* do *feed*).

Em relação ao consentimento do indivíduo para publicação de sua imagem, foi considerada como forma de consentimento o relato do profissional de que o paciente havia consentido com a divulgação. Esse aspecto não foi avaliado em relação aos *stories*, pois essas são publicações mais imediatistas que normalmente não têm grandes textos atrelados a elas no quais o profissional pudesse dizer que o paciente estava de acordo com a publicação (pergunta 10 do *checklist* do *feed*).

Tabela 2 – *Checklist* para análise de registros de exposição dos *stories*

Checklist de avaliação de registros de exposição dos <i>stories</i>	Sim (1)	Não (2)
1. Há exposição de imagem do paciente ou de partes do seu corpo?		
2. A imagem refere-se a resultados de exames de pacientes?		
3. O registro com exposição de parte dos corpos exclui o rosto?		
4. O registro da imagem mostra o rosto completo do paciente?		
5. Foi realizada alguma ferramenta de edição para preservar o anonimato do paciente?		
6. Há relato de dados da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado pelo paciente na imagem ou no texto?		
7. Por meio da imagem ou do texto do profissional é possível saber o nome do paciente em questão?		
8. A imagem consta de um " <i>repost</i> "?		

4.4.4 Análise Estatística dos Dados

Os dados foram tabulados a partir de entrada no programa EPI-INFO na versão 7.2.2.2. Todos os testes foram aplicados com confiança de 95% e os seus resultados foram calculados levando em conta respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas ignoradas.

Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados em forma de tabelas e/ou gráficos com suas respectivas frequências absolutas e relativas com variáveis numéricas representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão

Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas foram utilizados o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e teste de Normalidade de Kolmogoroy-Smirnov para as variáveis quantitativas. A comparação entre dois grupos foi realizada por meio do Teste de Mann-Whitney (Não Normal).

5 RESULTADOS

Foram selecionados 475 perfis públicos profissionais da mídia social *Instagram* conforme critérios necessários para inclusão. Desses, quatro perfis foram excluídos devido duplicidade de inserção. Isso ocorreu porque, por meio da ferramenta de busca inicial dos perfis em que eram visualizadas as publicações com a opção “tags” e na qual foi inserida a palavra dermatologista e aplicava-se o filtro conforme publicações mais recentes, alguns perfis publicaram mais de uma imagem no período avaliado e acabaram sendo incluídos em duplicidade.

Dois outros perfis foram excluídos do trabalho apenas na fase de análise dos *stories* pois, no curso do estudo, se tornaram perfis privados. Como o período de coleta dos dados do *feed* foi diferente em relação ao dos *stories* (a análise do *feed* aconteceu no dia 13 de Maio de 2021 e a análise dos *stories* entre 7 e 18 de Junho de 2021) nesse intervalo de tempo dois perfis que tiveram suas imagens do *feed* coletadas enquanto públicos viraram posteriormente privados impedindo sua manutenção no estudo na fase de análise dos *stories*.

Deve ser lembrado que o presente trabalho usou a definição de “entrada” para cada publicação de foto, vídeo ou ficheiro de imagens do *feed* (no caso dos ficheiros mesmo com várias fotos eles são considerados uma única entrada) e cada publicação de foto ou vídeo nos *stories* (conforme número de *stories* presentes na “*timeline*” do perfil). Aquelas entradas que continham imagem, história ou alguma informação de paciente foram classificadas como “registros de exposição”. Por último, para efeitos desse estudo, foram considerados como “indivíduo exposto” toda pessoa que teve seu nome, partes do seu corpo ou rosto, resultados de exames ou ainda dados de sua história clínica, diagnóstico ou tratamento divulgados por meio de alguma entrada.

Em relação às imagens do *feed*, 9032 entradas foram avaliadas no total em um período de 1 mês o que dá uma média de 301 entradas por dia, com 191 entradas (2,1%) classificadas como registros de exposição. Como um dos registros era um ficheiro de imagens e continha cinco fotos de pacientes diferentes e um outro registro evidenciava o rosto de dois pacientes, foram totalizados 196 indivíduos expostos no *feed* (Figura 2).

A análise dos *stories* envolveu observação de 11429 entradas no período de 5 dias o que nos dá uma média de 2285 entradas dia. Do número total de entradas, 949 (8,3%) foram considerados como registros de exposição sendo selecionados para análise detalhada conforme critérios de inclusão e aplicação posterior do *checklist*. Devido ao grande número de registros referentes a imagem de um único indivíduo, observou-se que 669 indivíduos foram expostos nesse tipo de publicação (Figura 2).

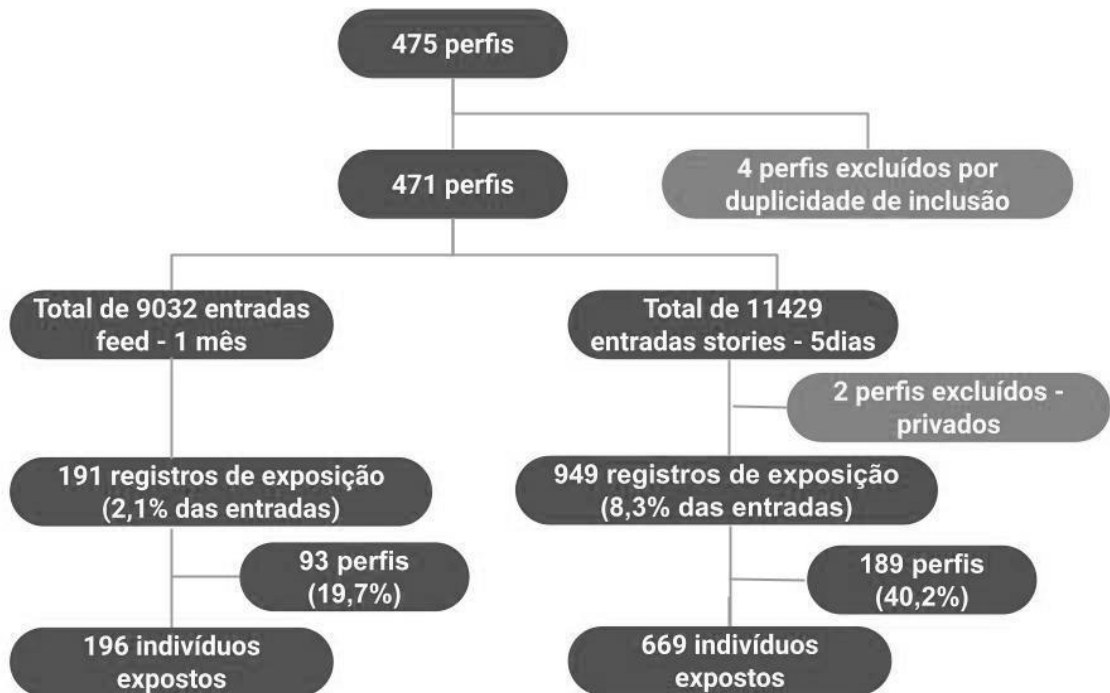


Figura 2 – Fluxograma descritivo da seleção de perfis, entradas, registros de exposição e indivíduos expostos no *feed* e *stories*

A média de entradas diárias no *feed* por perfil de profissional foi de 0,64 com uma média de entradas diárias nos *stories* por perfil de 4,87. Do total de perfis analisados quanto ao *feed*, 19,7% (93) deles apresentavam registros de exposição. Do total de perfis, 11,3% tinham apenas um indivíduo exposto e 8,4% mais de um indivíduo exposto. Chamou atenção um perfil que apresentava sozinho 31 indivíduos sendo expostos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos perfis do *feed* por quantidade de indivíduos expostos

Número indivíduos expostos no <i>feed</i>	Números de perfis (n)	Percentual de perfis* (%)
Sem exposição de indivíduos	378	80,3%
1 indivíduo	53	11,3%
2 a 5 indivíduos	37	7,8%
6 a 10 indivíduos	1	0,2%
11 ou mais indivíduos	2	0,4%
Total	471	100%

*Percentual em relação ao número total de perfis.

Já em relação a publicações dos *stories*, essa taxa foi maior, com 189 perfis (39,9%) apresentando registros de exposição com uma distribuição conforme o evidenciando na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos perfis nos *stories* por quantidade de indivíduos expostos

Número indivíduos expostos nos <i>stories</i>	Números de perfis (n)	Percentual de perfis* (%)
Sem exposição de indivíduos	280	59,4%
1 indivíduo	60	12,7%
2 a 5 indivíduos	100	21,2%
6 a 10 indivíduos	18	3,8%
11 ou mais indivíduos	11	2,2%
Perda de perfis	2	0,4%
Total	471	100%

*Percentual em relação ao número total de perfis.

Se avaliados conjuntamente *feed* e *stories*, foram observados 227 perfis (48,2%) que em algum momento da avaliação acabaram expondo algum paciente em suas publicações, em ao menos uma das modalidades de postagem, com quase 1/3

da amostra realizando isso mais de uma vez (32,7%) conforme observado na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos perfis por quantidade de indivíduos expostos *feed* e *stories*

Número indivíduos expostos no <i>feed</i> e <i>stories</i>	Números de perfis	Percentual de perfis*
Não teve exposição indivíduo	244	51,8%
1 indivíduo	73	15,5%
2 a 5 indivíduos	112	23,8%
6 a 10 indivíduos	27	5,7%
11 ou mais indivíduos	15	3,2%
Total	471	100%

*Percentual em relação ao número total de perfis.

Foi observado ainda que há uma associação com significância estatística entre as variáveis indivíduos expostos no *feed* e indivíduos expostos nos *stories*, inferindo com isso que pode haver uma chance maior de perfis que publicam imagens de pacientes no *feed* fazerem isso também nos *stories* (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação de associação entre indivíduos expostos *feed* x indivíduos expostos nos *stories*

Pessoas Expostas	FEED		p-valor *
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
STORIES			
Sim	55 (28,8)	136 (71,2)	< 0,001
Não	38 (13,6)	242 (84,4)	

(*) Teste Qui-Quadrado

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA:

Dos 471 perfis avaliados, 414 eram do gênero feminino (87,9%) e 57 do gênero masculino (12,1%), os dois perfis que foram excluídos na fase dos *stories*, porque se tornaram privados, era de um homem de Goiás e uma mulher do Rio de Janeiro. Não foi observado uma diferença estatisticamente significativa entre o comportamento de homens e mulheres com relação a exposição de pacientes no *feed* e nos *stories* (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação de associação entre gênero do perfil e número e média de indivíduos expostos no *feed* e nos *stories*

Indivíduos expostos	Sexo		p-valor *
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	
Stories			
Sim	167 (87,4)	24 (12,6)	0,799 *
Não	247 (88,2)	33 (11,8)	
Feed			
Sim	79 (84,9)	14 (15,1)	0,303 *
Não	335 (88,6)	43 (11,4)	
	Média ± DP	Média ± DP	
Indivíduos expostos <i>stories</i>	1,36 ± 2,88	1,93 ± 5,10	0,660 **
Indivíduos expostos <i>Feed</i>	0,41 ± 1,78	0,44 ± 1,00	0,354 **

(*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste de Mann-Whitney

Encontrou-se uma distribuição em relação local de atendimento por região geográfica do país conforme Tabela 8. Apenas o perfil de um profissional não tinha qualquer informação que evidenciasse o seu local de atendimento.

Tabela 8 – Distribuição do número e percentual de perfis profissionais conforme região geográfica de atendimento.

Região geográfica do país (Região)	Números de perfis (n)	Percentual de perfis* (%)
Sudeste	264	56,1%
Sul	85	18%
Nordeste	68	14,4%
Norte	38	8,1%
Centro-oeste	15	3,2%
Não identificado	1	0,2%
Total	471	100%

*Percentual em relação ao número total de perfis.

Não foi observada, no entanto, nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis indivíduos expostos no *feed* e *stories* em relação as regiões demográficas de seu atendimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Avaliação de associação entre região demográfica de atendimento e exposição de indivíduos *feed* e *stories*

Indivíduos expostos	Região					p-valor *
	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Nordeste e n (%)	Centro-Oeste n (%)	Norte n (%)	
FEED						
Sim	52 (19,7)	14 (16,5)	12 (17,6)	9 (23,7)	6 (40,0)	0,286
Não	212 (80,3)	71 (83,5)	56 (82,4)	29 (76,3)	9 (60,0)	
STORIES						
Sim	112 (42,4)	31 (36,5)	26 (38,2)	17 (44,7)	5 (33,3)	0,787
Não	152 (57,6)	54 (63,5)	42 (61,8)	21 (55,3)	10 (66,7)	

5.2 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE EXPOSIÇÃO DO *FEED* SEGUNDO O CHECKLIST

Analisados os 191 registros de exposição, foi então caracterizado como se deu a exposição/quebra de privacidades dos 196 indivíduos expostos no *feed*. Essa diferença entre o número de registros de exposição no *feed* e o número de indivíduos expostos se deu pois havia uma postagem que era do tipo ficheiro de imagens com cinco fotos de pacientes, dessa forma configurando um registro de exposição com cinco indivíduos expostos e um outro registro que era uma foto com um casal de pacientes.

Em relação as perguntas do checklist do *feed* e seus resultados, foi encontrado o seguinte:

(1) Há exposição de imagem do paciente ou de partes do seu corpo?

Do total de indivíduos expostos, 98% deles (192) foram expostos por meio da publicação de vídeo ou foto que expunha alguma parte do seu corpo e/ou seu rosto completo. Dos outros quatro indivíduos, dois foram expostos por meio de depoimentos que eles fizeram com relação ao atendimento do profissional e seu nome estava visível na mensagem e os outros dois tiveram dados de seu caso/atendimento relatados na rede (em um desses relatos a médica chegou a dizer o nome da paciente em questão).

(2) A imagem refere-se a resultados de exames de pacientes?

Apenas uma publicação referia-se a exames realizados, no entanto, nessa imagem a profissional mostrou a coleta do material por swab oral (evidenciando parte do rosto do paciente) e depois postou o resultado desse exame, chamado *Tricho Test* e que avalia o DNA do paciente e os genes relacionados à alopecia. Essa imagem mostrava ainda o nome da paciente e o resultado do seu exame.

(3) O registro com exposição de parte dos corpos exclui o rosto?

Dos indivíduos expostos, 90 (46%) tiveram imagens de partes do seu corpo visíveis em vídeos ou fotos, no entanto sem evidenciar o rosto completamente.

(4) O registro da imagem mostra o rosto completo do paciente?

O rosto foi completamente evidenciado em 102 (52%) dos indivíduos expostos.

(5) Foi realizada alguma ferramenta de edição para preservar o anonimato do paciente?

Apenas 13 pessoas (6,6%) tiveram suas imagens submetidas a algum tipo de edição visando preservar o anonimato e todas as imagens que sofreram edição mostravam o rosto do paciente.

(6) Há relato de dados da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado pelo paciente na imagem ou no texto?

Por meio da avaliação das imagens (vídeo ou fotos) dos indivíduos expostos, foi possível saber algum dado da história clínica/diagnóstico ou procedimento realizado pelo paciente exposto em 111 casos (56,6%). Apesar de muitas vezes o profissional não contar diretamente detalhes da história clínica ou dizer o diagnóstico do seu paciente, como muitos desses registros são de procedimentos estéticos, por meio da publicação ou texto relacionado a este acaba sendo possível saber qual tratamento o indivíduo realizou.

(7) Por meio da imagem ou do texto do profissional é possível saber o nome do paciente em questão?

Os profissionais foram os responsáveis pela exposição do nome de 40 pessoas (20,4%) em suas publicações.

(8) O paciente da imagem se identificou em algum comentário da foto?

19 pessoas (9,7%) se identificaram como o paciente da imagem (quer por comentários gerados a partir da imagem postada ou por ser um repost do próprio paciente), no entanto apenas quatro desses pacientes que se auto identificaram na imagem não haviam tido seu nome divulgado previamente pelo médico na entrada.

(9) Por comentários realizados por terceiros na imagem é possível saber o nome do paciente em questão?

Apenas 2 indivíduos tiveram sua identidade exposta por comentários gerados por terceiros, no entanto, nesses dois casos ou o médico ou o próprio paciente já tinha

realizado uma identificação prévia, perfazendo uma taxa de identificação total de 44 pacientes (22,44%) por meio do seu nome.

Ressalta-se que essa análise ocorreu pela avaliação da mensagem e comentários relacionados às entradas e estes últimos foram avaliados até a data de 12 de Maio de 2021, porém a imagem continua presente na página do profissional podendo receber novos comentários ao longo do tempo que poderiam modificar esse resultado apresentado.

(10) Há descrição na imagem ou no texto de autorização do paciente para postagem?

De todos os indivíduos expostos, apenas dois tinham em suas imagens algum relato de autorização para a postagem, uma era a foto da médica realizando procedimento na paciente evidenciando parte de seu rosto e teve no texto associado à publicação o relato da profissional de que a pessoa em questão era de sua família e autorizou a postagem e a outra era um vídeo também da realização de procedimento e que além de visualizar o rosto completo da paciente trazia no texto o seu nome e dizia que ela tinha gentilmente cedido sua imagem.

(11) A imagem gerou comentários e curtidas para o profissional?

Até a data de sua análise, 98% das exposições geraram comentários ou curtidas para o profissional.

(12) A imagem consta de um "repost"?

O número de indivíduos expostos por meio de *reposts* foi de 10 (5,1%), com duas exposições se dando na forma de "*reprints*" de depoimentos sobre o atendimento e que foram postados em outra plataforma social (esses continham os nomes das pessoas expostas) e os demais eram vídeos ou fotos publicadas pelo próprio paciente e repostadas pelo profissional.

5.3 RESULTADO DA AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE EXPOSIÇÃO DOS *STORIES* SEGUNDO O CHECKLIST

Houve uma discrepância entre o número de registros de exposição de 949 em relação ao número de indivíduos expostos nos *stories* que foi de 669 pessoas, visto que muitas vezes o profissional acaba por publicar dois ou mais *stories* relativos a um mesmo paciente ou ainda um vídeo que ocupa o espaço de vários *stories* com apenas uma pessoa. Isso pode ser observado conforme tabela 10, que mostra o número de registros associados a cada indivíduo exposto nos *stories*.

Tabela 10– Número de registros de exposição por indivíduo exposto

Número de registros de exposição em que o indivíduo foi exposto	Número indivíduos expostos (n)	Percentual de indivíduos expostos* (%)
1 registro	525	78,5%
2 registros	85	12,7%
3 registros	23	3,4%
4 registros	14	2,1%
5 registros	6	0,9%
6 registros	5	0,7%
7 registros	4	0,6%
8 registros	2	0,3%
10 registros	2	0,3%
11 registros	1	0,1%
12 registros	1	0,1%
18 registros	1	0,1%
Total	669	100%

*Percentual em relação ao número total de registros de exposição

Foram obtidos os seguintes resultados em relação a caracterização dessa exposição nos *stories*:

(1) Há exposição de imagem do paciente ou de partes do seu corpo?

Dos 669 indivíduos expostos nos *stories*, 578 (86,4%) tiveram alguma parte do seu corpo ou rosto evidenciado.

(2) A imagem refere-se a resultados de exames de pacientes?

Três pessoas acabaram sendo expostas por meio de fotos de seus exames, sendo que em um deles, apesar do profissional tentar não mostrar o nome do paciente com a colocação de uma faixa, como essa foi mal posicionada e ficou possível saber a identidade da pessoa em questão.

(3) O registro com exposição de parte dos corpos exclui o rosto?

Dos indivíduos expostos, 319 (47,7%) tiveram apenas partes do seu corpo que não evidenciavam totalmente o seu rosto postado. Chama atenção dois registros de exposição de um mesmo profissional de listas de atendimentos do dia, onde em cada uma havia o nome de 17 e 18 pacientes respectivamente, nesse caso, considerou-se que 35 indivíduos foram expostos.

(4) O registro da imagem mostra o rosto completo do paciente?

O rosto de 259 indivíduos (38,7%) foi completamente exposto nas imagens.

(5) Foi realizada alguma ferramenta de edição para preservar o anonimato do paciente?

Em relação à tentativa de dificultar a identificação dos pacientes foi colocado alguma tag/figura ou realizada distorção de imagem em 86 (12,9%) dos indivíduos.

(6) Há relato de dados da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado pelo paciente na imagem ou no texto?

Por meio dos registros de exposição dos *stories*, foi possível saber algum dado da história clínica, diagnóstico ou procedimento realizado por 468 pessoas (70%), lembrando que de forma semelhante ao que acontece em relação ao *feed*, como muitas postagens são referentes a procedimentos realizados, mesmo que não haja uma referência direta ao diagnóstico e tratamento, pela imagem (foto ou vídeo) isso acaba sendo dedutível.

(7) Por meio da imagem ou do texto do profissional é possível saber o nome do paciente em questão?

O profissional evidenciou o nome de 227 pacientes (33,9%) em suas postagens nos *stories*. Foram considerados os *reposts* nesse número, uma vez que por meio deles é possível saber a identidade da pessoa em questão.

(8) A imagem consta de um "*repost*"?

Um total de 157 pessoas foram repostadas (23,5%). Ressalta-se mais uma vez que não foi avaliada referência a consentimento do paciente para as postagens nos *stories*, visto que essas são publicações apenas de fotos ou vídeos que podem ou não vir associados a algum texto.

6 DISCUSSÃO

As mídias sociais são importantes instrumentos utilizados para publicidade de produtos, serviços e até mesmo de indivíduos. Seu uso foi popularizado e o próprio profissional muitas vezes é o responsável direto pelas postagens, sem necessidade de empresas de marketing, scripts e atores para sua promoção, deixando esse processo acessível a todos, mas aumentando a responsabilidade do indivíduo sobre aquilo que ele posta.

A presença de profissionais de saúde nas mídias sociais é crescente. Nos Estados Unidos até 2017, 71% dos médicos usavam as mídias sociais, com uma prevalência de mais de 90% na faixa etária de 25 a 34 anos e mais da metade (54%) fazendo uso dessas plataformas para atividades relacionadas ao seu trabalho (111), dado semelhante ao observado em relação a profissionais de saúde em geral e entre especialidades médicas incluindo a dermatologia(112–115) alvo do presente estudo .

Ainda com relação a essa presença digital, um estudo realizado com dermatologistas listou o auto marketing como o principal motivo para manter-se ativo nessas plataformas (115), sendo essa presença digital uma forma do profissional divulgar seus dados de formação, áreas de atuação, local e número de atendimento, mas também de interagir com pacientes, criando e mantendo um relacionamento. Essa importância é algo que vem se destacando dentro da dermatologia, inclusive com clínicas exigindo que seus profissionais mantenham contas ativas de mídias sociais (115).

Os pacientes também parecem vir aderindo a essa prática de usar as mídias sociais para escolher seus médicos ou saber mais sobre eles (116). Um estudo inclusive mostra como a avaliação e opinião de pacientes anteriores postadas em mídias sociais foi o fator mais importante na hora de um paciente escolher seu médico pelas redes sociais, perdendo inclusive para questões como a análise da qualificação do profissional (115). Um dos grandes desafios, no entanto, é manter esse contato sem ultrapassar barreiras éticas e mantendo o respeito à confidencialidade e privacidade, sendo esses um dos principais motivos de preocupação dos dermatologistas no uso das mídias sociais para atividades profissionais (117).

O presente estudo observou uma taxa percentual relativamente pequena de registros de exposição no *feed* e nos *stories* (2,1% e 8,3% respectivamente) quando

comparadas ao número de entradas/postagens totais. No entanto, quase metade da amostra (48,6%) expôs algum paciente em pelo menos uma dessas modalidades de postagem durante o período de análise. Esse achado chama atenção principalmente quando se avalia que 154 perfis (32,7%) tiveram mais de um indivíduo exposto, o que mostra um elevado índice de recorrência, sugerindo que esta prática não é uma ação pontual, mas algo comum e repetitivo no posicionamento digital desses profissionais.

Um dado de grande importância é que o número de perfis expondo pacientes foi bem maior nos *stories* (40,2%) quando comparado ao *feed* (19,7%), observando que havia uma associação positiva entre a exposição de paciente no *feed* e a repetição dessa atitude nos *stories*. Esse último, por sua característica de efemeridade com as postagens estando disponíveis por apenas 24 horas, pode ser usado como uma tentativa dos profissionais de burlar a fiscalização com relação à publicação de imagens indevidas ou um instrumento que acaba por criar uma irreal sensação de transitoriedade e maior segurança e confidencialidade em relação ao que é exposto.

A efemeridade trazida pelo *Instagram Stories* é um dos objetos que deve chamar a atenção frente a discussão sobre a privacidade e confidencialidade. No campo do marketing digital, a modalidade é uma ferramenta que vem ganhando importância e promovendo maior interação entre usuários e marcas, levando a um aumento do engajamento (118). Essa importância pode ser observada pelo número de usuários ativos dos *stories* que em 2019 chegou a 500 milhões (119) o que também é refletido no presente estudo, que teve uma maior taxa de entradas diária nos *stories* comparativamente ao *feed* (4,87 entradas/dia nos *stories* x 0,64 entradas/dia no *feed*).

As plataformas que apresentam esse recurso de efemeridade vêm crescendo e apresentando elevadas taxas de atividade (120). Alguns autores afirmam que essa característica poderia ser uma técnica para preservar a privacidade do usuário, uma vez que trocar a informação permanente pela efêmera seria facilitar o esquecimento, algo importante para o ser humano ao passo que lhe permitiria mudar (121). No entanto, muitos estudos mostram que, contraditoriamente, por trazerem consigo essa sensação de maior privacidade, os recursos de efemeridade diminuem o cuidado e acabam por aumentar a auto exposição dos indivíduos nas mídias sociais (122). Bayer e colaboradores (123) observaram que os usuários do *Snapchat*, mídia social que serviu como base para a criação dos *stories* do *Instagram*, percebiam essas postagens como mais agradáveis e fáceis, contextos nos quais o indivíduo é mais espontâneo e mais próximo ao real e dado seu caráter imediatista e temporário a

pessoa acaba postando mais e sem o mesmo cuidado quando comparado com imagens permanentes. Morlok, Constantiou e Hess (120), também observaram que além de informações comuns, a efemeridade torna os indivíduos mais propensos a compartilhar dados de foro íntimo. Dessa forma, além de proporcionar um aumento do número de postagens, e com isso um maior influxo de conhecimento e informações sobre seus usuários, essas plataformas com o recurso da efemeridade também alteraram a qualidade do conteúdo ao qual o público passa a ter acesso, visto que passaram a ser postadas mais fotos cotidianas e pessoais, aumentando o poder e o conhecimento que se tem sobre a intimidade dos usuários.

No entanto, é importante compreender que a efemeridade e sua relação com uma maior privacidade são sensações irreais, tanto pela questão do próprio *Big Data*, como por uma reprodutibilidade individual factível por meio de uma captura de tela. Essa possibilidade inclusive é relatada em um estudo que visa caracterizar o tipo de postagem realizada nessas plataformas. Nele, um entrevistado confia a captura de imagens da tela possibilitando o arquivamento e reenvio dessas fotos para terceiros (123). O próprio aplicativo do *Story Saver*, que instrumentou a presente pesquisa, é uma das ferramentas que podem ser empregadas para arquivar os *stories* contradizendo essa suposta efemeridade do recurso.

A privacidade está diretamente atrelada à comunicação, uma vez que consiste no direito do indivíduo em determinar o que deve ser comunicado a outras pessoas, e sofreu alterações conforme o desenvolvimento de novas formas de comunicação desde a carta até o e-mail e o *Big Data* (13,73). Dentro desse escopo e reconhecendo as mídias sociais como uma nova forma de comunicação que ganha cada dia mais importância dentro da sociedade, é possível assumir que a efemeridade trazida pela modalidade do *Instagram stories* é uma das características que a aproximam da comunicação verbal, visto que a fala tem a permanência encerrada no próprio ato de falar (31). No entanto, ambas podem ser prolongadas por registros e memórias. Palavras ditas não deixam de existir por sua efemeridade, elas são mantidas na lembrança de quem as ouve, mesmo que sujeitas a distorções de memória, emoções, vivências e interpretação. Quando essa palavra falada encontra-se com artefatos e insumos tecnológicos, ela também adquire uma reprodutibilidade e chance de arquivamento semelhante ao que acontece com os *stories*. Em contraste com a confiança de um segredo contado (que inclui essa mútua obrigação de não divulgação), uma informação quando publicada nas mídias digitais perde seu caráter

privativo de forma definitiva, pois, mesmo quando disponível apenas para um grupo de pessoas, ou utilizados recursos de efemeridade disponíveis nessas plataformas há a possibilidade de compartilhamentos, prints, reposts, arquivamento e até montagens em cima dessas imagens.

Em termos individuais, mas principalmente no caso em que possua em sua confiança informações de pacientes, os profissionais de saúde incorrem em riscos ao encarar a efemeridade como uma técnica de privacidade, pois o efeito é exatamente oposto. Ele acaba por se tornar menos vigilante em relação ao que fala ou posta, aumentando sua exposição e diminuindo seu cuidado com relação a sua privacidade e do outro. A efemeridade é uma característica da comunicação empregada, que pode até tornar mais fácil o esquecimento e mais difícil o arquivamento de um conteúdo, mas que é incapaz de garantir efetivamente a privacidade e confidencialidade. São necessárias grandes cautela e atenção em relação a tudo que é postado, principalmente quando são imagens/informações de terceiros, em especial de pacientes que depositam informações de saúde na confiança de uma relação sigilosa.

A exposição de pacientes nas mídias sociais por profissionais de saúde, independente se no *Instagram feed, stories* ou qualquer rede social, é algo que deve chamar atenção com relação a privacidade e confidencialidade dessa relação. Na literatura brasileira, há apenas um trabalho que se propõe a analisar qualitativamente os aspectos bioéticos da exposição por profissionais de saúde em redes sociais. Nesse estudo, Martorell, Nascimento e Garrafa (32), avaliaram perfis do *Facebook* que expunham pacientes. Partindo do círculo digital de um dos pesquisadores, foi realizada uma seleção dos perfis de profissionais de saúde que já realizaram postagens relacionadas a pacientes no passado (32). Foram selecionadas e detalhadas, dentre as imagens postadas por essas contas, aquelas que traziam fotos ou exames de pacientes. Apesar de não ser um estudo quantitativo, ele identificou 39 imagens em 17 perfis de profissionais de saúde dentro de sua rede de contato (32).

Outro estudo, este com um caráter quantitativo e realizado nos Estados Unidos por meio de entrevistas com cirurgiões gerais, especialidade que traz certa semelhança com a dermatologia, uma vez que teria no marketing digital um forte apelo visual com imagens de procedimentos realizados e seus resultados, encontrou taxas parecidas com a do presente estudo, com 32% dos profissionais relatando já terem compartilhado informações de pacientes nas redes sociais (124). A percentagem foi ainda maior quando questionados residentes de cirurgia, com 86% relatando alguma

publicação com exposição de pacientes (124). A maior prevalência de relatos de exposições de pacientes entre residentes, apontados em estudos como esses, tem sido atribuída ao domínio e afinidade com as mídias sociais, que seria maior entre os indivíduos mais jovens e que promove um aumento do uso das redes e maiores incorrências em quebras de confidencialidade (124,125). No entanto Silva e Colleoni (124) argumentam que, opostamente, o desconhecimento sobre os riscos inerentes a essas novas tecnologias também poderiam contribuir para o compartilhamento de informações de pacientes pelos cirurgiões cuja média de idade era de 30 anos a mais que os dos residentes.

Esse maior uso de redes sociais por profissionais, principalmente pelos mais jovens, reforça a necessidade de maior discussão sobre privacidade e a relação médico e paciente na formação acadêmica dos estudantes de medicina. Estudos nacionais mostraram que essa prática de exposição ocorre no próprio curso da formação profissional com taxas em torno 32% a 13% dos estudantes afirmando terem imagens de pacientes em suas redes sociais (126,127). Souza e colaboradores (126) observaram, no entanto, que essa incidência foi menor em universidade que tinha em sua grade curricular uma abordagem sobre conceitos de ética. Isso reafirma a importância do estudo da bioética na graduação e da necessidade de promover uma reanálise sobre os valores da privacidade e confidencialidade muito além do campo médico e profissional, mas como essencial ao indivíduo e a sociedade.

Os jovens apresentam um comportamento mais perigoso em relação a privacidade das informações nas redes sociais, além de serem mais propensos a usar essas plataformas, eles apresentam maior interação e mais “amigos”, se expõem mais e estão menos preocupados com a privacidade dos outros quando comparados a pessoas com mais idade (128–130). Essa preocupação com relação a privacidade também parece ter maior impacto no comportamento dos adultos de grupos etários mais velhos (128,130).

Em relação às características da amostra estudada, houve uma prevalência maior de dermatologistas do sexo feminino (87,9%). Tal índice, em realidade, reflete a predominância feminina entre os especialistas na área. Dados demográficos dos médicos brasileiros mostram que a dermatologia é uma especialidade médica predominantemente feminina com cerca de 77,9% de seus profissionais sendo mulheres (131). Outro fator que pode corroborar com a elevada taxa de mulheres no

presente estudo é que parece haver também uma maior presença de mulheres médicas nas mídias sociais (111).

As mulheres, de uma forma geral, parecem ter maiores preocupações em relação à privacidade e com isso um comportamento mais cauteloso no uso das redes sociais (132,133). Isso pode sofrer ação de outras variáveis que devem ser estudadas, como idade e cultura. A exemplo do último fator, figura o caso de contextos islâmicos onde suas convenções sociais e religiosas podem exercer maior importância nesse comportamento do que simplesmente o fator gênero, influenciando uma maior cautela em relação ao que é publicado e um maior número de perfis privados (134). A forma como as mulheres se comportam no mundo virtual também é algo que vem mudando ao longo do tempo, pois mulheres, apesar de se mostrarem mais preocupadas com a questão da privacidade, perdiam para os homens na adoção de medidas para essa proteção, algo que nos últimos anos tem se alterado com um maior engajamento feminino na adoção de medidas de segurança (133,135).

Estudos prévios avaliaram mulheres médicas como donas de perfis considerados mais profissionais do que os dos homens (136–138). Na presente pesquisa, no entanto, não foram observadas diferenças no comportamento de homens e mulheres dermatologistas em relação à exposição de pacientes. Vale ressaltar, contudo, que muitos desses estudos, ao tratar de profissionalismo, avaliavam uma série de questões não relacionadas apenas à privacidade dos pacientes, mas também com relação ao tipo de postagem realizadas como consumo de álcool e bebidas, roupas usadas e formas de apresentação do profissional nas mídias (136–138), aspectos esses que não faziam parte do interesse de pesquisa aqui.

Quanto à distribuição por região geográficas, os dados obtidos divergem ligeiramente de tendências apontadas por fontes oficiais. Em convergência aos dados demográficos médicos brasileiros, a pesquisa aponta para uma maior concentração de profissionais generalistas e especialistas nas regiões Sudeste e Sul (131). A divergência está no lugar de menor presença de especialistas. Enquanto, outros estudos (131) apontavam a região Norte como aquela com menor número de especialistas seguida pelo Centro-Oeste, na amostra aqui analisada essa ordem foi invertida, com o Centro-Oeste sendo a região com menor número de profissionais avaliados.

Alguns estudos mostram a influência de contextos sociais e culturais de diferentes países em relação a diferenças comportamentais entre sua população, seus medos e comportamentos online no que tange à privacidade (139,140). A avaliação do grau de gerenciamento de uma informação em relação a novas e futuras situações, associado ao cálculo dos riscos e efeitos futuros de um comportamento ou revelação em relação aos seus potenciais benefícios configura o chamado cálculo de privacidade (141). A capacidade de entender e avaliar essas situações, bem como o que se constitui um risco e benefício para o indivíduo depende muito das situações vivenciadas por ele e de fatores culturais e sociais que podem levar algo a ter maior ou menor importância.

Fatores culturais alterariam a forma como as pessoas percebem a sua privacidade e modificam seu comportamento para protegê-la (140). Uma das questões associadas a essas diferenças estaria na característica da sociedade. Aquelas com maior grau de individualismo, apesar de perceberem menor benefício em relação às gratificações sociais, como conexão e comunicação com os outros, acabam por ter uma percepção da função da privacidade também como mais individualista, como algo cuja violação pode prejudicar apenas o indivíduo (139,140). Já as sociedades de caráter coletivista, apesar de encontrarem nas mídias sociais uma maior gratificação, se preocupam mais com a privacidade do outro e seus efeitos na sociedade e assim acabam normalmente tendo maior cuidado com aquilo que expõe de uma forma geral (139,140).

O grau de incerteza da população, definido como a forma na qual diferentes culturas reagem a situações incertas ou desconhecidas, seria também outro mecanismo cultural envolvido no cálculo de privacidade (142). É influenciado por três fatores: desenvolvimento tecnológico, uma vez que a tecnologia ajudaria a evitar incertezas; leis e regras sociais; e religiosidade, que ajuda a aceitar incertezas sobre as quais não se tem controle (142). Países com maior rejeição à incerteza normalmente apresentam mais leis ou até mesmo normas sociais mais rígidas (142). Assim, pessoas de países com alto nível de incerteza tendem a evitar situações incertas e logo evitam riscos relacionados a exposição da privacidade, já que esses ainda são um pouco abstratos e de difícil compreensão em todo seu processo e evolução (139).

Outro fator importante associado às diferentes formas de lidar com proteção da privacidade é o grau de conhecimento que o indivíduo detém. Indivíduos com maior

grau de conhecimento tecnológico conseguem ajustar melhor suas configurações de privacidade em comparação àqueles que não estão familiarizados com essas redes, o que acaba deixando a privacidade dos últimos mais exposta (143). Ainda conforme Papacharissi (58), a privacidade seria uma mercadoria de luxo inacessível para a grande maioria, tanto pela necessidade de conhecimentos na área da informática, que está associado a níveis mais altos de renda e educação, como por ser também algo oneroso de se adquirir e que está inversamente associado a benefícios sociais, já que para acesso a muitas plataformas “gratuitas” o custo é a privacidade do indivíduo. Esses dados nos mostram uma maior vulnerabilidade em termos de exposição das populações de países periféricos.

Neste estudo, não foi observada correlação estatisticamente significativa entre região geográfica do país e a exposição de pacientes nas redes sociais. Uma das possíveis explicações é que, apesar de provenientes de regiões diferentes e que tradicionalmente apresentam uma distribuição de recursos bastante desigual, em virtude do próprio processo colonial brasileiro que contribuiu significativamente para que o Norte e Nordeste sejam as regiões mais pobres e com menores índices de desenvolvimento humano e com uma cultura mais paternalista e coletivista, a população da amostra analisada apresenta um grau de alfabetização homogêneo e são profissionais de mesma área de atuação. Infere-se que a homogeneidade quanto ao grau de instrução e ao exercício profissional faz com que, mesmo considerando as diferenças regionais, o comportamento digital permaneça semelhante entre os dermatologistas brasileiros. Outro fator que poderia ser levado em consideração é que no cálculo de privacidade da população estudada, a existência de um perfil profissional aberto subentende que esse existe com o objetivo de ganhar seguidores e clientes, promover o médico e seu trabalho gerando uma expectativa de benefício muito elevada e parecida entre todos e que, por serem tão altas, acabam por suplantar os riscos e medos que vêm associados às diferenças em suas crenças e valores. Trepte, Dienlin e Reinecke (144) abordam como essa questão comercial associada ao marketing profissional faz com que os indivíduos aceitem riscos maiores de privacidade a fim de aproveitar os benefícios oferecidos pelas mídias digitais.

A grande maioria dos pacientes expostos no presente estudo, tanto no *feed* como nos *stories* (98% e 86,4% respectivamente), tiveram alguma parte do seu corpo revelada, sendo a região evidenciada pela imagem em questão o rosto do paciente em 52% das exposições do *feed* e 38,7% dos *stories*. Imagens nas quais o rosto é

evidenciado tornam mais fácil uma possível identificação do paciente. No entanto, ressalta-se que a dermatologia é uma especialidade muito relacionada à questão estética e visual e que cicatrizes, tatuagens, sinais ou outras lesões também podem tornar a imagem identificável.

Levando em conta todos esses fatores, a pesquisa mostrou que as postagens trouxeram um grau elevado de exposição com risco de identificação. Trabalhos prévios com análise de postagens de perfis de médicos em mídias sociais observaram uma capacidade de identificação a partir de imagens e/ou textos relacionados a publicação com taxas menores a que foram encontradas na presente pesquisa. Um dos estudos, esse em blogs médicos, verificou uma capacidade de identificação de 16,6% (145). Tal trabalho, no entanto, contou apenas com três imagens fotográficas reconhecíveis de pacientes (145). Outro estudo, esse analisando publicações no *Twitter* de histórias sobre atendimento a pacientes, teve uma taxa estimada de identificação por terceiros em 242 dos 754 tweets (32,1%) e de autoidentificação em postagens com paciente potencialmente vivos de 46,6% (146).

Para fins comparativos entre os resultados desses estudos e o presente trabalho é preciso considerar também que, apesar de serem classificadas como mídias sociais, cada plataforma tem um enfoque e proposta diferente e o *Instagram* acaba por apresentar um aspecto visual muito mais importante do que blogs médicos e até do que o *Twitter*. Fica assim mais fácil realizar esse processo de identificação por meio de suas postagens, uma vez que muitas vão apresentar fotos/vídeos de pacientes e não apenas relatos de histórias.

Dados de história clínica, principalmente quando trazem mais detalhes como idade, local de nascimento, profissão ou quando abordam patologias ou eventos mais raros, são informações que também podem facilitar esse processo de identificação do paciente. Por meio da análise das imagens e dos textos relacionados a estas postagens, observa-se que foi possível saber dados de história clínica, diagnóstico ou tratamento em 56,6% e 70% dos indivíduos expostos no *feed* e *stories*, respectivamente.

Ainda com relação à identificação dos pacientes expostos, o nome do indivíduo foi evidenciado por meio da imagem publicada em 22,4% e 33,9% das exposições respectivamente no *feed* e *stories*, sendo essa taxa maior nos *stories* principalmente devido a um número considerável de *reposts* 157 (23,5%) e sendo o próprio profissional médico quem mais identificou o paciente.

O *repost* é uma forma de publicação em que o usuário consegue repostar imagens publicadas por outras pessoas em seu perfil ou *stories*. Uma das formas mais comuns de repostagens ocorre nos *stories*, quando o próprio autor da publicação inicial marcar outro perfil em sua imagem (foto/vídeo ou mensagem) e essa aparecerá automaticamente na caixa de mensagens do indivíduo marcado, notificando-o de que ele foi evidenciado em uma publicação. Nesses casos, é oferecida a este indivíduo a opção de com um clique adicionar a imagem ao seu próprio *story*. Apesar de ser possível repostar imagens no *feed* também, essa praticidade atrelada aos *stories* tornam a prática do *repost* muito mais comum nesse tipo de publicação, daí a observação de um maior número de repostagens nos *stories* quando comparado ao *feed*.

Ao realizar um *repost* nos *stories*, o profissional acaba por evidenciar o nome do perfil que fez a publicação inicial e tornar possível o acesso de terceiros a esse. Nessa dinâmica, mesmo que a postagem inicial se origine de um perfil privado, ainda será possível a visualização da sua foto inicial e do seu nome real (ou nome escolhido), o que permite assim a identificação da pessoa que foi repostada na grande maioria das vezes.

Quanto a aplicações na prática médica atual, as fotografias encontram quatro usos principais: clínicos, acadêmicos, pesquisa e comercial (147). O uso clínico traz benefício direto ao paciente uma vez que auxilia no registro de suas informações e seu acompanhamento. Tal realidade se aplica principalmente em especialidades ligadas a aspectos visuais como cirurgia, dermatologia, odontologia. O uso acadêmico visa auxiliar na formação e aperfeiçoamento de novos e antigos profissionais, bem como na discussão de casos e melhora da tomada de decisão para o próprio paciente ou comunidade. Nas pesquisas, por meio de publicações científicas, o uso das imagens pode levar a uma disseminação do conhecimento e um benefício a coletividade, mas que vêm se tornando cada vez mais uma informação pública com o acesso aberto a essas publicações na internet. A aplicação comercial, apesar de poder gerar informações à sociedade, tem como principal finalidade promover o médico, seu trabalho e sua rede profissional (147). Esse uso comercial é o mais eticamente questionável e um dos mais observados. A finalidade comercial como mecanismo de propaganda se evidenciou no presente estudo, com 98% das exposições no *feed* gerando comentários ou curtidas para o profissional.

Esse uso de imagens de pacientes para autopromoção do profissional, remete também a uma importante questão, a mercantilização da medicina. Essa prática pode ser evidenciada não apenas por essa exposição pessoal e de terceiros nas mídias sociais, mas também na elitização dos procedimentos e atendimentos, algo que chama atenção principalmente dentro de áreas como a dermatologia com maior apelo para a questão estética, onde muitos dos procedimentos divulgados pelos profissionais em suas mídias sociais não estão disponíveis a grande maioria da população e na venda de ideais de saúde e beleza criados por uma sociedade de aparências e exposição.

Há de se perguntar se a publicação de imagens desidentificadas, quer por colocação de tags, alterações de dados da história clínica ou postagens de fotos/vídeos de partes do corpo que não permitiriam reconhecimento seria aceitável. Uma das principais avaliações que deve ser feita é acerca da finalidade daquela postagem, se esta tem um caráter educativo para a comunidade trazendo informações sobre uma patologia ou alertando sobre um problema/cuidado de saúde, ou se tem caráter meramente promocional do profissional, visando mostrar suas técnicas, resultados, local de atendimento ou até mesmo presentes e elogios recebidos.

No caso das imagens usadas puramente para fins autopromocionais por parte do profissional, fica fácil responder que isso seria eticamente indevido, pois o benefício é limitado unicamente ao profissional. O uso da imagem/história do paciente expõe este a risco e dano, sem benefício mensurável para sua saúde. Isso precisa ser especialmente pesado, uma vez que a completa desidentificação também é algo difícil. É o paciente, a figura que possivelmente se encontra em uma posição vulnerabilizada, uma vez que buscou cuidados médicos, que deve ser o sujeito da preocupação ética e protegido pelo comportamento adequado de seu médico.

No entanto, até mesmo as postagens com finalidade educativa, capazes de gerar um benefício coletivo elevado quando comparado a um risco individual relativamente baixo, também devem ser objeto de consideração ética. O profissional/acadêmico deve sempre questionar se para aquele informe ou ação educativa realmente seria necessário mostrar a imagem/história de uma paciente, se não haveria como o médico promover aquele conhecimento/informação sem causar riscos à privacidade do paciente, sempre com o cuidado de não haver quebras na confidencialidade estabelecida.

Lau, Schumacher e Irwin (148) observaram que a desidentificação e o uso para fins de ensino e publicações médicas são diferenciais que tornam o uso de imagens mais aceitáveis pelos entrevistados, quando em comparação ao seu sites médicos e e-mails. Chretien e colaboradores (149) também mostraram que educadores em saúde consideravam que postagens em mídias sociais por seus alunos descrevendo contato com pacientes, mesmo que de forma positiva, foram considerados como inadequados ou raramente adequados pela maioria.

A própria prática de desidentificação precisa ser ainda melhor compreendida e estudada por profissionais de saúde. Esse é um processo complexo que necessita de cuidado para que nenhum detalhe escape e exponha, inadvertidamente, a identidade do paciente. É preciso, sobretudo, ter em conta que o procedimento também pode ser burlado pelo uso de novas tecnologias capazes de realizar a reidentificação de imagens. Na coleta de imagens com finalidades médicas, deve sempre ser buscado retirar nome do indivíduo, localização geográfica, números de contas / protocolos / telefones / certificados / prontuários / registros, elementos temporais principalmente relacionados com o indivíduo como data de nascimento, morte e idade, placas de veículos quando presentes na imagem, endereços de e-mail, fotografias de rosto inteiro ou imagens comparáveis com potencial de identificação (tatuagens, sinais e marcas de nascença, cicatrizes, alterações estruturais) além de roupas, joias, cenários e ambientes de localização única (150). Há inclusive metadados que podem ser obtidos por meio do arquivo das fotos capazes de informar além da marca da câmera, número de série e até data e local onde a fotografia foi realizada criando identificadores específicos para a imagem, sendo assim recomendável o desligamento do GPS do smartphone para evitar essa localização e o uso de aplicativo de remoção desses metadados dos arquivos de fotos. Todo esse processo é algo muito mais complexo do que os médicos habitualmente fazem com suas postagens em redes sociais (150).

No presente estudo, observou-se um pequeno número de publicações nas quais houve a preocupação do profissional com a inserção de tags, figuras ou distorções sobre a imagem ou nome do paciente, com apenas 13 (6,6%) indivíduos expostos no *feed* e 86 (12,9%) nos *stories* tendo aplicado a sua imagem esse procedimento. Vale também ressaltar que essas técnicas de desfoque ou colocação de barras e figuras normalmente não são suficientes para a desidentificação da imagem principalmente quando postas sobre a face.

Atualmente, não é possível oferecer garantias de uma completa desidentificação da imagem, sem chances atuais ou futuras de sua reidentificação. Esse fato ressalta a importância da obtenção de consentimento para aquisição e publicação de imagens de pacientes. Apesar de tanto médicos como pacientes reconhecerem a importância desse documento ainda há muito desconhecimento no assunto, algo especialmente alarmante quando medidas de desidentificação não são implementadas. Em um estudo, Roguljić e colaboradores (151) mostraram que apenas 33% dos pacientes achavam que haveria necessidade de um consentimento por escrito para publicação de imagens em revistas evidenciando o rosto completamente. No mesmo estudo, no caso de dados sem imagens, cerca de metade dos pacientes e um terço dos estudantes e médicos entrevistados colocaram que não haveria necessidade de qualquer consentimento, seja ele escrito ou verbal (151).

O crescente uso do Big Data em informações em saúde traz importantes possibilidades de benefícios para a sociedade, possibilitando descoberta de novas conexões e aperfeiçoando os cuidados em saúde (101). São milhares de informações armazenadas nesses sistemas, provenientes das mais diversas fontes e que podem revelar muito sobre as pessoas e apesar da utilização de sistemas cada vez mais avançados de desidentificação, esse ainda não é um processo perfeito. A reidentificação é um processo possível e que leva a crescentes preocupações quanto à privacidade e confidencialidade expressas inclusive pelo International Bioethics Committee (IBC) da Unesco em 2017 em seu relatório sobre o uso de big data em saúde (152). Além desse risco, a impossibilidade de prever usos futuros secundários para esses dados, leva a propostas de formulação de um novo modelo de consentimento, o qual poderia prever uma autorização prévia ampliada, para uso em pesquisa, por exemplo, visando que o uso futuro de informações siga sem desrespeitar a autonomia do paciente (152). Quaisquer que sejam as propostas, tanto o profissional de saúde como os pacientes devem estar conscientes quanto à imprevisibilidade do uso futuro dessas informações e levar isso em conta na sua decisão de torná-las públicas.

As informações em saúde são dados de extrema relevância para o indivíduo, pertinentes ao foro íntimo e cuja decisão sobre o compartilhamento compete exclusivamente ao paciente. Sua vulnerabilidade física, imposta pela situação de doença, fragiliza-o e demanda maiores cuidados e respeito aos seus direitos. Velden e Elmam (153), exemplificaram essa importância e particularidade em um trabalho

com adolescentes, normalmente usuários ativos de mídia social com grande tendência ao compartilhamento de informações, mas que em sua maioria afirmaram não revelar informações sobre seus problemas de saúde nas redes sociais.

A decisão sobre o que compartilhar em assuntos de saúde compete exclusivamente ao paciente, devendo o profissional respeitar esse desejo salvo situações excepcionais que tragam riscos à comunidade e/ou ao próprio paciente (98). No entanto, imagens expostas em mídias sociais não se enquadram em quaisquer dessas condições que justifiquem essa quebra de confidencialidade e, apesar disso, grande parte das informações de pacientes postadas em mídias sociais não apresentam qualquer sinal de consentimento por escrito (154). Uma análise de 41 vídeos de procedimentos realizados em pacientes no *You Tube* observou que nenhum continha dados de consentimento informado, os autores inclusive tentaram contactar os profissionais, mas apenas três responderam e dois informaram ter obtido o consentimento: um de forma escrita e outro verbalmente (155). Na presente pesquisa, apenas 2 imagens do *feed* faziam referência ao consentimento do paciente para sua postagem.

O consentimento é um instrumento de extrema importância para a relação médico e paciente, tendo direta relação com o respeito à privacidade e confidencialidade das informações e com a autonomia do paciente, sendo também um dos princípios constantes da própria DUBDH (12). Para que o consentimento seja realmente válido além de voluntário, o paciente deve ser capaz de concordar com o que lhe é solicitado, entendendo como sua imagem será usada, para que fins e quais os benefícios e riscos desse compartilhamento, compreendendo também que após sua exposição em domínio público há uma perda de controle no seu uso (151,154). O consentimento também deveria poder ser retirado a qualquer momento pelo paciente, no entanto, esse direito acaba sendo prejudicado em relação à exposição em mídias sociais, pois apesar da imagem poder ser retirada da plataforma, uma vez tornada pública não há como controlar as apropriações que dela se venham a fazer. Roguljić e colaboradores (151), colocam ainda que idealmente os pacientes deveriam ler aquilo que seria publicado antes de dar sua autorização.

Há dúvidas, no entanto, se todos têm igual capacidade de entender aquilo que está presente em um termo de consentimento, entendendo que não existe um controle real sobre aquilo que é postado, seus riscos e consequências futuras. Vários estudos têm demonstrado tal preocupação, pois o nível de entendimento dos pacientes acerca

dos termos de consentimento empregados tanto para procedimentos cirúrgicos como pesquisa tem se mostrado deficiente (156,157). Mesmo quando da utilização de documentos em formatos simplificados de leitura, o entendimento sobre seu conteúdo ainda assim é considerado deficitário (158).

Há uma discrepância importante até na forma em que médicos e pacientes veem como são repassadas as informações contidas nesses termos, com os profissionais acreditando que deram informações suficientes para o entendimento do que contém o documento e grande parte dos pacientes referindo receber apenas informações mais básicas (159). Isso mostra que essa dificuldade não é apenas quanto à compreensão de leitura, mas informacional e evidencia como é importante que o profissional dedique um tempo do seu atendimento para ler o consentimento junto com o paciente, discutindo e esclarecendo todos os pontos que gerem dúvidas. Da mesma maneira, ressalta a centralidade de um documento que detalhe e registre todos os aspectos desse acordo da forma mais simples e clara possível, individualizada de acordo com o nível de esclarecimento da população, já que anuências e acordos verbais não apresentam a mesma confiabilidade e validade.

Outro fato importante a ser compreendido em relação ao consentimento do paciente para postagem, principalmente pela elevada incidência de repostagens nos *stories* observada no presente trabalho, é que *repost* não constitui nem apresenta validade de consentimento para a publicação ainda que o paciente tenha uma conta pública e marque o médico em sua imagem.

A repostagem mesmo quando informando créditos da foto, não exime o profissional de sua responsabilidade sobre o que está sendo publicado, pois além de gerar uma amplificação da divulgação da imagem com acesso a uma rede diferente de usuários, se o médico realiza essa ação sem o devido consentimento do paciente acaba por gerar uma quebra em relação a algo que é de sua obrigação: a confidencialidade da informação.

Observou-se no presente estudo, em relação aos *stories*, que 21,5% dos indivíduos expostos nessa modalidade de publicação tiveram mais de um registro de exposição relacionado a sua imagem. Isso ocorre por muitos desses registros serem vídeos que acabam ocupando mais de uma entrada de *Story*. A publicação de imagem/dado de paciente uma única vez já é algo que conforme discutimos envolve diversos detalhes e questões éticas. No entanto, quanto mais uma imagem é exposta (seja por maior número de *stories*, republicações e até mesmo por número de

seguidores do perfil), maior o seu potencial de exposição, maior a chance de sua identificação e seu arquivamento por terceiros, ou seja, maiores são os riscos associados a ela.

Uma das limitações do presente estudo é que não foi possível avaliar a idade ou tempo de formação acadêmica da amostra para observarmos se havia alguma mudança no comportamento conforme faixa etária e/ou tempo de atuação profissional. Essas não são informações comumente presentes nos perfis, no entanto uma frente para pesquisas futuras seria tentar verificar se o tempo de formação do profissional tem eventual relação com o comportamento digital quanto ao respeito à privacidade.

Foi obtido um elevado número de exposições com presença de dados e imagens do corpo de pacientes. No entanto, ressalta-se que as entradas não foram classificadas quanto à capacidade de identificação, se eram mais ou menos reveladoras, mas apenas caracterizadas como eram feitas as postagens e se o profissional tinha apresentado alguma preocupação nesse sentido. Algumas postagens traziam informações importantes de identificação ou detalhes da história clínica do paciente, outras evidenciavam apenas qual o procedimento que foi realizado ou seu diagnóstico, sendo esses muitas vezes procedimentos e diagnósticos de patologias relativamente comuns, que não gerariam uma identificação imediata do paciente. O pressuposto, porém, é que a exposição ocorreu e, conforme já mencionado, a dermatologia como especialidade trata aspectos com importante caráter estético e visual, e que traços como cicatrizes, tatuagens, sinais ou outras lesões podem ter caráter distintivo e tornar a imagem identificável sem que o profissional perceba.

Outro aspecto que pode ser objeto de futuros estudos e que não foi aqui avaliado é o tipo de repercussão associada a essas imagens. Se alguma publicação gerou repercussão negativa em termos de comentários para o profissional ou até para o paciente em questão, o que poderia apontar para a percepção pública deste tipo de comportamento. Tal avaliação, no entanto, tem aspectos interpretativos limitados, pois é possível excluir comentários negativos e eventuais críticas que atrapalhariam as finalidades comerciais desse tipo de perfil. Percebeu-se apenas que 98% das entradas com exposição obtiveram respostas como curtidas ou comentários, o que corresponde à estratégia de publicidade desse tipo de rede. Também não foram contabilizadas as quantidades de interação por foto (de curtidas e comentários) conforme suas características, sendo esse um aspecto interessante para ser estudado

em pesquisas futuras, verificando se há algum tipo de imagem que acaba por gerar maior engajamento.

A presente dissertação propôs-se a analisar como ocorre uma prática crescente que é a utilização de mídias sociais por profissionais de saúde, que utilizam dessas como um instrumento de marketing digital e a sua relação com a privacidade e confidencialidade dos pacientes. Não foi encontrada na literatura trabalhos que usem da metodologia que foi empregada e ressalta-se sua capacidade de reprodutibilidade, o que abre um leque para futuros estudos envolvendo sua aplicação em outras áreas da saúde e em outros países.

Por meio da observação e análise dos perfis de médicos dermatologistas no *Instagram* concluímos conforme resposta aos objetivos propostos que:

I. Os dermatologistas, profissionais de área com forte relação a questão estética e que realiza muitos procedimentos, estando assim, intimamente relacionada ao apelo visual em termos de como são realizados esses tratamentos e seus resultados e por utilizar o *Instagram* para divulgação de seu trabalho, acabam expondo ainda muitos dados e imagens de pacientes, sem o devido cuidado com a privacidade e confidencialidade da relação médico-paciente. Apesar de um percentual relativamente baixo de registros de exposição em relação ao número total de entradas no *feed* e nos *stories* (2,1% e 8,3% respectivamente), o percentual de perfis profissionais que realizaram essa exposição foi elevado (19,7% *feed*, 40,2% *stories* e 48,2% quando consideramos as duas modalidades de postagens). Independentemente se o profissional teve um registro de exposição ou mais de dez, ao realizar essa ação ao menos uma vez ele já incorre em um dano a essa relação. É de especial preocupação ainda se há também uma maior chance de recorrência dessa prática.

II. Quando a exposição de pacientes nas mídias sociais ocorre, essa normalmente evidencia partes do seu corpo, chamando atenção a porcentagem elevada de imagens que expõem o rosto do paciente levando a uma grande chance daquela pessoa ser identificada por meio da postagem.

III. A colocação de tags, distorções de imagens ou utilização de outros recursos de imagem visando anonimizar a imagem ou informação, apesar de não garantirem esse processo, sugerem uma maior preocupação do profissional em relação àquilo que ele posta. No entanto, apesar do considerável percentual de pacientes que tiveram partes do seu corpo exposto (98% *feed* e 86,4% *stories*), foi pequeno o número de

publicações onde foi realizada alguma tentativa de desidentificação (6,6% *feed* e 12,9% *stories*) da imagem por meio de técnicas de edição.

IV. Em relação ao consentimento do paciente para a publicação de imagens e informações pessoais, foi encontrado um número muito pequeno de relatos de consentimentos (apenas dois indivíduos expostos no *feed* de todos os registros de exposição). Todos eles eram apenas relatos de que o consentimento havia sido dado, não tendo como ser avaliado se realmente foi explicado para o paciente como a sua imagem seria usada, todos os riscos dessa exposição e ainda a finalidade da publicação. Neste último caso, ressalta-se que, mesmo que seja obtido o consentimento do paciente, quando a finalidade maior é promover o trabalho do médico essa exposição não deve acontecer, pois não há nenhum benefício para o paciente ou comunidade advinda dessa quebra em relação à privacidade e confidencialidade do paciente. Preocupa ainda o fato de quase um quarto dos indivíduos expostos nos *stories* terem sido repostados e que o profissional veja o *repost* como uma anuência para a republicação daquela imagem pelo profissional, já que, conforme discutido, a repostagem não tem esse valor.

V. Não se observaram variações em relação ao posicionamento digital dos profissionais conforme região geográfica ou gênero.

VI. Quase todas as imagens geraram engajamento para o profissional, com uma repercussão pública evidenciada por meio de curtidas ou comentários.

VII. Um das observações mais importantes da presente dissertação foi o elevado número de profissionais que expuseram pacientes por meio da modalidade dos *stories* quando comparados ao *feed*, o que levanta a questão se isso ocorre pelo caráter imediatista que os *stories* trazem as publicações, levando assim a uma menor preocupação com aquilo que é postado; se a efemeridade dos *stories* traz uma sensação de maior segurança em relação a privacidade daquela informação, já que a mesma fica visível por um período máximo de 24 horas; ou ainda se o profissional mesmo ciente de que essa divulgação fere questões éticas, legais e deontológicas, vê na efemeridade trazida pelos *stories* uma forma de burlar a fiscalização de suas ações.

As entidades de classes (os conselhos) e as leis trazem uma abordagem centrada no que o profissional pode ou não realizar com um caráter punitivo e fiscalizatório agregados a si. Principalmente do ponto de vista deontológico, os códigos de ética profissionais têm uma abordagem centrada principalmente no

profissional, deixando o paciente, indivíduo mais vulnerável dessa relação em segundo plano (160). Além disso, a fiscalização trazida por esses instrumentos parece não ser eficaz em proteger a população (32,109). Os profissionais sabem que a fiscalização de suas ações, principalmente no meio digital, é mínima e isso abre brechas para que esse seja um campo onde ele ou ela se encontra confiante para agir sem receio em relações a penalidades e utilize de instrumentos como a efemeridade para dificultar esse processo já falho. Dentro da questão do respeito à confidencialidade e privacidade dos pacientes isso é refletido, como observado no presente estudo, com uma elevada exposição de pacientes e suas informações, fazendo questionar se a perspectiva deontológica e legal é realmente a mais adequada para abordar esses temas.

A bioética, embasada pela DUBDH, surge então como uma ferramenta alternativa para guiar as reflexões e até mesmo educar os profissionais acerca da importância do respeito à privacidade e confidencialidade. Ela traz uma nova perspectiva na abordagem desse tema por: (1) colocar o paciente e a noção de comunidade como centro principal de sua preocupação; (2) possibilitar uma discussão teórica descritiva sobre o que causa o problema (o que são essas novas tecnologias e suas dimensões morais); (3) permitir pautar e aprofundar os pressupostos e conceitos relativos ao respeito à privacidade e confidencialidade, levando a uma compreensão da importância desses valores para o indivíduo e para a coletividade.

Embora a privacidade e confidencialidade sejam abordadas como direitos do indivíduo, inclusive em referenciais como a DUBDH, a sua defesa nos remete a um benefício a coletividade. Ao passo que atua como instrumento de formação e subjetivação do indivíduo por lhe permitir liberdade para agir, pensar e se relacionar, é essa liberdade que permite a sociedade exercer seus direitos políticos e se constitui como parte fundamental da democracia (33), sendo também elemento chave para a formação da comunidade, seus relacionamentos e suas interações (83). Assim, por meio de uma abordagem utilitarista, como aquela da Bioética de Intervenção, sua proteção extrapolaria um benefício individual, ao passo que preservaria as relações sociais, inclusive a relação médico-paciente e protegeria a sociedade do totalitarismo e de sua manipulação e controle pelos detentores dessa nova forma de poder e dinheiro conhecida como capitalismo de vigilância (5). Especial importância deve se reconhecer à capacidade de concentração de poder e recursos econômicos, bem como na adicional exploração e expropriação das populações vulneráveis em favor

de comunidades e países mais privilegiados. Tal discussão é importante que seja desenvolvida por propostas teóricas socialmente comprometidas, como a Bioética de Intervenção, mesmo que a princípio não se tenha à mão todos os referenciais teóricos e éticos para tal abordagem. O uso de redes sociais com propósitos comerciais pauta diversos problemas éticos profundamente relacionados à justiça, e que tem um alto risco de incrementar vulnerabilidades e estigmas. A expropriação e venda da privacidade como mercadoria é uma preocupação crescente de alta relevância bioética neste século, para o qual é preciso procurar referenciais de leitura e análise.

Nesse sentido, parece especialmente significativa a discussão em torno do capitalismo de vigilância, tal como proposto por Zubbof (5). Esse representa uma nova lógica de acumulação que continua, assim como o capitalismo tradicional, a ser regido por leis de maximização dos lucros, produtividade e crescimento, no entanto agora impulsionado pelas informações pessoais geradas a partir do desenvolvimento tecnológico e principalmente pelo crescimento das mídias sociais (5). Essa nova forma econômica, apesar de ter surgido com o *Google* e ter sido refinada pelo *Facebook*, gigante que controla também a rede social do *Instagram*, hoje não se limita ao mundo das grandes indústrias de informação, estando presente em uma série de produtos e serviços que justificam o uso de dados pessoais para a criação de um serviço personalizado (5). No entanto, essa conversão do uso da informação em benefícios não é algo distribuído de forma equânime, uma vez que estes são convertidos em produtos e experiências de alto custo, acessível a uma minoria privilegiada, ou ainda de forma mais grave, são subvertidos em conhecimento dos pensamentos, emoções e ações dos indivíduos possibilitando sua massificação e manipulação e perpetuando a dominação de uma minoria privilegiada sobre uma maioria vulnerabilizada.

Este novo mercado transformou usuários em produtos, a matéria prima que alimenta essa nova dinâmica de comércio (5). O uso das mídias sociais pelos médicos com finalidade de automarketing não deve ser considerada como uma atitude errada, no entanto, a forma e os instrumentos que esse utiliza para a sua promoção é que são colocados em xeque por este presente estudo. A semelhança do que acontece no capitalismo de vigilância, o médico ao utilizar-se da imagem e informações de seus pacientes para promover seu serviço com um fim meramente comercial de atrair novos pacientes, gerando renda e amplificando seus serviços, acaba por destituir o paciente de sua função de objeto de maior preocupação e respeito na prática médica e transformá-lo em mero produto/vitrine de seu tratamento. Essa ação é evidenciada

por meio do presente estudo pela elevada taxa de comentários e curtidas advindos da exposição dos pacientes.

Ao expor pacientes ou suas informações em redes sociais, o médico também acaba por transformar esses dados em simples commodities desse sistema do capitalismo de vigilância, armazenados dentro do BIG DATA. Esses dados, que, apesar de possuírem pouco valor individualmente, quando agregados ou associados a contextos específicos, transformam-se em matéria-prima de extremo valor econômico e político na medida em que possibilitam predição de comportamentos e atitudes, interferindo na autodeterminação do indivíduo, na conformação política democrática e até mesmo na variabilidade dos sujeitos e características sociais e culturais de uma época (33,161).

Esse processo de expropriação de informações e imagens acaba por atingir de forma diferente a população. A parcela da população mais vulnerável, muitas vezes, não consegue reconhecer a coleta de suas informações durante navegação na internet ou uso de dispositivos móveis como o GPS e assistentes virtuais, ou ainda não tem ciência das implicações geradas pelo seu uso (162). De forma análoga, muitos pacientes, ao terem sua imagem exposta nas mídias sociais pelo seu médico, não reconhecem essa como uma ação de quebra do preceito básico de respeito à confidencialidade e privacidade que fundamenta a relação médico-paciente. Por vezes ainda, pacientes que devotam grande paternalismo a essa relação, podem considerar essa como uma atitude lisonjeira de reconhecimento por parte do profissional.

Há ainda de se considerar na busca por respeito a esses valores os diferentes contextos sociais, financeiros, tecnológicos e informacionais entres os diversos países e até mesmo dentro de um único país como o Brasil com tanta desigualdade social. Levar em conta esses contextos sociais permite refletir como a comoditização da privacidade atinge diversamente as populações. Fica assim evidente que esse consiste em novo mecanismo de concentração de renda e poder, uma vez que população mais vulnerável passa a ser expropriada também quanto a esse direito, cedendo seus dados e gerando benefícios para terceiros. Frente a essas questões, o debate ético do tema toma vantagem de uma leitura socialmente preocupada, como a oferecida pela Bioética de Intervenção, instrumento de luta e combate às inequidades sociais que, sob o escopo da DUBDH, possibilita o entrelaçamento e defesa de seus princípios.

Ao se discutir e buscar proteger a privacidade e confidencialidade das informações médicas sobre a égide da DUBDH (12), dialoga-se com vários outros princípios presentes nesse documento: a defesa da dignidade humana e seus direitos; a não discriminação e estigmatização, uma vez que dados de saúde quando expostos geram esse risco ao paciente a até sua descendência o que acaba por envolver também o princípio de proteção a gerações futuras; a maximização de ações que gerem benefício com minimização de danos ao indivíduo, ao avaliar o custo utilitarista dessa exposição ao indivíduo e a sociedade, avaliando também a finalidade da exposição e buscando formas como a desidentificação de minimizar a chance de reconhecimento do indivíduo; respeito à autonomia do paciente em definir aquilo que deseja publicizar representada entre outras formas por meio do consentimento; a proteção dos vulneráveis por se entender que há uma parcela da população, principalmente os mais pobres e sem acesso a conhecimento tecnológico mais exposta aos riscos da exposição; a responsabilidade social e saúde que aborda a promoção da saúde a todos os setores da sociedade, quando se observa uma destinação das ações desses profissionais a uma elite privilegiada. Esses princípios presentes na DUBDH não podem ser sobrepostos, sendo respeitados de forma equânime e quando aplicados à relação médico-paciente atuam valorizando e protegendo esse relacionamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mídias sociais revolucionaram as comunicações e alteraram as relações entre médicos e pacientes. É inegável que trouxeram inúmeros benefícios no campo da saúde ao aumentar a disponibilidade de informações e conhecimentos, conectando pacientes e cuidadores, agregando profissionais e revolucionando o ensino da medicina e até mesmo os cuidados em saúde. As novas tecnologias de informação trazem efeitos positivos em diversas dimensões da vida cotidiana e não parece haver uma possibilidade de um retorno a um momento prévio a elas ou uma fuga a seu alcance. É preciso, no entanto, compreender suas nuances, dominando o quanto possível seu funcionamento, regras e detalhes de configurações, observando, durante o seu uso, os valores que nos constituem como comunidade e nos mantem vigilantes de nossa singularidade, que é nossa a prerrogativa de decidir como e com quem queremos partilhar a privacidade.

A medicina é um reflexo da cultura e dos hábitos de uma época. Vive-se a era da informação, das mídias digitais, do digital influencer, da exposição de vidas, hábitos, relacionamentos e até pensamentos. As redes sociais monetizam as interações humanas, tirando valor duplamente ao tratar os indivíduos igualmente como consumidores e produtos. Na medicina, o cuidado ao próximo submete-se a demandas várias de status social e econômico. Conseqüentemente, as estratégias de formação de clientela passam a incluir dancinhas em redes sociais para ganhar engajamento; oferta de tratamentos gratuitos a influenciadores digitais em troca da divulgação de seus serviços; e exposição de procedimentos e resultados de pacientes em busca de potenciais novos clientes e benefícios pessoais.

É necessário o resgate da medicina como profissão de cuidado a saúde, não apenas na concepção do adoecer, mas como condição relacionada ao bem-estar físico, psíquico e social, a qual engloba o cuidado com a privacidade do indivíduo.

Não é possível considerar que recursos de efemeridade, técnicas de desidentificação e visualização restrita sejam recursos que impedem a identificação e diminuem a exposição do indivíduo, preservando a sua privacidade. É preciso ter uma maior preocupação em relação a tudo aquilo que se divulga, principalmente quando o que se publiciza são informações pertencentes a outros. Isso não significa que profissionais de saúde não possam usar as mídias sociais como forma de marketing,

eles não podem é trocar curtidas e seguidores pelos princípios básicos de sua profissão, pelo respeito à autonomia, privacidade e confidencialidade do seu paciente.

Estudar e ampliar a discussão sobre o tema da privacidade se faz de extrema relevância e importância não apenas para os profissionais de saúde, mas para toda a sociedade. Esse processo, no entanto, não deve se limitar a abordagens punitivas por parte de Conselhos ou até mesmo por mecanismos legais. Sem o debate e conscientização ampla dos profissionais e da população quanto à importância da privacidade e confidencialidade, serão apenas regras sem força ou nas quais se buscarão brechas.

A discussão precisa ser desenvolvida principalmente nas instituições de formação dos profissionais de saúde, os quais têm nesses princípios a base da construção de seu relacionamento com os pacientes, refletindo assim, a necessidade de uma revisão da grade curricular desses cursos com a incorporação do tema da privacidade e confidencialidade sob a ótica da Bioética.

Do ponto de vista da regulamentação desses direitos (deveres), é imprescindível que as atividades dos Conselhos percebam a necessidade de atualizações constantes conforme o desenvolvimento tecnológico e científico, mas também que priorizem a necessidade das populações mais vulneráveis e suas dificuldades específicas em relação à proteção de sua privacidade. Nesse sentido, é importante a discussão no âmbito de leituras como a da Bioética de Intervenção, sempre atenta aos próprios contextos regionais.

O aprofundamento dos debates contribui para o despertar sobre a importância da privacidade. Esta não é só um direito individual, mas também um dever para consigo e a coletividade, constitutiva para a formação de relações e comunidades inteiras. Os profissionais de saúde precisam contribuir para a proteção da privacidade, um instrumento fundamental para a liberdade e única esperança para a democracia.

REFERÊNCIAS

1. Pillay N. The right to privacy in the digital age: report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Human Rights Council. Twenty-Seventh Session. 2014.
2. Khan MF, Jan A. Social media and social media marketing: a literature review. IOSR Journal of Bussines and Management. 2015;17(11):12–15.
3. Sharma S, Verma H V. Social media marketing: evolution and change. In: Heggde G, Shainesh G. social media marketing: emerging concepts and applications. Singapore: Palgrave Macmillan; 2018;19-36.
4. Radu G, Solomon M, Gheorghe CM, Hostiuc M, Bulescu IA, Purcarea VL. The adaptation of health care marketing to the digital era. Journal of Medicine and Life 2017;10(1):44–6.
5. Zuboff S. surveillance capitalism and the challenge of collective action. New Labor Forum 2019;28(1):10–29.
6. Thompson IE. The nature of confidentiality. Journal of Medical Ethics 1979;5:57–64.
7. Rieder P, Louis-Courvoisier M, Huber P. The end of medical confidentiality? Patients, physicians and the state in history. Medical Humanities 2016;42(3):149–54.
8. Denecke K, Bamidis P, Bond C, Gabarron E, Househ M, Lau AYS, et al. Ethical issues of social media usage in healthcare. Yearbook of Medical Informatics 2015;10(1):137–47.
9. Greenbaum D, Sboner A, Mu XJ, Gerstein M. Genomics and privacy: implications of the new reality of closed data for the field. PLoS Computacional Biology 2011;7(12) e1002278.
10. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina. 2019.
11. Conselho Federal de Medicina. Manual de publicidade médica: resolução CFM no 1.974/11. Comissão Nacional de Divulgação de Assuntos Médicos. 2011. 102 p.
12. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco).

- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução brasileira por Tapajós A, Prado MM, Garrafa V. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética. 2005.
13. Holvast J. History of privacy. In: Leeuw, KMM, Bergstra J. The history of information security: a comprehensive handbook. Elsevier Science, BV. 2007; 737–69.
 14. Vemulakonda SS. Emergence and growth of social media. Role of Social Media Women Empower 2018;2–15.
 15. Leiner BM, Cerf VG, Clarck DD, Kahn RE, Kleinrock L, Lynch DC, et al. A brief history of internet. ACM SIGCOMM Computer Communication Review 2009;39(5):22–31.
 16. Kemp S. Digital 2021: Global Overview Report. We are Social. 2021;
 17. Floridi L. The information society and its philosophy: introduction to the special issue on “the philosophy of information, its nature, and future developments.” The Information Society 2009;25(3):153–8.
 18. Boyd DM, Ellison NB. Social network sites: definition, history, and scholarship. Journal of Computer-mediated Communication 2007;13(1):210–30.
 19. Manning J. Definition and classes of social media. In: Harvey K. Encyclopedia of social media and politics. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2014; 1158-1162.
 20. Subramanian KR. Social media and the word of mouth publicity. International Research Journal of Advanced Engineering and Science 2018;3(2):95–100.
 21. Edosomwan S, Prakasan SK, Kouame D, Watson J, Seymour T. The history of social media and its impact on business. Journal of Applied Management and Entrepreneurship. 2011;16(3):79–91.
 22. Torres C. A Bíblia do marketing digital: tudo o que você queria saber sobre marketing e publicidade na internet e não tinha a quem perguntar. Novatec Editora. 2009.
 23. Appel G, Grewal L, Hadi R, Stephen AT. The future of social media in marketing. Journal of the Academy of Marketing Science 2020;48(1):79–95.
 24. McIntyre KE. The evolution of social media from 1969 to 2013: a change in competition and a trend toward complementary, niche sites. Journal of Social Media in Society 2014;3(2):5–24.
 25. Linke K, Hofer-Straße A. Generation Facebook? – the history of social networks.

- In: Global Business Management Research Conference. 2011;1–10.
26. Amaral I. Instagram. In: Wherry FF, Schor JB. The SAGE encyclopedia of economics and society. Sage Publications; 2015;943-944. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320: SAGE Publications, Inc.;
 27. Instagram. Explicando melhor o funcionamento do Instagram [Internet]. [citado em 2022 Mar 7]. Disponível em: <https://about.instagram.com/pt-br/blog/announcements/shedding-more-light-on-how-instagram-works>.
 28. Instagram. Introducing Instagram Stories [Internet]. [citado em 2022 Mar 7]. Disponível em: <https://about.instagram.com/blog/announcements/introducing-instagram-stories>. 2016.
 29. Leaver T, Highfield T, Abidin C. Instagram Visual Social Media Cultures. John Wiley & Sons. 2020.
 30. Instagram. O que é o feed do Instagram? [Internet]. [citado em 2022 Mar 7] Disponível em: <https://business.instagram.com/instagram-feed>.
 31. Soffer O. The oral paradigm and snapchat. *Social Media+ Society* 2016;2(3):2056305116666306.
 32. Martorell LB, Nascimento WF, Garrafa V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no facebook. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2015;20:13-23.
 33. Cohen JE. What privacy is for. *Harvard Law Review* 2012;126(7):1904–33.
 34. Gonzalez MC. Publicidade e propaganda. Curitiba: IESDE Brasil. 2009.
 35. Sheth JN, Sisodia RS, Sharma A. The antecedents and consequences of customer-centric marketing. *Journal of the Academy Marketing Science* 2000;28(1):55–66.
 36. Weinberg T. The new community rules: marketing on the social web. Cambridge: O’reilly. 2009.
 37. Abidin C. Internet celebrity understanding fame online. Bingley: Emerald Group Publishing. 2018.
 38. Thibes MZ. As formas de manifestação da privacidade nos três espíritos do capitalismo: da intimidade burguesa ao exibicionismo de si nas redes sociais. *Sociologias* 2017;19(46):316–43.
 39. Cain J, Romanelli F. E-professionalism: a new paradigm for a digital age. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 2009;1(2):66–70.
 40. Chretien KC, Tuck MG. Online professionalism: a synthetic review. *International*

- Review of Psychiatry 2015;27(2):106–17.
41. Coelho EQ, Coelho AQ, Cardoso JED. Does the information currently available on the Internet affect the physician-patient relationship? *Revista Bioética* 2013;21(1):142–9.
 42. Burrus MT, Werner BC, Starman JS, Kurkis GM, Pierre JM, Diduch DR, et al. Patient perceptions and current trends in internet use by orthopedic outpatients. *HSS Journal* 2017;13(3):271-275.
 43. Wong DKK, Cheung MK. Online health information seeking and ehealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: a cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research* 2019;21(3):e10831.
 44. Duymus TM, Karadeniz H, Çaçan MA, Kömür B, Demirtas A, Zehir S, et al. Internet and social media usage of orthopaedic patients: a questionnaire-based survey. *World Journal of Orthopedics* 2017;8(2):178-186.
 45. Octaciano N. *Contituições Brasileiras - Volume 1*. 2012;85–89.
 46. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. 1988.
 47. Brasil. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil [Marco Civil da Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23abr. 2014 [Internet]. [citado em: 15 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12965.htm>.*
 48. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. [Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 14ago. 2018 [Internet]. [citado em: 15 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm.*
 49. Hipócrates. Hippocratic oath. Translation from the Greek by Ludwig Edelstein. *From The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation*, by Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1943.
 50. Ten Have HAMJ, Gordijn B. *Handbook of global bioethics*. Springer Netherlands. 2014;119-137.
 51. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall. 1971.
 52. Potter VR. *Global bioethics - building on the Leopold legacy*. East Lansing:

- Michigan State University Press. 1988.
53. Garrafa V, Azambuja LEO. Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano. *Revista Brasileira de Bioética* 2007;3(3):344–359.
 54. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005;13(1):125–134.
 55. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. 1979.
 56. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Revista Bioética* 2015;23(2):277–284.
 57. Garrafa V. Historical-critical analysis of the construction and repercussions of the Declaration on Bioethics and Human Rights of UNESCO. *Revista Redbioética/UNESCO* 2018;1(17):25–40.
 58. Papacharissi Z. Privacy as a luxury commodity. *First Monday* 2010;15(8).
 59. Silva LES, Drummond A, Garrafa V. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. *Universitas: Ciências da Saúde* 2011;9(2):111–119.
 60. Garrafa V. Bioética das Situações Persistentes e das Situações Emergentes. *Fragmentos de Cultura* 1996;6(21):51–52.
 61. Garrafa V. Versión histórico crítica del origen de la Declaración Universal sobre bioética Y Derechos Humanos de la Unesco. *Revista Redbioética/UNESCO* 2018;9(17):25–40.
 62. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948 [Internet]. [citado em 15 dez 2021]. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
 63. Rengel A. Privacy as an international human right and the right to obscurity in cyberspace. *Groningen Journal of International Law*. 2014;2(2):33.
 64. Montauti JM. Privacidad y confidencialidad. In: Casado M (Coord.) *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Navarra: Civitas. 2009; 267–76.
 65. Bergel SD. Ten years of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *Revista Bioética* 2015;23(3):446–55.
 66. Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saude e Sociedade* 2014;23(1):157–166.

67. Ten Have HAMJ, Jean MS. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and human rights background, principles and application. Paris: UNESCO publishing. 2009.
68. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Explanatory memorandum on the elaboration of the preliminary draft Declaration On Universal Norms On Bioethics. In: First Intergovernmental Meeting of Experts Aimed at Finalizing a Draft Declaration on Universal Norms on Bioethics [Internet]. 2005. p. 9. [citado em 2022 Mar 7]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139024e.pdf>
69. Pyrrho M, Cambraia L, Vasconcelos VF. Privacy and health practices in the digital age. *American Journal of Bioethics* 2022;1–10.
70. Prosser WL. Privacy. *California Law Rev* 1960;48(3):383–423.
71. Barbas S. Saving privacy from history. *DePaul Law Review* 2011;61(4):973-1048.
72. Shank R. Privacy: history, legal, social and ethical aspects. 1986.
73. Westin AF. Privacy and Freedom. *Washington and Lee Law Review* 1968;25(1):166.
74. Westin AF. Social and Political Dimensions of Privacy. *Journal of Social Issues* 2003;59(2):431–453.
75. Solove DJ. Conceptualizing privacy. *California Law Review* 2002;90(4):1087–1155.
76. Schermer BW. Software agents, surveillance, and the right to privacy: a legislative framework for agent-enabled surveillance. Leiden University Press. 2007. p.72-76.
77. Allen AL. An Ethical Duty to Protect One ' s Own Information Privacy? *Alabama Law Review* 2012;64:845.
78. Santos SH. Sociedade de controle: a perda da privacidade a partir dos avanços tecnológicos. In: XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 2009, Set 4-7; Curitiba: Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. 1-15.
79. Altman I. *The Environment and Social Behavior*. Irvington Publisher. 1975.
80. Pedersen DM. Psychological functions of privacy, personal space, territory, and crowding. *Journal of Environmental Psychology*. 1997;17(2):147–156.
81. Rachels J. Why Privacy is Important. *Philosophy Public Affairs*. 1975;4(4):323–

- 333.
82. Derlega VJ, Chaikin AL. Privacy and Self-Disclosure in Social Relationships. *Journal of Social Issues* 1977;33(3):102–115.
 83. Roessler B, Mokrosinska D. Privacy and social interaction. *Philosophy & Social Criticism* 2013;39(8):771–791.
 84. Lever A. Privacy Rights and Democracy: A Contradiction in Terms? *Contemporary Political Theory* 2006;5(2):142–162.
 85. Bok S. The Limits of Confidentiality. *Hastings Center Report* 1983;13(1):24–31.
 86. Gostin LO, Turek Brezina J, Powers M, Kozloff R, Faden R, Steinauer DD. privacy and security of personal information in a new health care system. *JAMA* 1993;270(20):2487–2493.
 87. Styffe E. Privacy, confidentiality and security. *Nursing Administration Quarterly* 1997;21(3):21–28.
 88. Pinch WJE. Confidentiality: concept analysis and clinical application. *Nursing Forum* 2000;35(2):5–16.
 89. Francis LP. Privacy and confidentiality: the importance of context. *The Monist* 2008;91(1):52–67.
 90. Black L. Liability for failure to report child abuse. *AMA Journal of Ethics* 2007;9(12):819–822.
 91. Kottow MH. Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation. *Journal of Medical Ethics* 1986;12(3):117–122.
 92. Überall M, Werner-Felmayer G. Integrative biology and big-data-centrism: mapping out a bioscience ethics perspective with a S.W.O.T. matrix. *Omics: A Journal of Integrative Biology* 2019;23(8):371–379.
 93. Crotty BH, Mostaghimi A. Confidentiality in the digital age. *British Medical Journal* 2014;348:35–38.
 94. Evans BJ. Power to the people: data citizens in the age of precision medicine. *Vanderbilt Journal of Entertainment and Technology Law* 2017;19(2):139–148.
 95. Bassan S, Harel O. The ethics in synthetics: statistics in the service of ethics and law in health-related research in big data from multiple sources. *Journal of Law & Health* 2018;31(1):87–117.
 96. Mouton Dorey C, Baumann H, Biller-Andorno N. Patient data and patient rights: Swiss healthcare stakeholders' ethical awareness regarding large patient data sets - A qualitative study. *BMC Medical Ethics* 2018;19(1):1–14.

97. Loch JDA. Confidencialidade : natureza , características e limitações no contexto da relação clínica. *Revista Bioética* 2003;11(1):51–64.
98. Benatar D. Confidentiality. *Continuing Medical Education* 2003;21(1):11–14.
99. Bonomi S. The Electronic health record : a comparison of some european countries. In: In Ricciardi F, Harfouche A. *Information and communication technologies in organizations and society*. Springer International Publishing; 2016;33-50.
100. Shenoy A, Appel JM. Safeguarding confidentiality in electronic health records. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2017;26(2):337–341.
101. Neff G. Why big data won't cure us. *Big Data* 2013;1(3):117–123.
102. Zuboff S. *A era do capitalismo de vigilância: a luta por um futuro humano na fronteira do poder*. Rio de Janeiro: Intrínseca. 2021.
103. Arga KY. COVID-19 and the Futures of Machine Learning. *Omics: A Journal of Integrative Biology* 2020;24(9):512–514.
104. Tossas-Milligan KY, Winn RA. Breaking the cycle of health inequities: the bioethics of data. *Journal of Health Care for the Poor Underserved* 2019;30(4):86–90.
105. Bourke J, Wessely S. Confidentiality. *British Medical Journal*. 2008;336(7649):888–891.
106. Markman JR, Markman M. Running an ethical trial 60 years after the Nuremberg Code. *Lancet Oncology* 2007;8(12):1139–1146.
107. Khalid S, Ahmed MA, Ahmad Z. Word-of-mouth communications : a powerful contributor to consumers decision-making in healthcare market. *International Journal of Bussiness and Management Invention* 2013;2(5):55–64.
108. George DR, Rovniak LS, Kraschnewski JL. Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2013;56(3):453–462.
109. Greysen RS, Chretien KC, Kind T, Young A, Gross CP. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *Journal of the American Medical Association* 2012;307(11): 1141-1142.
110. McMahon JW. *Professionalism in the use of social media*. Council on Ethical and Judicial Affairs. Chicago: American Medical Association. 2011;33:1–7.
111. Bowser D. Social media behavior and attitudes of us physicians : implications for continuing education providers a Clinical Care Options (COO) white paper. *Clinical Care Options*. 2017;1–7.

112. Surani Z, Hirani R, Elias A, Quisenberry L, Varon J, Surani S, et al. Social media usage among health care providers. *BMC Research Notes* 2017;10(1):1–5.
113. Patel SS, Hawkins CM, Rawson J V., Hoang JK. Professional social networking in radiology: who is there and what are they doing? *Academic Radiology* 2017;24(5):574–579.
114. Carlquist E, Lee NE, Shalin SC, Goodman M, Gardner JM. Dermatopathology and social media a survey of 131 medical professionals from 29 countries. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 2018;142(2):184–190.
115. Alhayaza G, Chisti M, Binamer Y. The impact of social media on dermatologists and in captivating their patients: a cross-sectional study. *Journal of Dermatology Treatment* 2021; 1–8.
116. Albeshri M, Alharithy R, Altalhab S, Alluhayyan OB, Farhat AM. The influence of modern social media on dermatologist selection by patients. *Cureus* 2020;12(12):1–9.
117. Bressler MY, Grudnikoff E, Bressler Y, Tamez R, Zampella JG. Risks and benefits of using social media in dermatology: cross-sectional questionnaire study. *JMIR Dermatology* 2021;4(1):e24737.
118. Kirçoca I, Pinarbasi F, Kose SG. Understanding ephemeral social media through instagram stories : a marketing perspective. *Bussines & Management Studies: An International Journal* 2020;8(2):2173–2192.
119. Statista. Number of daily active instgram stories users from october 2016 to january 2019. [Internet]. [citado em 2022 Mar 7] Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/730315/instagram-stories-dau/>
120. Morlok T, Constantiou I, Hess T. Gone for better or for worse? Exploring the dual nature of ephemerality on social media platforms. In: *ECIS*; 2018.
121. Bannon LJ. Forgetting as a feature, not a bug: the dualityof memory and implications for ubiquitous computing. *CoDesign*. 2006;2(1):3–15.
122. Bainotti L, Caliandro A, Gandini A. From archive cultures to ephemeral content, and back: Studying Instagram Stories with digital methods. *New Media & Society*. 2021;23(12):3656–3676.
123. Bayer JB, Ellison NB, Schoenebeck SY, Falk EB. Sharing the small moments: ephemeral social interaction on Snapchat. *Information Communication & Society*. 2016;19(7):956–977.
124. Silva DAF, Colleoni R. Patient’s privacy violation on social media in the surgical

- area. *The American Surgeon*. 2018;84(12): 1900-1905.
125. Wagner JP, Cochran AL, Jones C, Gusani NJ, Varghese TK, Attai DJ. Professional use of social media among surgeons: results of a multi-institutional study. *Journal of Surgical Education* 2018;75(3):804–810.
 126. Souza ES, Lorena SB, Ferreira CCS, Amorim AFC, Peter JVS. Ethics and professionalism in social media: the online behaviour of medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017;41(4):564-575.
 127. Purim KSM, Tizzot ELA. Analysis of undergraduate medical students' use of facebook. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2019;43(1):187-196.
 128. Kezer M, Sevi B, Cemalcilar Z, Baruh L. Age differences in privacy attitudes, literacy and privacy management on Facebook. *Cyberpsychology*. 2016;10(1).
 129. Van den Broeck E, Poels K, Walrave M. Older and wiser? facebook use, privacy concern, and privacy protection in the life stages of emerging, young, and middle adulthood. *Social Media & Society* 2015;1(2): 2056305115616149.
 130. Steijn WMP. A developmental perspective regarding the behaviour of adolescents, young adults, and adults on social network sites. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace* 2014;8(2):9–18.
 131. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM. 2020.
 132. Tifferet S. Gender differences in privacy tendencies on social network sites: a meta-analysis. *Computers in Human Behavior* 2019;93:1–12.
 133. Hoy MG, Milne G. gender differences in privacy-related measures for young adult facebook users. *Journal of Interactive Advertising* 2010;10(2):28–45.
 134. Al-Kandari AJ, Al-Hunaiyyan AA, Al-Hajri R. The influence of culture on instagram use. *Journal of Advances in Information Technology* 2016;7(1):54–7.
 135. Sheehan KB. An investigation of gender differences in on-line privacy concerns and resultant behaviors. *Journal of Interactive Marketing* 1999;13(4):24–38.
 136. Jain A, Petty EM, Jaber RM, Tackett S, Purkiss J, Fitzgerald J, et al. What is appropriate to post on social media? Ratings from students, faculty members and the public. *Medical Education* 2014;48(2):157–169.
 137. Maben-Feaster RE, Brent Stansfield R, Opiari AM, Hammoud MM. Evaluating patient perspectives of provider professionalism on twitter in an academic obstetrics and gynecology clinic: patient survey. *Journal of Medical Internet Research* 2018;20(3): e8056.

138. Clyde JW, Domenech Rodríguez MM, Geiser C. Medical professionalism: an experimental look at physicians' Facebook profiles. *Medical Education Online* 2014;19:e23149.
139. Trepte S, Reinecke L, Ellison NB, Quiring O, Yao MZ, Ziegele M. A Cross-Cultural Perspective on the Privacy Calculus. *Social Media & Society* 2017;3(1):2056305116688035
140. Wang Y, Norice G, Cranor LF. Who is concerned about what? A study of American, Chinese and Indian users' privacy concerns on social network sites (Short paper). In: *International conference on trust and trustworthy computing*; 2011; Berlin, Heidelberg; Springer. Heidelberg.
141. Laufer RS, Wolfe M. Privacy as a concept and a social issue: a multidimensional developmental theory. *Journal of Social Issues* 1977;33(3):22–41.
142. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. *Cultures and organizations: software of the mind* (vol. 2). New York: McGraw-hill. 2005;187–234.
143. Boyd D, Hargittai E. Facebook privacy settings: who cares? *First Monday* 2010;15(8):e3086.
144. Trepte S, Dienlin T, Reinecke L. Risky behaviors: How online experiences influence privacy behaviors. *Von Der Gutenberg-Galaxis Zur Google-Galaxis* 2014;225–44.
145. Lagu T, Kaufman EJ, Asch DA, Armstrong K. Content of weblogs written by health professionals. *Journal of General Internal Medicine* 2008;23(10):1642–1666.
146. Ahmed W, Jaggi R, Gutheil TG, Katz MS. Public disclosure on social media of identifiable patient information by health professionals: content analysis of twitter data. *Journal of Medical Internet Research* 2020;22(9):1–12.
147. Bhattacharya S. Clinical photography and our responsibilities. *Indian Journal of Plastic Surgery* 2014;47(3):277–280.
148. Lau CK, Schumacher HHA, Irwin MS. Patients' perception of medical photography. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2010;63(6):e507–511.
149. Chretien KC, Farnan JM, Greysen SR, Kind T. To friend or not to friend? Social networking and faculty perceptions of online professionalism. *Academic Medicine* 2011;86(12):1545–1550.
150. Nettrour JF, Burch MB, Bal BS. Patients, pictures, and privacy: managing clinical

- photographs in the smartphone era. *Arthroplast Today* 2019;5(1):57–60.
151. Roguljić M, Peričić TP, Gelemanović A, Jukić A, Šimunović D, Buljan I, et al. What patients, students and doctors think about permission to publish patient photographs in academic journals: a cross-sectional survey in Croatia. *Science and Engineering Ethics* 2020;26(3):1229–1247.
 152. International Bioethics Committee (IBC). Report of the IBC on Big Data and health. Paris: United Nations Educational, Cultural and Scientific Organization, 2017 [Internet]. [citado em 15 dez 2021]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000248724>
 153. Velden M Van Der, Emam K El. “Not all my friends need to know”: a qualitative study of teenage patients, privacy, and social media. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2013;20(1):16-24.
 154. Segal JP, Hansen R. Medical images, social media and consent. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2021;18(8): 517-518
 155. O’Sullivan J, McCarrick C, Tierney P, O’Connor DB, Collins J, Franklin R. Identification of informed consent in patient videos on social media: Prospective study. *JMIR Medical Education* 2020;6(2):1-6.
 156. Villamañán E, Ruano M, Uzquiano EF De, Lavilla P, González D, Freire M, et al. Informed consent in clinical research: Do patients understand what they have signed? *Farmacia Hospitalaria* 2016;40(3):209–218.
 157. Falagas ME, Korbila IP, Giannopoulou KP, Kondilis BK, Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? *American Journal Surgery* 2009;198(3):420–435.
 158. Davis TC, Holcombe RF, Berkel HJ, Pramanik S, Divers SG. Informed consent for clinical trials: A comparative study of standard versus simplified forms. *Journal of the National Cancer Institute* 1998;90(9):668–674.
 159. Jukic M, Kozina S, Kardum G, Hogg R, Kvolik S. Physicians overestimate patient’s knowledge of the process of informed consent: A cross-sectional study. *Medicinski Glasnik* 2011;8(1):39–45.
 160. Pyrrho M, Prado MM do, Córdón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(5):1911–1918.
 161. West SM. Data capitalism: redefining the logics of surveillance and privacy. *Business & society* 2019; 58(1): 20-41.
 162. Park YJ. Digital literacy and privacy behavior online. *Communication Research*

2013; 40(2): 215-236.