



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

ÉVELIN COSTA DOS SANTOS

**A CONFIDENCIALIDADE E O SIGILO DA INFORMAÇÃO SENSÍVEL EM
SAÚDE: IMPORTÂNCIA DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO
AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
UNIVERSITÁRIAS**

SALVADOR

2020

ÉVELIN COSTA DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia - UFBA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Informação.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha.

Coorientadora: Prof. Dr^a. Margarete Farias de Moraes.

SALVADOR

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S237 Santos, Évelin Costa dos

A confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde : importância de normas e procedimentos para o acesso ao prontuário do paciente nas instituições de saúde universitárias / Évelin Costa dos. – Salvador, 2020.

144 f.: il. : Color

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha
Coorientadora: Profa. Dra. Margarete Farias de Moraes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Informação. 2020.

1. Informação confidencial 2. Prontuário médico. 3. Política de informação. 4. Proteção de dados pessoais. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Informação. II. Cunha, Francisco José Aragão Pedroza. III. Moraes, Margarete Farias de. IV. Título

CDD – 025

Elaborado por Ana Paula Santos Souza Teixeira – CRB-5/1779

ÉVELIN COSTA DOS SANTOS

**A CONFIDENCIALIDADE E O SIGILO DA INFORMAÇÃO SENSÍVEL EM
SAÚDE: IMPORTÂNCIA DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O
ACESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
UNIVERSITÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência da Informação do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção de grau de Mestre em Ciência da Informação.

Aprovada em: 15/12/2020

Banca Examinadora




Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha- Orientador - UFBA



Prof.ª. Dra. Margarete Farias de Moraes- Coorientadora - UFES



Prof.ª. Dra. Maria Cristiane Barbosa Galvão- Membro Externo Titular – UFJ



Prof. Dr. Ricardo Coutinho Mello – Membro Interno Titular - UFBA

AGRADECIMENTOS

Tantas coisas tem se procurado como meio de encontrar a felicidade...

Foram quatro anos tentando encontrar o ponto certo, ajustando, reajustando, ficando de “saco cheio” e, por muitas vezes “deixando prá lá”, mas nunca com o pensamento de desistir. Não foi uma fase fácil, mas que enfim finalizei e agradeço muito por tudo que passei, sempre, pois tudo na vida, erros ou acertos, estão fadados à gratidão. Logo no começo me privei bastante, pois foi uma fase de mergulho em leituras, concentração na escrita e intenso aprendizado (este último será até o fim da vida). Por isso, agradeço a compreensão de todos pela minha ausência em alguns momentos.

Tanto se tem buscado para a realização do homem...

Agradeço ao meu orientador, Francisco Pedroza, pela compreensão na minha insistência pelo tema, e reconhecimento do meu esforço. À Margarete Moraes, uma das autoras que inspirou a temática desta dissertação e que, para minha surpresa e felicidade, virou minha coorientadora.

Aos membros do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC), especificamente o Difusão em Saúde, por terem contribuído para o desenvolvimento da pesquisa. E, aos membros da banca de defesa: Prof. Dr. Raymundo Machado; Prof. Dr. Ricardo Coutinho, Prof. Dr. Gillian Queiroga e Prof. Dr^a. Maria Cristiane Galvão; esta última, outra autora inspiração no desenvolver da temática da dissertação, portanto, uma honra.

Agradeço a Guedes e Nanci, meus antigos chefes na Coordenação de Arquivo e Documentação - CAD/UFBA, pela compreensão em momentos que precisei tirar algumas horas do trabalho para frequentar aulas, eventos acadêmicos, para a pesquisa de campo e presença nas reuniões do grupo de pesquisa.

À Gleise e Keyla, que me acompanham desde a Graduação, por me socorrerem nas dúvidas e por “ouvir” reclamações, desabafos, angústias e aflições.

Agradeço à Vanilsa, Carla e Caroline, minha auxiliar e estagiárias, respectivamente, no tempo em que trabalhei no PIT da Escola de Enfermagem, pois acompanharam, torciam e se preocuparam com o desenvolver desta dissertação.

Aos meus pais, minhas irmãs e demais familiares por nunca duvidarem da minha capacidade.

Porém o que nós vemos é que cada um de nós tem as suas necessidades... os seus desejos.

Agradeço a William, atualmente meu noivo (completamos 12 anos de namoro ao fim da escrita desta dissertação), por estar presente em importantes momentos da minha vida. Neste,

ouviu minhas queixas, compartilhou estresses e “perrengues”, ficando muitas vezes chateado, e com razão: por minhas ausências e sofrimentos, muitas vezes sem poder fazer muito por mim, mas sempre me apoiando e incentivando.

O caminho da auto-realização é individual e peculiar a cada um.

A quem lê, muito obrigada...!

José Angelo Gaiarsa, 1987.

“Ciência é conhecimento organizado. Sabedoria é vida organizada.”

Immanuel Kant.

RESUMO

A crescente necessidade por informações na sociedade nos remete à promoção do acesso à informação e, ao mesmo tempo, restrição às informações consideradas sensíveis, tais que possam ferir a dignidade da pessoa humana, como designado por legislações e priorizado nos códigos de ética profissional. Sabe-se que o Prontuário do Paciente (PP) é documento considerado sigiloso, pois nele estão registradas informações sobre a saúde do paciente, muitas vezes, em seu estado mais íntimo do cuidado. Trata-se de informações que revelam registros sensíveis de sua vida particular, como: idade, endereço, religião, opção sexual, estado civil, entre outros; ou então, um diagnóstico crítico, o qual o paciente não quer que seja revelado ou acessado por outrem. Neste tocante, defende-se que a implementação de políticas, normas e procedimentos para a gestão do acesso ao PP nas Instituições de Saúde (IS) pode diminuir a incidência de acessos não autorizados e sua manipulação indevida, considerando que nem toda informação está passível de ser transmitida, lida, acessada ou manipulada. Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva quanto aos objetivos; de natureza aplicada e abordagem quanti-qualitativa; tem como objetivo geral verificar a implementação de procedimentos e normas para o acesso ao PP nas IS universitárias. Assim, tem como objetivos específicos: identificar método, infraestrutura e estratégias para o acesso às informações sensíveis em saúde; descrever o fluxo de acesso ao PP; examinar a qualificação e a capacitação dos funcionários, lotados no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), quanto à proteção e o acesso às informações sensíveis em saúde. Para isto, utilizou-se de técnicas metodológicas como o levantamento *in loco* com aplicação de questionário impresso aos funcionários e entrevista aos responsáveis pelo SPP em três IS Universitárias. A análise dos dados foi sistematizada nas categorias: acesso, proteção da informação sensível e funcionários do SPP. Os resultados empíricos apontam que as IS utilizam normas e procedimentos internos, ou seja, baseadas na rotina da Instituição, mas não necessariamente baseadas na legislação brasileira voltada à informação sensível e aos arquivos; assim, a proteção da informação sensível em saúde depende apenas de fatores da gestão interna das IS para assegurar não só a confidencialidade e o sigilo dos dados e informações constantes nos prontuários, mas também sua autenticidade e disponibilidade; quanto aos funcionários, observou-se que estes não tem qualificação específica para lidar com este documento, portanto, sugere-se que a capacitação destes seja feita com mais frequência e por profissional arquivista qualificado em informação em saúde. Enfim, concluiu-se que há necessidade de compreensão e valorização da importância do PP nas IS para que, desta forma, ocorra a reestruturação dos serviços de gestão do mesmo, agregando estratégias para a qualificação dos recursos humanos a fim de assegurar a confidencialidade e sigilo das informações sensíveis registradas no PP.

Palavras-chave: Confidencialidade da informação. Informação em saúde. Informação sensível. Políticas de acesso a documentos. Políticas de informação. Privacidade do paciente. Prontuário do paciente.

ABSTRACT

The growing need for information in society leads to the promotion of access to information and, at the same time, restriction to information considered sensitive, such that it may harm the dignity of the human person, as designated by legislation and prioritized in the codes of professional ethics. It is known that the Patient Record (PR) is considered a confidential document, since it contains information about the patient's health, often in its most intimate state of care. It is information that reveals sensitive records of your private life, such as: age, address, religion, sexual option, marital status, among others; or else, a critical diagnosis, which the patient does not want to be revealed or accessed by others. It is information that reveals sensitive records of your private life, such as: age, address, religion, sexual option, marital status, among others; or else, a critical diagnosis, which the patient does not want to be revealed or accessed by others. In this regard, it is argued that the implementation of policies, rules and procedures for the management of access to PR in Health Institutions (HI) can reduce the incidence of unauthorized access and its improper handling, considering that not all information is subject to be transmitted, read, accessed or manipulated. This research is characterized as exploratory and descriptive as to the objectives; of an applied nature and quantitative and qualitative approach; its general objective is to verify the implementation of procedures and standards for access to PR in university HI. Thus, its specific objectives are: to identify the method, infrastructure and strategies for accessing sensitive health information; describe the flow of access to PP; examine the qualification and training of employees, assigned to the Patient Record Service (PRS), regarding protection and access to sensitive health information. For this, methodological techniques were used, such as the on-site survey with the application of a printed questionnaire to employees and interviews with those responsible for the prs in three HI Universities. Data analysis was systematized in the categories: access, protection of sensitive information and PRS employees. The empirical results show that the HI use internal rules and procedures, that is, based on the routine of the Institution, but not necessarily based on the brazilian legislation focused on sensitive information and archives; thus, the protection of sensitive health information depends only on factors of the HI internal management to ensure not only the confidentiality and secrecy of the data and information contained in the medical records, but also its authenticity and availability; as for the employees, it was observed that they do not have specific qualifications to deal with this document, therefore, it is suggested that their training be done more frequently and by a qualified archivist in health information. Finally, it was concluded that there is a need to understand and appreciate the importance of PR in HI so that, in this way, restructuring of its management services takes place, adding strategies for the qualification of human resources in order to ensure confidentiality and secrecy sensitive information registered in the PR.

Key-words: Confidentiality of information. Health Information. Sensible information. Document access policies. Information Policy. Patient Privacy. Patient Record.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução histórica da Ética Médica.....	50
Figura 2 – Heterogeneidade de interesses e áreas que orientam os trabalhos no campo da política de informação	52
Figura 3 – Modelo de tomada de Decisões Estratégicas	72
Figura 4.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos e análises utilizadas na pesquisa	27
Quadro 2 – Submissão do projeto da dissertação para os Comitês de Ética	29
Quadro 3 – Prazos de entrega e devolução questionários	34
Quadro 4 – Categorias de análise	35
Quadro 5 - Significados Núcleos de Sentido.....	36
Quadro 6 – Constituição Federal do Brasil	54
Quadro 7 – Normas e diretrizes de Pareceres que tratam da informação do cidadão	61
Quadro 8 – Dimensão estratégica 2º PlaDITIS - Ética, privacidade e confidencialidade	61
Quadro 9 – Atividades setor de Arquivo do SPP	68
Quadro 10 – Discurso Entrevistados - Solicitações externas de acesso ao PP.....	82
Quadro 11 – Discurso Entrevistados - IS armazena, organiza e recupera PP analógico.....	87
Quadro 12 – Discurso Entrevistados - Normas e procedimentos para o acesso ao PP	88
Quadro 13 – Discurso Entrevistados - Regras e procedimentos padrões para a circulação/trâmite do PP pela IS.....	89
Quadro 14 – O trâmite do PP de acordo ao fluxograma de Moraes e Salies.....	96
Quadro 15 – Discurso Entrevistados - Atuação da Comissão de Revisão de Prontuários na IS.....	102
Quadro 16 – Discurso Entrevistados - Existência da Comissão de Óbitos	103
Quadro 17 – Descrição da atuação dos funcionários no SPP	107
Quadro 18 – Discurso Entrevistados - De que forma a IS instrui os funcionários sobre o PP	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Média diária de solicitações de acesso ao PP na Instituição de Saúde.....	78
Gráfico 2 – Pesquisa aos Prontuários na Instituição de Saúde	80
Gráfico 3 – Solicitações externas de acesso ao PP na Instituição de Saúde.....	82
Gráfico 4 – Motivos para solicitação de acesso ao PP na Instituição de Saúde	84
Gráfico 5 – Planejamento sobre a circulação do PP na IS.....	85
Gráfico 6 – Serviços e/ou sistemas para organização, armazenamento e recuperação dos PP produzidos pela IS	86
Gráfico 7 – IS produz e arquiva prontuários em meio digital	87
Gráfico 8 – Existe plano de padronização/organização dos prontuários nas IS.....	91
Gráfico 9 – O SPP desenvolve a organização padronizada dos prontuários	91
Gráfico 10 – A IS considera a organização do PP como fator importante para a tomada de decisão	92
Gráfico 11 – A IS propõe melhorias nos processos de organização do PP.....	93
Gráfico 12 – Existe interação entre outros setores e o SPP quanto aos procedimentos de organização do PP	94
Gráfico 13 – Conhecimento dos funcionários sobre legislações que orientam o acesso ao PP.....	99
Gráfico 14 – Existência da Comissão de Revisão de Prontuários na IS.....	102

Gráfico 15 – Existência da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) na IS	104
Gráfico 16 – Nível de Escolaridade dos Funcionários lotados no SPP	106
Gráfico 17 – Tempo de Serviço dos funcionários lotados no SPP	108
Gráfico 18 – IS promove capacitação dos funcionários relacionadas à organização do PP ..	111
Gráfico 19 – Os funcionários são informados sobre decisões estratégicas e operacionais	112
Gráfico 20 – Os funcionários contribuem na elaboração de padrões para a organização do PP	113
Gráfico 21 – Competências dos funcionários em relação às informações geradas e recebidas no SPP.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Amostra da pesquisa bibliográfica na plataforma <i>Scielo</i> , coleção Saúde Pública..	32
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEEE	Comitê de Ética da Escola de Enfermagem
CFM	Conselho Federal de Medicina
CI	Ciência da Informação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONARQ	Conselho Nacional de Arquivos
CPAD	Comissão Permanente de Avaliação de Documentos
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRP	Comissão de Revisão do Prontuário
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRMBA	Conselho Regional de Medicina da Bahia
CRMDF	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
ENANCIB	Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação
GED	Gerenciamento Eletrônico de Documentos
ICI	Instituto de Ciência da Informação
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IS	Instituição de Saúde
LAI	Lei de Acesso à Informação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PlaDITIS	Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPGCI	Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação
PP	Prontuário do Paciente
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística Sociedade da Informação
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SI	Sociedade da Informação
SPP	Serviço de Prontuário do Paciente
SUS	Serviço Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	17
1.2 OBJETIVOS	23
1.3 JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES.....	23
1.4 METODOLOGIA.....	26
1.4.1 Aspectos éticos da pesquisa.....	28
1.4.2 Apresentação do <i>locus</i> da pesquisa.....	29
1.4.3 Procedimentos, técnicas e instrumentos utilizados.....	30
1.4.4 Levantamento <i>in loco</i>	35
1.5 Estrutura da dissertação.....	38
2 A CONFIDENCIALIDADE, A PRIVACIDADE E O SIGILO NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO.....	40
2.1 DIFERENÇAS E RELAÇÕES ENTRE A CONFIDENCIALIDADE, A PRIVACIDADE E O SIGILO.....	41
2.2 A CONFIDENCIALIDADE E O SIGILO DA INFORMAÇÃO SENSÍVEL NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	45
3 NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO À INFORMAÇÃO SENSÍVEL EM SAÚDE: MÉTODO, INFRAESTRUTURA E ESTRATÉGIA.....	52
3.1 MÉTODO: LEIS, RESOLUÇÕES E PARECERES NO BRASIL PARA FORMULAÇÃO DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	53
3.1.1 Resoluções da área da saúde.....	58
3.2 INFRAESTRUTURA: O SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA GESTÃO DO ACESSO AO PP	63
3.3 ESTRATÉGIA: QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO SPP.....	71
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1 CATEGORIA: ACESSO (C ₁)	77
4.2 CATEGORIA: PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO SENSÍVEL EM SAÚDE NO SPP (C ₂).....	97
4.3 CATEGORIA: FUNCIONÁRIOS DO SPP (C ₃).....	105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	116
5.1 CONTRIBUIÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	119
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS RESPONSÁVEIS PELO SPP.....	130
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO AOS FUNCIONÁRIOS LOTADOS NO SPP.	131
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE CONSULTAS E EMPRÉSTIMOS DE PRONTUÁRIOS DE PACIENTE.....	137
ANEXO B – LEIS FEDERAIS QUE TRATAM DA INFORMAÇÃO DO CIDADÃO	138
ANEXO C – RESOLUÇÕES DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE (CÓDIGOS DE ÉTICA)	141

1 INTRODUÇÃO

O acesso às informações sensíveis, também consideradas pessoais, passou a ter medidas de controle ante a diversidade que transitam em meio à sociedade. Estão relacionadas às atividades que as geraram (administrativas, compras, bens, serviços, reclamações, atendimentos de saúde, etc.), registradas em sistemas ou suportes disponíveis à consulta e manipulação de dados. Logo, este tipo de informação pode estar propensa a ações indevidas em serviços ou setores das instituições, mesmo quando contém dados sensíveis.

A informação sensível¹ é aquela relacionada à origem social e étnica, à saúde, à informação genética, à orientação sexual e às convicções políticas, religiosas e filosóficas de uma pessoa (*e.g.*: filiação sindical, vida sexual, prontuário do paciente); e que também agrega dados que permitem identificar de forma direta ou indireta uma determinada pessoa, ou seja, seu nome, CPF, RG, dado biométrico, endereço, número de telefone, etc. Estes dados, em conjunto, compreendem informações consideradas sensíveis e por isto não podem ser utilizadas sem o consentimento do titular, sem uma finalidade determinada ou sem que a exploração destes dados e/ou informações estejam assegurados na legislação brasileira; ao contrário disto, podem causar danos e exposição da vida pessoal ou profissional do cidadão. O titular da informação sensível tem pleno direito de acesso aos seus dados para correção, eliminação, anonimização e, inclusive, a revogação do consentimento para utilização das informações fornecidas.

A restrição de acesso a determinadas informações geradas, recebidas e acumuladas no âmbito das instituições, tanto particulares quanto públicas, torna-se uma medida indicada de precaução, devido à vulnerabilidade do acesso e conseqüente revelação de informações que podem ser de caráter pessoal, de saúde, bancárias, empresariais, dentre outras. Tal fato requer o desenvolvimento de estratégias, métodos e infraestruturas para garantir a confidencialidade e sigilo das informações sensíveis, pois há de se considerar que existe fragilidade no acesso às informações quando não se adotam normas, concessões ou restrições à maneira de obtê-las.

De acordo com Doneda (2017), existem 109 países que possuem Leis Gerais de Proteção de Dados (LGPD), como por exemplo, a Alemanha, França, Espanha, Portugal, entre outros países desenvolvidos. No Brasil, o governo deu início à instauração de leis voltadas ao acesso à informação a partir do ano de 2011, por meio da lei nº 12.527 (Lei de

¹ Conceito adotado também pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, no artigo 5º, inciso II: **dado pessoal sensível**: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, **dado referente à saúde** ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. (BRASIL, 2018, grifo nosso).

Acesso à Informação – LAI) com o intuito de possibilitar o acesso do cidadão a determinadas informações geradas pelo governo, a qual este tem pleno direito de consultar e ter acesso, já que estas informações são consideradas de direito público, salvaguardadas as informações consideradas com grau de sigilo e que contenham informações pessoais de terceiros. Após a LAI, outras leis, resoluções, decretos complementares etc. foram criados voltados para a disponibilização e/ou restrição de informações prezando pela privacidade do titular, tanto em meio físico como digital.

Neste seguimento, o Brasil promulgou, no ano de 2018, sua Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709 de 2018.), que altera os artigos 7º e 16º do Marco Civil da Internet (Lei 12.965, de 23 de abril de 2014), mas não entrou em vigor logo após sua publicação, como muitas vezes é de costume. A LGPD entrou em estado de *vocatio legis*², ou seja, um intervalo de dois anos para que a lei comece a vigorar – neste caso, começou a vigorar a partir do mês de agosto do ano de 2020. Este intervalo de tempo é favorável para que diferentes segmentos (educação, saúde, governo, público, privado) possam se adequar e se preparar para o novo modelo de tratamento de dados.

Outro projeto de lei, este já voltado para a área da saúde, denominado popularmente de Lei Marisa Letícia (PL 7.237/17 de 2017), está em tramitação na Câmara dos deputados e prevê punição de pagamento de multa, três meses ou um ano de prisão aos profissionais de saúde e afins que divulgarem fotos, vídeos e informações contidas nos prontuários sem a autorização do paciente ou familiar responsável (POLÍTICA LIVRE, 2017). Essas e outras leis e afins são trabalhadas mais adiante, em seção específica.

De modo que a informação sensível está inserida em diferentes meios (pessoal, saúde, bancárias, empresariais, etc.), salientamos sua presença no PP, já que este é um documento confidencial e sigiloso resultado do conjunto de dados específicos (seu nome, CPF, RG, dado biométrico, endereço, número de telefone, entre outros) juntamente às demais informações registradas neste, decorrentes da assistência em saúde prestada ao cidadão. Assim, instiga-se a compreensão de que estas informações são sensíveis ao passo que a busca pelos registros feitos no PP é constante e podem ser consultados, acessados ou manipulados tanto pela equipe de saúde quanto por outros profissionais que as requeiram para fins administrativos, jurídicos, sociais, ensino e afins.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define, no artigo 1º da Resolução 1.638/2002, Prontuário do Paciente como

² (Latim) Período que decorre do dia da publicação da lei à data em que entra em vigência, durante o qual vigora a anterior sobre o mesmo assunto. (GUIMARÃES, 2013, p. 659).

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de **caráter legal, sigiloso e científico**, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CFM, 2002, grifo nosso).

As informações sobre a saúde do paciente são registradas no PP no ato da consulta ou em outros procedimentos relacionados à assistência, que podem estar tanto em suporte analógico quanto em formato eletrônico (Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP), de modo que o acesso seja restrito com os devidos graus (hierarquia de acesso) e segurança.

O PP é documento pertencente ao paciente, mas permanece sob guarda da Instituição de Saúde (IS) que o assiste, sob gerenciamento do setor de Serviço de Prontuário do Paciente (SPP)³. Este setor tem por atribuição zelar pela organização, manutenção, controle e guarda do PP, possibilitando o acesso para consulta à equipe de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionista, anestesista, dentista, psicólogos, entre outros) e a setores administrativos da IS (setor de auditoria, setor de materiais, setor de compras, farmácia, dentre outros). De modo que o PP é uma fonte de informação para diferentes incumbências em uma IS, perpassando nos setores por profissionais de saúde ou administrativos, a resolução 1.628/2002 do CFM atribui a responsabilidade pelo PP:

- I. Ao **médico assistente** e aos **demais profissionais que compartilham do atendimento**;
- II. À **hierarquia médica da instituição**, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas **chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico**. (CFM, 2002, grifo nosso).

Considerando que existem diferentes possibilidades de pedido para o acesso às informações em saúde registradas no PP (familiares, empresas de seguro, agências governamentais, a justiça, etc.), infere-se que há exceções, pois neste documento estão registradas informações pessoais às quais o paciente precisa expor para obter o diagnóstico de suas enfermidades. Desta forma, revela-se uma informação considerada sensível, de acordo a Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018. Estas informações são sensíveis e passíveis de restrição de acesso para garantir sua confidencialidade e sigilo, além de assegurar a privacidade do paciente.

Esta pesquisa tem apoio documental no levantamento de normas e procedimentos que garantam a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde e,

³ Termo empregado nesta dissertação por considerar que o termo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), usualmente empregado pelas IS, é utilizado em desconformidade aos serviços do setor.

consequentemente, a privacidade do cidadão enquanto paciente. No referencial teórico, busca-se em conformidade às legislações que estão em vigor no Brasil, fazer referência ao acesso e à gestão das informações sensíveis em saúde registradas no PP.

A pesquisa é desenvolvida no âmbito do Grupo de Estudos de Políticas de Informação, Comunicações e Conhecimento (GEPICC); é desdobramento dos projetos de pesquisa intitulados “Mecanismos de difusão de conhecimentos gerenciais entre os sistemas e redes de atenção à saúde: gestão de documentos bases para a aprendizagem e inovação organizacional em hospitais”⁴ e “Informação, documentos, arquivos e repositórios em saúde: mecanismos de difusão de conhecimentos para as inovações gerenciais nos sistemas de saúde”⁵.

1.1 Problematização

Inicialmente, enfatizamos que esta pesquisa utiliza a nomenclatura Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), em substituição ao termo usual Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). A definição e histórico sobre este termo será melhor abordado na seção 3.2, que traz o SPP como infraestrutura para assegurar a confidencialidade e o sigilo no acesso ao PP. Mas, como breve introdução, o uso do termo SPP nesta pesquisa se apoia em Mezzomo (1982), ao defender que a denominação SAME, mesmo que muito utilizada, não condiz com sua essência, é um termo incompleto e que não está adequada à singularidade dos serviços do setor. Em outro aspecto, a denominação SAME expõe um equívoco ao incluir a nomenclatura “Arquivo Médico”, dando a entender que o setor e o PP fazem jus ao médico, mas, na verdade, o setor é responsabilidade da IS e o PP é documento pertencente ao paciente. Deste modo, o termo sugerido – SPP – cabe como forma de inovação e conscientização para as necessidades e importância deste setor, de forma a acompanhar e contribuir com mudanças nas práticas da função deste que é voltado, exclusivamente, ao PP.

O SPP constitui-se indispensável em uma IS, pois tem como principal fonte de informação⁶ o Prontuário do Paciente. As funções do SPP são essenciais e singulares para o bom funcionamento de uma IS, já que concentra grande parte das informações em saúde

⁴ PPSUS/PROUFBA: Pesquisa financiada pelo Edital FAPESB n.º 020/2013 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS – BA – FAPESB/SESAB. Projeto de pesquisa aprovado por mérito Edital Chamada CNPq – Universal 14/2013. Projeto de Pesquisa contemplado no Edital PROPCI-PROEXT- PROPG/UFBA 01/2013 PROUFBA – Programa Pense, Pesquise e Inove à UFBA.

⁵ Projeto aprovado pelo Edital PROPCI/UFBA 01-2016 e 01- 2017 pelo programa PIBIC.

⁶ “qualquer recurso que responda a uma demanda de informação por parte de usuários-aprendentes e que gere ou veicule informação, influenciando na geração do conhecimento e do aprendizado” (SILVA; AQUINO, 2014, p. 204).

necessárias registradas no PP. Portanto, este setor é responsável pela guarda, manutenção, organização, acesso e controle da tramitação do PP pela IS.

Nesta seara, aproveita-se para elucidar que a denominação IS é empregada nesta pesquisa, tanto no singular quanto no plural, para englobar os diferentes locais que prestam assistência em saúde: hospitais, maternidades, clínicas, dentre outros. Ressalta-se ainda que, mesmo com o emprego dos termos considerados mais adequados, alguns autores citados neste estudo referem-se aos termos usuais.

Esta dissertação é contextualizada em meio à confidencialidade e sigilo da informação sensível do cidadão na Sociedade da Informação (SI), a qual condiciona “o contexto onde surgem dois direitos fundamentais ‘novos’, dois direitos fundamentais de 3ª Geração: o direito de acesso à informação aos documentos [...] e o direito à protecção de dados pessoais” (CAMPOS, 2009, p. 02). Para o autor estes direitos são contributivos, mas opostos no sentido de, ao mesmo tempo, poder disponibilizar e indisponibilizar uma informação. Assim, da mesma forma que a legislação brasileira (Lei 12.527/2011) designa o “livre acesso” às informações consideradas públicas, pode restringi-la ao acesso íntegro por conter informações pessoais de terceiros, ou seja, sigilosa ou sensível, o qual julga consentimento para o acesso.

Pensando em registros que contenham informações sensíveis, podemos incluir a área da saúde, que contempla, em grande parte, informação sobre o cidadão que busca assistência para a sua saúde. Este cidadão, que se torna paciente, tem seus dados registrados passíveis de serem acessados tanto eletronicamente – PEP – quanto de forma analógica por diferentes profissionais em uma IS e, até mesmo por outros profissionais fora da área da saúde.

As informações sobre o cidadão tornam-se informações sensíveis em saúde quando registradas no PP, a exemplo: a religião, raça, local de nascimento, endereço, nome dos pais, idade, estatura, peso, tipo sanguíneo, entre outros; além do estado de saúde do paciente, diagnósticos, tratamentos, exames, anamnese; enfim, praticamente todo o prontuário ilustra informações pessoais do paciente, confirmando-o como documento de seu pertencimento. Neste aspecto, as informações em saúde registradas no PP são consideradas sensíveis, pois são de conhecimento apenas do paciente, passando a ser compartilhado entre os profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência.

Ressalta-se ainda que informação sensível, quando no prontuário, torna-se importante complemento com fins de especificar e facilitar o diagnóstico de enfermidades, ou seja, quando alguma das informações pessoais fazer jus ao diagnóstico do paciente – a exemplo do

seu endereço – pelo fato de poder indicar incidência de uma epidemia na localidade em que o paciente reside.

A não adoção de normas e procedimentos voltados ao acesso às informações e dados⁷ em saúde do paciente pode vir a ser preocupante, já que existem diferentes interesses e benefícios por parte dos que pretendem consultar o prontuário (familiares, empresas de seguro, agências governamentais, a justiça, etc.). Este fato pode desencadear práticas discriminatórias e causar danos morais, psicológicos, sociais e afins a seus titulares se acessadas de forma indevida ou por quem não for apto.

A fragilidade no acesso às informações pessoais em saúde ganhou destaque em todo o mundo e está no auge das discussões. Nos últimos anos, houve repercussão nos noticiários sobre o vazamento, divulgação ou uso inadequado de informações sigilosas sobre a saúde de pacientes. Dentre os casos, o que teve mais evidência no país foi o da ex-primeira-dama Marisa Letícia, que faleceu no ano de 2017 enquanto internada no Hospital Sírio-Libanês. Neste incidente, informações sobre o estado de saúde da ex-primeira-dama foram divulgadas em um grupo de *whatsapp* composto por médicos. A divulgação do estado de saúde da paciente, ou seja, de suas informações sensíveis em saúde, foi feita de forma proposital e com fins de “zombaria” por uma médica que sequer fazia parte da equipe assistencial responsável pelos cuidados à paciente (SEGATTO, 2017). O ocorrido só confirma a ocorrência da falta de segurança, confiabilidade e sigilo no trato às informações em saúde inerentes ao paciente.

O acesso ao PP é permitido sem restrição à equipe de saúde responsável pela assistência ao paciente e dentre outros profissionais delegados para sua manipulação, a exemplo do arquivista da IS, que é profissional mais indicado para ser responsável pela gestão dos prontuários no SPP. Desta forma, os profissionais com livre acesso ao PP estão respaldados pelo regime da ética profissional, o qual cabe o dever de não revelar a informação obtida em detrimento do seu trabalho, cabendo o sigilo das informações a que tiveram acesso e não a revelar ou divulgar.

Por indicação de Ventura (2012), recomenda-se que o acesso às informações em saúde, principalmente as advindas do PP, seja regulado por normas, procedimentos e leis aplicadas no âmbito da IS. Para o autor, critérios para o manuseio ao PP são essenciais para a manutenção da privacidade do paciente devido à vulnerabilidade do acesso. E, por meio de resolução, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002) salienta que cabe às IS a

⁷ O dado é uma espécie de pré-informação, uma informação em potencial; enquanto a informação (propriamente dita) é o resultado do processo de elaboração dos conteúdos fornecidos pelo dado, além de, em certas ocasiões estar vinculada a uma ordem de valores preestabelecida. (SCHAEFER, 2010, p. 47-48)

manutenção da qualidade, a supervisão e preservação das informações contidas no PP. Considerado isto, os responsáveis pela gestão do SPP precisam estar cientes quanto à disposição do acesso, levando em conta a alta demanda de consultas ao mesmo.

[...] a instituição deve definir quem pode consultar as informações, bem como quem pode registrar suas observações e procedimentos no prontuário. Essa definição não se restringe às pessoas, mas abrange também o que elas vão escrever; por exemplo: ao médico cabe registrar a prescrição, anamnese, evolução diária, procedimentos invasivos, entre outros; à enfermagem cabe registrar a administração de medicamentos, evolução diária, balanço hídrico e assim por diante (MORAES; SALIES, 2009, p. 431).

A responsabilidade por definir normas e procedimentos de acesso às informações registradas no PP compactua da interação entre a Comissão de Revisão de Prontuário (CRP), da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) e responsáveis pelo SPP. Estas comissões são designadas para atuar na gestão do PP, especificamente para fiscalizar a organização, o prazo de guarda e a eliminação do PP. Ambas são constituídas por uma equipe multidisciplinar, ou seja, de diferentes profissionais atuantes nas IS (área jurídica, administrativa, financeira, da saúde e, principalmente, o profissional de arquivo) com intuito de agregar conhecimentos para a manutenção e gestão do PP.

A atuação das comissões se concentra no SPP, que é o setor responsável por colocar em prática as normas e procedimentos de acesso às informações registradas no PP, já que o setor lida diretamente com as solicitações tanto da equipe de saúde quanto de outros interessados. Em resumo, estas comissões “são recorrentes, decisivas e imprescindíveis para a preservação da memória e a difusão do conhecimento sobre a promoção, a prevenção e a atenção à saúde” (OLIVEIRA; CUNHA, 2014, p. 126).

Relatos históricos, que simbolizam os princípios éticos relacionados à privacidade e à confidencialidade das informações registradas no prontuário, apontam Hipócrates como um dos pioneiros na formulação de princípios e leis que defendiam os direitos dos doentes em detrimento dos profissionais de saúde. Hipócrates defendia ser dever moral dos profissionais de saúde manter sigilo sobre as informações relacionadas à vida e à saúde do doente (SOARES; DALL’AGNOL, 2011).

Bettinelli e outros (2010) acreditam na privacidade como uma necessidade e um direito de todo ser humano, pois é considerada fundamental e imprescindível ao desenvolvimento e à manutenção do sentido da vida; e também indispensável para a manutenção da dignidade humana. Com o mesmo ponto de vista, Ventura (2012) considera que o acesso às informações inseridas nos prontuários está diretamente relacionado com os

direitos à privacidade e à confidencialidade. Soares e Dall'agnol (2011, p. 684) ressaltam que “a preocupação com a privacidade e a divulgação de informações confidenciais das pessoas tem sido objeto de estudos, discussões e reflexões ao longo da história”. Estas premissas, portanto, refletem a importância em promover a adoção de normas e procedimentos para gerir o acesso ao PP de modo a não autorizá-lo a quem não tiver este direito, tanto durante a prestação da assistência em saúde quanto no processo de gestão do PP.

Consideradas ações de primeira instância, as normas e procedimentos podem ser implementados na conjuntura das políticas públicas de informação para a saúde confirmando a premissa de Ventura (2012) ao observar que as IS devem se basear nas leis e políticas de seu país para desenvolver suas políticas internas pensando na qualificação e no interesse das pessoas quanto ao acesso ao PP. Do mesmo modo pensam Moraes e Salies (2009, p. 431), pois para assegurar a qualidade e segurança das informações há de se ter “[...] uma política de autorização de acesso baseada na legislação vigente e na realidade da instituição”. Ainda conforme as autoras, “[...] uma política de autorização de acesso deve ser legitimada pela **autoridade máxima da instituição e disseminada para todos os profissionais assistenciais e administrativos**” (MORAES; SALIES, 2009, p. 431, grifo nosso).

Algumas diretrizes voltadas à informação de modo geral, à privacidade do cidadão, às informações em saúde e, especificamente, ao PP, estão representadas no Brasil por meio de leis, pareceres e resoluções, tais como na Constituição Brasileira, em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), em diretrizes do Conselho Nacional de Arquivologia (CONARQ), na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)⁸, no Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (PlaDITIS)⁹, entre outros. Estas políticas, resoluções e diretrizes subsidiam orientação quanto aos procedimentos para gestão, preservação, e manutenção das informações registradas no PP.

O processo de desenvolvimento de políticas de informação em saúde no Brasil se caracteriza a partir da década de 1990, com a realização das Conferências Nacionais de Saúde, que subsidiaram discussões sobre a criação de políticas de informação voltadas para a área da saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2013). Atualmente no Brasil, existem leis voltadas ao tratamento da informação do cidadão, zelando pela privacidade e

⁸ Tem como objetivo: a melhoria do acesso e da qualidade no SUS; a transparência e segurança das informações sob a guarda do poder público; o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e, por fim, o desenvolvimento institucional do SUS com ganhos de eficiência na gestão de pessoas, aquisição de insumos, monitoramento e avaliação das ações, logística, pagamento e transferência de recursos e outros processos-meio (PNIIS, 2011, p. 07).

⁹ Tem como objetivo: promover a qualidade da informação em saúde, considerando “os problemas ainda existentes na área de informação e informática em saúde. (ABRASCO, 2008).

confidencialidade dos seus dados, a exemplo da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI) –; da recente Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), aprovada em 14 de agosto de 2018; e do Projeto de Lei nº 7237/2017 (Lei Marisa Letícia), aprovada na Câmara dos Deputados em 28 de novembro de 2018, que faz referência à ex-primeira-dama Marisa Letícia e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal) acrescentando o art. 153-A, que trata da divulgação não autorizada de imagens e de dados de prontuários de pacientes sob cuidados de profissionais de saúde.

Sabendo-se que o desenvolvimento destas novas leis baseou-se em premissas da Constituição de 1988, a qual já abordava requisitos para o direito à privacidade do cidadão, cabe salientar a percepção tardia do governo brasileiro sobre a importância dedicada às informações sensíveis que transitam nos registros cotidianos desta sociedade que gera inúmeras informações.

No contexto das políticas implementadas pelo CFM, como fonte basilar, que são em sua maioria resoluções, algumas tem destaque neste estudo por voltarem-se à gestão do PP no tocante de sua relevância para o funcionamento de uma IS (Resolução CFM nº 1.638/2002; 1.821/2007), bem como para o controle da situação da saúde no país e as responsabilidades do médico sobre o PP (Resolução CFM nº 1.605/2000; e CFM nº 2.152/2016).

Conforme as considerações já sinalizadas, esta pesquisa contempla a premissa do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF, 2006, p. 53) ao preconizar que “o acesso ao prontuário é regido de leis e normas, de impedimentos ou de concessões”, e também de Ventura (2012, p. 96) ao alertar que “em todo processo de elaboração do prontuário, devem-se ter claros os direitos do paciente elencados pela legislação nacional”.

A partir das considerações do CRM - DF e Ventura, esta pesquisa parte do pressuposto de que a implementação de normas e procedimentos para o acesso ao PP nas IS pode diminuir a incidência de acessos não autorizados e sua manipulação indevida, considerando que nem toda informação está passível de ser transmitida, lida, acessada ou manipulada.

Assim, o problema desta pesquisa se concentra nas seguintes questões: Quais estratégias, métodos e infraestruturas são implementadas pelas IS universitárias para o acesso ao PP com vistas a garantir a confidencialidade e sigilo das informações sensíveis em saúde? Como o PP tramita pela Instituição de Saúde? De que forma a capacitação e a qualificação dos profissionais lotados no SPP assegura a confidencialidade e sigilo das informações sensíveis em saúde?

1.2 Objetivos

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar a implementação de normas e procedimentos para o acesso ao Prontuário do Paciente nas Instituições de Saúde universitárias. E, para alcançar este objetivo, desenvolveram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar método, infraestrutura e estratégia para o acesso às informações sensíveis em saúde;
- b) Descrever o fluxo de acesso ao Prontuário do Paciente;
- c) Examinar a qualificação e a capacitação dos funcionários, lotados no SPP, quanto à proteção e o acesso às informações sensíveis em saúde.

1.3 Justificativas e contribuições

Esta pesquisa tem seus estudos pautados na relevância da confidencialidade e sigilo das informações sensíveis em saúde enquanto registro no PP. Assim, a intenção do estudo desta pesquisa visa a CI enquanto aporte principal no tratamento à informação sensível, já que seu objeto de estudo são as variadas formas de uso da informação, ou seja, o tratamento dado à informação, mesmo que a temática persista para a área do Direito.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se, inicialmente, por a proteção da informação sensível e, principalmente da informação sensível em saúde do cidadão brasileiro, não estar esclarecida e ser pouco abordada nas legislações atuantes no país. De modo que esta temática gerou grande repercussão no Brasil apenas no de 2019 por conta da instauração de uma nova legislação específica para o tratamento de dados pessoais do cidadão brasileiro, a LGPD. Também justifica-se por compreender que promover a importância da confidencialidade e do sigilo da informação sensível em saúde registrada em um documento considerado inteiramente sigiloso e pessoal – o Prontuário do Paciente –, só reforça a interdisciplinaridade da CI ao abarcar a área da Saúde e do Direito neste quesito.

O direito do cidadão, em relação à prestação dos serviços de saúde, vai além de ter asseguradas condições para tratamento de doenças ou atendimento preventivo enquanto usuário dos serviços de uma IS. Este direito também está embutido na conformação da confidencialidade e sigilo das informações fornecidas pelo próprio cidadão para o seu atendimento, já que, durante este processo, o cidadão usufruirá de diferentes serviços

(diagnósticos, exames, tratamentos, entre outros) para que obtenha êxito à sua enfermidade, registrando-se os procedimentos prestados prontamente em seu PP.

Os registros feitos no PP são decorrentes do tratamento à saúde, que se configuram em informações pessoais e sensíveis, conseqüentemente, dotadas de sigilo e confidencialidade. Estas informações são restritas ao médico e à equipe de saúde responsável pelo atendimento, como já sinalizado. Ainda assim, diferentes circunstâncias podem desencadear o acesso indevido ou não autorizado ao prontuário deixando a dúvida sobre a real proteção das informações do paciente, dentre elas, o fato de muitas pessoas do quadro funcional de uma IS terem acesso ao PP.

O extenso e diversificado quadro funcional de uma IS justifica-se por ser um local que desempenha diferentes atividades e que demanda de pessoal singularmente especializado. Autores como Francisconi e Goldim (1998) evidenciam que em hospitais americanos, durante uma internação clínica habitual, 75 diferentes pessoas lidam com o PP.

Os médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como todos os demais funcionários administrativos (secretárias de unidade, funcionários do setor de arquivo de prontuários, de setores de internação, da área de faturamento e de contas de pacientes, entre outros) que entram em contato com as informações têm [...] apenas autorização para o acesso às mesmas em função de sua necessidade profissional, mas não o direito de usá-las livremente (FRANCISCONI; GOLDIM, 1998, 272).

De forma que existem diferentes especialidades da equipe de saúde envolvida no tratamento do paciente, cada um produz informação para complementar o PP, e este é responsável pelo que registra. Dentre os funcionários que lidam diretamente com o PP, inclui-se o quadro que integra o SPP. Neste caso, o papel dos funcionários deste setor torna-se crucial para dar prosseguimento à gestão, colocando em prática os serviços como: zelar pela privacidade do paciente, a integridade do documento, a confidencialidade, sigilo e segurança da informação e a imagem da Instituição mantenedora, não esquecendo sua principal incumbência: elaborar e implantar normas e procedimentos para o acesso ao PP.

Os serviços citados são ações essenciais na rotina do SPP quanto às solicitações de acesso às informações contidas nos prontuários, que são para diferentes fins, a exemplo: continuidade do atendimento ao paciente em outras instituições de saúde, isenção de imposto de renda do paciente, emissão de vistos para estrangeiros, pagamento de seguros, entre outros (MORAES; SALIES, 2009).

Como segunda justificativa, de cunho mais pessoal, esta pesquisa foi uma inquietação da pesquisadora diante os serviços despendidos nas IS, especificamente no Serviço de

Prontuário do Paciente. A experiência que designou a inquietação da pesquisadora se deu durante o expediente de trabalho, em atividade com os PP considerados de guarda permanente. Durante a organização dos prontuários, a pesquisadora deparava-se com informações sigilosas sobre o estado de saúde dos pacientes, a exemplo de procedimentos complexos e dados pessoais registrados no PP em suporte papel.

No decorrer do serviço, por surpresa, instigou-lhe o fato de ter encontrado o PP de pessoa do seu convívio familiar, e pôs-se a “saber” de informações pessoais desta pessoa ao ter manuseado seu prontuário. As informações em saúde registradas naquele prontuário não foram de grande impacto, mas surgiu-lhe a inquietude se caso o fosse mais grave. Ficou certa de que a ética tanto pessoal quanto da sua profissão (arquivista) fez-se presente, e guardou as informações para si. Mas, questionou-se se, à época em que o PP era ativo na IS de origem, havia a adoção de normas e procedimentos para o acesso às informações registradas neste documento, já que o mesmo é considerado sigiloso.

Em suma, o presente estudo considera o PP não só como documento essencial para sua área de origem, mas, principalmente, como fonte de informação para o estudo em outras áreas, estendendo-se a campos da Ciência Social Aplicada, com diferentes contribuições, tanto para a área da saúde, direito, arquivologia etc. quanto para a área da Ciência da Informação (CI), conformando-o às necessidades da sociedade como um todo.

O enlace entre a informação, a saúde e os direitos do paciente consideram a interdisciplinaridade promovida pela CI, pois a temática abordada envolve quatro áreas distintas, mas complementares: áreas afins da saúde coletiva (epidemiologia, medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, bioética, dentre outros campos), direito, arquivologia e ciência da informação. Efetivamente, um estudo voltado às informações registradas no PP se configura de relevância social ao promover a criação e aplicação de políticas que subsidiem o controle e acesso ao mesmo. Estas políticas podem ser favoráveis tanto para a conscientização e capacitação aos profissionais que atuam na área da saúde quanto para o tratamento ético a ser designado ao PP. Assim, esta pesquisa é norteada nas políticas, leis, regimentos e resoluções brasileiras abrangentes à CI, ao Direito e à Saúde com fins de obter resultados enriquecedores para a CI, e mais especificamente para o quadro de dissertações do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI) do Instituto de Ciência da Informação (ICI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na linha de pesquisa Políticas e Tecnologias da Informação.

1.4 Metodologia

Para Lakatos e Marconi (2003, p. 76) “a ciência não é o único caminho de acesso ao conhecimento e à verdade”, pois depende da característica de observação que cada um contempla em si. Nesta declaração, ensinamos que a “a ciência não possui instrumentos para decidir que valores devem ser escolhidos ou a prioridade que devemos dar a eles. Nossas escolhas e prioridades estão dados por nossas crenças e valores” (SORJ, 2009, p. 32). Neste contexto, a metodologia utilizada nesta pesquisa não interfere nos resultados da análise dos dados, isto é, a ciência não é composta de uma verdade absoluta; algumas das respostas às questões levantadas estão compostas de valores e crenças da compreensão dos respondentes, sua vivência e opiniões retratam o valor desta pesquisa.

Nas considerações dos autores citados acima, compreende-se que a busca pelo conhecimento é dotada de diferentes caminhos e percepções, que não é puramente precisa, e que necessita de constante aferição da verdade. E, baseada nestas percepções, esta pesquisa qualifica-se de natureza aplicada, exploratória e descritiva em relação aos objetivos.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas e as exploratórias são as mais utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática do problema da pesquisa. Assim, esta classifica-se como exploratória por seus objetivos procurarem revelar a realidade do objeto estudado, ou seja, a confidencialidade e o sigilo no acesso às informações sensíveis em saúde registradas no PP. Já o processo descritivo desta pesquisa tendeu a interpretar os dados, identificando a existência de relação entre as variáveis (acesso ao PP => legislação nacional => qualificação funcionários => confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde) e propor melhorias para o fenômeno estudado. Deste modo, consideramos que o acesso ao PP está atrelado ao desenvolvimento e aplicação de procedimentos e normas, baseadas na legislação brasileira, por parte do SPP para orientar na manutenção da confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde.

Os procedimentos desta pesquisa estão classificados como bibliográfico, documental, de levantamento e de campo. Tem abordagem quantitativa e qualitativa, pois se propõe a analisar e interpretar os dados coletados, além de quantificá-los e mensurá-los. No **Quadro 1** demonstra-se de forma resumida e explicativa os procedimentos e técnicas utilizadas nesta pesquisa.

Quadro 1 – Procedimentos e análises utilizadas na pesquisa

ETAPAS DA PESQUISA						
TIPO DE PESQUISA		OBJETIVOS		LÓCUS		
Campo	Bibliográfica	Exploratória e Descritiva		Instituições de Saúde Universitárias		
Levantamento	Documental	ABORDAGEM				
		Quantitativa e Qualitativa				
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		PRODUÇÃO DOS DADOS	PARTICIPANTES DA PESQUISA	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS
Verificar a implementação de normas e procedimentos para o acesso ao Prontuário do Paciente nas Instituições de Saúde Universitárias.	OE1 Identificar método, infraestrutura e estratégia para o acesso às informações sensíveis em saúde.		Pesquisa Bibliográfica e Documental	-	-	-
	OE2 Descrever o fluxo de acesso ao Prontuário do Paciente no Serviço de Prontuário do Paciente.		Campo e Levantamento	Responsáveis e Funcionários do SPP	Entrevista Questionário	Análise de Conteúdo Estatística Descritiva
	OE3 Examinar a qualificação e a capacitação dos funcionários, lotados no SPP, quanto à proteção e o acesso às informações sensíveis em saúde.		Campo e Levantamento	Funcionários do SPP	Questionário	Estatística Descritiva

Fonte: Elaborado pela autora.

1.4.1 Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com Tuckman (2000, p. 19) em “qualquer trabalho de investigação no campo das ciências sociais e humanas, as preocupações de natureza ética devem ser consideradas cuidadosamente, uma vez que tem como objeto o comportamento de seres humanos”. E como não poderia deixar de ser, já que esta pesquisa trata da confidencialidade e do sigilo das informações sensíveis em saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem (CEEE) da UFBA para aprovação, com fins de garantir a esta maior rigor científico e respaldo aos dados coletados. Assim, consideramos a submissão do projeto desta dissertação aos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) como a primeira fase da pesquisa, pois demandou de elaboração minuciosa de documentos para submissão à Plataforma Brasil¹⁰, onde o projeto foi avaliado pelo CEP de cada IS. O processo de avaliação dos projetos é demorado e necessita de tempo, pois as reuniões dos Comitês só acontecem uma vez ao mês – certo que com algumas exceções, podem ocorrer reuniões extras durante o mês – haja vista a alta demanda de outros projetos à frente para serem avaliados, de modo que este entrou “em fila de espera” para ser avaliado.

Dentre os documentos encaminhados aos CEP por meio da Plataforma Brasil estão: o termo de solicitação de coparticipação às IS, a fim de que aceitassem fazer parte da pesquisa, e assim, obter os termos de anuência das mesmas; o orçamento dos gastos e o cronograma da pesquisa; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para o consentimento do entrevistado; a declaração de não coleta de dados e termo de confidencialidade da pesquisadora, entre outros que foram submetidos à Plataforma Brasil.

De modo que esta primeira fase da pesquisa também compreendeu idas ao *locus* com fins de obter assinaturas e outros, para consentimentos, a mesma perpassou o período de junho a novembro do ano de 2018 com a finalidade de obter a anuência e o parecer definitivo de exequibilidade por parte dos CEP de cada IS.

Assim, o processo de aprovação do CEP da Escola de Enfermagem perdurou por 2 meses: foi submetido em 10 de agosto de 2018 e recebeu parecer de aprovação nº 2.937.357 em 04 de outubro de 2018. Após aprovação, o CEEE encaminhou o projeto na mesma data do

¹⁰ A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). O sistema permite, ainda, a apresentação de documentos também em meio digital, propiciando ainda à sociedade o acesso aos dados públicos de todas as pesquisas aprovadas. Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018 - <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>)

parecer de aprovação, via Plataforma Brasil, aos CEP das IS anexadas como coparticipantes da pesquisa. Feito isto, a **IS₁** aceitou a indicação de relatoria em 11 de outubro de 2018 e liberou o parecer definitivo de aprovação nº 3.048.876 em 30 de novembro de 2018. Enquanto que o CEP da **IS₂** aceitou a indicação para relatoria em 20 de outubro de 2018 e liberou o parecer definitivo de aprovação nº 3.257.413 em 10 de abril de 2019. Salientando que a **IS₃** não dispunha de CEP até a submissão do projeto, então, a pesquisa foi autorizada pela então diretora do mesmo, com assinatura do termo de anuência institucional em 02 de agosto de 2018 e declaração de ciência do orientador em 16 de outubro do mesmo ano. No **Quadro 2** estão as etapas de aprovações dos CEP:

Quadro 2 – Submissão do projeto da dissertação para os Comitês de Ética

SUBMISSÃO DO PROJETO DA DISSERTAÇÃO PARA OS COMITÊS DE ÉTICA				
Comitê de ética	Data Submissão	Data Parecer	Data Parecer definitivo	
EEUFBA	10/08/2018	05/09/2018	04/10/2018	
Instituição de Saúde	Data Submissão	Data 1º Parecer	Data Parecer definitivo	Início Coleta de dados
IS₁	04/10/2018	20/11/2018	30/11/2018	21/03/2019
IS₂	04/10/2018	27/02/2019	10/04/2019	12/04/2019
IS₃	Não tem Comitê de Ética e Pesquisa	- Assinatura do termo de anuência institucional 02/08/2018 - Declaração de ciência do orientador em 16/10/2018	09/04/2019	

Fonte: Elaborado pela autora.

Somente após a aprovação do CEEE e demais CEP, deu-se início à segunda fase da pesquisa, o levantamento dos dados *in loco*, que foram programados anteriormente com os responsáveis pelo SPP por agendamento telefônico. A colaboração com a pesquisa ocorreu de forma voluntária e sem identificação dos respondentes, conforme o TCLE assinado pelos entrevistados.

1.4.2 Apresentação do *locus* da pesquisa

De forma a especificar o *locus* desta pesquisa, e sabendo que o PP é fonte de informação utilizada não só por profissionais de saúde para a assistência, mas também como subsídio para o ensino e a pesquisa, este estudo é aplicado e se concentra em um espaço relevante para a ciência: as Universidades. O problema desta pesquisa inclina seu universo às IS vinculadas às Instituições de Ensino, ou seja, Universidades Federais que compreendem Hospitais Universitários (HU)/Hospitais Escola, que são considerados celeiro para a pesquisa, o ensino, a extensão e a inovação na área da saúde.

Os HU compartilham seu espaço para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologia, de forma que sua prestação de serviços possibilite o

aprimoramento em padrões de eficiência para o SUS, considerando o atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para diversas patologias (MEC/BRASIL, 2018). Estes tipos de IS ainda auxiliam no desenvolvimento da educação permanente, de forma que contribuem para “a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e ainda servir como espaço para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde” (ARAÚJO, 2014, p. 1265). Desta forma, a solicitação de acesso ao PP para pesquisas ocorre em alta demanda nestas IS, pois as mesmas dedicam-se à assistência especializada em novas enfermidades ou à releitura das mais comuns.

Ressalta-se, portanto, que a escolha do *locus* da pesquisa deu-se pelo fato de as IS vinculadas às Universidades Federais contemplarem atividades voltadas para além da prestação dos serviços de saúde, flexibilizando sua atuação em prol do ensino, da pesquisa, da extensão e da inovação, o que conseqüentemente, compete a estas um cuidado específico quanto ao acesso às informações sensíveis em saúde produzidas.

No universo desta pesquisa compreendem-se IS com recorte para a cidade de Salvador, utilizando-se como amostras os HU vinculados à UFBA. As IS selecionadas têm diferentes especializações, classificadas em média e alta complexidade; atribuições estas que contam como um diferencial para o acesso às informações registradas no PP, já que quanto mais diversificadas as atividades de uma Instituição, maior será a produção de documentos.

A atuação das IS vinculadas às Universidades Federais demanda por solicitações de acesso ao PP para além das habituais (médicos, residentes, enfermeiros, administrativas, judiciais etc.); se estende às pesquisas em torno das informações registradas nos prontuários por parte de estudantes da área da saúde da própria Universidade e outros pesquisadores externos. Neste caso, o PP é tido como instrumento fundamental de fonte de informações para gerar conhecimentos sobre patologias, diagnósticos, curas, etc.

Para a apresentação na análise dos dados, cada IS recebeu um código alfanumérico, representados por IS₁, IS₂ e IS₃, no qual “IS” corresponde à Instituição de Saúde e os numerais à ordem adotada para representá-las.

1.4.3 Procedimentos, técnicas e instrumentos utilizados

Nesta seção são apontados os procedimentos, os instrumentos e técnicas utilizados para obtenção dos resultados da pesquisa. Logo, este estudo qualifica seus procedimentos como bibliográfico, pois seu desenvolvimento compõe-se de pesquisa a materiais já elaborados, a exemplo de livros, teses, dissertações e artigos científicos com as estimadas

classificações Qualis. Assim, a busca por estes materiais teve como base consultas aleatórias a Banco de teses e dissertações, Portais de Periódicos, Google Acadêmico e Repositórios Institucionais (Capes, Ibict, Fiocruz e das principais Universidades Federais brasileiras), além de anais de eventos científicos, a exemplo do Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB), principal evento na área da CI no Brasil.

Uma busca mais criteriosa foi feita no portal *Scientific Electronic Library Online* (*Scielo*), mais especificamente na coleção Saúde Pública, onde pode ser encontrado um total de 44.516 artigos e 18 periódicos, com artigos datados de 1967 ao ano 2020. A pesquisa pelos artigos nesta plataforma utilizou-se das palavras-chave: dado *and* sensível; dados *and* sensíveis; informação *and* confidencialidade; informação *and* sigilo; informação *and* privacidade; informação *and* saúde; informação *and* sensível; prontuário *and* confidencialidade; prontuário *and* sigilo; prontuário *and* privacidade; prontuário *and* paciente; paciente *and* direitos.

Na **Tabela 1**, pode ser acompanhada uma síntese da busca realizada na plataforma *Scielo*, onde os artigos compreendem os anos 2010 e 2020, pois reúnem informações “capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 158); deu-se preferência pelos artigos nos idiomas português e inglês, por meio de três possibilidades: que as palavras-chave apareçam, de um modo geral, em todos os índices da plataforma (nos campos: palavras do título; autor; registro de ensaios clínicos; assunto; resumo; ano de publicação; tipo de artigo; afiliação – organização; afiliação – país, país); as palavras-chave apareçam somente no título dos artigos; ou que as palavras-chave apareçam somente no resumo dos artigos. Dentre cada uma das possibilidades foram selecionados os artigos que tinham relevância com a abordagem deste estudo.

Tabela 1 – Amostra da pesquisa bibliográfica na plataforma *Scielo*, coleção Saúde Pública¹²

FILTROS	Coleção: Saúde Pública			
	Ano: 2010 a 2020			
	Idioma: Português e Inglês			
Palavras-chave	RESULTADOS			
	Todos os índices ¹¹	No Título	No Resumo	RELEVANTES
Dado and Sensível	04	0	04	0
Dados and Sensíveis	198	01	193	01
Informação and Confidencialidade	12	0	11	05
Informação and Sigilo	07	0	06	04
Informação and Privacidade	18	03	07	13
Informação and Saúde	3.282	82	1.075	21
Informação and Sensível	18	0	10	0
Prontuário and Confidencialidade	02	0	02	01
Prontuário and Sigilo	01	0	01	01
Prontuário and Privacidade	01	0	01	0
Prontuário and Paciente	124	06	103	07
Paciente and Direitos	81	04	36	10
TOTAL de artigos relevantes	63			

Fonte: Scielo, 2019/2020.

O desenvolvimento deste estudo também qualifica-se como documental, pois tem como base normas, diretrizes e legislações, levantadas a partir de pesquisa a documentos oficiais (leis, resoluções, normas e diretrizes) de órgãos do governo federal ou vinculados, a exemplo: Constituição Federal 1988, leis do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ), resoluções e pareceres do CFM, PNIIS, 2º PlaDITIS, LGPD, entre outros.

O levantamento por meio documental diz respeito a apurar diretrizes e normas de acesso, de confidencialidade, privacidade e sigilo, que possam ser aplicadas às informações sensíveis em saúde registradas no Prontuário do Paciente, de acordo com a Legislação brasileira. Para isto, foi iniciada pesquisa na *web*, por meio do Portal da Legislação¹³, que concentra e dispõe para consulta leis, decretos, resoluções, etc. promulgados no país. No portal fez-se busca por leis que apontassem conteúdos sobre o acesso à informação e outras que apontam para a confidencialidade, privacidade e sigilo da informação considerada como pessoal e sensível. Dentre as leis levantadas podemos citar a Constituição Federal de 1988, a

¹¹ Todos os índices: Palavras do título; Autor; Registro de ensaios clínicos; Assunto; Resumo; Ano de publicação; Tipo de artigo; Afiliação – organização; Afiliação – País, País.

¹² A busca na plataforma Scielo levou em conta os artigos publicados entre os anos 2010 a 2019, prezando pelo título em idioma português, de modo que neste fossem encontradas as palavras-chave; o próximo passo foi verificar o resumo dos artigos escolhidos pelo título, para verificar se estes relatavam temáticas de interesse para o desenvolvimento da pesquisa. P.S: Os achados relevantes contam com a seleção dos artigos somente pelo título; *considera-se que o mesmo artigo tenha aparecido nos resultados mais de uma vez.

¹³ Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>

Lei 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), a Lei 10.406/2002 (Novo Código Civil), a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), entre outras. A consulta *web* também ocorreu por meio do portal Saúde Legis¹⁴ e nos respectivos portais dos Conselhos profissionais (medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia, enfermagem etc.), utilizando-se termos de busca como acesso, confidencialidade, privacidade e sigilo, conformando as resoluções que retratassem aspectos voltados para as informações registradas no PP.

Ainda no levantamento documental, foram utilizadas outras diretrizes e normas como as designadas pela PNIIS e pelo PlaDITIS e, principalmente as resoluções do CONARQ. Estas foram pesquisadas no portal *web* dos seus respectivos órgãos gestores ou por meio de busca específica em portais voltados para a informação em saúde, a exemplo do portal da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), onde encontramos o PlaDITIS.

1.4.3.1 Os questionários

O questionário (**APÊNDICE B**) desta pesquisa foi uma adaptação do questionário utilizado como instrumento no Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão compartilhada em Saúde – PPSUS – BA – FAPESB/SESAB, sobre “Mecanismos de Difusão de Conhecimentos Gerenciais entre os Sistemas e Redes de Atenção à Saúde”, liderado pelo orientador Francisco Pedroza, o qual a autora desta dissertação se faz integrante enquanto mestranda.

O questionário inicia-se com perguntas consideradas, por Lakatos e Marconi (2003), como de fato e objetivas sobre o respondente, utilizando-se de perguntas como idade, tempo de trabalho, nível de escolaridade, dentre outros, com fins, nesta pesquisa, de viabilizar dados qualitativos à mesma. Outra parte do questionário dedica-se a questões fechadas e de múltipla escolha, pois esta técnica “é facilmente tabulável e proporciona uma exploração em profundidade quase tão boa quanto a de perguntas abertas” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 207). Esta técnica é utilizada nesta pesquisa tanto para obtenção de dados quantitativos como qualitativos, compondo-se de perguntas de opinião (escala Likert: desconheço, discordo totalmente, discordo mais do que concordo, não concordo, nem concordo, concordo mais do que discordo, concordo totalmente), que, de acordo com Gil (2008), não mede o quanto uma atitude é mais ou menos favorável; e de estimação (relevante, pouco relevante, muito relevante), pois consiste em emitir julgamento do grau de importância por parte do respondente para mensuração e avaliação dos dados (LAKATOS; MARCONI, 2003).

¹⁴ http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Os questionários foram distribuídos em vias impressas, de modo a facilitar a aplicação aos respondentes, já que nem todos os colaboradores, dependendo da sua função no SPP, dispunham de acesso à internet ou a computadores para responder ao mesmo via *web*. Por conta disto, foi dado o prazo de 10 dias úteis para recolhimento dos questionários, como podem ser vistos no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Prazos de entrega e devolução questionários

PRAZOS DE ENTREGA E DEVOLUÇÃO QUESTIONÁRIOS				
	QUANT. DISTRIBUÍDOS	DATA ENTREGA	DATA DEVOLUÇÃO	QUANT. DEVOLVIDOS
IS₁	30	21/03/2019	04/04/2019	20
IS₂	30	12/04/2019	25/04/2019	17
IS₃	03	09/04/2019	24/04/2019	03
TOTAL	63			40

Fonte: Elaborado pela autora.

1.4.3.2 A entrevista

A entrevista (**APÊNDICE A**) foi feita no mesmo dia da entrega dos questionários e está estruturada em 18 perguntas, de forma que o respondente proporcionasse a informação necessária, com precisão, fidedignidade, e que, de fato, transmitisse sua opinião sobre os assuntos tratados neste estudo. Foi aplicada aos responsáveis pelo Serviço de Prontuário do Paciente das três IS. Cada IS tinha um responsável pelo setor, portanto, os três responsáveis participaram da entrevista, os quais foram identificados nesta pesquisa por EIS₁, EIS₂ e EIS₃, de modo que a letra E significa entrevistado, IS significa Instituição de Saúde e os numerais identificam as Instituições a que pertencem.

A avaliação e tabulação dos dados coletados por meio da entrevista foram feitas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Este método foi escolhido por ser detalhado e organizado, pois, de acordo com a autora, a organização da análise de conteúdo envolve três fases: pré-análise; exploração do material, também chamada de descrição analítica; e análise e interpretação dos resultados. Diante isto, a autora reforça: “para que, a informação seja acessível e manejável, é preciso trata-la, de modo a chegarmos a representações condensadas (análise descritiva do conteúdo) e explicativas (análise do conteúdo), veiculando informações suplementares adequadas ao objetivo a que nos propusemos” (BARDIN, 2016, p. 58).

A transcrição das entrevistas é a primeira etapa no processo da análise dos dados. Posto isso, as respostas foram isoladas para analisar similaridades ou diferenças, de modo que as abordagens foram classificadas por títulos. A segunda etapa deste processo caracteriza-se pela análise e o exame do discurso, onde verificou-se a frequência dos termos. Na transcrição,

o discurso dos entrevistados foi transcrito de modo que a fala destes fosse repassada exatamente como foram ditas, ou seja, de forma literal, incluindo erros de linguagem, expressões de linguagem, pausas, vícios de fala etc. com a finalidade de transparecer a honestidade do material coletado. Portanto, as citações das entrevistas são apresentadas formatadas com destaque itálico, indicando que foi uma transcrição literal e para justificar o erro ortográfico em algumas palavras.

1.4.4 Levantamento *in loco*

A pesquisa enquadra-se como de levantamento e de campo, pois, “procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida, mediante análise [...], obter as conclusões correspondentes dos dados coletados” (GIL, 1999, p. 55). Deste modo, a amostra desta pesquisa é classificada como não probabilística por acessibilidade, pois participaram da pesquisa aqueles que se mostraram prontamente disponíveis, ou seja, sem critério ou filtro no processo de amostragem. De acordo com Gil (1987, p. 97), neste tipo de amostra “o pesquisador seleciona os elementos a que têm acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”.

Portanto, o levantamento *in loco* ocorreu no setor de guarda do PP, ou seja, onde ocorre a gestão da informação sensível em saúde, no SPP das IS Universitárias, por meio da aplicação da entrevista semi-estruturada realizada com o responsável pelo setor e do questionário impresso distribuído aos funcionários também do setor. O uso da entrevista semi-estruturada e do questionário nesta pesquisa podem responder a questões sobre o fluxo do PP na IS: como ocorre a tramitação do PP dentro da Instituição; quais setores mais solicitam e quantas são as solicitações diárias de acesso ao prontuário; qual a atuação do respondente do questionário (funcionário) no setor, dentre outras. O questionário e a entrevista foram analisados no grupo de pesquisa “Mecanismos de difusão de conhecimento para as inovações gerenciais dos sistemas de saúde”, coordenado pelo orientador deste estudo, com sugestões dos demais membros e alterações de algumas questões juntamente com a análise do pré-teste.

Os instrumentos de pesquisa foram criados com base em três categorias de análise e onze núcleos de sentido, ilustrados no **Quadro 4**. Neste tocante, a análise dos dados foi feita utilizando-se estas mesmas categorias e núcleos de sentido.

Quadro 4 – Categorias de análise

CATEGORIAS DE ANÁLISE	
Categorias (C)	Núcleos de sentido (NS)
ACESSO (C ₁)	- Solicitações internas de acesso ao PP no SPP (NS ₁)

	- Solicitações externas de acesso ao PP no SPP (NS ₂) - Finalidade do acesso ao PP (NS ₃) - Fluxo do Prontuário do Paciente na IS (NS ₄) - Organização do prontuário no SPP (NS ₅)
PROTEÇÃO DA INFORMAÇÃO SENSÍVEL NO SPP (C ₂)	- Normas e procedimentos para proteção da informação sensível em saúde (NS ₆) - Atuação da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) (NS ₇)
FUNCIONÁRIOS DO SPP (C ₃)	- Qualificação (NS ₈) - Atuação no SPP (NS ₉) - Tempo de atuação no SPP (NS ₁₀) - Capacitação (NS ₁₁)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os núcleos de sentido correspondem ao desmembramento das categorias, com o intuito de organizar e facilitar a análise dos dados. Portanto, cabe apresentar o significado que cada núcleo de sentido representa na análise por meio do **Quadro 5**.

Quadro 5 - Significados Núcleos de Sentido

C	NS	SIGNIFICADO DOS NÚCLEOS DE SENTIDO
C ₁	NS ₁ e NS ₂	Identificam qual a demanda de solicitações de acesso ao prontuário, qual setor mais solicita o prontuário, qual o usuário que mais solicita este prontuário.
	NS ₃	Representa qual o motivo, o propósito e a destinação para a solicitação de acesso ao prontuário.
	NS ₄	Representa o trâmite do prontuário pela IS, ou seja, qual o caminho percorrido para que este prontuário chegue ao seu destino.
	NS ₅	Representa as normas e procedimentos de organização adotadas pela IS que contribuem para o controle de acesso ao PP, seja para permissão ou restrição, circulação, destinação, prazos.
C ₂	NS ₆	Representa como a IS promove a proteção da informação sensível, seja utilizando sistemas com <i>login</i> específico e senha, seja instruindo o profissional para a utilização do sistema, adotando padronização na produção de dados e informações etc.
	NS ₇	A atuação desta comissão é importante para que os prontuários sejam revisados e organizados não só arquivisticamente, mas sob o olhar de profissionais de diferentes áreas sobre o conteúdo que permanecerá ou será excluído do prontuário após a revisão, seguindo orientação da temporalidade de vinte anos a partir do último registro feito no PP.
C ₃	NS ₈	Representa os conhecimentos adquiridos pelo funcionário por meio da formação acadêmica, certificação em cursos de curto e longo prazo, habilidades adquiridas no decorrer da sua vida profissional, etc.
	NS ₉	Representa o que este funcionário faz no setor, qual a sua ocupação. Esta atividade representa a importância do funcionário no setor e qual a representatividade desta para o setor.
	NS ₁₀	O tempo de atuação é importante ser sinalizado, pois os anos trabalhados no setor podem corresponder a um funcionário mais habilidoso nas tarefas desempenhadas e acúmulo de conhecimento sobre as práticas do setor.
	NS ₁₁	Representa os treinamentos promovidos pela IS aos funcionários, com fins de estimular as habilidades e competências para que este permaneça apto às atividades.

Fonte: Elaborado pela autora.

O levantamento dos dados para o segundo e terceiro objetivos – Descrever o fluxo de acesso ao Prontuário do Paciente; Examinar a qualificação e capacitação dos funcionários lotados no SPP, quanto à proteção e o acesso às informações sensíveis em saúde – ocorreram tanto por meio do questionário quanto da entrevista, já que existem questões relacionadas aos objetivos nos dois instrumentos. Os dados obtidos para descrever o fluxo de acesso aos

prontuários – segundo objetivo – foram analisados conforme as práticas adotadas por cada IS e confrontadas com o modelo de fluxograma elaborado por Moraes e Salies (2009), anexo a este trabalho (**ANEXO A**), coletado por meio da pesquisa bibliográfica.

O fluxograma é utilizado na análise dos dados como forma de atender aos requisitos propostos pelas autoras, por representarem o que consideramos a melhor maneira de conduzir as etapas de acesso às informações registradas no PP por parte do corpo administrativo, profissionais de saúde, pessoas ligadas ao paciente e em aspectos judiciais.

1.4.4.1 O pré-teste

Autores de metodologia da pesquisa como Lakatos e Marconi (2003) e Carlos Gil (2008) indicam que o instrumento de pesquisa utilizado passe por uma espécie de prova preliminar antes de ser aplicado definitivamente. Este procedimento é utilizado com fins de evitar falhas na obtenção dos resultados, evidenciando possíveis erros e permitir a reformulação no questionário definitivo. Os autores ainda recomendam realizar a mensuração em 5% a 10% do tamanho da amostra, o que consideram ser suficiente.

O pré-requisito na escolha do lócus para o pré-teste foi considerar aplicá-lo em uma IS inserida no contexto de hospitais universitários, em conformidade ao recorte do universo da pesquisa. Desta forma, o mesmo foi então aplicado aos colaboradores da Faculdade Bahiana de Medicina (FBM - unidade Brotas e Cabula VI) envolvidos na área de arquivo, e que abrangeu por consequência, profissionais da área de informática/digitalização por produzirem PEP.

Portanto, ao considerar que a população real da amostra desta pesquisa pode chegar a cem colaboradores atuantes nos três SPP, o pré-teste foi aplicado no dia 10 de dezembro de 2018, a oito colaboradores do SPP da FBM. Aproveitando o mesmo dia da entrega dos questionários, foi conduzida a entrevista ao único responsável pelo SPP das unidades da FBM. Ao fim, foi estabelecido prazo de 10 dias úteis para resposta aos questionários, de forma que o mesmo foi recolhido no dia 21 de dezembro de 2018.

Na data programada para o recolhimento do questionário do pré-teste, foram devolvidos apenas seis dos oito questionários distribuídos, sendo cinco respondentes completos e um respondido parcialmente. Ao analisar os questionários, todos descreveram sua atividade no setor e preencheram os dados específicos sobre o respondente. Quanto às demais questões, todas foram respondidas e não houve dúvidas, pois nada foi declarado no campo

destinado para tal, disposto ao final do questionário; ao invés disto, foram descritos apenas elogios à pesquisa.

A entrevista foi um grande diferencial na aplicação do pré-teste, pois foi determinante para elucidar juntamente com o questionário, algumas assertivas relacionadas ao método, infraestrutura e estratégias voltadas às atividades desempenhadas no SPP para o acesso ao prontuário com fins de assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações sensíveis em saúde, e conseqüentemente a privacidade do paciente.

1.5 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está dividida em seis capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com esta introdução, com o intuito de apresentar ao leitor o desencadear da pesquisa situando-o por meio da problematização, objetivos, justificativas e a metodologia, onde são abordadas suas etapas, os procedimentos, instrumentos e técnicas utilizadas para a apuração dos dados coletados. O segundo capítulo apresenta a importância da confidencialidade e do sigilo da informação na sociedade; traz breve revisão conceitual e histórica sobre a confidencialidade, a privacidade e o sigilo; e envolve aportes, nesta seara, para a informação em saúde. O terceiro capítulo compreende o primeiro objetivo lançado, dividido em três sessões, onde são apresentados três alicerces que identificam os serviços, procedimentos e normatizações essenciais em uma IS para auxiliar no acesso às informações sensíveis em saúde: a legislação brasileira como método, o SPP como infraestrutura e, por fim, a qualificação e a promoção da capacitação dos funcionários como estratégia. Estes alicerces são apresentados nesta pesquisa como subsídios para regulamentar, controlar e possibilitar o acesso ao PP, assegurando a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde nas IS universitárias. As sessões sobre os alicerces são abordadas separadamente, de maneira que no alicerce sobre a legislação brasileira como método, faz-se o levantamento de leis, normas e diretrizes nacionais que regem sobre o acesso à informação e também as que abordam questões referentes à confidencialidade, a privacidade e o sigilo da informação do cidadão, de modo a associá-las às informações sensíveis em saúde registradas no PP; no alicerce sobre o SPP como infraestrutura, aborda-se este setor como determinante para a aplicação de normas e procedimentos, com fins de assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações sensíveis em saúde que são a matéria prima deste setor; e o alicerce sobre a qualificação e a promoção da capacitação dos funcionários do SPP como estratégia utiliza-se de determinantes da área da Administração para designar a importância da qualificação e capacitação dos funcionários que

lidam diretamente com as informações sensíveis em saúde como fator estratégico para assegurar a confidencialidade e o sigilo das mesmas. No capítulo quatro apresenta-se e detalha-se a discussão dos resultados alcançados no levantamento *in loco*. E, no capítulo cinco, apresentam-se as considerações sobre os achados da pesquisa, bem como recomendações e embasamentos para pesquisas futuras.

2 A CONFIDENCIALIDADE, A PRIVACIDADE E O SIGILO NA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO

A Sociedade da Informação (SI) foi reconhecida a partir do final século XIX, com o fim da chamada sociedade pós-industrial e foi designada “como uma mudança de paradigma tecno-social presente na sociedade pós-industrial, visando o uso da informação como moeda para a sociedade em constituição naquele momento” (SANTOS; CARVALHO, 2009). Assim, a SI foi associada a uma nova fase na construção do estereótipo da sociedade, quebrando paradigmas e agregando novos valores até se adequar à realidade atual. Para Mattelart (2006, p. 79), “[...] a humanidade está no limiar de uma nova era da informação e, portanto, de um novo universalismo”, ou seja, vem se transformando e se adequando aos novos fluxos de informação e comunicação, sempre com o intuito de facilitar o cotidiano da vida humana.

A gênese da palavra informação, empregada de forma habitual hoje em dia, remonta sua etimologia ao século XV, que após a invenção da imprensa, teve como hábito utilizar palavras em latim para lançar novas ideias. O termo denota a concepção de moldar algo ou formar um molde, advindos das palavras *formatio* e *forma*, o que igualmente seria chamado mais tarde de ‘notícia’, derivado do latim *notitia* (conhecimento, noção, ideia) (MCGARRY, 1999). Para McGarry existe variação nos principais atributos da informação, as quais esta pode ser:

- a) considerada como um quase-sinônimo do termo fato;
- b) um reforço do que já se conhece;
- c) a liberdade de escolha ao selecionar uma mensagem;
- d) a matéria-prima da qual se extrai o conhecimento;
- e) aquilo que é permutado com o mundo exterior e não apenas recebido passivamente;
- f) definida em termos de seus efeitos no receptor;
- g) algo que reduz a incerteza em determinada situação. (MCGARRY, 1999, p. 04)

Ainda de acordo com o autor, captamos informações a todo momento por meio de nossos órgãos de sentidos (visão, audição, olfato, paladar, tato etc.) e rejeitamos informações que julgamos irrelevantes para nossas necessidades e propósitos, pois muitas informações que captamos não são de utilidade imediata e outras informações são captadas sem que delas tenhamos consciência imediata.

Informação é o termo que designa o conteúdo daquilo que permutamos com o mundo exterior ao ajustar-nos a ele, e que faz com que nosso ajustamento seja nele percebido. O processo de receber e utilizar informação é o processo de nosso ajuste às contingências do meio ambiente e de nosso efetivo viver nesse meio ambiente (WIENER, 1968, p. 17-18).

A informação passou a ser peça principal no jogo da sociedade, tanto de convivência quanto de sobrevivência. Para Santos (2009) o ideal seria que a SI pudesse gerar um complexo de relações focado na informação, por meio de políticas públicas que contribuam para diminuir a exclusão de milhares de pessoas sem acesso às tecnologias da informação e comunicação. Partindo deste pensamento, o governo brasileiro publicou o Livro Verde, organizado por Takahashi (2000), no qual relata que a SI não é um modismo, e que representa profunda mudança na organização da sociedade e da economia, pois estas são diretamente influenciadas pela infraestrutura de informações disponíveis.

De modo que a demanda de informações invade a rotina da sociedade contemporânea, há de se considerar que nem toda informação está passível de ser transmitida, lida, acessada ou manipulada, e assim a manutenção do sigilo e da confidencialidade de uma informação recai em contextos onde o direito à privacidade, à confidencialidade e ao sigilo da informação tornaram-se quase impossíveis, pois, hoje “o fluxo de informações assumiu escala global, enfraquecendo tradicionais limites territoriais” (VIEIRA, 2007, p. 167). O autor explica que a informação contém o principal ativo da sociedade da informação, sendo indispensável ao desempenho de qualquer atividade, tornando-a acessível; e, ao tornar-se acessível, até as informações sob proteção e restrição estão passíveis de serem manipuladas.

Doneda (2011) declara que determinada informação pode estar relacionada a uma pessoa, revelando algo sobre ela, como suas características ou ações; algumas atribuídas à lei: como o nome civil, domicílio; ou provenientes dos seus atos, a exemplo do seu consumo, manifestações e opiniões. Estas informações podem estar inseridas na rotina da sociedade, como peças chave para o convívio pessoal e relações interpessoais. Assim, para caracterizar uma informação como pessoal, esta tem que estar vinculada à pessoa, revelando algo sobre a mesma. O autor ainda defende que a informação pessoal está relacionada à privacidade, e associa maior grau de privacidade à menor difusão de informações pessoais. Então, é neste sentido que podemos tratar a informação de forma confidencial ou sigilosa. Assim, questiona-se: por que falar em confidencialidade e sigilo da informação?

Portanto, neste tocante, abordaremos na seção seguinte as diferenças e relações entre a confidencialidade, a privacidade e o sigilo.

2.1 Diferenças e relações entre a confidencialidade, a privacidade e o sigilo

Esta seção elucida uma breve revisão histórica e conceitual do significado das palavras confidencialidade, privacidade e sigilo. De modo que uma compreende e é dependente da

outra, ou seja, estão comumente imbricadas, mas estão apresentadas neste capítulo de acordo com seu despontar na sociedade.

Historicamente, de acordo com Loch (2003), o sigilo surgiu no século V a.C., diante as declarações de Hipócrates, e ressurgiu nos séculos XVIII e XIX “atualizada e redefinida às custas (*sic*) das novas prioridades decorrentes da estruturação das profissões, do regime jurídico das coletividades e do desenvolvimento técnico, científico e social das intervenções na área da saúde” (HOTTOIS, 1993 *apud* LOCH, 2003, p. 57). A partir disto, o sigilo tornou-se de caráter legal e deontológico, admitindo deveres, princípios e normas em alguns grupos de profissões.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, o sigilo entrou para as perspectivas dos direitos humanos, galgada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, o sigilo é garantido desde o Decreto Lei, de 1940, do antigo Código Penal, que denota crime de violação de segredo profissional a qualquer profissão. Atualmente, a Lei de Acesso à Informação, número 12.527/11, é a mais recente a tratar do sigilo da informação no país e conceitua esta como “aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado”. Esta lei prevê aos órgãos e entidades do poder público a proteção da informação sigilosa, observando a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso; com isso, classifica a informação sigilosa por meio de graus e prazos máximos para restrição ao acesso, sendo: ultrassecreta: 25 (vinte e cinco) anos; secreta: 15 (quinze) anos; e reservada: 5 (cinco) anos; quando findado o prazo estipulado, a informação automaticamente torna-se de acesso público.

Desta forma, o sigilo abrange diferentes seguimentos como forma de assegurar que as informações do cidadão estejam priorizadas diante questões de direitos e deveres. Para Schaefer (2010), o sigilo também é o que garante “a inviolabilidade das informações obtidas em decorrência do exercício profissional”, mas que, ao mesmo tempo não pode mais ser entendido de maneira absoluta, como algo totalmente intocável e protegido por uma fortaleza construída por interesses particulares. Francisconi e Goldim (1998, p. 270) ainda sinalizam que “a palavra sigilo tem sido cada vez menos utilizada. A sua utilização em diferentes idiomas tem caracterizado cada vez mais os aspectos de ocultação e menos os de preservação”.

O respeito à confidencialidade, “do ponto de vista filosófico, está fundamentado num *direito natural de intimidade* – o qual, por sua vez, deriva do princípio fundamental de

respeito pela pessoa em si mesma [...]” (LOCH, 2003, p. 58, grifo do autor). Pra melhor exemplificar, o termo confidencialidade designa sobre o que deve permanecer secreto, ou seja, a informação pode ter sido obtida por meio de confidencia ou são informações de natureza secreta e, por conta disto, envolvem ou referem-se a algo que deve permanecer secreto. (DURAND, 2003 *apud* SCHAEFER, 2010). Segundo Francisconi e Goldim (1998, p. 271), no Glossário de Bioética do Instituto Kennedy de Ética (1995), a definição clássica para a confidencialidade está na “garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada”. Para tanto, o autor também considera que atualmente a confidencialidade é o “dever de resguardar todas as informações que dizem respeito a uma pessoa, isto é, a sua privacidade. A confidencialidade é o dever que inclui a preservação das informações privadas e íntimas”¹⁵. Deste modo, a garantia da confidencialidade pode ser considerada um feito um tanto minucioso, pois existem motivos para a sua quebra, tanto eticamente corretos quanto com intenções de burlar o acesso ao que foi confidencializado.

O conceito de privacidade é o mais abrangente e, também, considerado o mais utilizado atualmente. Na concepção de Loch (2003), a conceituação de privacidade suscita que esta pode ser vista sob dois enfoques distintos, onde um segue sobre o controle do próprio indivíduo em relação ao acesso a aspectos de si próprio; o outro como uma condição ou estado de intimidade¹⁶ sobre algo. Loch (2003, p. 51-52) também acredita que “a maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade”.

Para Machado (2014), o conceito de privacidade remonta do artigo¹⁷ dos advogados Samuel D. Warren e Louis Brandeis, *The right to privacy*, publicado em 15 de dezembro de 1890. O artigo foi considerado o marco inaugural da formulação do direito à intimidade e à vida privada por ter sido publicado em um período de grandes transformações na América, a exemplo do crescimento da migração, do desenvolvimento da imprensa, da emancipação da mulher e da industrialização. Segundo a autora, o artigo teve como finalidade “estabelecer limites para a intromissão na vida privada” (2014, p. 342), após a vida conjugal de Warren ter

¹⁵Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm>>.

¹⁶ A intimidade é direito personalíssimo que confere ao seu titular a possibilidade de viver de modo particular, próprio e inadmitir a intromissão alheia, representada pela curiosidade que busque adentrar o universo restrito e pouco compartilhável do indivíduo, limitado ao convívio de familiares e pessoas próximas. (SLAVOV, 2009, p. 65).

¹⁷ Disponível em: < http://groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html>.

sido explicitada. Para Machado, os autores escreveram o artigo fundamentado em suas tradições de vida, de forma que levassem em conta seus anseios pessoais, sociais e políticos.

Em análise de Ferraz Júnior (1993), o direito à privacidade tem raízes modernas, pois no antigo Direito Romano o que era público tinha a ver com o que era utilidade comum, e o privado com o que dizia respeito à utilidade de particulares. Neste sentido, cabe ressaltar trecho da Carta Magna brasileira, a Constituição Federal de 1988, que traz aportes referentes ao direito à privacidade: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 5^a, X).

A privacidade pode ser considerada como o direito da personalidade que mais sofreu transformações, desde o tradicional conceito elaborado por Warren e Brandeis como o “direito a ser deixado só”, até a concepção atual, caracterizada pela liberdade de autodeterminação informativa, isto é, a capacidade de controlar as informações pessoais pelo seu titular (MACHADO, 2014, p. 339).

Em sua obra, Ferraz Júnior (1993) explica que há correlação entre sigilo e privacidade, o qual define privacidade como “o que pertence à ordem do que não se mostra em público, do que não se informa a todos nem deve ou precisa ser transparente, por dizer respeito às exigências vitais de cada indivíduo, impostas pela necessidade de sobrevivência, que circunscrevem o âmbito do privativo” (FERRAZ JÚNIOR, 1993, p. 440-441). Para o autor, esta definição ressalta o sigilo de forma que o indivíduo tenha o direito de “excluir do conhecimento de terceiros aquilo que a ele só é pertinente e que diz respeito ao seu modo de ser exclusivo no âmbito de sua vida privada” (FERRAZ JÚNIOR, 1993, p.439).

Os conceitos trazidos por Ferraz Júnior sobre a privacidade e o sigilo, corroboram-se à concepção de Mello ao citar que

é da essência do ser humano o zelo e a proteção em relação a tudo aquilo (*sic*) que lhes tem valor, quer no tocante a coisas materiais ou imateriais. Dentre elas, com certeza, estão as informações. Quem as tem, as protege, cuida, zela (MELLO, 2014, p. 04).

Em conjunto à concepção de Mello, levamo-nos a entender a privacidade e o sigilo como concepções de um processo natural do ser humano, o qual decide o que, de fato, corresponde à exposição ou não do seu íntimo, do que só a si lhe convém. Ainda neste contexto, o autor indica que há profissões que dispõem de sigilo profissional, como a de médico, advogado, padre, psicólogo, entre outros, por atuarem como confidentes no interesse de quem confia (FERRAZ JÚNIOR, 1993).

Desta forma, compreende-se que a confidencialidade, a privacidade e o sigilo compõem a atuação do profissional de saúde e se justificam presentes no acesso ao PP.

2.2 A confidencialidade e o sigilo da informação sensível no prontuário do paciente

Em decorrência dos termos utilizados nesta pesquisa, cabe conceitua-los de forma a compreendê-los no campo da saúde, voltados para a informação em saúde. Assim, autores como Francisconi e Goldim (1998) consideram a confidencialidade como um dos conceitos mais antigos da prática médica e que ainda é tema atual na relação médico-paciente. Os autores compreendem que, para o médico, não é difícil entender a confidencialidade como parte fundamental da sua relação com o paciente, pois é esta a garantia que faz com que os pacientes procurem seu auxílio quando necessitam.

Ao referir-se ao conceito de confidencialidade, Loch acredita que “está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de comunicação privilegiada (*priviledged communication*), compartilhando com ambos uma idéia [*sic*] de acesso limitado de terceiros” (LOCH, 2003, p. 52). A autora contrapõe a confidencialidade à privacidade ao explicar que:

Conceitualmente, no entanto, privacidade e confidencialidade são diferentes entre si: a primeira, como um status ou um direito à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo, enquanto que a segunda garante que a revelação será mantida em sigilo. Em razão desta diferença não acontece uma violação aos direitos de confidencialidade se o paciente autorizar a divulgação de uma informação, embora ocorra com a revelação uma perda tanto de confidencialidade quanto de privacidade (LOCH, 2003, p. 53).

Deste modo, a autora acredita que a confidencialidade, privacidade e sigilo visam “estabelecer sua natureza e características no contexto das relações clínicas contemporâneas” (2003, p. 51), isto é, tanto na relação médico paciente quanto na informação orgânica produzida – Prontuário do Paciente – em torno desta relação.

Atualmente, tudo no mundo depende do fluxo da informação (educação, trabalho, política, economia, relações interpessoais), e como se não bastasse, o fluxo informacional é essencial no âmbito da saúde, de modo que esta não é ligada somente à assistência, mas também ao registro das ações em saúde, ou seja: na legislação, na gestão, na padronização, nos registros socioeconômicos, na educação, na nutrição, nas patologias etc.. Estas ações estão todas envolvidas direta ou indiretamente para a qualidade no atendimento aos pacientes, o que está além de representar seu valor apenas para dados estatísticos (BENTES PINTO, 2010). Assim, grande parte das informações na área da saúde decorre do PP e a informação

nele registrada é redigida “a várias mãos, com características enciclopédicas, multiculturais, multilinguais e hipertextuais, trazendo todas as informações que dizem respeito a uma pessoa doente, mais precisamente, o paciente” (BENTES PINTO; SOARES, 2010, p. 13).

Por meio de pesquisas, Bentes Pinto (2010, p. 15) considerou que “do ponto de vista científico, a informação registrada no prontuário do paciente também precisa ser estudada, a fim de que possa ser compreendida e tratada de forma a ser recuperada de modo mais eficaz”, sempre zelando pelo “tratamento informacional, à preservação, segurança e guarda até o acesso e a confidencialidade”.

Gostin et al. chamam de privacidade informacional o fato de uma informação a respeito de determinada pessoa conservar-se fora do alcance dos outros, se não houver autorização para que seja revelada. A confidencialidade é, portanto, uma forma de privacidade informacional que acontece no âmbito de uma **relação especial entre o médico e seu paciente**. As informações pessoais obtidas no curso deste relacionamento não podem ser comunicadas para terceiros a menos que autorizadas previamente por aquele que as revelou. Assim sendo, **toda e qualquer informação decorrente desta situação, revelada para o profissional de saúde por palavras ou exame físico, é confidencial, a menos que o paciente permita ou requisite sua revelação a terceiros**. (GOSTIN, 1993 et al. *apud* LOCH, 2003, grifo nosso).

Dentre os conceitos já apresentados sobre confidencialidade, privacidade e sigilo, Loch (2003) relaciona este último como uma obrigação por parte do profissional e um direito do paciente em manter suas informações privadas conformando, assim, o sigilo à confidencialidade destas informações. Nesta seara, o sigilo, explícito por Hipócrates em seu juramento, corresponde ao segredo como característica essencial da profissão de saúde. Está caracterizado nos direitos de o cidadão selecionar informações pessoais que deseja ou não revelar ou que seja revelado.

No que se refere à responsabilidade dos hospitais quanto à guarda e conservação do PP, Loch (2003, p. 54) afirma que “garantir a confidencialidade é da competência dos profissionais de saúde e das instituições, em respeito ao direito individual à intimidade”. Portanto, a privacidade se estabelece na “situação de inacessibilidade” que é encontrada na definição de Campbell et al. (1997 *apud* Loch 2003, p. 52), para os quais a “privacidade constitui-se em uma dimensão da liberdade de cada um, a qual impede a intrusão, em questões de caráter pessoal, por parte de governos, corporações ou indivíduos”.

Na assistência ao paciente, este pode encontrar-se em situações que deve se permitir confidenciar ao médico sua intimidade tanto física, quanto sentimental e psíquica para que haja o diagnóstico correto de suas queixas, o que prontamente pode estar registrado em seu prontuário. Neste caso, o consentimento do paciente sobre a revelação das informações de si

advém da confiança que deposita durante a assistência em saúde, ou seja, da sua boa relação com o médico responsável por seu diagnóstico. Isto se justifica, pois, “o paciente procura o profissional com a confiança de encontrar alívio para sua condição e com a segurança de não sofrer danos” e “consequentemente (sic), a confiança se constitui em condição fundamental para um tratamento efetivo” (LOCH, 2003, p. 59). Para Carvalho (1973, p. 197) “o médico é o depositário das confidências mais íntimas do paciente e o prontuário médico deve ser o testemunho escrito daquilo que foi confiado ao profissional”.

No âmbito da relação médico-paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo enfermo, que incluem a liberdade de escolher o que considera privado (LOCH, 2003, p. 58).

No contexto das tecnologias atuais, a confidencialidade e a privacidade das informações tomam outro sentido de cuidado, pois, atualmente utilizam-se sistemas que armazenam e facilitam o acesso ao prontuário, como é o caso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Neste sentido, de acordo com Loch (2003), há autores que conceituam a confidencialidade levando em consideração os “sistemas de assistência” utilizados hoje em dia. Mesmo que estes novos sistemas facilitem a organização das redes e armazenamento das informações decorrentes do atendimento ao paciente, o possível compartilhamento das informações de um único paciente favorece a violação da intimidade deste. Loch (2003, p. 60) também ressalta que “sempre que terceiras partes - pessoas ou instituições - utilizam diversas formas de acesso a um indivíduo, incluindo a intervenção em áreas de intimidade, sigilo, reclusão ou anonimato, configura-se uma perda de privacidade”.

Tem-se visto médicos, enfermeiras, assistentes sociais, arquivistas manusearem os prontuários, tomarem conhecimento do diagnóstico e dos tratamentos realizados, comentando, inclusive a identificação do paciente relacionando-a ao diagnóstico. [...] Daí porque, tudo que consta no prontuário médico deve ser alvo do mais profundo respeito e absoluto sigilo por parte de todos os que, por um motivo ou outro, venham ter ciência do que foi dito pelo paciente e registrado pelos elementos componentes da equipe de saúde (CARVALHO, 1973, p. 197).

Nestas condições, acredita-se que, apesar de as novas tecnologias convergirem para facilitar o cotidiano, o acesso indiscriminado às informações em saúde consideradas sensíveis soma-se a um conseqüente descontrole de compartilhamento, ou até da visualização indevida. Neste caso, o acesso a estas informações deveriam estar em consonância com normas e procedimentos de acesso aplicados pelas IS, o que “contribui para o desenvolvimento de

políticas públicas de informação no contexto da saúde” (BENTES PINTO; SOARES, 2010, p. 15).

Para Loch (2003) existem dois tipos de situações que podem revelar uma informação: a primeira é quando alguém tem acesso a uma informação considerada protegida sem o consentimento do informante; o que a autora considera como uma violação aos direitos de privacidade. A segunda situação é quando uma pessoa informa um segredo à outra e esta o revela sem autorização, ferindo, assim, o direito de confidencialidade. Diante disto, Beauchamp (1994 *apud* LOCH, 2003, p. 60) garante que “a autorização expressa do informante previne a violação aos direitos de confidencialidade, independente da revelação em si própria, sem constituir uma perda nem de privacidade nem de confidencialidade”.

Posto isto, Loch (2003) complementa o pensamento de Beauchamp ao sinalizar que há de se analisar classes de valores e princípios morais, de direitos e deveres que permeiam a relação clínica, mesmo que seja comum o uso e compartilhamento destas informações, para que não ocorra violação da privacidade do paciente no ato de proporcionar o cuidado à saúde. Neste contexto, Tonello (2013) salienta que o profissional ligado ao contexto hospitalar pode ter livre acesso às informações do PP por estarem respaldos por lei federal e protegidos pelo sigilo médico, o que não é atribuído a outras pessoas fora do contexto hospitalar.

Já Schaefer (2010) considera que a privacidade se manifesta em muitos elementos do direito à saúde, e se afirma quando o paciente exige que seu estado de saúde seja documentado. Estas confidências estão registradas no PP como forma de o profissional de saúde obter informações sobre o quadro clínico do paciente a que assiste. A informação registrada no PP, tanto no suporte eletrônico quanto em papel, demanda atenção quanto à confidencialidade e sigilo das informações, o que repercute na privacidade do paciente.

Por estarem compostos por uma gama muito grande de informações pessoais especialmente qualificadas (pois capazes de revelar íntimos segredos), os dados referentes à saúde gozam de particular proteção, uma vez que afetam os aspectos mais íntimos da personalidade e forçam o indivíduo a lidar com sua própria individualidade [...]. Por isso, à história clínica do paciente se impõe o dever de confidencialidade, obrigação que, por sua natureza, não pode ser considerada absoluta, podendo, em alguns casos (doenças infectocontagiosas, epidemias etc.), ser relativizado por questões de necessidade pública (SCHAEFER, 2010, p. 53-54).

A preocupação quanto à privacidade do paciente remonta aos primórdios do fazer da medicina, na Grécia, através de Hipócrates. Como médico, foi considerado o “pai da medicina” e fundamentou o chamado “Juramento de Hipócrates”, o qual ainda é utilizado pelos formandos em medicina na atualidade.

A preocupação com a privacidade e a divulgação de informações confidenciais das pessoas tem sido objeto de estudos, discussões e reflexões ao longo da história. Os relatos históricos apontam Hipócrates, como um dos pioneiros na formulação de princípios e leis que visavam a defender os direitos dos doentes, em relação à privacidade e à confidencialidade das informações dadas aos profissionais de saúde. Preconizava, como dever moral do profissional, manter sigilo sobre as informações relacionadas à vida e à saúde do doente por ele atendido. (DALL' AGNOL; SOARES, 2011, p. 684)

Em trecho do juramento, Hipócrates preconiza a conservação do segredo de fatos presenciados no ato da profissão: “*Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto*” (CREMESP, online, 2017).

o juramento hipocrático constitui o paradigma da ética médica e, como documento de maior vigência no curso da história da medicina ocidental, estabelece a profissão médica como um compromisso público, contraído perante Deus, exigindo daquele que o professa a excelência no que faz, mediante uma grande qualidade moral e responsabilidade ética (GRACIA, 1998 *apud* LOCH, 2003, p.56).

Na **Figura 1** acompanhamos as três fases da evolução da ética médica, onde Brandão (2013) denomina os períodos da evolução da ética médica a começar pelo idealismo de Hipócrates, no período que denomina de hipocrático, no qual dá-se início à medicina clínica e extingue-se a medicina mágica¹⁸ e religiosa.

A medicina tida como mágica ou religiosa se deu de forma natural com o desenvolvimento das sociedades e do conhecimento, tornando-se possível perceber sua evolução nos estudos médicos ao separar o elemento mágico do elemento empírico (SCHAEFER, 2010). Neste período, a medicina era tida como um sacerdócio, advinda da inspiração divina, no qual o médico era tido como o único detentor do conhecimento, de inspirável confiança e, não representava a sua ocupação como lucrativa, devendo tratar o paciente com atenção e solicitude.

¹⁸ Antigamente, quando a religião era forte e a ciência fraca, os homens pensavam que a mágica era a medicina; agora que a ciência é forte e a religião é fraca; os homens pensam que a medicina é mágica (THOMAS SZASZ).

Figura 1 – Evolução histórica da Ética Médica

PERÍODO HIPOCRÁTICO	- Ética das Virtudes – paternalismo – beneficência; século V a.C. até os anos cinquenta do séc. XX.
PERÍODO DO LIBERALISMO PRINCIPALISTA	- Ética do Dever – utilitarista – autonomia; segunda metade do século XX.
PERÍODO DAS DECISÕES COMPARTILHADAS	- Ética Deliberativa – século XXI.

Fonte: Brandão, 2013.

O segundo período ilustrado, Ética do Dever, ocorreu em face das transformações tecnológicas (biotecnologia, especialização intensiva, operadoras de planos e seguros de saúde) e da judicialização emergidas na medicina nas décadas de 1960 e 1970, a qual julgou-se necessário reaver uma metodologia para a nova realidade da prática de assistência à saúde. Neste período, desenvolveu-se a difusão da ética médica, ocorrendo valorização do paciente através de sua relação com os profissionais de saúde. Para o autor, neste novo período de transformação da ética médica, houve insatisfação por parte dos próprios pacientes quanto aos novos princípios de ética desenvolvidos. Os mesmos relatavam que o profissional acabou se tornando exageradamente formal e os diagnósticos, prognósticos e tratamentos acabaram por ser expostos de forma didática e fria e, o paciente por ter autonomia, é quem decidiria sobre a recuperação da sua saúde (BRANDÃO, 2013). E, a partir desta problemática surgiu o terceiro período, a Ética Deliberativa, no qual o profissional de saúde deve interagir com o paciente, deixando-o ciente de sua saúde de forma detalhada (suspeitas de diagnóstico, procedimentos, custos, vantagens e desvantagens, etc.) além de mostrar-se disponível e ouvir o paciente a fim de decifrar suas dúvidas e medos para deliberar estratégias para a recuperação da saúde (BRANDÃO, 2013).

Conforme os conceitos apresentados foi possível perceber o envolvimento da ética na prática da medicina, a qual Brandão (2013, p. 21) define, de forma geral, como “a ciência normativa do certo e do errado no comportamento humano”. O autor ainda conceitua a ética médica “como sendo um conjunto de qualidades morais e intelectuais que norteiam as atitudes e habilidades do médico, na busca da resolução das vulnerabilidades e necessidades do paciente” (BRANDÃO, 2013, p. 21). Assim, podemos atrelar a manutenção da confidencialidade e do sigilo de determinada informação ao comportamento humano, julgando suas qualidades morais e intelectuais também para com a informação sensível em saúde.

Este capítulo apresentou conceitos da confidencialidade, da privacidade e do sigilo de maneira a diferencia-los e apontar seu surgimento e uso diante a realidade vivenciada pela sociedade com o passar do tempo. No momento atual, vivemos uma conjuntura em que a informação está em todo lugar e facilmente acessível, o que requer cautela quanto às informações que não podem ser reveladas ou manipuladas por qualquer pessoa, e isto indica a necessidade de métodos e estratégias que possam amenizar violações e exposições indevidas, preservando a confidencialidade e o sigilo das informações que requerem este tratamento. É válido salientar que estudos desenvolvidos neste âmbito podem significar a expansão e diversificação de pesquisas na área da CI, principalmente no que tange a linha de Políticas da Informação, já que prioriza normalizações e procedimentos para a gestão do PP, consequentemente gestão da informação/documental.

O próximo capítulo revela o primeiro objetivo deste estudo, onde são identificados método, infraestrutura e estratégias como alicerces que podem auxiliar na gestão do acesso ao PP assegurando a confidencialidade e o sigilo às informações sensíveis em saúde.

Para Daniel (2000, s.p), uma política de informação abrange um “conjunto de regras, formais e informais, que restringem, incentivam ou moldam diretamente o fluxo de informações”, nesta podemos incluir “a alfabetização, a privatização e distribuição de informações governamentais, a liberdade de acesso à informação, a **proteção da privacidade pessoal** e, o direito de propriedade intelectual” (DANIEL, 2000, s.p, tradução e grifo nosso). A autora ainda destaca que a política de informação está inerente à “confidencialidade ou privacidade das informações: o direito das pessoas na instituição de controlar quais informações é conhecida sobre eles e quem as conhece”; salientando que o “direito natural”, ou seja, o direito natural à privacidade, exerce conflitos de valor, a exemplo da privacidade *versus* a coleta de dados pessoais; e a informação como recurso público *versus* a necessidade do sigilo.

A definição de políticas de informação combina aspectos da função arquivística – “princípios e técnicas a serem observados na constituição, organização, desenvolvimento e utilização dos arquivos” (PAES, 2004, p. 24) – que é orientada pela organização sistemática dos documentos gerados, recebidos e acumulados por uma empresa, instituição pública ou privada, ou até mesmo uma pessoa (celebridade ou não) devido às atividades que desempenha. Isto posto, este estudo tem o intuito de associar legislações e procedimentos como subsídios para regulamentar, controlar e possibilitar o acesso à informação sensível do cidadão, assegurando a confidencialidade e o sigilo desta, assim como preconiza a finalidade de uma política de informação.

3.1 Método: Leis, resoluções e pareceres no Brasil para formulação de normas e procedimentos para o acesso ao prontuário do paciente

Tomando por base os conceitos empregados às palavras nas diferentes áreas do conhecimento, definir método torna-se um conceito amplo se levado em conta a área científica, a qual se encarrega de conduzir métodos para produzir conhecimento. Por quanto, faz-se necessário diferenciar os termos método e metodologia:

A palavra **método** está ligada a **caminho, modos de proceder a fim de atingir determinado objetivo**. Já o termo **metodologia** representa **uma ciência** cujo objetivo está ligado ao estudo do método. Em outras palavras representa um campo de estudo que visa buscar os melhores métodos a fim de que se produza o conhecimento. (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2019, grifo nosso).

Em alusão à citação, utilizar leis, resoluções, pareceres, normas, diretrizes etc. regentes no Brasil como método pode contribuir para a adoção de procedimentos para a manutenção da confidencialidade e do sigilo no acesso à informação sensível do cidadão.

No sentido de definir regras para o comportamento humano, há muito é imposto à sociedade que se adeque a diferentes tipos de leis com fins de promover a ordem social. As leis têm como finalidade possibilitar ações de bem estar, equilíbrio e “controle” a comportamentos e ações dos indivíduos em uma comunidade. Estas leis, que estão em constante produção ou readequação, são regidas por diretrizes e normas que podem ser produzidas a âmbito municipal, estadual ou federal. Neste tocante, a partir do ano 2000, o Código Penal Brasileiro, datado de 1940, foi atualizado quanto às penalidades sobre a inviolabilidade da informação do cidadão por meio do artigo número 153. Antes da promulgação da Lei de Acesso à Informação (nº 12.527 de 2011), a única lei que dedicava pauta ao tratamento das informações sigilosas estava na Carta Magna do país, a Constituição de 1988, em seu Art. 5. Mesmo na Constituição, a declaração do direito do cidadão sobre sua privacidade não foi abordada com muita ênfase, certamente porque à época, as informações não eram tão difundidas como atualmente. O desenvolver de leis voltadas ao tratamento da informação se deu com o passar dos anos, conforme sua disseminação.

Alguns pontos na escrita de certas legislações (artigos, capítulos, incisos) abordam os direitos e deveres do cidadão a respeito da sua informação sensível e estão explanados nesta dissertação em forma de quadros (**ANEXO B**), de modo que foram analisadas como método base de normas e diretrizes para o acesso, a segurança, a confidencialidade e o sigilo da informação do cidadão enquanto paciente. Ao longo desta seção abordaremos pontos da Constituição brasileira (**Quadro 6**), de leis, resoluções e pareceres (**ANEXO B**) que são atribuídos às informações do cidadão registradas em diferentes tipos documentais, a exemplo do PP. As leis, resoluções e pareceres apresentados nos quadros representam sua possível aplicação no âmbito das informações sensíveis em saúde, por indicar orientações, regras e punições quanto ao acesso, uso, confidencialidade e sigilo da informação sensível do cidadão/paciente.

Quadro 6 – Constituição Federal do Brasil

CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988
Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

Fonte: Levantamento documental, 2019.

A Constituição Federal de 1988 rege todas as leis vindouras no país. O artigo 5º, destacado no **Quadro 6**, é considerado o mais importante da Constituição, onde prevê os direitos fundamentais ao cidadão (direitos civis, sociais, políticos e jurídicos). Alguns parágrafos da Carta Magna do país representam a base para a instauração de uma política sobre a proteção da informação pessoal do cidadão brasileiro. Esta lei não se estende sobre o assunto, mas registra em poucos parágrafos a inviolabilidade a alguns direitos, dentre eles, o direito à intimidade e privacidade em toda esfera da vida, seja da vivência, seja da informação, seja de objetos, imagem etc. Ainda no artigo 5º da Constituição, orienta-se o direito ao acesso à informação, salvo o sigilo da fonte caso a informação seja utilizada para o exercício profissional. Por ser uma lei geral, a Constituição Federal não se prende a detalhes sobre a privacidade do cidadão, deixando para outras leis mais específicas este papel. Após a promulgação da Constituição, outras leis surgiram com o intuito específico para a garantia do direito à privacidade e afins.

Das leis federais sinalizadas no **ANEXO B**, é possível identificar que grande parte trata principalmente do acesso às informações. O acesso às informações a que estas leis se referem está atribuído tanto a profissionais quanto a pessoas comuns, de forma que a divulgação não autorizada possa acarretar penalidades. Ao mesmo tempo em que algumas leis tratam de assegurar o acesso às informações, outras a restringem de acordo com a forma de divulgação a que será submetida, principalmente se ocorrer sem autorização do “autor” da informação.

Apresentadas das mais antigas às mais recentes (**ANEXO B**), a primeira lei que apresenta normas e diretrizes voltadas à confidencialidade e sigilo da informação do cidadão e, conseqüentemente, sua privacidade, é o Código Penal brasileiro, instituído pelo presidente Getúlio Vargas, datado de 1940 e ainda vigente. Apesar de ser antiga, esta lei já passou por tentativas de substituição, mas com insucessos; foram conseguidas apenas revisões e alterações legislativas, das quais as mais atuais incluem o tratar aos crimes sexuais (Lei 12.015/2009), o feminicídio (Lei 13. 104/2015) e o tráfico de pessoas (Lei 13. 344/2016).

De acordo com Rocha (2019), o Código Penal brasileiro é “uma lei formada por um conjunto de regras sistemáticas com caráter punitivo” que tem como finalidade “a aplicação de sanções em concomitância à desestimulação da prática de delitos que atentam contra o tecido social”. O Código Penal brasileiro apresenta aspectos de punição quanto à divulgação indevida e propagação da informação do cidadão considerada particular, reservada, sigilosa e confidencial, independente do suporte. Rege sobre o sigilo profissional, o qual recai sobre o

conhecimento de informações por conta do fazer profissional, estabelecendo punição ao profissional que revelar segredo a que teve ciência em razão de sua função. No Código Penal também está inclusa punição à invasão de dispositivo informático alheio para adulterar, obter ou destruir dados ou informações sem autorização do titular ou a invasão para obtenção de comunicações eletrônicas privadas, informações sigilosas etc. aumentando a pena se houver a divulgação destas informações e se for praticado contra autoridades federais, estaduais ou municipais.

Fugindo à ordem cronológica da disposição das leis no **ANEXO B**, mas evidenciando a proteção da informação sensível do cidadão, o Código Civil, promulgado em 2002, é uma destas leis que recorrem à defesa do direito do cidadão sobre sua vida privada, intimidade, honra e imagem como rege o art.5º da Constituição. No Código Civil, orienta-se a proibição, se não autorizadas, à divulgação de informações escritas, comunicações ou imagem da pessoa privada.

Voltando à ordem cronológica, a próxima lei federal analisada é o Código de Defesa do Consumidor, promulgado em 1990 e também subsidiado pelo art.5º da Constituição. Este relata os direitos do cidadão, mas no tocante ao direito a ter acesso às informações sobre si em cadastros, fichas e afins. Com este objetivo, o Código de Defesa do Consumidor registra a possibilidade de punição à Instituição, tanto pública quanto privada, que não fornecer a informação solicitada pelo cidadão, já que são correspondentes a este.

Um ano após a promulgação do Código de Defesa do Consumidor surgiu a lei que rege os Arquivos públicos e privados, a Lei Geral de Arquivos, estabelecida pelo Conselho Nacional de Arquivos em 1991. Esta lei, assim como as anteriores, reflete o sigilo da informação e a privacidade do cidadão que, conseqüentemente, se aplica à sua informação sensível em saúde. O trecho apresentado desta lei defende a disponibilização do acesso ao cidadão sobre uma informação particular ou outra informação do seu interesse, desde que não fira o sigilo, intimidade, honra ou imagem de outrem ou a segurança da sociedade ou do seu país. Em outro momento, a mesma lei também apresenta aportes para a punição por meio de indenização caso haja dano moral ou material pela violação do sigilo da informação fornecida.

Outra importante lei aqui analisada regula os direitos e obrigações relativas à propriedade industrial, a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Esta lei, conhecida como Lei de proteção ao segredo industrial emprega punição em seu artigo 195, inciso XI, a quem mediante relação contratual ou prestação de serviço, se utilizar, divulgar ou explorar

informações adquiridas ou a que teve acesso enquanto empregado, mesmo após o fim do contrato. Precauções desta natureza geralmente são tomadas por instituições empregadoras, por meio do contrato de trabalho, como estratégia para inibir que suas informações confidenciais e sigilosas, tanto de negócios como empregatícias sejam disseminadas sem autorização a concorrentes ou que possam prejudicar sua relação com o mercado (BOSI, 2018). Conforme o relatado, o autor reforça que

O STJ já se manifestou no sentido de que o segredo industrial protegido é aquele expresso pelo empregador durante e após a relação de emprego, de forma que a indicação dos pontos do contrato passíveis de proteção deve ser realizada pelo empregador, sob pena de não ver tal ponto protegido na relação com seus empregados (BOSI, 2018).

Com referência às leis apresentadas até aqui, é possível perceber que todas tem o mesmo alicerce/finalidade e se complementam, diferenciam-se apenas por algumas considerações específicas a cada caso. Para finalizar o quadro de leis, a Lei de Acesso à Informação (LAI) é a mais recente aqui analisada, promulgada no ano de 2011. Por conta disto, compreende-se ser a mais completa dentre as já apresentadas, pois foi instaurada justamente pela intercorrência do uso da informação na sociedade.

No Brasil, o acesso à informação tornou-se ato obrigatório nas instituições públicas a partir da promulgação da LAI, em 2011. Esta lei concede oportunidade ao cidadão brasileiro de ter conhecimento de informações públicas que antes estavam distantes de seu alcance, mesmo que na Constituição Federal de 1988 conste, no artigo 5º, da obrigatoriedade do direito à informação por parte de órgãos públicos:

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988).

Desta forma, a criação da LAI trouxe esclarecimento para cidadão sobre o acesso à informação no Brasil, pois, a partir desta lei, consolidou-se o aumento pela busca por informações públicas. Como consequência, órgãos de natureza pública tiveram que readequar sua gestão de informações e também documental, voltando-se para a transparência e disponibilização do acesso às informações produzidas “a fim de dar maior visibilidade aos cidadãos acerca de suas atividades, fazendo com que o indivíduo possa ter controle ou até mesmo participe dos processos decisórios da sociedade a qual pertence” (MARTINS, 2011 *apud* MEOTTI, 2015, p. 101). Não muito diferente, as entidades privadas que recebem

recursos públicos e as sem fins lucrativos também tiveram que se readequar, pois também geram informações consideradas públicas para a sociedade.

Voltando à Constituição, esta também menciona ser direito e dever fundamental o acesso à informação, conforme art. 5º, inciso XIV: “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional” (BRASIL, 1988). Ainda assim, o acesso permeia no direito à informação, o que “é tido como direito humano de primeira geração, já positivado como um direito fundamental¹⁹ na maioria das constituições modernas” (LANER, 2003 *apud* SIMIONI, 2015, p. 56). Nesta seara, Simioni (2015) sinaliza que existem três aspectos do direito à informação: o direito de se informar, o direito de estar informado e o direito de informar.

Agora, na próxima seção e no **ANEXO C**, estão apresentadas as resoluções, que são atos normativos mais específicos; de caráter político, processual, legislativo ou administrativo e que orientam um determinado ato ao qual se pretende a criação de normas, mas que não podem contrariar regulamentos e regimentos da Instituição, mas sim, explicá-los. As resoluções estão a um nível abaixo das leis federais, pois não precisam ser aprovadas pelo presidente da república; são promulgadas somente pelo Senado, que decide se podem entrar ou não em vigor.

3.1.1 Resoluções da área da saúde

As resoluções apresentadas no **ANEXO C** são próprias da área da saúde, mais especificamente os códigos de ética dos Conselhos Federais da área da saúde; além das resoluções do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tratam sobre a informação em saúde.

Os códigos de ética da área da saúde são muitos, devido às diferentes especializações, e por isso foram delimitadas a análise de cinco áreas (enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social), dada a impossibilidade de verificação de todas as especialidades médicas, já que não é o foco principal desta pesquisa estudá-las a fundo. Em vista disso, tomamos para efeitos de análise e discussão a inter-relação médico-paciente de especializações médicas que dependem da interação com o paciente para captar informações sensíveis, do íntimo da saúde do paciente, com fins de pensar no melhor diagnóstico, alívio do sofrimento e mudanças nos hábitos de vida.

¹⁹ [...] os direitos fundamentais são os direitos da pessoa (física ou jurídica) constitucionalmente garantidos e limitados espacial e temporalmente (LOPES, 2011, p. 11).

Estas resoluções não utilizam o termo “informação sensível em saúde”, pois este é considerado um termo recente na literatura e algumas das resoluções apresentadas já estão há quase trinta anos em vigor. Mesmo não utilizando o termo, as resoluções fazem-se entender sobre a confidencialidade e o sigilo das informações sensíveis em saúde e da privacidade do paciente.

A ética está atrelada ao comportamento humano, ao seu convívio na sociedade, respeitando legislações, normas e condutas. Esta é vinculada, principalmente, à atuação profissional, independente da área ou especialidade. De acordo com Vignoli e Monteiro (2013, p. 3-4) “a moral e a ética estão interligadas no cotidiano, sendo a ética o que o homem trás [sic] consigo, já a moral é o que é imposto pela sociedade. Entretanto, a moral não são as leis, mas as normas que a sociedade cria para se manter os ‘bons’ costumes”.

No **ANEXO C** seguem-se resoluções dos Códigos de Ética Profissionais de quatro áreas da saúde: enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social; e também o Código de Ética Profissional do Arquivista, profissional com responsabilidade semelhante às dos profissionais da saúde, mas com aptidões voltadas para dar acesso aos documentos onde estão registradas as informações tanto em um suporte físico como em meio eletrônico, neste caso, a informação sensível em saúde.

Dos Códigos de Ética da área da saúde apresentados, o que mais se destaca é o Código de Ética Médica, evidentemente por ser o principal, já que se refere à todas as especialidades médicas. Este código é o mais completo e designa normas, diretrizes e punições a todos os profissionais de saúde, de modo que foram destacados os artigos voltados a resguardar o acesso, o sigilo, a confidencialidade da informação e a privacidade do cidadão paciente diante sua atuação profissional; o profissional de saúde está apto a divulgar a informação confidencial somente em caso de dever legal, motivo justo ou consentimento, por escrito, do paciente.

Como disposto no **ANEXO C**, os códigos de ética específicos trazidos para esta pesquisa, representam, em cumprimento ao código de ética médica, o sigilo profissional às práticas relativas a cada especialização, voltando-se às informações registradas no prontuário, tanto em meio físico como eletrônico, com determinantes para assegurar o acesso, a disponibilização e a confidencialidade da informação em saúde.

A ética não está embutida somente ao profissional, cabe também aos pesquisadores que produzem pesquisa em qualquer área do conhecimento e que envolva seres humanos, principalmente na área da saúde. Diante disto, o Conselho Nacional de Saúde a resolução nº

196, de 10 de outubro de 1996, que prevê “procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas” (CNS, 1996). Para isto, a resolução exige que o pesquisador confeccione um Termo de Consentimento livre e esclarecido para explicitar suas intenções com a pesquisa ao participante, contando com a concordância deste em fazer parte da mesma. Neste termo, o CNS orienta que estejam esclarecidos os procedimentos da participação do sujeito na pesquisa e, principalmente, “a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa” (CNS, 1996) e o armazenamento seguro destas informações, prevendo a manter sua confidencialidade.

Ainda nos Códigos de Ética Profissionais, trouxemos um dos parágrafos do Código de Ética do Arquivista. Este profissional tem sua profissão regulamentada pela lei 6.546 de 04 de julho de 1978, onde tem como uma de suas atribuições o “planejamento, orientação e acompanhamento do processo documental e informativo” (BRASIL, 1978). Neste tocante, o profissional arquivista está lado a lado para com a proteção da informação sigilosa e da manutenção da sua confidencialidade, já que é responsável pelo acompanhamento do processo documental e informativo desta. Este profissional ainda tem o papel de “realizar as atividades de acordo com as técnicas e conhecimento no manuseio da informação” e “jamais utilizarão informações dos órgãos produtores em que atuam para se beneficiarem ou para beneficiar outras pessoas ou instituições” (CIA, 1996), o que nos remete à já citada Lei de proteção ao segredo industrial. Percebe-se que este profissional é necessário para determinar os limites para o acesso às informações, assegurando a confidencialidade e sigilo destas em conjunto à ética profissional.

Também está elencada no **ANEXO C** a Resolução nº 20, de 16 de julho de 2004 do Conselho Nacional de Arquivos que trata sobre a confidencialidade e sigilo na informação registrada em documentos digitais. Neste tocante, esta resolução visa “garantir a integridade e a acessibilidade de longo prazo dos documentos arquivísticos” para com a informação sigilosa digital, por meio de um sistema eletrônico de gestão arquivística de documentos, onde as informações são estruturadas e codificadas de modo que mantenha a segurança desta por meio de categorias de sigilo, informações sobre criptografia, assinaturas digitais e outras marcas digitais (CONARQ, 2004).

No **Quadro 7**, estão destacados pontos de dois pareceres do Conselho Federal de Medicina. Estes pareceres referem-se ao acesso ao prontuário do paciente em diferentes circunstâncias. Nesta, trata-se do paciente falecido, onde este não tem mais poder de decisão,

portanto, suas informações confidenciais registradas no prontuário não podem ser liberadas a familiares ou cônjuges; será liberado somente por decisão judicial ou requisição do CFM ou Conselho Regional de Medicina (CRM). Outro parecer do CFM, no **Quadro 7**, reforça a questão do sigilo e ética profissional do médico em relação às informações registradas no prontuário, de modo que contribua para a manutenção da confidencialidade da informação em saúde do paciente.

Quadro 7 – Normas e diretrizes de Pareceres que tratam da informação do cidadão

PARECERES	
Parecer CFM nº 06/2010	EMENTA: O prontuário médico de paciente falecido não deve ser liberado diretamente aos parentes do <i>de cujus</i> , sucessores ou não. O direito ao sigilo , garantido por lei ao paciente vivo, tem efeitos projetados para além da morte. A liberação do prontuário só deve ocorrer ante decisão judicial ou requisição do CFM ou de CRM.
Parecer CFM nº 1.605/2000	O médico não pode, sem o consentimento do paciente , revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Fonte: Conselho Federal de Medicina.

Dentre as leis federais, resoluções e pareceres já citados cabe a inclusão do Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia em Saúde (PlaDITIS) que está em sua segunda versão (quinquênio 2013-2017), caminhando para a conclusão da terceira versão (quinquênio 2020-2023) que teve previsão de lançamento para o ano de 2020, mas até a conclusão desta dissertação, não houve o lançamento. O PlaDITIS foi idealizado, a partir da sua primeira publicação na versão 2008-2012, com o objetivo de “contribuir para a implementação de avanços que impactem nos processos de saúde-doença-cuidado no Brasil” (ABRASCO, 2008, p. 09). O Plano foi elaborado com a contribuição de associados da Abrasco, “de entidades de ensino e pesquisa, de instituições que implementam a Política de Informação e Informática em Saúde, das instâncias de representação da sociedade civil organizada e de profissionais de saúde” (ABRASCO, 2008, p. 09) e também por participantes da consulta pública. O segundo PlaDITIS foi elaborado com o intuito de promover, pelos próximos cinco anos, ações integradas sobre a posição política e acadêmica da Abrasco e fomentar o debate entre seus associados e instituições com fins de executar políticas de saúde. Dentre as dimensões estratégicas que contemplam o 2º PlaDITIS, destaca-se a “Ética, privacidade e confidencialidade”, a qual abordaremos no **Quadro 8**.

Quadro 8 – Dimensão estratégica 2º PlaDITIS - Ética, privacidade e confidencialidade

2ª PLADITIS – PROPOSTAS	
a) Necessidade de instituição de arcabouço jurídico-ético de defesa da privacidade do cidadão e confidencialidade dos dados individualizados existentes no SUS e que se regulamente limites entre direitos e deveres da esfera pública de gestão da saúde e o direito de preservação da esfera privada do cidadão em torno do uso das informações nominais em saúde.	b) Formalização legal do princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em seu contato com o sistema de saúde são dele , e não da Instituição, da equipe ou do médico, sejam no formato manual ou digital (prontuário eletrônico do paciente/PEP).

c) Estudos sobre a viabilidade da adoção , nas unidades assistenciais do ‘termo de consentimento informado’ em relação às informações fornecidas pelo paciente, como forma de o cidadão deter o controle sobre o acesso, formalizando a autorização sobre seu uso.	d) Processo contínuo de capacitação , para todos os trabalhadores do SUS, em torno do respeito à privacidade e à confidencialidade dos dados : expressão de um pacto ético de responsabilidade e respeito ao outro.
e) Constituição de códigos de ‘ética’ para os agentes de saúde e os profissionais/técnicos de informática que atuam na saúde. Esses códigos são necessários, apesar de insuficientes, mas sua elaboração ampliará o debate político sobre o tema.	f) Aumento de penalidades para as empresas de informática que violarem o princípio da privacidade e confidencialidade das informações em saúde , previstos desde a contratação.
g) Rever o Código do Servidor Público, incluindo de forma mais explícita, com penalidades maiores, a questão do respeito à privacidade e à confidencialidade .	

Fonte: ABRASCO, 2008, grifo nosso.

Apesar de não se estender na práxis da quarta dimensão, o PlaDITIS sinaliza e se resume às práticas a serem alcançadas com as propostas voltadas para esta dimensão.

No **Quadro 8** estão expostas as propostas da quarta dimensão do 2º PlaDITIS, as quais o mesmo pretende alcançar ao fim do quinquênio. As propostas para a quarta dimensão estão, principalmente, no bojo de uma reeducação dos profissionais da saúde e seus pares quanto ao respeito ao sigilo e à confidencialidade das informações sensíveis em saúde. Mesmo que já designados nos Códigos de Ética dos profissionais da área da saúde, as propostas do 2º PlaDITIS retornam como forma de reforço às práticas que são consideradas de praxe aos profissionais da saúde. Dentre as propostas sinalizadas observa-se a carência na capacitação dos profissionais, como destacado na alínea d, do **Quadro 8**. Mecanismos para a capacitação dos profissionais da saúde e os demais envolvidos com a informação sensível em saúde devem ser constantes, a fim de priorizar a qualidade na prestação dos serviços da IS e, conseqüentemente, reduzir os impactos na gestão das informações em saúde.

A adoção do termo de consentimento informado, sinalizado na alínea c, pode ser um aliado na gestão das informações em saúde, no sentido de restringir o acesso aos registros no PP das informações sensíveis do paciente. Julga-se que este procedimento seja formalmente adotado como padrão, já que o PP é documento aberto a consultas para pesquisas de estudantes, residentes e outros pesquisadores. O não conhecimento do paciente sobre este procedimento pode implicar em punições à IS por violação do sigilo da informação sensível em saúde do paciente.

A próxima seção se atém ao setor de principal manipulação do PP na IS, o SPP. Este setor funciona como um alicerce ao bom desempenho da IS por considerar sua infraestrutura, ou seja, sua organização tanto funcional como estrutural como o eixo mais significativo para assegurar a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde.

3.2 Infraestrutura: O Serviço de Prontuário do Paciente na gestão do acesso ao PP

Tomaremos como conceito de infraestrutura “o conjunto de elementos ou serviços considerados necessários para que uma organização possa funcionar ou para que uma atividade se desenvolva efetivamente” (QUECONCEITO, 2019). Para Gómez (2002, p. 30) o conceito de infraestrutura é definido como “o conjunto de recursos, instalações e meios prévios requeridos para o funcionamento de uma atividade, organização ou sociedade”. Estas definições resumem e apresentam a intenção desta seção, onde o SPP tido como o “coração” de uma IS, é uma infraestrutura com elementos e serviços necessários para que esta possa funcionar.

Valorizar a infraestrutura de um ambiente organizacional em saúde significa dinamizar as atividades desenvolvidas, proporcionar um ambiente propício para o trabalho, promover os serviços de saúde com qualidade. Estes benefícios pontuados podem ser adquiridos com a boa gestão da infraestrutura de uma IS. Esta gestão pode ser considerada como prioritária aos ambientes de grande fluxo e registro de informações, a exemplo do SPP.

Na gestão da infraestrutura estão inclusas diferentes ações estratégicas, que compreendem a importância desta para seu bom funcionamento e qualidade nos serviços, a exemplo de “recursos de equipamentos médicos, inventários e diagnósticos dos parques tecnológicos, manutenções (preventivas, corretivas e preditivas), terceirização, treinamento e capacitação dos profissionais, planejamento, controle e fiscalização, [...] contratos, documentações e normas, como atividades e atribuições” (MAGÁRIO, 2018, *online*); algumas serão abordadas em outras sessões ainda neste capítulo. De acordo com Magário (2018, *online*) a

[...] Arquitetura, estrutura predial, climatização, energia elétrica, TI, equipamentos médicos e de infraestrutura hospitalar, planos de operação, de manutenção e de contingência, entre outros, formam um todo. Para funcionar bem, necessitam estar integrados entre si. Porém, não podemos esquecer que tudo isso só existe por um único objetivo: suportar os serviços médicos oferecidos pelo hospital.

Em palavras de Moraes e Salies (2009, p. 427), “o acesso a qualquer tipo de documento é parte integrante da gestão documental de qualquer organização”. Neste sentido, elucidaremos a definição de acesso e gestão das informações e documentos no contexto da Arquivologia: de acordo com o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2005, p.15), acesso é a “função arquivística destinada a tornar acessíveis os documentos e a promover sua utilização” ou, do mesmo modo, “possibilidade de consulta a documentos e informações”.

Já sobre gestão, o dicionário atribui a palavra a três diferentes tratamentos ligados à gestão na arquivologia, quais sejam: Gestão da Informação – administração do uso e circulação da informação, com base na teoria da Ciência da Informação; Gestão de Depósito – administração do depósito no tocante à utilização do espaço, localização e movimentação do acervo, armazenamento, climatização, higiene e segurança; e Gestão de Documentos – conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária, visando sua eliminação ou recolhimento. Também chamado administração de documentos. A definição de Gestão de Documentos é a que mais se aproxima à citação de Moraes e Salies, apesar de as três representarem o propósito desta seção.

No sentido de promover o acesso à informação, é importante constatar a responsabilidade do órgão ou entidade custodiadora em franquear o acesso às informações à pessoa solicitante, desde que não fira a vida privada de outras pessoas, primando pela segurança da sociedade ou do Estado, como previstos na Lei de Acesso à Informação (GIRÃO, 2013).

A principal forma de acesso à informação em saúde em uma IS ocorre no setor responsável pela gestão, tramitação e guarda do PP, denominado, usualmente, de Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Para Carvalho (1973) uma IS é considerada um ambiente que apresenta características próprias decorrentes do tratamento eficiente dos doentes, acidentados, o ensino a estudantes, à pesquisa científica, à prevenção de doenças, dentre outros. E, devido à sua complexidade, é necessário que a IS se organize para fornecer à equipe assistencial os dados do paciente a qualquer momento que precisar.

A princípio, o nome para este setor foi sugerido, no Brasil, pela Prof. Dr^a. Lourdes de Freitas Carvalho pioneira na criação do SAME no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de modo que o termo origina-se da versão norte-americana *medical records department*. Algumas IS no Brasil denominam este setor como “serviço de documentação científica” ou “documentação médica”.

O médico e escritor, Vecina Neto (2011) indica que o SAME é igualmente conhecido pela sigla SPP, que significa “Serviço de Prontuário do Paciente”. Este termo é utilizado e defendido no livro “Serviço do Prontuário do Paciente” escrito pelo Pe. Augusto Antonio Mezzomo, com primeira edição no ano de 1982.

Mezzomo (1982) defende que a denominação SAME, mesmo que muito utilizada, não condiz com sua essência, é incompleta e não está adequada à singularidade dos serviços. O

autor ainda reforça que a denominação SPP foi considerada a mais adequada a partir da década de 1970 e é a que melhor representa a atividade relativa ao registro do atendimento prestado a um paciente. Salientamos ainda mais esta questão ao enfatizar que a denominação SAME expõe um equívoco ao retratar o setor como Arquivo Médico, já que influencia o uso da denominação ligando o prontuário – principal atividade do setor – ao médico, como se o setor ou o prontuário pertencesse a este.

Aproveitando o ensejo, esta pesquisa também faz referência a outro termo habitual utilizado de forma errônea: “prontuário médico”. Esta expressão é considerada pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2006) como ambígua, pois a denominação habitual leva ao entendimento de que o prontuário pertença ou é relativa ao médico.

A expressão *prontuário médico* é amplamente usada, o que lhe dá legitimidade. Mas é ambígua e, por isso, objeto de críticas, sobretudo de outras áreas profissionais atinentes à assistência ao doente. Nos dicionários, o adjetivo *médico* significa medicinal, relativo ao médico, à medicina, àquilo que cura. Desse modo, fica a parecer, sobretudo fora do meio profissional, que o prontuário é do médico ou versa sobre ele ou é usado só por médicos. [...] Embora o prontuário seja escrito, no mais das vezes, pelos médicos, refere-se ao paciente, e os dados aí constantes pertencem a este e à instituição que o assiste. Segundo o parecer CRM-DF 43/2000, toda documentação referente ao atendimento prestado ao assistido pertence a este. Por analogia a *laudo médico*, *relatório médico*, *exame médico*, diz-se também *prontuário médico*. Contudo, é oportuno citar que *prontuário nosológico do paciente* ou *prontuário médico do paciente* são expressões completas e expressivas, que podem ser adotadas em comunicações científicas formais. Prontuário do paciente é denominação encurtada, aceitável por ser expressiva e “politicamente adequada”. No âmbito médico, pode-se dizer apenas prontuário [...] (CRM - DF, 2006, p. 09, grifos do autor).

Em resumo, estudos sinalizam que o prontuário é documento pessoal pertencente unicamente ao paciente; a equipe assistencial, tendo o médico como membro, é a responsável por realizar o registro no prontuário e as IS são responsáveis pela conservação, gestão e guarda. Portanto, nem o arquivo e nem o prontuário são pertencentes ao médico, mas sim à Instituição e ao paciente, respectivamente.

Portanto, diante às justificativas, esta pesquisa faz recomendações quanto à necessidade de alterar as denominações antigas para uma expressão mais adequada, sem comprometer as funções do prontuário e funcionamento do setor. Apesar de o setor dividir-se em três funções (arquivo, estatística e recepção) estas não precisam estar explícitas, já que suas atividades estão interligadas e são providas do PP, evitando, assim, equívocos na nomenclatura. Portanto, a nomenclatura SPP defendida por Mezzomo seria a mais adequada, pois evidencia o uso do PP pelo setor e o afirma como indispensável ao funcionamento de uma IS.

A crítica levantada só reforça a necessidade da mudança de hábito às antigas denominações, já que o desenvolvimento da compreensão humana, a importância da informação na sociedade e, principalmente, a evolução constante da ciência, são motivos suficientes para uma mudança de paradigma, principalmente por parte da classe de profissionais da área da saúde.

A partir do reconhecimento das atividades do setor, que se deu no ano de 1952, através da criação da Lei “Alípio Correia Netto”, os hospitais filantrópicos tiveram que dar início à organização e integração dos seus arquivos com históricos clínicos escritos e completos para fins de que recebessem os auxílios e subvenções do governo. Assim, o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ao iniciar seus serviços em 1966, deu relevante valor ao serviço de conservação, guarda e, principalmente, organização dos prontuários no SPP das IS ao gratificar-lhes com pontuações, ao considerar como requisito a organização do setor. Esta iniciativa serviu de estímulo aos hospitais da época para adequarem este serviço de forma não aprimorada, mas ao menos primordial (MEZZOMO, 1982).

O SPP pode ser considerado o “coração do hospital”, já que é imprescindível sua relação com serviços técnicos, administrativos e outros setores. Este setor relaciona-se principalmente com a diretoria do hospital, para fornecer o movimento diário dos doentes, a partir do prontuário, para o cumprimento das atividades de cada especialidade de assistência em saúde. Advém do SPP maior parte das informações que determinam o funcionamento das IS, independente do seu tamanho ou complexidade. O desprezo à importância do SPP pode acarretar a precariedade ou a falsidade de informações registradas no PP, e assim provocar a **falta de estrutura** e pouca **capacitação técnica** dos colaboradores neste setor (SCHEIDT, 1972, grifo nosso).

Dando continuidade à historicidade dos termos, a gênese do prontuário com ênfase no paciente ocorreu na reconhecida Clínica de Mayo, fundada no ano de 1880, em Minnesota nos Estados Unidos, pelo cirurgião americano William Mayo. Nesta clínica, foi constatado que cada médico elaborava um prontuário diferente por paciente quando, no ano de 1907, optaram pelo registro individual por paciente e não mais por médico. Mantiveram os registros das informações preenchidos em ordem cronológica e arquivados separadamente, o que facilitou o acesso e recuperação às informações de determinado paciente (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Nesta seção da pesquisa, procura-se evidenciar a importância de métodos que assegurem a proteção no acesso às informações sensíveis em saúde contidas no PP. Desta

forma, as práticas em saúde também são caracterizadas pelo cumprimento de normas em diferentes seguimentos, desde o atendimento ao paciente ao tratamento das informações em saúde.

No modelo atual de cuidados hospitalares, dezenas de pessoas têm acesso aos prontuários dos pacientes, compartilhando uma informação que, originalmente, foi revelada a outro profissional [...]. Quando há colaboradores no atendimento a um paciente, a obrigação do sigilo se estende a todas as pessoas que ajudam o médico em seu trabalho, pois estes profissionais, obrigados ao sigilo por seus códigos deontológicos, devem garantir uma manipulação eticamente correta da informação (KOTOW, 1995; HERRAZ, 1992 *apud* LOCH, 2003, p. 53).

Evidenciando a citação, é possível identificar que é corriqueiro o acesso ao PP por várias pessoas. Devido à complexidade das informações registradas neste documento, faz-se necessário a gestão especializada a este tipo documental, principalmente por demandar grande fluxo de acesso.

Destarte, o Manual Brasileiro de Acreditação (2006) estabelece que, para a gestão das informações produzidas é necessária uma “sistemática de controle de entrada e saída, de circulação e mecanismos de segurança e rastreabilidade dos prontuários”. Com isso, Moraes e Salies (2009, p. 430) compreendem que “não seria possível garantir às pessoas autorizadas o acesso à informação do prontuário, se ele não estivesse localizável e conseqüentemente disponível”. De fato, esta premissa esbarra no controle de acesso e, uma forma de mediar o acesso ao PP seria “monitorar quem acede aos documentos e, também, à área reservada ao arquivo, devendo ser uma das medidas prioritárias nas instituições” (FLORES; SFREDDO, 2012, p. 160).

Para que seja possível o controle no acesso ao PP cabe priorizar a gestão documental, ou seja, o processo de seleção, tratamento, recuperação e armazenamento das informações nele registradas, já que estas etapas são fundamentais para a qualificação do fluxo da informação e para a melhoria da gestão da informação em saúde (CUNHA, 2005).

A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa porque os dados gerados pela realização da anamnese e do exame físico são como uma extensão do corpo ou da mente de alguém. Para que este ato médico não seja considerado um acesso não autorizado, deve ser o paciente, e não o profissional de saúde, quem determina quais destas informações podem ser reveladas (WINSDALE, 1995 et al. *apud* LOCH, 2003).

Como já evidenciado em citação de Loch (2003), Kotow (1995) e Herraz (1992), dezenas de profissionais recorrem ao PP durante suas atividades. Porquanto, é necessário que as IS se atenham quanto à circulação do prontuário, tanto no suporte papel quanto eletrônico, ou seja, por onde ele tramita dentro da Instituição em decorrência dos empréstimos. O

controle da circulação do PP possibilita que a *práxis* sistêmica do fluxo informacional ajude a coordenação do hospital minimizar suas dificuldades de comunicação e de transmissão de dados e informações aos diversos sujeitos no contexto da rede hospitalar (CUNHA, 2005).

As precauções tomadas no processo de fluxo do PP são importantes para que não ocorra perda ou extravio de prontuários, entre outros equívocos, por isso “é necessário planejar as etapas (de consultas e empréstimos) [...] baseadas em critérios pré-estabelecidos de autorização de acesso” (MORAES; SALIES, 2009, p. 431, grifo nosso).

Em casos de perda ou extravio de prontuário, cabe à direção da instituição aplicar medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão, e a direção da instituição deve elaborar um documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo (Consulta CRM-DF nº 0037/04) (CRM-DF, 2006, p. 17-18).

A perda, estrago, extravio ou a retirada do PP do arquivo do SPP sem autorização ou comunicação prévia e não devolvê-los é caracterizado como furto e considerada contravenção legal gravíssima pelo CFM, levando o médico responsável pelo ato a responder eticamente por negligência no desempenho de suas funções (CRM-DF, 2006). No **Quadro 9** podemos conferir as atribuições do setor de arquivo no SPP.

Quadro 9 – Atividades setor de Arquivo do SPP

ATIVIDADES SETOR DE ARQUIVO	
a) Receber os prontuários dos pacientes que tiverem alta hospitalar e coloca-los em ordem, de acordo com a sequência (sic) estabelecida para os impressos, e em ordem cronológica;	b) Verificar se os prontuários estão devidamente preenchidos, principalmente quanto aos diagnósticos, relatórios de operações e condições de alta;
c) Encaminhá-los ao setor de estatística para classificação;	d) Arquivá-los por ordem numérica de registro;
e) Fornecer informações de caráter médico-legal aos interessados, dentro dos preceitos do código de ética médico-hospitalar;	f) Fornecer aos hospitais interessados, informações relacionadas ao diagnóstico e tratamento a que se submeteu o paciente, quando matriculado no hospital;
g) Enviar o prontuário para o ambulatório para continuação de tratamento do paciente, se o hospital adotar o sistema integrado de arquivamento de prontuários. Terminada a consulta, ele será devolvido ao setor de arquivo médico, para arquivamento.	h) Controlar o movimento dos ambulatórios

Fonte: Carvalho, 1973, grifo nosso.

Além destas atividades, o setor de arquivo do SPP tem o papel de armazenar e conservar os prontuários por vinte anos, após o último registro de atendimento ao paciente, de acordo o artigo 8ª da Resolução nº 1.821/2007. E, no que diz respeito às fases arquivísticas, ao PP atribui-se a fase corrente o equivale ao período de assistência ao paciente mantido sob cuidados na IS até sua alta e a análise dos gastos por meio de auditoria. A fase intermediária acontece após análise da auditoria, de modo que o PP permanece arquivado aguardando o

retorno do paciente para assim voltar à fase corrente; caso o paciente não retorne para receber assistência para sua saúde no período de vinte anos, a partir do último registro do paciente no serviço de saúde, o PP passa por avaliação da CPAD que atribuirá valor permanente ou não ao PP, conforme Resolução nº 22 do CONARQ. Na fase permanente, o prontuário adquire valor médico-científico, histórico e social, sendo assim definitivamente preservado.

A resolução do CFM de n. 1.821/2007 indica que os PP em formato de papel podem ser eliminados, após cumprirem os vinte anos de guarda, desde que haja uma cópia microfilmada ou digitalizada do documento, por entender que **as informações são relevantes para a pesquisa médica, a memória social e a consulta dos pacientes quando necessitarem das informações contidas em seus prontuários.** (CUNHA et al., 2015, p. 220, grifo nosso).

Desse modo, é na fase corrente que ocorre a maior parte das solicitações de acesso ao PP, pois o paciente ainda se encontra aos cuidados da Instituição. Portanto, se faz necessário para a gestão do acesso ao PP, o planejamento para consultas e empréstimos principalmente durante sua fase corrente. A preocupação quanto ao acesso às informações em saúde em uma IS não pode deixar de ser prioridade, pois, como afirmam Francisconi e Goldim (1998): em um hospital de grande porte, durante uma internação, até 75 pessoas diferentes chegam a lidar com o prontuário de um único paciente. Desta forma, torna-se indispensável que as IS formulem procedimentos para o acesso aos prontuários, independente do seu suporte, mas com especificações individuais a cada um.

Os critérios pré-estabelecidos de autorização de acesso convém ser de controle rigoroso, principalmente quanto à cobrança dos prazos para devolução do PP, sempre atento quanto ao solicitante, pois este “não tem necessariamente autorização para encaminhar esse prontuário para outro setor ou pessoa” (MORAES; SALIES, 2009, p. 433). Estes procedimentos podem compreender rotinas para controle de acessos ao PP, dentre eles podemos destacar:

- a) Verificar, primeiramente, se o solicitante tem autorização de acesso e empréstimo ao prontuário;
- b) Registrar os dados do solicitante do prontuário (nome, nº de matrícula, setor, etc.);
- c) Registrar data e horário de saída do prontuário;
- d) Especificar data para devolução e confirmação, em forma de assinatura, da devolução;
- e) Após a devolução verificar se todas as folhas do prontuário estão nos devidos lugares, assegurando sua integridade.

Os tipos de acesso ao prontuário variam conforme a necessidade do solicitante. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde e administrativos que entram em contato com as informações do PP têm apenas autorização para o acesso às mesmas em função de sua necessidade profissional, mas não o direito de usá-las livremente. Dessa forma, os profissionais somente deverão ter acesso às informações que efetivamente contribuam ao atendimento do paciente (FRANCISCONI; GOLDIM, 1998).

No caso de pesquisa, principalmente por parte de alunos residentes, a prática geralmente é feita em hospitais vinculados a Universidades Federais.

O prontuário do paciente é fundamental para o ensino e aprendizagem de profissionais na área de saúde. É a teoria aprendida nos bancos das universidades aplicada em situações reais. As informações dos relatos dos pacientes, das observações profissionais, dos exames clínicos e complementares fornecem o conteúdo necessário para que os aprendizes constatem a dimensão prática de conceitos e postulados assimilados nas aulas teóricas. O prontuário é registro do fazer, da experiência vivida por profissionais, cujas condutas adequadas e eficazes ensinam e educam novos profissionais (MORAES; SALIES, 2009, p. 429).

Outro caso corriqueiro de acesso ao PP é por meio de auditorias que ocorrem nas IS, o qual se estabelece em procedimento essencial para a prestação de contas e adequação dos serviços das Instituições.

[...] os serviços de saúde são remunerados pela contrapartida de apresentação da fatura auditada. Isso significa que, a cada item cobrado, o estabelecimento de saúde deve garantir o devido registro no prontuário do paciente. As auditorias de contas são realizadas através da verificação da efetiva utilização dos materiais e realização de procedimentos, a partir da análise do prontuário. O que não está registrado devidamente, não é pago (MORAES; SALIES, 2009, p. 429).

No **ANEXO A**, está um fluxograma de Moraes e Salies (2009) que demonstra a tramitação de empréstimos do PP na rotina de uma IS, destacando-se as regras adotadas para o controle de acesso aos que precisam das informações registradas no PP. Este fluxograma é utilizado como parâmetro para a análise dos dados da pesquisa de campo referentes ao segundo objetivo desta pesquisa.

No que tange as diretrizes, é necessário que as IS agreguem-nas à gestão do PP a fim de que normatizem suas definições, considerando que “deve haver uma norma sobre como são agregadas as informações, outra sobre como o prontuário pode ser requisitado, e ainda sobre como circula no hospital” (NETO, 2011, p. 245).

Ninguém, porém, deve subestimar a importância e o valor dos serviços de arquivo médico e estatístico em seu Hospital, pois ele servirá para orientar cientificamente o progresso, o estudo e os problemas da organização e permitirá que os proprietários

ou responsáveis não se distanciem da rápida evolução técnica da Assistência Médica no Brasil (SCHEIDT, 1972).

O SPP merece, de fato, atenção e reconhecimento por ser o setor responsável em disponibilizar grande parte das informações que movem as IS. É a partir dele que se possibilita o acesso ao prontuário, que fornece as informações para as atividades dos serviços de atenção à saúde, e é neste setor onde, primeiramente, deve-se assegurar a confidencialidade e sigilo das informações registradas no PP. Considera-se importante que a existência, estrutura e organização do SPP estejam no regulamento das IS. E, o SPP, por sua vez, deverá elaborar um regimento interno para disciplinar suas atividades, descrever suas atribuições e incluir sessão para os direitos e deveres dos colaboradores, dentre outras especificações (SOUNIS, 1973).

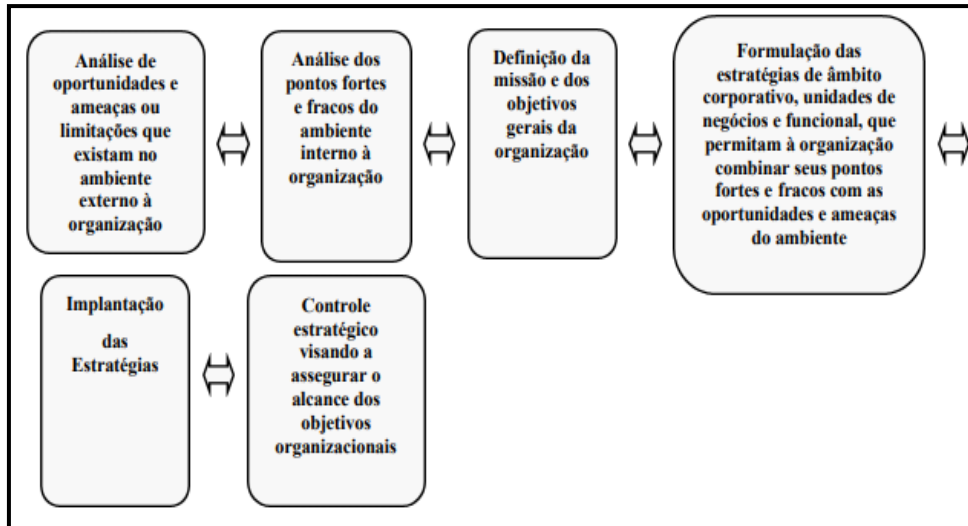
3.3 Estratégia: qualificação e capacitação dos funcionários do SPP

A palavra estratégia está originalmente relacionada à arte de “fazer guerra”, mas, com o tempo, seu sentido foi se dissociando e atualmente está agregado ao ato de planejar, promover subsídios para o planejamento de algo. O termo é utilizado em diferentes contextos e áreas do conhecimento, principalmente na área política, econômica e empresarial.

A palavra estratégia tem vários significados e é um conceito que está presente em vários contextos, sendo por isso difícil a sua definição. Em sentido figurado, uma estratégia normalmente é estipulada para ultrapassar algum problema, e nestes casos pode ser sinônimo de **habilidade**, **astúcia** ou **esperteza**. (ESTRATÉGIA, 2019, grifos do autor).

Na esfera organizacional o termo é utilizado como forma de melhorar a produtividade e alcançar resultados. Muitas vezes, organizações com viés de concorrência, adotam estratégias corporativas para fomentar seu crescimento e rentabilidade em relação aos concorrentes. E, ao usar estratégias, os resultados não são imediatos, geralmente ocorrem à longo prazo. Neste contexto, de acordo com Carvalho (2014), a estratégia é definida na alta administração, ou seja, é articulada pela diretoria da IS. Por esta ação estar ligada à diretoria, e esta tem que conhecer o ambiente para implantar as estratégias, ou seja, fazer anteriormente uma avaliação interna do ambiente organizacional destacando os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades (CHIAVENATO, 2003). Podemos acompanhar as etapas desta avaliação interna do ambiente organizacional pelo modelo de tomada de decisões na **Figura 3**.

Figura 3 – Modelo de tomada de Decisões Estratégicas



Fonte: WRIGHT et al. (2000) *apud* CAMARGOS; DIAS (2003).

Segundo Chiavenato (2003), um planejamento estratégico tem seus efeitos e consequências estendidas há vários anos pela frente, e tem como objetivo atingir toda a Instituição. No caso desta pesquisa, a referência de estratégia é utilizada como subsidio para explorar a qualificação e promover a capacitação dos funcionários que atuam no SPP para a melhoria dos serviços internos da IS, fugindo do cenário do mercado competitivo, sem a intenção de ganhos rentáveis. Com isso, é importante frisar os conceitos de capacitação e qualificação agregada aos funcionários que fazem parte da amostra desta pesquisa.

Destarte, na percepção de Bruno (2011), ainda existe muita discussão em relação ao significado de qualificação. A autora julga o capitalismo contemporâneo como uma das dificuldades em estabelecer um sentido único ao termo qualificação, já que as formas de exploração do trabalho são muito distintas entre si. Mas, ainda assim, considera a qualificação como

[...] uma estrutura cujos elementos, além de mutáveis historicamente, se apresentam hierarquizados entre si a partir de uma determinada lógica, que por sua vez é dada pelas relações sociais de produção vigentes em processos de trabalho que são distintos entre si, do ponto de vista das formas de exploração. Historicamente a qualificação no capitalismo diz respeito à **capacidade do trabalhador de realizar as tarefas requeridas pela tecnologia utilizada**. Essa perspectiva pressupõe dois **componentes básicos: um muscular e outro intelectual**, que têm sido combinados de diferentes formas nas sucessivas fases do capitalismo (BRUNO, 2011, 555, grifo nosso).

Ainda para a autora, “ser qualificado é, na perspectiva do capital, possuir algum tipo de capacidade de trabalho passível de ser utilizada na produção de valor, de mais-valia”. Neste ponto de vista, percebemos que a qualificação, atualmente, está diretamente ligada à capacidade do trabalhador em externalizar suas habilidades físicas juntamente com a

intelectual. Neste sentido, Arias (2014) acredita que a qualificação está inserida nas constantes mudanças às quais os trabalhadores estão submetidos como forma de “manterem-se em seus postos de trabalho ou mesmo no próprio mercado de trabalho”, ou seja, o trabalhador tende a buscar aprimorar seus conhecimentos e práticas para melhorar seu desempenho nas atividades laborais e assim manter-se empregado.

Muitas organizações vêm mudando a forma de valorização do funcionário, buscando características como

[...] escolaridade crescente; conhecimento tácito relacionado com a experiência subjetiva do trabalhador no exercício de sua função; capacidade de tomar decisões e prevenir desajustes operacionais; capacidade de comunicação que permita o estabelecimento de referências comuns e proposição de ações conjuntas entre trabalhadores que desempenham funções distintas e com diferentes graus de complexidade; habilidade manual que permita a utilização eficiente de equipamentos de alta precisão técnica; capacidade de inovação no âmbito das atividades desempenhadas; capacidade de selecionar e relacionar informações variadas; capacidade de assimilação de códigos e normas disciplinares e de comportamento, articulando, ainda, aspectos de personalidade e atributos relacionados à condição étnico-cultural, de gênero e geracional (BRUNO, 2011, p. 555).

O trabalho não qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista, é substituído nas instituições, que adotaram as novas formas de organização do trabalho, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Agregado a estas novas formas de organização do trabalho está a capacitação destes funcionários. A capacitação é um suporte a mais na qualificação do funcionário, é o aprimorar contínuo, mas específico à sua área de atuação. Geralmente, a capacitação tende a ser praticada na própria Instituição que o funcionário atua, com o intuito de prepará-lo com o conhecimento sobre as práticas laborais internas, mais específicas do setor.

No modelo fordista, a qualificação recaía na transmissão de habilidade/conhecimentos no trabalho, no ‘credencialismo’ a partir dos sistemas escolarizados e nos sistemas escalonados de ascensão, fundamentalmente dados pelo tempo de antigüidade na empresa. "Agora, no modelo "neofordista" ou "pós-fordista", a "nova qualificação recai num sistema de capacitação e treinamento, tanto no início da contratação (ou prévia a ela), como posterior a ela [...]. (CARRILLO 1994 *apud* MANFREDI, 1999, p. 09).

Nesta declaração, onde Manfredi cita Carrillo, percebe-se que os conceitos sofreram evolução com o passar do tempo, de modo que a qualificação tornou-se algo constante na esfera profissional e tem sido uma das maiores exigências no mercado de trabalho. O funcionário pode já ser qualificado (graduação, técnico, especialização), mas mantém sua qualificação ao procurar capacitar-se ao longo das suas atividades, buscando aprimorar seus

conhecimentos e evoluindo em suas atividades laborais. No sentido de haver diferentes indagações sobre a evolução da qualificação, Manfredi sinaliza que

[...] a noção de qualificação é polissêmica podendo ser assumida com várias acepções [...]. **Para alguns**, a qualificação é considerada na perspectiva da preparação para o mercado, envolvendo, portanto, um processo de formação profissional adquirido por meio de um percurso escolar e de uma experiência (ou carreira profissional) capaz de preparar os trabalhadores para o ingresso e a manutenção no mercado formal de trabalho (MANFREDI, 1999, p. 08, grifo nosso).

Mas, já em sua própria concepção, a autora defende que “nos últimos dez anos, a concepção de qualificação tecnicista (cuja matriz é o modelo *job/skills*), ancorada nas normas previamente estabelecidas pelas empresas, está convivendo ou sendo substituída por uma outra concepção, que vem sendo designada *modelo da competência*”. (MANFREDI, 1999, p. 08). Com o passar dos anos, as novas concepções gerenciais e tecnológicas vivenciadas pelo setor da saúde “implicaram em mudanças na natureza e no processo de trabalho, além de indicarem a necessidade de maior capacitação dos seus trabalhadores, com ênfase no conhecimento técnico-científico e nos atributos de qualificação profissional” (SANTANA; FERNANDES, 2008). Nesse contexto, os trabalhadores da área da saúde passaram a ser considerados sujeitos transformadores do modo de gestão das IS, de modo que desenvolveram-se em busca do conhecimento em gestão juntamente ao investimento das IS na contratação de colaboradores qualificados para as atividades, excluindo da rotina o trabalho repetitivo e refletindo sobre mudanças comportamentais que se adeque às novas tecnologias, concomitantemente aos processos de gestão da informação sensível em saúde.

Na literatura, conforma-se que, geralmente, as empresas ofertam a capacitação aos seus funcionários por conta própria, como forma de incentivo e investimento, visando melhorar o desempenho laboral e a prática das suas atividades. Muitas vezes, o empregador fornece a capacitação para o crescimento do funcionário na própria IS, fazendo com que este não fique estabilizado, em sua zona de conforto.

As capacitações podem ser aplicadas em forma de cursos, *workshops*, palestras, ou diferentes formas de entretenimento, abordando assuntos que não fujam do contexto ao qual o funcionário atua, pensando em atribuir-lhes conhecimento para que realizem suas funções da melhor maneira. Com esta atitude, as organizações também ganham, pois podem obter bons resultados se seus funcionários estiverem satisfeitos, ou seja, estes produzirão melhor.

O incentivo ao desenvolvimento de novas habilidades aos funcionários resume-se a uma boa estratégia não só para o desenvolvimento da IS, mas para manter sua organização e gestão bem acentuadas.

As informações registradas no PP, armazenados no SPP, são consideradas sensíveis e precisam de pessoal qualificado e capacitado para compreendê-las, avalia-las, gerencia-las, armazena-las e dissemina-las da maneira correta. Pois, mesmo que uma IS seja bem equipada e com boas instalações, mas não tenha pessoal adequado para lidar com os serviços técnicos do SPP, o serviço torna-se fragilizado ou inoperante (SOUNIS, 1973). Assim, para esta capacitação o pessoal deve ser preparado e habilitado quanto aos procedimentos utilizados no setor, já que o trabalho é considerado essencialmente técnico.

Considerando os recursos humanos, Sounis (1973) especificou, há quarenta e cinco anos atrás, que para o adequado funcionamento do SPP em uma IS de médio porte (equivalente a 50 a 149 leitos) era necessário no mínimo quatro funcionários, dentre eles:

- 1 chefe, de preferência médico, com curso Téc. em Estatística
- 1 auxiliar de SAME, de nível médio
- 1 arquivista, de nível médio
- 1 encarregado do registro geral (repcionista) (SOUNIS, 1973, p. 12).

Mas, com o passar dos anos, a procura pelos serviços de assistência em saúde aumentou e gerou, conseqüentemente, maior demanda de prontuários de modo que o quadro operacional do SPP teve que passar por reformulações, a exemplo: aumento do quadro de funcionários, qualificação dos profissionais atuantes (*e.g.* contratação de profissional graduado em arquivologia e técnico de arquivo) e a capacitação permanente dos funcionários já lotados no setor e dos vindouros.

Carvalho (1973, p.197), por meio do Colégio Americano de Administradores Hospitalares, utilizando dados do *American Hospital Association* (1948) declara que “são confiadas ao hospital e aos empregados, certos deveres éticos recíprocos... Empregados são obrigados a salvaguardar a informação confidencial sobre os pacientes e o hospital”, alegando que “tanto a organização hospitalar como todos os seus serviços, participam da responsabilidade de fornecer a melhor assistência possível ao paciente”. E, aliar o acesso à informação registrada no PP de forma precisa e rápida aos que dela necessitam, requer precaução quanto à exposição das informações, e isto cabe, especificamente aos gestores do SPP. Portanto, contempla-se que “o objetivo principal deve ser o balanceamento entre a proteção da privacidade individual e a garantia de um rápido fluxo de informações para os profissionais de saúde que legitimamente dela necessitam” (LOCH, 2003, p. 62).

Neste capítulo foram abordados assuntos relacionados ao que designamos como alicerces, ou seja, o método, a infraestrutura e a estratégia para assegurar a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde. Neste tocante, abordamos estes

alicerces como políticas para a elaboração de normas, diretrizes e procedimentos para o acesso ao PP de modo que a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde seja priorizada na IS e que receba o tratamento conforme as legislações apontadas no método, assim como o setor de guarda e gestão do PP coloque em prática os procedimentos e que a estratégia de capacitação e qualificação dos funcionários seja um diferencial para que os outros alicerces possam ser executados com eficiência. Nesta perspectiva, serão apresentados e discutidos no próximo capítulo os resultados diante as categorias de análise que se apresentam como: acesso ao PP; proteção da informação sensível em saúde e funcionários do SPP.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os dados coletados *in loco* por meio das entrevistas (APÊNDICE A) e dos questionários (APÊNDICE B), aplicados, respectivamente, aos responsáveis pelos SPP e aos funcionários que atuam neste setor. Os dados coletados nos questionários e nos discursos das entrevistas foram confrontados em alguns casos, com fins de apresentar a percepção dos participantes quanto às assertivas estabelecidas nos instrumentos de pesquisa. A princípio é apresentado o perfil dos profissionais atuantes nos SPP com o intuito de caracterizar o tipo e o quantitativo de participantes, destacando-os como referência na categoria “qualificação dos funcionários do SPP”, que será detalhada em seção específica.

a) Perfil dos profissionais atuantes no SPP

Antes de apresentar os resultados do levantamento *in loco*, é pertinente apresentar o perfil dos profissionais atuantes no SPP. Esta seção diz respeito aos funcionários de maneira geral, incluindo os funcionários e os responsáveis pelo SPP.

Inicia-se a apresentação constatando-se que os 40 funcionários – os respondentes dos questionários – estão divididos em 50% homens e 50% mulheres. Estes com idade média entre 29 e 50 anos (55%), de modo que sua maioria tem vínculo empregatício na modalidade terceirizada (48%). Dentre os três participantes da entrevista, constam um homem e duas mulheres; apenas dois tem superior completo, dentre estes, um com formação em arquivologia.

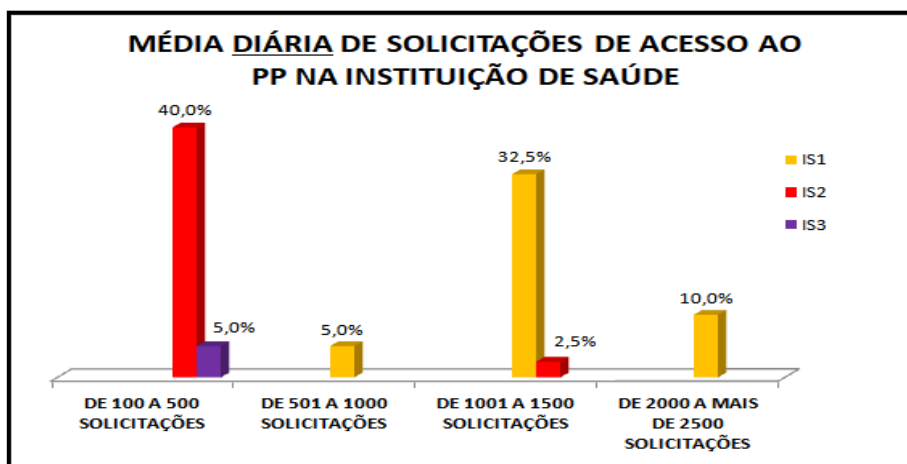
4.1 Categoria: acesso (C₁)

a) Solicitações internas de acesso ao prontuário no SPP (NS₁)

Em um universo onde existe grande circulação de registros de informações é necessário ter o controle da tramitação e do acesso ao documento que abriga tais informações, já que podem compreender informações sensíveis. No caso de uma IS, este documento é o Prontuário do Paciente.

Inicialmente, o primeiro dado analisado para esta categoria foi a quantidade de solicitações de acesso ao PP nas IS estudadas, considerando que a pesquisa foi aplicada em uma IS de ensino, ou seja, HU que tem, conseqüentemente, alta demanda de pacientes em atendimento, além de pesquisadores que solicitam acesso ao PP para estudos.

Gráfico 1 – Média diária de solicitações de acesso ao PP na Instituição de Saúde



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

No **Gráfico 1** observamos que os funcionários das IS₁ e IS₂ são os que mais se destacam em relação à quantidade de solicitações de acesso ao PP. Podemos associar isto ao fato de as duas Instituições serem de alta complexidade e por compreenderem, também, maior demanda de prestação de serviços em saúde. Apesar de haver mais de um relato na proporção de solicitações de acesso por parte da IS₁ e da IS₂, vamos considerar a proporção que foi mais votada. Assim, os funcionários da IS₁ e IS₂, relataram haver uma média de 1.000 a 1.500 (32,5%) e, 100 a 500 (40%), respectivamente, de solicitações diárias de acesso aos prontuários.

A fim de comparar as amostras encontradas nos questionários e nas entrevistas, destacamos um trecho da entrevista com o responsável pelo SPP da IS₁:

[...] a gente tem uma média de 1.200 a 1.300 solicitações por dia. É... consultas, solicitações pra pesquisa e coisas do tipo; e... procedimentos, internamentos, cirurgias... ta? Eu diria 1.300 solicitações diárias. (EIS₁, 2019, grifo nosso).

Apesar de esta questão do questionário fornecer diferentes opções de resposta, com intervalos maiores ou menores, o discurso do entrevistado da IS₁ relata que a média diária de solicitações está entre 1.200 a 1.300 prontuários, o que nos leva a entender que a resposta dos funcionários no questionário coaduna-se à resposta do entrevistado, que é o responsável pelo setor e, por isso, convém ter estes dados mais precisos.

No caso da IS₂, ao comparar as respostas da entrevista às do questionário, o discurso do entrevistado (EIS₂) entra em contradição ao resultado dos questionários, pois o

entrevistado sinaliza uma quantidade muito menor do que as respondidas pelos funcionários nos questionários, como pode ser lido no discurso abaixo:

A média, geral? Tem uma parte ambulatorial e tem a parte de internamento. A ambulatorial fica em torno de..., mensal, de uns dois mil prontuários por mês. [...] E internamento, geralmente de 20 a 15 por semana. (IES₂, 2019, grifo nosso).

Ao considerar que o entrevistado aponta solicitações de 15 a 20 prontuários por semana, teríamos uma média de 3 a 4 prontuários solicitados por dia, enquanto que nos questionários o maior número de respostas concentrou-se entre 100 a 500 solicitações diárias. Este resultado pode ter sido obtido diante a não apresentação de uma opção menor que a proporção de 100 a 500 solicitações nesta questão.

O discurso do entrevistado da IS₃ sobre a quantidade diária de acessos ao PP na Instituição não é muito diferente do resultado dos questionários, pois como demonstra o **Gráfico 1**, 5% dos respondentes apontam para 100 a 500 solicitações.

EIS₃: *Eh...pra tirar os prontuários pra atendimento, né? Por que são diversos... eh... profissionais de saúde aqui, além da perícia médica que a gente tem. Então, assim, uma média de uns 400... uns 500... eh...*

PESQUISADORA: *Diário?*

EIS₃: *Eh. 300... 400, por aí, diário. (EIS₃, 2019, grifo nosso).*

Apesar de a IS₃ não entrar no *hall* do nível de complexidade das IS, considera-se que esta tenha grande circulação de pacientes em atendimento ambulatorial, ou seja, atua com procedimentos de baixa complexidade como consultas, exames, terapias, entre outros; o que não deixa de gerar grande fluxo de circulação e solicitações de acesso ao PP.

A partir desta análise quantitativa podemos acompanhar a frequência do fluxo de solicitações diárias de acesso ao PP nas IS da amostra desta pesquisa. Deste modo, as solicitações de acesso ao PP são bastante recorrentes e utilizadas para diferentes segmentos do contexto hospitalar. Em muitas situações o PP é mais requerido por instâncias internas da IS, seja para os serviços administrativos (protocolo, auditoria, contabilidade, estatística, pesquisa etc.) quanto para os serviços de saúde (nutrição, ortopedia, fisioterapia, enfermagem, laboratório, assistência social, entre outros), e principalmente, para atendimento médico ambulatorial e internações. Para Carvalho (1973, p. 203), o SPP “mantém estreitas relações com diferentes serviços” diante a movimentação do paciente dentro da IS. Com isto, há a “necessidade de uma tramitação grande de papéis e documentos, que fazem parte desse complexo vai-e-vem, envolvendo órgãos e pessoas, fazendo com que o movimento desses papéis entre as pessoas ou unidades [...] sejam traduzidos em gráficos”.

O fluxo a que estes prontuários são submetidos necessitam de constante aferição e acompanhamento para evitar perdas e extravios de partes do documento, ou a quebra da confidencialidade diante a manipulação de pessoal não autorizado para tal.

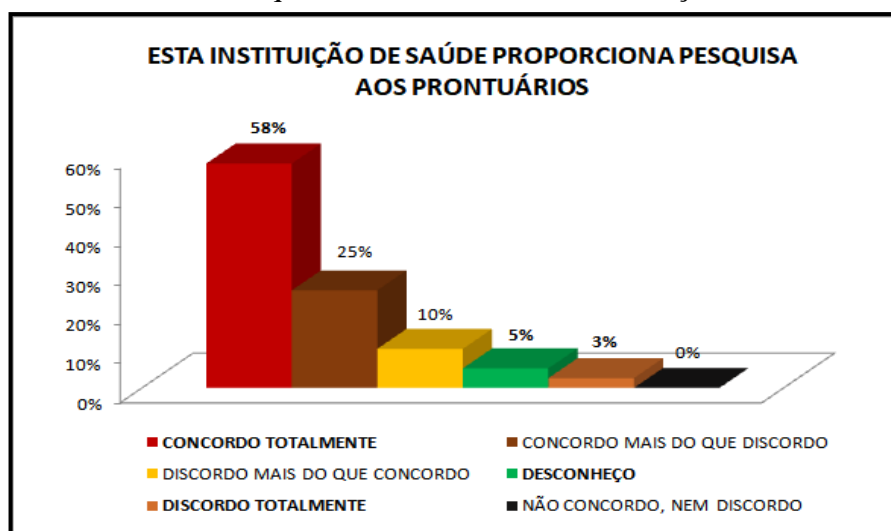
b) Solicitações externas de acesso ao prontuário no SPP (NS₂)

Geralmente, as solicitações externas de acesso ao PP estão ligadas a pesquisas científicas por usuários da área da saúde ou àqueles que se interessam, ou ainda, a pedido do próprio paciente ou familiares para *xerox* de folhas do PP para comprovar e dar entrada em processos no INSS, seguros de vida, imposto de renda, entre outros.

Nesta pesquisa, o acesso externo foi analisado em três momentos diferentes. A primeira foi na questão 4 do questionário, onde foram separadas as opções de usuários; a segunda foi por meio das afirmativas do Grupo II, que utilizou-se da escala *Likert* para verificar a promoção de pesquisas ao PP. E, o terceiro momento foi a partir das entrevistas, onde foi perguntado sobre a existência de solicitações externas de acesso ao PP.

Deste modo, na análise dos respondentes ao questionário no Grupo II, o **Gráfico 2** demonstra que **58%** concordam que a IS onde estão lotados proporciona pesquisa ao PP, enquanto que apenas **5%** não reconhecem esta atividade na Instituição.

Gráfico 2 – Pesquisa aos Prontuários na Instituição de Saúde



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Sabe-se que uma IS tem diferentes funções (cuidado médico, campo de ensino e treinamento, educação sanitária), dentre elas, de acordo com Carvalho (1973, p. 13), a terceira função é promover a “investigação e a pesquisa, o que proporciona ambiente adequado para o

aprimoramento dos conhecimentos médicos”. Haja vista que o principal meio de fazê-la é através das informações registras no PP, no qual estão informações capazes de promover conhecimento e de sanar dúvidas de estudantes e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento que tiverem interesse, não só da área da saúde. A contento, as solicitações externas de acesso ao PP traduzem-se de autorização para serem feitas, e a responsabilidade em produzir este documento é, via de regra, da própria IS.

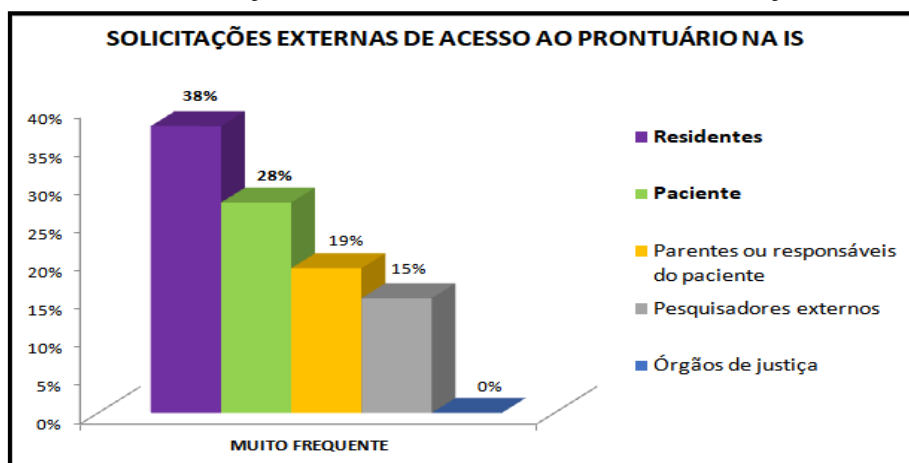
Geralmente, a IS tem em sua política interna de gestão do SPP o termo de confidencialidade, ao qual orienta-se que seja assinado pelo solicitante do PP para que os mesmos se comprometam a garantir o sigilo e confidencialidade dos dados e informações obtidas na consulta ao PP. Ainda neste viés, existem outros tipos de solicitações externas ao PP para além da pesquisa para fins científicos, como citado por Galvão e Ricarte (2012, p.27):

[...] são leitores potenciais do prontuário do paciente os profissionais de saúde, os pacientes, os familiares dos pacientes, os gestores da saúde, os **advogados**, os **juízes**, os **auditores**, os docentes, os pesquisadores e os estudantes do campo da saúde, cada um dos quais com suas respectivas competências linguísticas e comunicacionais.

Autoridades judiciais, policiais, Ministério Público e alguns casos de empresas particulares de diferentes seguimentos podem solicitar o acesso ao PP para obter informações sobre o paciente para determinada ação. Isto consta na Resolução nº 1.605/2000 do CFM, no art. 4º, onde destaca que se a autoridade judiciária requisitar a apresentação do conteúdo do PP, o médico disponibilizará a pesquisa restrita somente aos fatos em questionamento.

No **Gráfico 3**, podemos acompanhar as respostas dos questionários quanto aos possíveis solicitantes externos de acesso ao PP. Na questão 4 os respondentes apontam que Órgãos de Justiça (**0%**) e pesquisadores externos (**15%**) não solicitam ou pouco solicitam, respectivamente, acesso ao PP na IS em que atuam; enquanto que, os que mais solicitam são os residentes da IS (**38%**), os próprios pacientes (**28%**) e seus parentes ou responsáveis (**19%**).

Gráfico 3 – Solicitações externas de acesso ao PP na Instituição de Saúde



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A partir disto percebemos que, ainda que o acesso externo ao PP seja algo permitido, mas mediante autorização, os principais solicitantes ainda são pessoas que tem conhecimento desta prática: os residentes da própria IS, tanto para pesquisas científicas quanto para consultas de diagnósticos. Muitos pacientes e seus responsáveis não têm ciência de que podem solicitar acesso ao PP; este primeiro sem burocracia, já que é o autor das informações ali registradas, além de estar previsto no Código de Ética Médica e no Código de Defesa do Consumidor; seus parentes ou responsáveis necessitam de uma procuração para tal.

A falta de conhecimento do próprio paciente sobre a consulta ao seu prontuário resulta, de certa forma, de uma “autoproteção estratégica” por parte da IS, pois, quanto menos os pacientes e afins tiverem conhecimento de que podem ter acesso às informações registradas no seu prontuário, menos processos e consequentes indenizações por erros médicos, negligências etc. estas IS poderão sofrer. Lembrando que as solicitações externas de acesso ao PP só podem ser feitas mediante autorização expressa do paciente, recomendando-se que esta esteja arquivada juntamente ao PP. As cópias de partes do prontuário só são fornecidas a pedido do Conselho Federal ou Regional de Medicina, e diretamente ao próprio paciente. Portanto, “nenhuma informação deverá ser fornecida a qualquer órgão interessado, sem a autorização escrita do paciente” (Carvalho, 1973, p. 198).

A análise quanto às solicitações externas de acesso ao PP nas IS estudadas também foi relatada no discurso dos entrevistados, no **Quadro 10**.

Quadro 10 – Discurso Entrevistados - Solicitações externas de acesso ao PP

Existem solicitações externas de acesso ao Prontuário do Paciente nesta Instituição? Se sim, cite exemplos e com que frequência?	
EIS ₁	Existe, sim, principalmente quando é xerox e prontuário pra alguma demanda. Seja ela pra dar entrada em processo, INSS, coisa do tipo. A gente tem uma sala aqui, documentação clínica, que serve

	<i>pra isso. Que as pessoas vem e solicitam esses prontuários. E vem gente todo dia solicitar. Eu não sei agora te dizer a quantidade mensal que a gente tem solicitação de xerox, posso te encaminhar depois. Mas existe sim..</i>
EIS₂	<i>Existe a parte do relatório médico, que é o que o paciente necessita mais. [...] Ou então quando há processo judicial, que a justiça solicita os documentos necessários do prontuário. Que aí a gente faz a cópia e manda pra... pro juiz.</i>
EIS₃	<i>Existe... eh... já teve pesquisadores que eram autorizados a vim fazer uma pesquisa... eh... externa, né? E aí eram... eram..., normalmente, alguém ligado ao [IS3] que era, por exemplo: a psiquiatra A*. Ela tinha os pesquisadores dela que fazia pesquisa aqui e daí eh... eram... pedia autorização e esses tinham acesso ao prontuário. Nunca mais teve, assim... a frequência era muito pouca. Já aconteceu, mas não é uma coisa que acontece frequentemente não. [...] Até porque a gente não tem assim um espaço voltado pra pesquisa, entendeu? [...].</i>

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

No enredo dos discursos percebe-se que os entrevistados **EIS₁** e o **EIS₂** associam as solicitações externas de acesso ao PP às necessidades do próprio paciente, enquanto que apenas o entrevistado **EIS₃** considerou o acesso externo à pesquisadores de iniciação científica, nos remetendo às principais atividades dos HU juntamente às Universidades que é o ensino, a pesquisa, a extensão e a inovação.

c) Finalidade do acesso ao prontuário do paciente (NS₃)

Este núcleo de sentido é complemento dos **NS₁** e **NS₂** já apresentados. Deste modo, após a identificação do tipo de usuário que solicita o acesso ao PP, resta saber para qual finalidade este usuário faz esta requisição. Para isto, observamos no **Gráfico 4** que o **acompanhamento do estado de saúde do paciente**, nos casos de internamento, é o motivo considerado muito relevante diante a solicitação de acesso ao PP, com **58%** da amostra apresentada. Este resultado é o mais esperado, já que não seria possível a prestação de saúde ao paciente sem a consulta primária ao PP a fim de analisar diagnósticos anteriores e registrar novos. Neste caso, a consulta ao PP fica restrita à equipe de saúde responsável pelo paciente, portanto, sua movimentação e manipulação podem ser consideradas menores.

O segundo motivo considerado muito relevante para o acesso ao PP é a **consulta médica**, com **50%**. Neste caso, a prestação de saúde é ambulatorial, no qual o paciente pode ser submetido a consultas e exames rotineiros, e de diferentes especialidades médicas. Devido à maior frequência dos pacientes no ambiente ambulatorial e em diferentes especialidades, este acaba por ser o responsável pela grande rotatividade do PP pela IS.

E, o motivo considerado relevante (nem pouco relevante, nem muito relevante), foi a **conferência de medicamentos ministrados ao paciente**, com **55%** da amostra. A conferência de medicamentos está ligada ao acompanhamento do estado de saúde do paciente internado e pode ser feita por enfermeiros e auxiliares, o que significa constante manuseio do

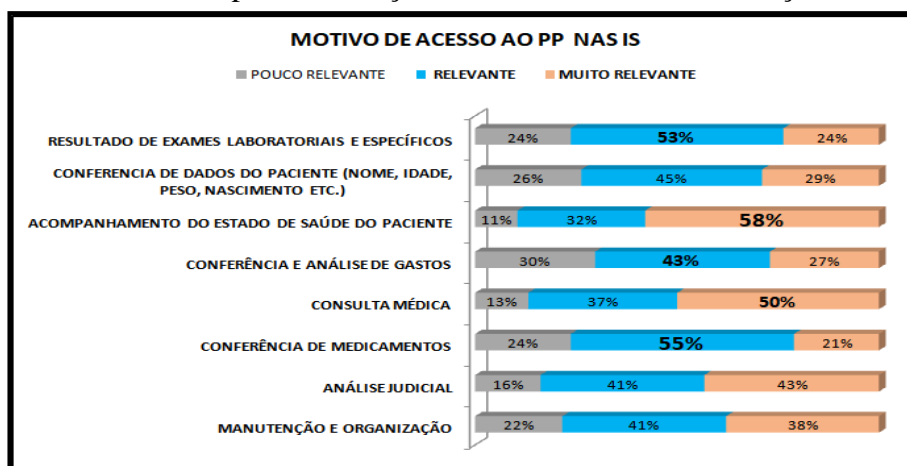
PP e por diferentes membros da equipe assistencial. Esta prática designa atenção quanto às informações já registradas ou que ainda serão registradas no PP por conta da rotatividade de membros da equipe assistencial que podem manipular de forma indevida e até mesmo alterar dados já registrados, o que pode ocasionar troca de medicamentos ou superdosagens, interferindo na qualidade, integridade e confiabilidade deste documento.

Um dado que chama a atenção é sobre a **manutenção e organização do PP**, considerado **38%** como muito relevante e **22%** com pouca relevância. Este dado é importante ser ressaltado devido à manutenção e organização do PP ser um diferencial para o acesso rápido e eficiente ao mesmo. Para Carvalho (1973, p.90)

[...] nos hospitais perfeitamente organizados, pode-se obter estatísticas diárias do movimento de todos os serviços médicos, individualmente em que serão assinadas as admissões, quer sejam os pacientes de ambulatório ou internação, as altas, as transferências, seguindo-se, assim, saber quantos pacientes ocuparam os leitos num determinado período, isto é, obter-se o total de pacientes-dias.

Enquanto que para a **conferência de dados do paciente**, etapa também inclusa no processo de organização e manutenção, o percentual chega a **45%** como relevante e **29%** como muito relevante, pois ao organizar o PP julga-se necessário conferir se cada folha dentro deste diz respeito ao paciente da pasta; e este é o papel da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) juntamente com a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD).

Gráfico 4 – Motivos para solicitação de acesso ao PP na Instituição de Saúde



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Os dados apresentados neste NS nos levam a crer que o PP torna-se fundamental em diferentes ramos da prestação de serviço ao paciente por demonstrar que o mais relevante e corriqueiro motivo de solicitação de acesso ao PP é o que também provoca maior fluxo de tramitação do mesmo em uma IS: o acompanhamento do estado de saúde do paciente.

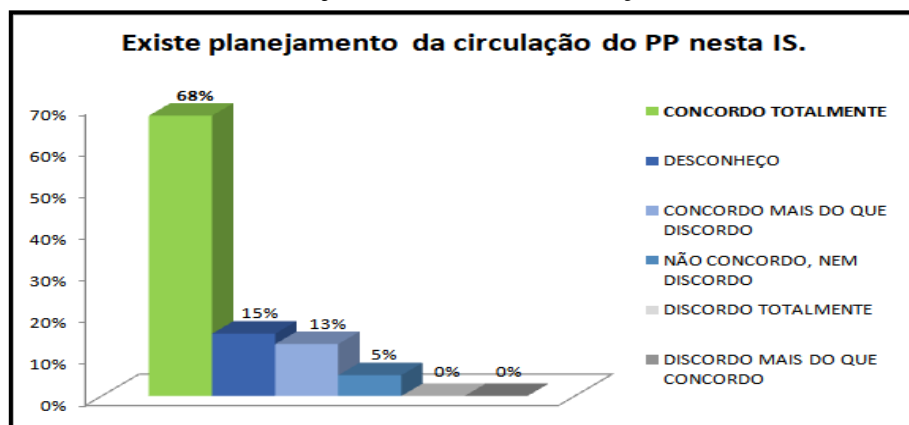
Considerando que este fluxo de tramitação do PP siga um caminho antecipadamente traçado, seja por meio de sistema ou por anotações manuais, este ainda corre o risco de ser manipulado por diferentes profissionais, desde os funcionários da recepção aos enfermeiros e enfermeiras, até chegar ao seu destino (setor) final. Estas adversidades podem ser evitadas a partir da adoção de uma boa política interna de gestão de prontuários no SPP, baseadas nas legislações brasileiras mais atuais que tratam sobre a proteção da informação do cidadão.

d) Fluxo do prontuário do paciente na IS (NS₄)

O controle para a tramitação do PP pela IS precisa ser considerado o principal processo diante toda gestão do PP, já que esta etapa é decisiva para assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações sensíveis nele registradas; considerando isto, todas as etapas vindouras serão consequentemente facilitadas. Durante o processo de fluxo do PP, diferentes traumas podem ocorrer: extravio, perda, troca, rasuras e outros danos às folhas do prontuário, manipulação por profissional de saúde não autorizado, não devolução no prazo estipulado, entre outros. Para evitar estas situações, é importante estudar e conhecer os processos anteriormente apresentados: o acesso interno, o acesso externo e a finalidade para o acesso ao PP, pois estes três seguimentos são os que permitem o correto encaminhamento do PP ao seu destino.

Esta pesquisa traz como um dos objetivos específicos, descrever o fluxo de acesso ao PP. Este objetivo tem como finalidade detalhar descritivamente o percurso, os trâmites e ações que completam o fluxo do PP à sua finalidade dentro de uma IS. Portanto, para iniciar esta descrição, observemos o **Gráfico 5**, onde **68%** dos respondentes dos questionários concordam que as IS têm planejamento sobre a circulação do prontuário.

Gráfico 5 – Planejamento sobre a circulação do PP na IS

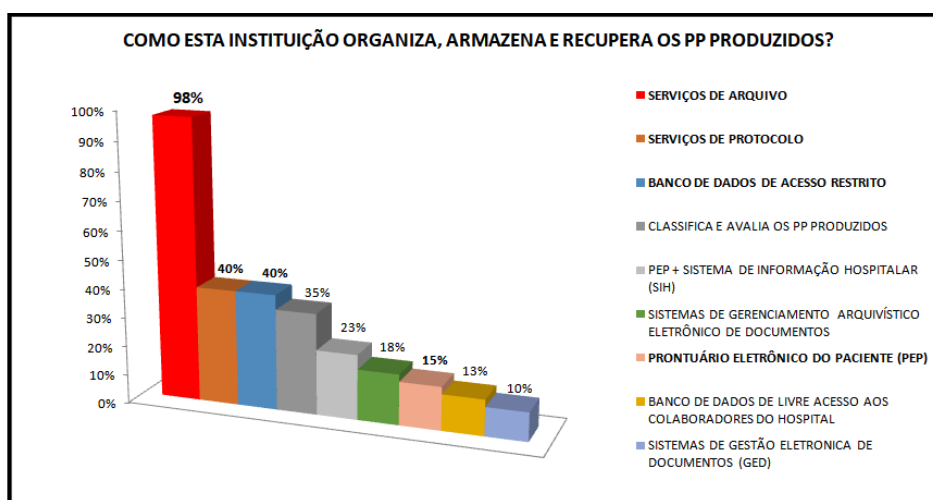


Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

É considerado importante que o planejamento sobre como ocorre a circulação do PP diante as solicitações e finalidades para o acesso conste nas políticas internas do SPP, assim como também cabe sinalizar a quem deve ser autorizado este acesso. Indiferente do sistema utilizado (digital ou analógico; prontuário eletrônico ou em papel), este planejamento convém estar orientado pelas políticas, normas e procedimentos de gestão do PP produzidos pelo SPP.

No **Gráfico 6**, apontamos os serviços e/ou sistema utilizados pelas IS para a organização, armazenamento e recuperação dos PP produzidos. Mensurar estes serviços também é importante, já que é por meio deles que a IS irá tramitar seus prontuários aos setores que os solicitam, obtendo, uma forma de controle sobre o fluxo do PP pela IS.

Gráfico 6 – Serviços e/ou sistemas para organização, armazenamento e recuperação dos PP produzidos pela IS

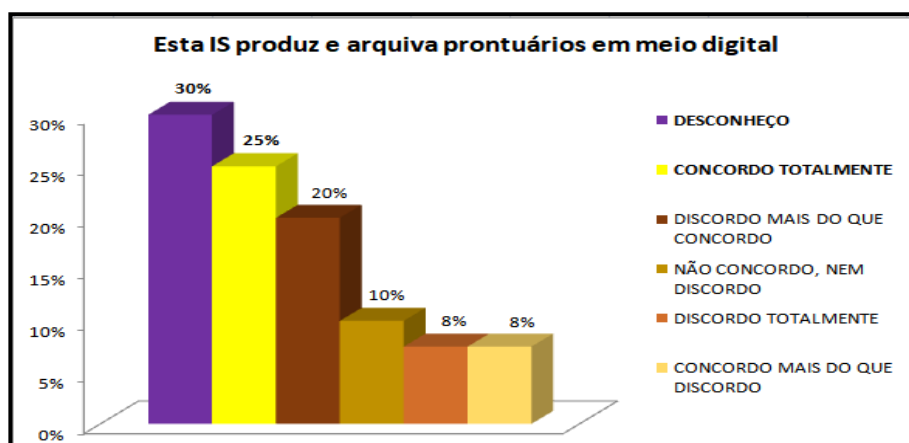


Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Observando o **Gráfico 6** percebe-se que as IS utilizam, de acordo com os respondentes, o Serviço de Arquivo como o principal meio de armazenamento, organização e recuperação do PP (**98%**); e, em segundo lugar, aparecem os Serviços de Protocolo e o uso de algum Banco de Dados de acesso restrito, ambos com **40%**. Dando destaque a alternativa “Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)”, apenas **15%** dos respondentes consideram este como um meio de armazenamento, recuperação e organização dos prontuários.

No grupo II do questionário, na afirmativa sobre as IS produzirem e armazenarem o PP em meio digital, **30%** dos respondentes assinalaram desconhecer este serviço, enquanto que **25%** concordam sobre a existência deste serviço na IS, como podemos acompanhar no **Gráfico 7**.

Gráfico 7 – IS produz e arquiva prontuários em meio digital



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A desproporcionalidade nos resultados a este questionamento exhibe um quadro de incertezas entre os funcionários da IS, de maneira que podem ter confundido o uso de um sistema para o registro da tramitação e controle do prontuário com o visto em dados anteriores, por outro sistema, próprio para a produção do prontuário em meio digital (PEP).

O PP em meio digital ainda não é uma realidade das IS participantes da pesquisa, já que nem os responsáveis pelo SPP mencionam suas atividades voltadas ao prontuário digital. Este modelo de PP é um paliativo ao PP analógico, por ser de fácil manuseio, acesso rápido, segurança quanto às informações registradas, etc. No entanto, sua aplicação depende de fatores ainda escassos e de alto custo para muitas IS no Brasil: infraestrutura permissível à tecnologia digital, internet e equipamentos eletrônicos de boa qualidade, profissionais capacitados e qualificados em tecnologia da informação (TI), entre outros. Esta barreira tecnológica está se rompendo aos poucos no país, de modo que os investimentos na área da saúde estão sendo priorizados pelo governo, principalmente por conta dos avanços tecnológicos na área, aos quais os serviços tem que estar em constante adequação.

No **Quadro 11**, em muitos momentos, os entrevistados referem-se ao prontuário somente em suporte analógico, ou seja, em suporte papel.

Quadro 11 – Discurso Entrevistados - IS armazena, organiza e recupera PP analógico

- ENTREVISTA - IS ARMAZENA, ORGANIZA E RECUPERA PP ANALÓGICO	
EIS ₁	[...] A gente verifica qual é que vai ser priorizado e encaminha. O arquivo separa o prontuário, eh... o mensageiro encaminha os prontuários, ele leva fisicamente, nosso prontuário é físico. Via sistema. A gente leva o prontuário, mas tudo fica registrado no sistema.
EIS ₂	Mas prontuário de internamento é protocolado de acordo com as unidade que necessita. E eles solicitam, e aí gente vamo lá, leva o prontuário, eles assina, na devolução a mesma coisa.
EIS ₃	[...] Nesse caso aí... os prontuários eles, eh... aqui não tem prontuários eletrônicos. Eh... as... eh... os prontuários eh... eles ficam de caráter permanente, é encaminhado por conta do espaço mesmo; [...].

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

Ao acompanhar o discurso dos entrevistados no **Quadro 11**, podemos inferir que o prontuário em meio digital (PEP) ainda não é utilizado em grande proporção pelas IS pesquisadas. Apenas o entrevistado da IS₁ sinalizou que o PEP está em fase de implantação.

[...] hoje, na verdade, a gente tá implantando um sistema tem uns dois anos, que é o A, que é um sistema informatizado. Então já existem coisas, informações do paciente que estão no próprio sistema e outras que estão ainda no prontuário físico. A gente tem o prontuário que tem as duas coisas. (EIS₁, grifo nosso).*

Portanto, o Serviço de Arquivo ainda é o principal meio de armazenamento, organização e recuperação do PP nestas Instituições. E isto nos leva a crer que as IS ainda têm predominância do seu acervo de prontuários em meio analógico tradicional, ou seja, em papel.

Em continuidade à análise sobre o fluxo do prontuário, nos discursos dos entrevistados no **Quadro 12**, cada um esclareceu como a IS adota normas e procedimentos para o acesso ao PP e como se dá a circulação do PP pela IS, ou seja, o encaminhamento/trâmite ao setor/usuário.

Quadro 12 – Discurso Entrevistados - Normas e procedimentos para o acesso ao PP

ENTREVISTA - NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO AO PP	
EIS ₁	<i>Existe essa norma operacional e eu posso te mandar depois o nome por que eu não sei, o número e nem o ano, é 2016, mas o número eu não sei. Que aí define quem pode ter acesso ao prontuário pra verificação, seja ela externa, pesquisador ou eh... os médicos. Acho que os médicos estão na diretrizes do A* que é o sistema que a gente usa. Então isso deve tá lá, de acesso. Mas a gente tá através das normas operacionais, assim que a gente define.</i>
EIS ₂	<i>Norma, norma a gente não temos, entendeu? A gente aqui do setor que faz a... o procedimento, toda restrição em relação à documentação externa a gente solicita. Quando é interna a gente faz o envio a sistema. Os prontuário que tá sendo enviado e os prontuário que tá sendo devolvido é pelo nosso sistema, quando é interno. Quando é externo a gente faz uma procuração, o paciente assina solicitando aquele documento.</i> PESQUISADORA: Mas, assim, esse sistema, como é que ele funciona? É um programa que vocês têm aqui? EIS₂: É um programa, o S*. Que ele tem todo um protocolo do interno, entendeu? Interno. Aí a gente faz o... dá baixa no sistema tanto na ida como no retorno. PESQUISADORA: Pronto. Cês tem então, nesse caso, nesse sistema um acompanhamento, todo o trâmite do prontuário. EIS₂: Para onde ele tá indo. A gente tem o controle dele. Se ele tá indo pro setor de ambulatório, a gente tem o controle. Quando ele retorna a gente dá baixa no sistema. Se ele vai pro internamento, ou pra diretoria ou pra qualquer... serviço social, por exemplo, que solicita muito também. Aí a gente encaminha pro sistema da gente próprio e lá eles dão ok que recebeu. Devolvido a mesma coisa: a gente dá ok aqui que foi recebido e dá baixa.
EIS ₃	EIS₃: Se por um acaso acontecer de um pesquisador, no caso você, ele tem que tá... ele tem que tá autorização eh... preenchida... PESQUISADORA: Essa autorização vem de onde? EIS₃: Vem... ah... como, não sei. Tem um... desse jeito. Cê tem que trazer tudo com a diretoria... PESQUISADORA: Na diretoria, com AM*?... EIS₃: Isso... com a diretoria. E aí ela faz avaliação. E aí ela autoriza ou não autoriza. Mas sendo que tem que tá todo eh... o documento tem que tá eh... com o timbre. Se for da U* mesmo, normalmente todos os que vieram eram da U*. Aí tem que tá com o timbre, tem que mostrar o que é a pergun... a pesquisa, aí é avaliado pela direção e aí ela autoriza ou não autoriza. Tendeu? Normalmente ela autoriza quando ela vê que tem a ver com o que é permitido fazer. E, é só restrito à sua pesquisa. [...].

Fonte: Levantamento in loco, 2019, grifo nosso.

Podemos identificar no **Quadro 12** que os discursos dos **EIS₁** e **EIS₂** estão voltados para o acesso interno; com diferencial, o **EIS₁** deixa evidente que a IS tem uma norma operacional para autorização do acesso ao PP. O **EIS₂** cita um procedimento de acesso ao PP diferente para os profissionais de saúde – por meio de sistema – que provavelmente utilizam para a tramitação do PP, ou seja, a **IS₂** tem estas normas e procedimentos pré-estabelecidos entre seus colaboradores, mas não são institucionalizadas, portanto, inferimos que são os responsáveis pelo setor – entrevistados – que fazem as normalizações e procedimentos a serem adotados em cada caso de solicitação de acesso, seja por meio de acesso por procuração (acesso externo) ou por sistema (acesso interno).

No discurso do **EIS₃**, percebemos que este compreende que as normas e procedimentos são somente para o acesso às solicitações externas (pesquisas científicas), não levando em consideração que: se não há uma boa normalização dos procedimentos para o acesso interno, possibilitar o acesso externo torna-se outro agravante.

Considerando que o **Quadro 12** refere-se aos discursos sobre as normas e procedimentos para o acesso, o **Quadro 13** refere-se aos discursos sobre a tramitação/circulação do PP pela IS, de modo que os entrevistados foram solicitados a descrever como ocorre a tramitação do Prontuário do Paciente a determinado setor.

Quadro 13 – Discurso Entrevistados - Regras e procedimentos padrões para a circulação/trâmite do PP pela IS

- ENTREVISTA - REGRAS E PROCEDIMENTOS PADRÕES PARA A CIRCULAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE PELA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	
EIS₁	<i>Existe. Pra a gente liberar o prontuário ele tem que ter sido agendado ou solicitado com pelo menos setenta e duas horas de antecedência. A única exceção são urgências de internamento ou de procedimento cirúrgico, que aí a gente encaminha com uma brevidade, uma prioridade maior. Mas geralmente tem que respeitar o agendamento de setenta e duas horas. Os prontuários são solicitados todos via sistema hoje, o sistema de fluxo de prontuários. Tá aqui registrado que houve a solicitação, e aí o funcionário nosso ele avalia essa solicitação, se não existe solicitações duplicadas ou dois setores pedindo o mesmo prontuário. A gente verifica qual é que vai ser priorizado e encaminha. O arquivo separa o prontuário, eh... o mensageiro encaminha os prontuários, ele leva fisicamente, nosso prontuário é físico. E aí a pessoa que ta recebendo informa via sistema que recebeu com o leitor de código de barras; ela tem que informar que recebeu aquele prontuário pra a gente saber que data foi que recebeu. E quando ela devolver ela faz o mesmo procedimento, aí retorna pro Arquivo. Os prontuários só vão pra o local que foram solicitados, então não dá pra solicitar pra um lugar e pedir pra levar pra outro por que não vai. Tem que ser... ou vai pra um lugar ou a pessoa que recebeu transfere e aí ele começa a circular dentro do hospital.</i>
EIS₂	<i>Esse controle de prontuário, geralmente quando sai do internamento, passa pra auditoria. Que essa auditoria que encaminha pro setor do SAME, que é onde a gente dá baixa no sistema. O controle maior é esse aí, entendeu? Todo controle aqui dentro vem do internamento, eles que faz a baixa... dá o... dá a baixa lá no sistema deles e encaminham pra auditoria, e a auditoria do ok pra a gente aqui. Que é aonde a gente pega o prontuário e dá ao arquivo.</i>
EIS₃	<i>Os prontuários sai do arquivo médico e vai pra recepção, que a recepcionista encaminha pros médicos pra o atendimento. Findando o atendimento, retorna pro arquivo pra que sejam arquivados novamente. E, se por um acaso, for encaminhado pra perícia médica; às vezes os médicos</i>

encaminham direto pra perícia médica, o que a gente não... não gosta muito, que a gente acaba que não tendo esse... esse controle, né? É uma coisa que eu brigo muito. Mas... ou... ele retorna pro arquivo e daí a gente encaminha pra perícia médica pra que seja dado as licenças médicas... Ou à saúde ocupacional quando elas solicitam pra... pra diversas... finalidades delas lá. [...]Então, as únicas lugares que o prontuário saem é pra esses setores e volta pro arquivo pra serem eh... guardados, arquivados novamente.

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

A circulação do PP pela IS é um processo que demanda atenção e responsabilidade, tanto de quem recebe quanto de quem encaminha. Como já abordado na seção 4.2 desta dissertação, o SPP é o setor responsável por esta atividade e dele partem as normas e procedimentos para o trâmite do PP na IS, ou seja, para que este prontuário chegue corretamente às mãos da equipe multiprofissional de saúde responsável pelo paciente, para uma consulta médica, para conferência dos dados, auditoria, etc.

e) Organização do prontuário no SPP (NS₅)

Para concretizar a solicitação de acesso ao PP, diferentes pré-requisitos precisam estar instaurados na rotina do SPP, entre eles a organização dos prontuários. Este NS retrata a importância da organização dos prontuários para que o acesso seja possível, de modo que contribui na rapidez para a localização do prontuário, manutenção, qualidade, guarda e sua possível eliminação consciente.

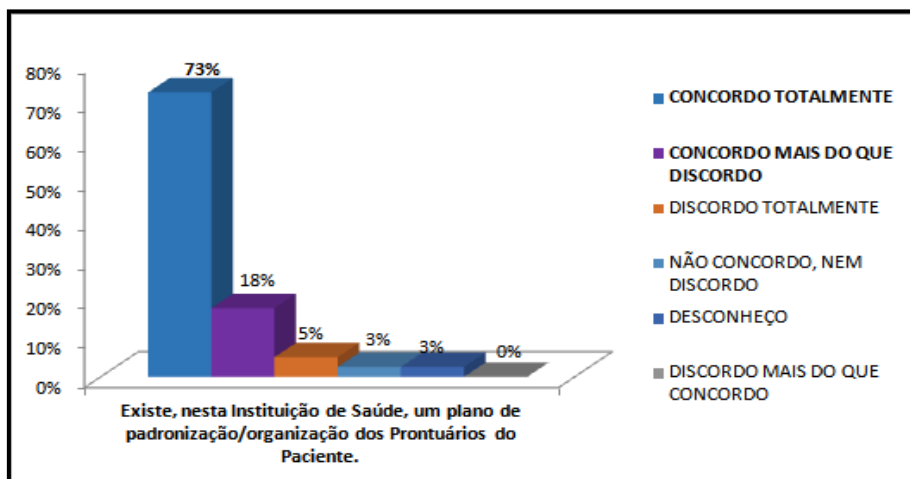
Um plano de padronização para a organização dos prontuários compreende procedimentos para que estes sejam organizados seguindo critérios estabelecidos e que seja produzido conforme a realidade de cada IS. Neste caso, é viável que o plano de padronização faça parte do regimento interno do setor, já que este documento caracteriza-se como uma regulamentação a ser seguida para o bom funcionamento e manutenção da rotina em qualquer setor ou Instituição.

A existência e organização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística será prevista no regulamento. O SAME, por sua vez, deverá elaborar um **regimento interno** que disciplinará duas atividades, atribuições dos diversos órgãos que o compõem, direitos e deveres do pessoal, etc. (SOUNIS, 1973, p. 22)

As orientações do plano de padronização têm que estar à disposição de todos os funcionários do setor, principalmente dos novos funcionários, para que estes tenham conhecimento de como desenvolver seu trabalho utilizando-se de procedimentos já pré-estabelecidos. Portanto, no Grupo II dos questionários distribuídos aos funcionários, foram colocadas afirmações relativas à organização do prontuário, de modo que os respondentes atribuíssem grau de concordância para com as mesmas.

O **Gráfico 8** demonstra as respostas às afirmativas sobre a existência de um plano de padronização/organização dos prontuários nas IS que fazem parte desta pesquisa.

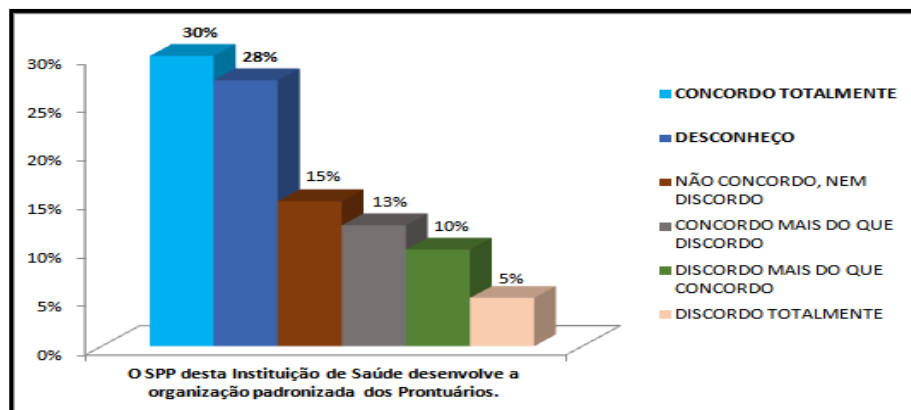
Gráfico 8 – Existe plano de padronização/organização dos prontuários nas IS



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A partir do **Gráfico 8**, observamos que **91%** (concordo totalmente e concordo mais do que discordo) dos respondentes afirmam que a IS onde atuam **tem um plano de padronização** ou organização dos prontuários, enquanto que **5%** dos respondentes **discordam da afirmativa** (discordo totalmente e discordo mais do que concordo) e **3%** desconhecem esta prática no setor. Pelo resultado obtido, os respondentes em sua maioria afirmam que a IS em que atuam tem um plano de padronização ou organização dos prontuários. Mas, o fato de haver um plano de padronização não garante que o setor cumpra com o estabelecido. Posto isto, os respondentes foram perguntados se o SPP da IS em que atuam desenvolve a **organização padronizada dos prontuários**.

Gráfico 9 – O SPP desenvolve a organização padronizada dos prontuários

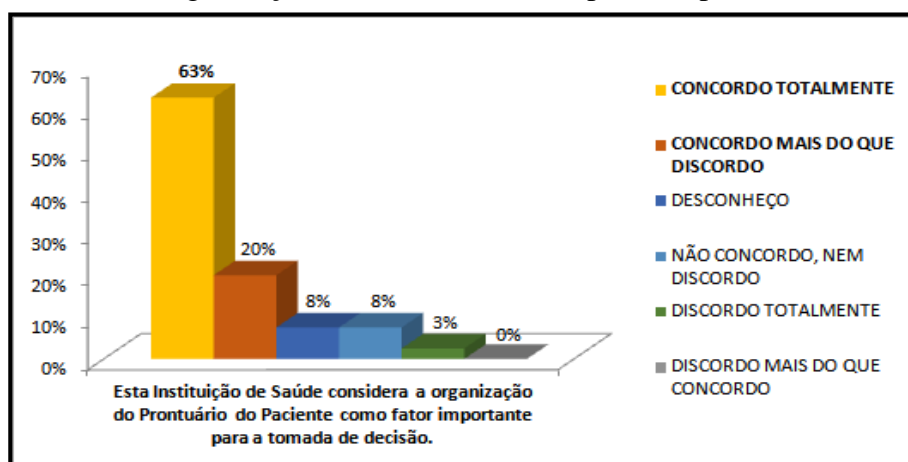


Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Como se pode observar, no **Gráfico 9**, **30%** dos respondentes **concordam** que o SPP em que atuam **desenvolve a organização padronizada dos prontuários**, enquanto que **28%** desconhecem esta prática no setor e apenas **5%** discordam da afirmativa. A partir dos resultados deste gráfico percebemos que os respondentes intercalaram mais suas respostas, em comparação ao **Gráfico 8**, já que uma afirmativa pode eliminar a outra; pois enquanto foram incisivos quanto à existência do plano de organização, não o foram ao demonstrar que o setor não é rigoroso quanto à aplicação do plano de padronização.

No **Gráfico 10** podemos acompanhar a opinião dos respondentes sobre a IS considerar a organização do PP como fator importante para a tomada de decisão. De modo que **63%** dos respondentes concordaram totalmente com a afirmativa, enquanto que apenas **20%** concordaram mais do que discordaram da afirmativa.

Gráfico 10 – A IS considera a organização do PP como fator importante para a tomada de decisão

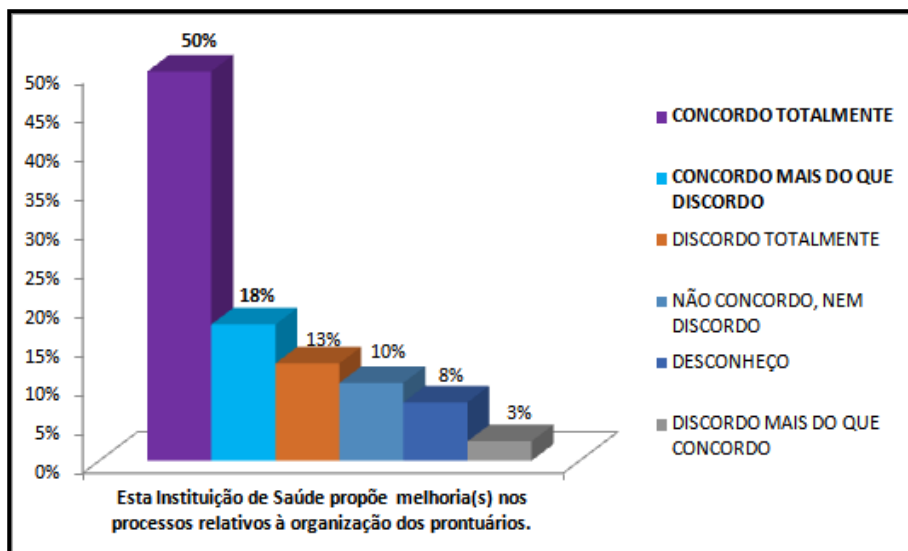


Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A análise ao **Gráfico 10** nos faz presumir que apesar de os respondentes considerarem que a IS em que atuam possui um plano de padronização/organização do PP, mas que ainda assim não são rigorosos quanto a sua aplicação, acreditam que a IS tem a organização do PP como fator importante para a tomada de decisão. O PP pode ser considerado o principal recurso para que a IS obtenha êxito em seus serviços de assistência em saúde, já que é fonte principal de informações para mensurar os serviços prestados.

Diante a afirmativa sobre a IS propor melhorias quanto à organização dos prontuários, o **Gráfico 11** ilustra que **50%** dos respondentes consideram que a IS em que atuam se mostra participativa em ações para a melhoria dos serviços, pois reconhecem que existem falhas nos mesmos. Enquanto que apenas **13%** discordam que a IS propõe melhorias para a organização do PP.

Gráfico 11 – A IS propõe melhorias nos processos de organização do PP



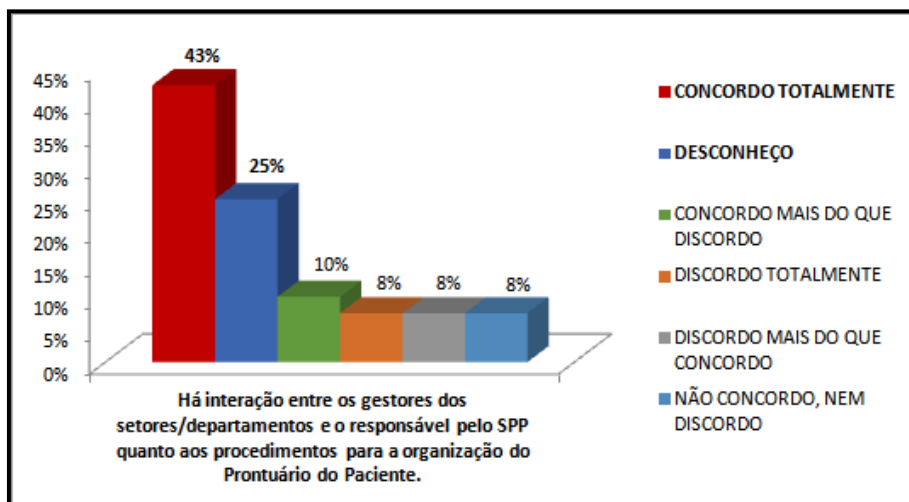
Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A melhoria no processo de organização do PP nos remete à referência feita em capítulo anterior desta dissertação: o caso citado por Mezzomo, onde o INPS fornecia, à época, gratificações às IS que mantinham seus prontuários organizados e isto servia de estímulo para que estas adequassem constantemente o serviço do setor. Atualmente, estes tipos de estímulo não são mais protagonizados pelo governo, e ainda assim, não existe fiscalização quanto ao cumprimento das normas referentes ao PP; esta fiscalização é atribuída internamente, pela própria IS, por meio da Comissão de Revisão de Prontuários e/ou pela Comissão Permanente de Avaliação de Documentos.

Outro ponto importante a ser levado em conta é quanto à comunicação dos outros setores da IS com o SPP sobre a organização dos prontuários, já que a demanda em diferentes setores por solicitações de acesso ao PP é elevada. A organização do PP é sinal de eficiência e eficácia no serviço, sendo este um dos pontos importantes para a manutenção da confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde.

No **Gráfico 12** observamos que **43%** dos respondentes concordam totalmente que existe interação entre os setores da IS com o SPP sobre a organização dos prontuários, enquanto que **25%** dos respondentes desconhecem esta interação.

Gráfico 12 – Existe interação entre outros setores e o SPP quanto aos procedimentos de organização do PP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

A comunicação com outros setores sobre como funciona e se organiza o prontuário no SPP é uma solução válida para que os funcionários que não fazem parte deste setor compreendam a importância das atividades desempenhadas. Deste modo pode-se ter a colaboração destes outros funcionários quanto ao cumprimento das regras estabelecidas pelo setor.

Em relato de CIOCCA (2014, p. 73), “grande parte das instituições não possui controle e organização desde o momento da produção dos prontuários, dificultando a busca e acesso às informações, e levando, também, ao descarte dos documentos sem critérios pré-estabelecidos”. Neste sentido, a organização do prontuário precisa ser orientada por técnicas arquivísticas em conjunto com normatizações do CFM, além de envolver diretrizes de leis federais, que juntas podem coordenar as atividades do SPP e fazer com que o PP cumpra e seja regido pelos parâmetros legais. Dentre os procedimentos utilizados para organização do PP, julga-se, por exemplo, identificá-los pelo sistema de arquivamento dígito-terminal; ou seja, utiliza-se uma pasta que abrigue uma combinação numérica colorida para que a localização, retiradas e realocação do prontuário seja mais rápida e fácil. A adoção de procedimentos para a organização do PP, além de facilitar a busca por este documento, proporciona a guarda no local correto, evita o seu acúmulo e promove uma visualização agradável.

Para finalizar esta seção, elucidaremos os resultados apresentados até aqui para conformar o segundo objetivo da pesquisa – Descrever o fluxo de acesso aos Prontuários dos Pacientes. No **ANEXO A**, apresenta-se um fluxograma de consultas e empréstimos ao PP elaborado por Moraes e Salies (2009), o qual consideramos como um modelo que pode ser

utilizado para este processo nas IS. Trata-se de um fluxograma simples, não muito exigente, mas que representa um passo a passo ideal a ser adotado na atividade de consultas e empréstimos dos prontuários.

Inicialmente, observamos que o fluxograma de Moraes e Salies separa o trâmite de empréstimos/consultas por setor ou pessoal solicitante, ou seja, estão separados assim: profissionais/pessoas ou instituições externas; Área administrativa; Outros profissionais da Instituição; Arquivo Médico; e Emergência/ Ambulatório/Internação. Esta divisão acontece devido às autoras entenderem que estes são os principais solicitantes – interno e externo – de acesso ao PP. Em seguida, identificamos que todos os tipos de solicitações passam pelo “Arquivo Médico” – recomendamos SPP –, já que este é o setor que armazena o PP e, conseqüentemente, o responsável pelo seu trâmite. Ainda no trâmite do fluxograma, observamos que antes da liberação para consulta ou empréstimo, tanto interna quanto externa, Moraes e Salies ilustram que o “Arquivo Médico” tem papel principal neste processo, pois registra a entrada e saída do PP, o arquiva e desarquiva, define critérios para liberação do acesso e faz a conferência do conteúdo na devolução.

Diante os resultados encontrados na análise dos dados referentes à categoria Acesso, percebemos que normas e procedimentos para o fluxo do PP são utilizados, muitas vezes sem as delegações da legislação brasileira, mas de acordo a rotina do setor. Diante isto, será que ao menos seguem os mesmos procedimentos de fluxo para a consulta ou empréstimo do PP sugeridos por Moraes e Salies?

No **Quadro 14**, registramos, conforme a análise dos dados coletados na entrevista aos responsáveis pelo SPP, se em determinado momento é relatado algum dos procedimentos adotados por Moraes e Salies (2009) no fluxograma empréstimos e consultas do PP. No **Quadro 14** sinalizamos com um X os procedimentos adotados por cada IS que se igualam aos do fluxograma de Moraes e Salies (**ANEXO A**), de acordo o relato dos entrevistados; e marcados com a letra O, os procedimentos não encontrados nos relatos dos entrevistados.

Os procedimentos para o trâmite do PP foram analisados, principalmente, por meio dos discursos apresentados no **Quadro 13**, sem deixar de verificar os demais discursos, pois, em diferentes momentos, os entrevistados relatavam um tipo diferente de procedimento no fluxo do PP.

Quadro 14 – O trâmite do PP de acordo ao fluxograma de Moraes e Salies

LEGENDAS		Esta etapa não foi identificada na análise da entrevista			O
		IS faz este procedimento			X
IS ₁	Procedimentos	Solicita o PP	Registra recebimento	Registra devolução	
	Profissionais/pessoas ou Instituições externas	X	X	X	
	Área administrativa	X	X	X	
	Outros profissionais da Instituição	X	X	X	
	Emergência/ Ambulatório/Internação	X	X	X	
	“Arquivo Médico”	Solicita Identificação			X
		Solicitante atende critérios para acesso ao PP?			X
		Desarquiva o PP			X
		Registra saída do PP			X
		Registra entrada do PP			X
		Confere informações			X
Arquiva PP			X		
IS ₂	Procedimentos	Solicita o PP	Registra recebimento	Registra devolução	
	Profissionais/pessoas ou Instituições externas	X	X	X	
	Área administrativa	X	X	X	
	Outros profissionais da Instituição	X	X	X	
	Emergência/ Ambulatório/Internação	X	X	X	
	“Arquivo Médico”	Solicita Identificação			X
		Solicitante atende critérios para acesso ao PP?			X
		Desarquiva o PP			X
		Registra saída do PP			X
		Registra entrada do PP			X
		Confere informações			X
Arquiva PP			X		
IS ₃	Procedimentos	Solicita o PP	Registra recebimento	Registra devolução	
	Profissionais/pessoas ou Instituições externas	X	O	O	
	Área administrativa	X	O	O	
	Outros profissionais da Instituição	X	O	O	
	Emergência/ Ambulatório/Internação	X	O	O	
	“Arquivo Médico”	Solicita Identificação			O
		Solicitante atende critérios para acesso ao PP?			X
		Desarquiva o PP			X
		Registra saída do PP			O
		Registra entrada do PP			O
		Confere informações			O
Arquiva PP			X		

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Como é possível verificar no **Quadro 14**, as IS₁ e IS₂ cumprem com os requisitos de trâmite do PP conforme o fluxograma proposto por Moraes e Salies (**ANEXO A**), já que suas lacunas estão todas assinaladas por um X. A IS₃ é a menos ativa em relação aos

procedimentos propostos, pois mesmo na questão 8 (**APÊNDICE B**), que foi utilizada como base para fazer este quadro, não há relatos de alguns procedimentos padrão, como o registro de recebimento e devolução do PP pelo solicitante; solicitação de identificação do solicitante por parte do SPP; também não relata haver o registro de entrada e saída do prontuário do SPP, e nem da conferência do PP no ato da devolução ao SPP. Deste modo, os achados para o terceiro objetivo proposto nesta pesquisa inferem que a ausência de normas e procedimentos para a gestão do PP impacta diretamente na sua movimentação, tanto na própria IS quanto a solicitações externas, já que todos os procedimentos (manuseio, acesso, fluxo, classificação, organização, empréstimo, etc.) devem estar em consonância; não adianta ter alguns procedimentos funcionando corretamente, enquanto outro encontra-se com falhas e, conseqüentemente, impactando no livre processo de gestão do PP.

Levando em conta todo apanhado quantitativo analisado nesta primeira categoria podemos salientar que os núcleos de sentido compreendem todo o fluxo/tramitação do PP de modo a especificar que, dependendo da finalidade e do tipo de usuário a qual esta solicitação de acesso ao PP se destina, a manipulação a este documento aumenta os riscos das informações nele registradas. A grande quantidade de prontuários que circulam dentro da IS pode acarretar descontrolado na organização destes e também provocar perdas. Portanto, o controle no fluxo/tramitação do PP pode ser considerado um dos procedimentos mais importantes a ser implantado no SPP.

A próxima categoria a ser analisada coaduna-se às categorias já apresentadas, todas determinantes para o acesso ao PP, mas esta tem foco nas atividades do SPP para com a confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde.

4.2 Categoria: proteção da informação sensível em saúde no SPP (C₂)

Normas e procedimentos para o acesso ao PP fazem parte da rotina de uma IS, de modo que estejam relacionadas a técnicas padrão destinadas à gestão do PP, pois tornam-se instrumentos necessários para assegurar não só a confidencialidade e o sigilo dos dados e informações constantes nos prontuários, mas também sua autenticidade, integridade e disponibilidade.

As normas e procedimentos para o acesso ao PP precisam ser planejadas conforme a realidade de cada IS e observando as legislações em vigor no país, adequando-as sempre que houverem legislações novas ou atualizadas referentes às informações do cidadão. Dentre as normas, está

o sigilo profissional, que visa **preservar a privacidade do indivíduo**, deve estar sujeito às normas **estabelecidas na legislação e no código de ética médica**, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em papel. (CFM, 2007, p. 1-2, grifo nosso).

a) Normas e procedimentos para proteção da informação sensível em saúde (NS₆)

Esta categoria foi analisada com base nos discursos dos responsáveis pelo SPP, já que estes são os encarregados por implementar e monitorar as normas e procedimentos relacionadas às atividades do setor. Deste modo, quando perguntados sobre os critérios adotados para assegurar a confidencialidade, o sigilo das informações sensíveis em saúde e a privacidade do paciente, um dos entrevistados respondeu que

[...] no A existe uma **comissão de acesso, que define quem são os perfis que podem ter acesso a determinadas informações**. Então não é qualquer funcionário do hospital que tem acesso, por exemplo: a questão de internação do paciente ou consulta, não. Isso aí é apenas informações médicas. E o que for internamento, que parte da enfermaria, atividades, é pra quem tá associado à unidade de...eh... de internação; na enfermaria, então, tem essa comissão de acesso no meio virtual. **No meio físico, a gente controla; encaminhamos os prontuários apenas pra os locais onde solicitados, que estão habilitados para solicitar**. [...] Então, a gente sempre checa. Mas esses setores padrões, por exemplo, o ambulatório a gente... agendou consulta, a gente encaminha o prontuário pra lá. E aí a pessoa que está lá, **o administrativo é o responsável por receber esse prontuário e no momento que finalizar a consulta, imediatamente ele é devolvido pra que o prontuário não fique no local por tempo desnecessário e que evite também o extravio de informações**. Então, após a consulta, ele é imediatamente... tem que ser separado pra devolver pra gente. É a forma que a gente controla. (EIS₁, 2019).*

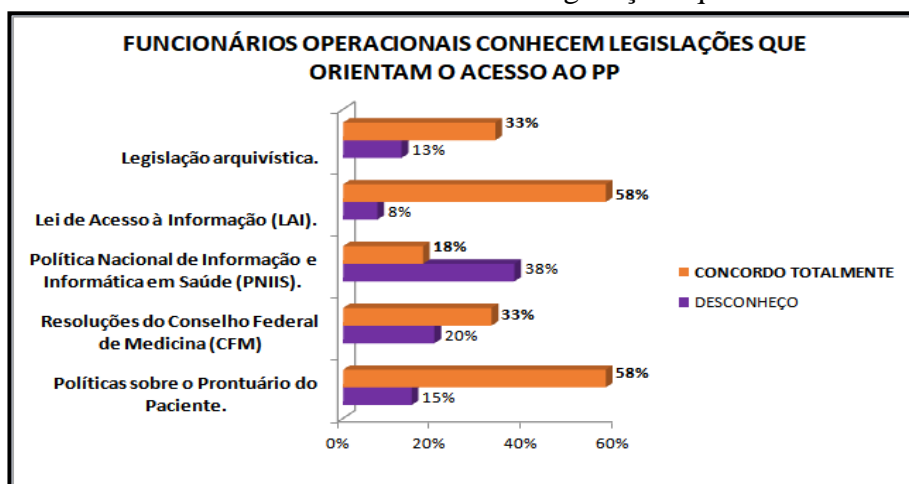
Diante a fala deste entrevistado, podemos inferir que a IS₁ exerce certo controle de acesso conforme os diferentes suportes do PP, e ainda conta com uma comissão – a qual não especifica qual seja – responsável por definir limites para o acesso no PP em meio digital. Deste modo, as diferentes normas e procedimentos para a gestão do PP, seja ele no meio físico ou digital, precisam estar em consonância, e sob a responsabilidade de uma comissão para fiscalizar as etapas de gestão do prontuário, um diferencial que pode fazer com que todo o processo seja eficaz. O monitoramento durante a tramitação do prontuário torna-se essencial para zelar pela confidencialidade e sigilo das informações sensíveis que ele abriga, já que o mesmo perpassa por diferentes setores e pessoas alheios às normas e procedimentos adotados pelo SPP, de modo que estes podem não ter o interesse ou conhecimento sobre a importância deste documento, além do devido cuidado ao manuseá-lo e preservar o sigilo da informação.

Daí porque, tudo que consta no prontuário médico, deve ser alvo do mais profundo respeito e do absoluto sigilo por parte de todos que, por um motivo ou outro,

venham a ter ciência do que foi dito pelo paciente e registrado pelos elementos componentes da equipe de saúde. (CARVALHO, 1973, p. 197)

No Grupo II do questionário foram colocadas afirmativas quanto à existência ou aplicação de leis que fazem referência ao PP, a exemplo da Legislação Arquivística, Lei de Acesso à Informação, resoluções do CFM, entre outras. No **Gráfico 13** podemos acompanhar o percentual referente ao conhecimento dos funcionários quanto às legislações abrangentes ao PP.

Gráfico 13 – Conhecimento dos funcionários sobre legislações que orientam o acesso ao PP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

No **Gráfico 13** observamos que **58%** dos respondentes tem conhecimento sobre a LAI; **33%** afirmam conhecer a legislação arquivística, enquanto que **38%** dos respondentes afirmam desconhecer a PNIIS. E, **33%** dos respondentes concordam que o SPP em que atuam emprega as resoluções do CFM nos procedimentos relativos ao PP.

Na entrevista com os responsáveis pelo SPP, foi feita pergunta sobre como a IS adéqua as resoluções do CFM ao PP. Para esta pergunta tivemos as respostas nos discursos abaixo

Quando sai alguma norma ou uma Resolução nova, tem os setores de... o próprio C e A*, que é a chefe do setor de monitoramento [...]. Então, quando tem alguma norma é feita... alguma norma no CFM emitida, é feita uma... um... [...] Uma informação... é informado via... no nosso sistema e passado pras pessoas que manuseiam o prontuário: médicos, residentes, enfermeiros e tal, para as chefias de cada divisão; pra que a gente possa fazer essa adequação, tendeu? Geralmente é feito isso com o chefe de unidades e setores que passam pra seus respectivos... colaboradores. (EIS₁, grifo nosso).*

A gente vai de acordo a lei, né? Tentam manter de... de forma providenciável, assim, em termo de... o que é necessário mermo, eles tentam fazer isso. Nem sempre ocorre, né? Tem sempre suas falha, né? Mas de acordo a lei, é a segurança do prontuário, que é a privacidade do

paciente, não expor pra qualquer um. E todo paciente que chega aqui a gente tem que ter todo um revezamento pra saber mermu qual é a necessidade, e se realmente é paciente próximo, parente próximo, pra ver... quando poder liberar, por que é um documento muito grave, né? E a gente não pode também largar em qualquer mão. Por que tudo é processo. (EIS₂, grifo nosso).*

*Os mé... eh... aqui... ah... eh... pra nossa sorte, a... [...] a médica que é endocrinologista, ela faz parte da... do... do... ô meu Deus... do...[...] Do Conselho. Do... dos médicos, do CREMEB. Ela trava... ela é... eu não sei se ela é diretora ou... do CREMEB. Então assim, ela era coordenadora dos médicos, então, eh... por conta disso também, provavelmente, ela eh... **passa essas orientações por que ela conhece bem, né?** Ai... Mas assim, [...] eh... registrado assim...: **Ah! vamos fazer reuniões e aí a gente vai... vamo passar essas orientações.** Eles, por conta dela, do CREMEB, que fazem parte do CREMEB e por eles também conhecer e... na medida do possível, as orientações que vou passando, tendeu? Mas, é isso, a falta do... da comissão, é muito grande. (EIS₃, grifo nosso).*

Conforme os discursos, observa-se que os entrevistados têm conhecimento prévio sobre as resoluções do CFM, mas também não afirmam se a IS adéqua as resoluções à manutenção dos prontuários. Os entrevistados EIS₁ e EIS₃ são os que mencionam sobre repassar as “informações” do CFM aos profissionais de saúde e demais colaboradores, o que nos remete à preocupação dos responsáveis pelo setor em manter seus funcionários informados e atualizados.

Neste sentido, podemos considerar que as legislações que versam sobre a informação têm que ser consideradas pauta atuante e sempre atualizada no que tange as normas e procedimentos do SPP para a gestão do PP, principalmente, as que orientam sobre o prontuário, a informação sensível, direitos do cidadão/paciente, novas tecnologias, entre outras. As políticas de informação que versam sobre o PP ou sobre a informação do cidadão/paciente podem ser consideradas parâmetros para a proteção da informação sensível do paciente, pois estas compreendem determinações e procedimentos a serem aplicados visando a melhoria da gestão do PP, a qualidade dos serviços desenvolvidos pelo setor e, conseqüentemente, resguardar as informações de modo que preserve a integridade física e moral do paciente.

Como já abordado em NS anterior, entende-se que seja necessário que o regimento interno do SPP passe por revisões periódicas, visando sua atualização por conta de os procedimentos já adotados tornarem-se obsoletos diante novos métodos de gestão do PP, novas leis que tratam sobre a informação, novos procedimentos internos da IS, etc. Um ponto relevante na análise desta categoria é que os percentuais obtidos também se aplicam à categoria sobre a qualificação dos funcionários, já que retratam o nível de conhecimento

destes para com as legislações que fazem referência ao PP. Portanto, a atualização das leis também tem que ser acompanhada pelos funcionários do setor, de modo que as legislações que tratam sobre o instrumento de trabalho dos funcionários sejam repassadas por meio das capacitações fornecidas pela IS.

b) Atuação da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) (NS₇)

A atuação da CPAD e da CRP no SPP auxilia nas atribuições para a gestão do prontuário. A CRP é normatizada como obrigatória na Resolução nº 1.638/2012 do CFM e é recomendável que conste no Regimento Interno da IS, de modo a funcionar como um instrumento de assessoria aos órgãos superiores, utilizadores de relatórios do SPP como fonte de informação e base para auxiliar a tomada de decisões (SANTOS; FREIXO, 2011). A esta comissão compete observar os itens que devem constar no prontuário, independente do suporte:

- a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
I - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade. (CFM, 2012).

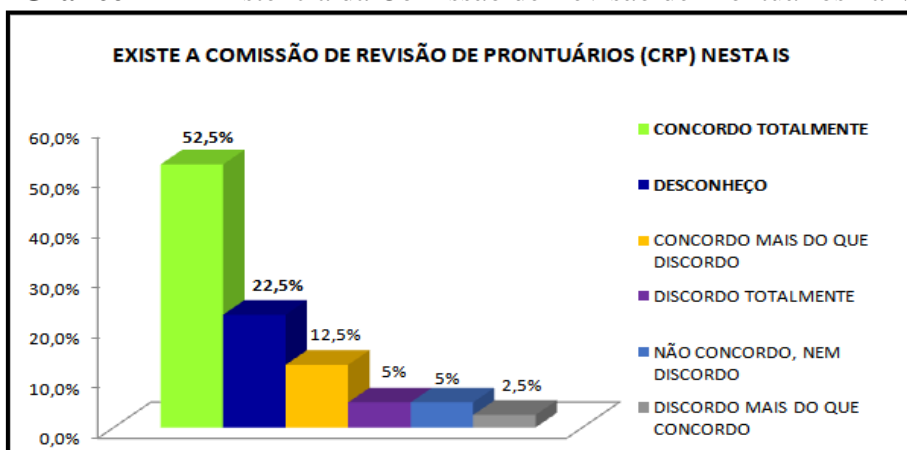
A atuação da CRP é composta de uma equipe multidisciplinar, ou seja, de diferentes profissionais atuantes na IS, tanto da área da saúde quanto administrativos, indicada pela direção da IS ou de forma voluntária.

A revisão feita pela comissão é capaz de assegurar a integridade do PP, pois avalia o preenchimento e a qualidade do mesmo, evitando a falta de dados, informações e assinaturas dos profissionais de saúde responsáveis. Dentre as atribuições da CRP, consta assegurar a guarda e o manuseio dos prontuários (alínea I na citação acima), atribuindo e restringindo esta

ação ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da IS. Nesta atribuição consta um requisito importante para a proteção da informação sensível em saúde, já que o acesso ao PP não compete a muitos usuários, deve ser restrito e controlado.

O **Gráfico 14** ilustra o percentual da existência da CRP nas IS participantes desta pesquisa. No gráfico, verifica-se que **52,5%** dos respondentes concordam que a CRP existe na IS em que atuam, enquanto que **22,5%** desconhecem a CRP.

Gráfico 14 – Existência da Comissão de Revisão de Prontuários na IS



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

No **Quadro 15** verificamos os discursos das entrevistas com os responsáveis pelo SPP, informando, de forma mais específica a atuação da CRP na IS.

Quadro 15 – Discurso Entrevistados - Atuação da Comissão de Revisão de Prontuários na IS

- ENTREVISTA - COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	
EIS₁	<p><i>A gente tem dois pontos: tem a auditoria do prontuário que funciona no setor de regulação e avaliação em saúde que faz auditoria principalmente dos prontuários que são de internamento. Então lá eles verificam, antes de fazer o faturamento, se todos os documentos estão lá por que é necessário fazer a comprovação. [...] Então tem uma norma de como o prontuário deve ser organizado fisicamente, quais impressos devem tá e na ordem que devem estar. E quando isso não acontece, o setor de contas médicas informa à unidade de internação que o prontuário está desorganizado ou que está faltando documentos pra que o prontuário venha organizado pra gente.</i></p> <p><i>E a Comissão de Revisão de Prontuários avalia cerca de dez por cento da quantidade de prontuários que tiveram altas no mês. Então, se tiveram setecentas altas, a gente avalia setenta prontuários pra poder verificar como é que tá a questão da organização; se os impressos estão corretos e se há padronização em relação à linguagem do prontuário.</i></p> <p>PESQUISADORA: E como essa Comissão é organizada?</p> <p>EIS₁: <i>Ela é multiprofissional. Hoje tem cinco membros e pretendem chegar mais dois. Entre eles tem enfermeiro, médico, administrativo. Então, são várias pessoas que se reúnem uma vez no mês e avaliam todos esses prontuários. Tem uma tabela com vários itens, cinquenta e quatro itens, que precisam ser checados um a um nos prontuários.</i></p>
EIS₂	<p><i>Essa revisão geralmente fica com a parte do internamento, eles revisam, faz toda a ordem do próprio prontuário, na sequência de cada procedimento, e aqui a gente faz todo... o... a finalização, da numeração do documento todo e a forma de arquivamento. Mas fica essa parte é do internamento. O internamento que faz essa revisão total. [...] Eles faz toda sequência, tanto da parte médica, enfermagem, cirúrgica, alta. Eles que faz todo procedimento. E a gente só faz receber e arquivar.</i></p>

EIS₃	<i>Não, a gente não tem essa avaliação aqui de... de... apesar de ter feito um... um... um... projeto pra ser implementado, não foi implementado. Eh... essa... essa avaliação, essa Comissão de avaliação do prontuário. Eh... o máximo que acontece é as orientações que eu faço mesmo. Então, eh... já conversei com as pessoas, os médicos essa questão de fazer da legiti... da forma legível de... de preencher o prontuário, de... . Só são... são só... orientações dadas no meu, pra mim, de... enquanto arquivista. Mas, não tenho uma comissão formada por outras... outros... eh... outra especialidade; não tem, não existe isso aqui.</i>
------------------------	---

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

Nos discursos dos entrevistados verifica-se que o entrevistado da **IS₁** conhece e relata bem a atuação da CRP, confirmando que a mesma é regulamentada e atuante na IS. Enquanto que na **IS₂**, o entrevistado relata funções da CRP, mas não admite sua atuação e se a mesma está instaurada na IS. O entrevistado da **IS₃** é o único que admite não haver a comissão na IS em que atua, haja vista que relata ter tentado instaurar uma, mas que não obteve sucesso; enquanto isso tenta orientar os profissionais de saúde quanto aos procedimentos, por conta da sua formação em arquivologia. Este fato é o que chama mais atenção, pois esta é a única IS que tem um profissional arquivista atuando no SPP.

Conforme os resultados dos questionários comparados aos discursos dos entrevistados, estima-se que os **22,5%** que responderam desconhecer a atuação da CRP, mesmo com a existência da CRP na IS em que atuam, podem ter inferido a inexistência da comissão, ou então, assinalaram a opção **discordo totalmente**, equivalente a **5%** da amostra.

Em prosseguimento à atuação de comissões na IS, dois dos entrevistados relataram haver outra comissão na Instituição, a Comissão de Óbitos. No **Quadro 16**, podemos acompanhar o discurso dos entrevistados sobre a Comissão de Óbitos.

Em análise aos relatos dos entrevistados, esta comissão parece ser responsável somente pelos prontuários de falecidos na Instituição, haja vista que seu objetivo seja para analisar a veracidade do determinante para o óbito e para a prestação de contas em auditoria. O **EIS₃** não relatou haver a Comissão de Óbitos na IS em que atua, atentamos que seja por esta não abranger internamentos, somente atendimento ambulatorial.

Quadro 16 – Discurso Entrevistados - Existência da Comissão de Óbitos

- ENTREVISTA - COMISSÃO DE ÓBITOS	
EIS₁	<i>E outra forma de avaliar também é [...] a Comissão de Óbitos. São duas comissões instauradas... Que analisa especificamente os prontuários de óbito que tem todo mês. Eles avaliam se... como foi... as medidas que foram adotadas pelos paciente, se e principalmente se a... aquela folha... eu esqueci como que chama. Da... de óbito. O atestado de óbito. Está devidamente preenchido, se as informações que estão ali são suficientes ou se está faltando alguma coisa pra poder a gente registrar como correta. E quando isso não acontece, eles informam à unidade, à pessoa que fez o atestado de óbito que tá com irregularidades e precisa consertar. É uma forma de revisão.</i>
EIS₂	<i>A comissão aqui que tem é a comissão de óbito. Que revisa mais a parte dos pacientes de óbito. A parte do internamento assim, não tem muita comissão não, tendeu? Não tem essa questão não. Essa relação aí de comissão mermo é a comissão de óbito, pra ver a mensalidade do... em relação a</i>

quantidade de óbitos que teve no mês aqui.

PESQUISADORA: É como se fosse uma auditoria, né? Pra verificar os gastos e a causa mortis...essas coisas assim?

EIS₂: *É... pra ver a estimulação do tem do pacien... Pra ver qual foi a causa, o estudo deles, que eles fazem muita pesquisa, por ter também vários estudantes aqui. Então eles necessita muita da parte da comissão de óbito, qual foi a causa. Esses... esses estudantes tem uma base em cima. Então a maior parte aqui é a comissão de óbito.*

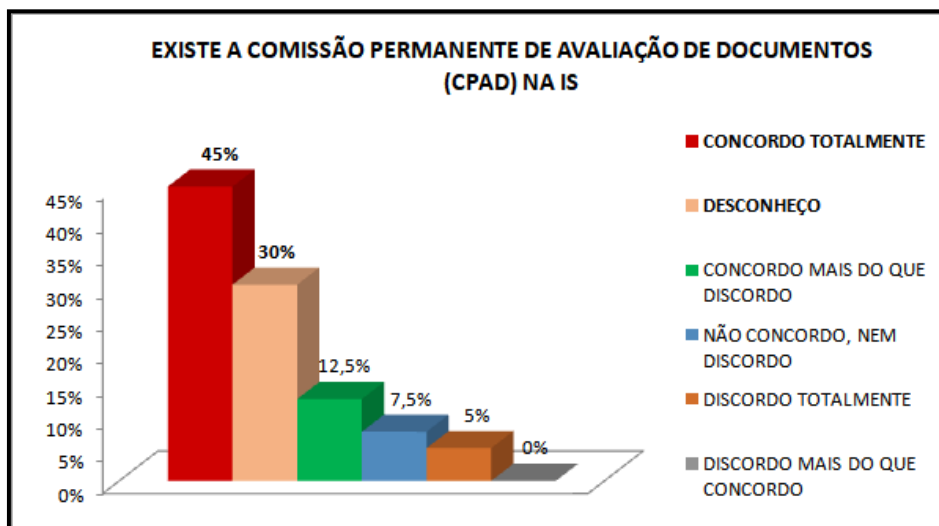
Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

Além da CRP, a atuação em conjunto com a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) aperfeiçoa e facilita as atividades desenvolvidas no SPP. O CONARQ recomenda a criação e implantação da CPAD em IS, de acordo com o art. 1º da sua Resolução nº 22/2005, que rege sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em IS. Mas, a Resolução nº 1.821/2007 do CFM, em seu artigo 9º, estabelece que as atribuições da CPAD podem ser exercidas pela CRP.

Podemos considerar que esta decisão foi coerente, pois não mobilizará a formação de outra equipe multifuncional, de modo que as atribuições da CPAD podem ser acrescentadas às da CRP, no caso da atuação em IS que sejam detentoras de arquivos de prontuários e prestem assistência em saúde. Mas, ainda assim, foi mencionado nos questionários confirmação da existência da CPAD nas IS, de modo que obtivemos os resultados demonstrados no **Gráfico 15** e no discurso dos entrevistados.

No **Gráfico 15** observamos que **45%** dos respondentes concordam totalmente com a existência da CPAD na IS em que atuam, enquanto que **30%** relatam desconhecer a comissão e **5%** discordam totalmente da existência da CPAD na IS que atuam.

Gráfico 15 – Existência da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos (CPAD) na IS



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Entre os entrevistados, somente no diálogo com o **EIS₁** surgiu dúvida quanto a existência da CPAD na IS

PESQUISADORA: *E a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, você só citou a de Revisão, tem a de Avaliação de Documentos?*

EIS₁: *A de Avaliação de Documentos, não que eu saiba. Su... cê sabe se existe essa Comissão Permanente de Avaliação de Documentos?*

OUTRA RESPONDENTE: *Aqui... eu não sei se existe não.*

EIS₁: *Eu também acho que não. Eu preciso verificar. Bota um pontinho.*

OUTRA RESPONDENTE: *Agora eu posso olhar aqui na intranet. Ou verifico aqui que tem a relação das Comissões, né?*

EIS₁: *Ah, pronto. Ótimo! A que eu sei só é a de Revisão de Prontuários.*

Isto, de fato, demonstra que há desconhecimento sobre o que consta no artigo nove da Resolução 1.821/2007 do CFM, na qual o órgão autoriza que a CRP pode exercer as atribuições voltadas à CPAD, evitando a formação de outra comissão.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários (CFM, 2007).

Diante os resultados já apresentados, a próxima categoria analisada evidencia os respondentes dos questionários e os funcionários lotados no SPP, pois estes foram os principais agentes motivadores para a análise desta pesquisa. Estes profissionais são imprescindíveis ao quadro funcional da IS, pois são estes que estão em contato direto com o PP, colocando em prática ou não as normas e procedimentos que, por ventura, estão instauradas na IS em que atuam.

4.3 Categoria: funcionários do SPP (C3)

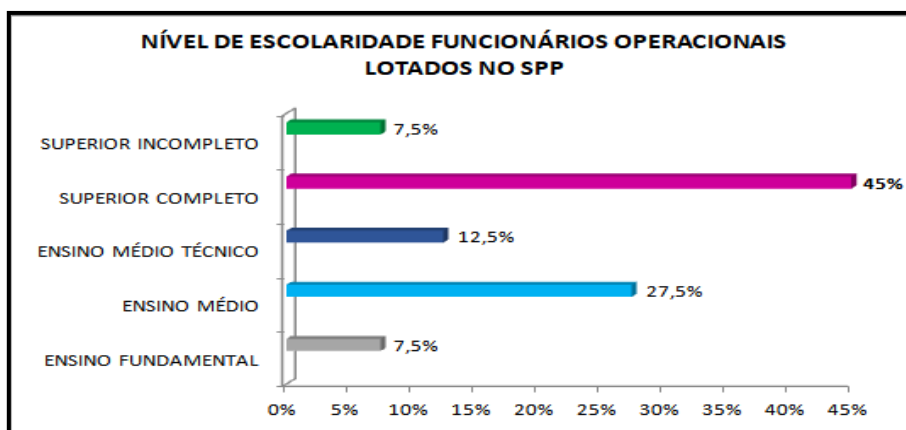
Nesta categoria são apresentados dados qualitativos e quantitativos referentes aos funcionários, ou seja, dados referentes à sua atuação no SPP, mensurados para designar se estão aptos a desempenhar atividades voltadas à confidencialidade e o sigilo das informações sensíveis registradas no prontuário.

A qualificação dos funcionários do SPP pode ser considerada o fator chave para que todos os procedimentos adotados no setor tenham êxito e assim, traduzam a efetividade da confidencialidade e do sigilo na informação sensível em saúde. De antemão, estes profissionais precisam ter habilidades e treinamentos para lidar com o PP, pois é considerado documento sigiloso.

a) Qualificação (NS₈)

Este núcleo de sentido foi analisado conforme o nível de escolaridade e o tipo de formação dos funcionários. Nesta seara, verificamos que no **Gráfico 16**, **45%** dos respondentes se identificam com **nível superior completo**, enquanto que **7,5%** com **superior incompleto**. Para o **ensino médio técnico**, **12,5%** identificam-se nesta categoria e, outra grande parte dos funcionários, **27,5%** tem somente o **ensino médio**.

Gráfico 16 – Nível de Escolaridade dos Funcionários lotados no SPP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Existe um diferencial em ter funcionários qualificados no setor, principalmente com ensino superior completo ou ensino médio técnico. Estes dois níveis de escolaridade contribuem na eficácia das atividades do setor de modo que uma especificidade possa ser sanada devido à especialidade a qual o funcionário tem conhecimento. Com o ensino médio técnico o profissional tem habilidade prática para muitas funções, enquanto que com o nível superior agrega a habilidade prática à teórica. Neste sentido, pensando em um profissional de nível superior, capacitado e qualificado para atuar diretamente na gestão do PP

[...] a presença do arquivista na instituição, atuando paralelamente ao corpo clínico, é fundamental para auxiliar nos cuidados necessários à massa documental, desde o momento de sua produção, a fim de propor uma racionalização e adoção de materiais adequados, assim como proporcionar soluções na área tecnológica, como, por exemplo, a adoção do processo de digitalização dos prontuários, possibilitando sua guarda de maneira eficaz. (CIOCCA, 2014, p. 76).

A partir disto, recomenda-se também que seja apropriado que os funcionários auxiliares ao arquivista tenham formação técnica em arquivo para melhor desenvolver as atividades operacionais do setor.

Lembrando que as profissões da área da saúde tem obrigação ao sigilo profissional, porquanto, o profissional arquivista também compartilha desta conduta já que em sua atuação

está vulnerável a ter ciência de diferentes tipos de informação e cabe a este zelar pelo cumprimento de leis que regem sobre a confidencialidade e o sigilo das informações em seus diferentes âmbitos, assim como citado no Código de Ética dos Arquivistas elaborado pela Seção de Associações Profissionais do Conselho Internacional de Arquivos (CIA) (1996, s.p):

7. Os arquivistas visam encontrar o justo equilíbrio, no quadro da legislação em vigor, entre o direito ao conhecimento e o respeito à vida privada.

Os arquivistas se preocupam para que a vida das pessoas jurídicas e físicas, assim como a segurança nacional, sejam protegidas, sem que haja necessidade de se destruir as informações sobretudo no caso dos arquivos informatizados, onde os dados podem ser deletados e novos dados inseridos, como é prática corrente. Os arquivistas **defendem o respeito a vida privada das pessoas** que estão ligadas à origem ou que são a própria matéria dos documentos, sobretudo daquelas que não foram consultadas quanto à utilização ou ao destino dos documentos. (grifo nosso).

b) Atuação no SPP (NS₉)

A atuação do funcionário no SPP identifica que o mesmo está inserido nas atribuições as quais está qualificado, ou até mesmo familiarizado por conta do tempo de serviço que presta na IS. No **Quadro 17** conferimos a atuação de alguns dos funcionários no SPP.

Quadro 17 – Descrição da atuação dos funcionários no SPP

- QUESTIONÁRIOS - DESCRIÇÃO DA ATUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NO SPP	
IS ₁	1. <i>Desenvolvo atividade de auditoria de prontuários, pois exerço função de enfermeira auditora interna. Não atuo em atividades relacionadas ao SPP.</i>
	2. <i>Recebimento de solicitações de prontuários por parte dos ambulatorios. Encaminhamento das solicitações para o arquivo. Verificação de erros no processo de solicitação-entrega.</i>
	3. <i>Atuo no monitoramento e avaliação; auditoria intra-sus.</i>
	4. <i>Serviços administrativos.</i>
	5. <i>Arquivista nível médio responsável pelo arquivar e desarquivamento de prontuários diariamente, além de digitação dos mesmos.</i>
	6. <i>Responsável pelas agendas dos ambulatorios, da UGRL e entrada dos prontuários no arquivo.</i>
	7. <i>Supervisão do arquivo de prontuários e documentação clínica.</i>
	8. <i>Serviços administrativos no SPP.</i>
	9. <i>Acesso à cópia de prontuário, solicitação, fluxo de prontuário, entrega de prontuário, digitalização.</i>
	10. <i>Digitalização de prontuários, solicitação do prontuário e acesso a cópia do prontuário.</i>
	11. <i>Organizar prontuário médico para outra Instituição, ou seja, INSS, defensoria pública, etc., colaboração com os pesquisadores dos prontuários, etc.</i>
	12. <i>Auxiliar administrativo.</i>
	13. <i>Carrego um carro de supermercado com malotes de aproximadamente 13kg cada, pesando no total, em média, 300 a 500kg, entre inúmeras outras coisas.</i>
	14. <i>Movimentação de prontuários via sistema.</i>
	15. <i>Atuo no momento na área (técnica assistente) de arquivo. Tenho mais de 06 anos na função, organizando e trazendo desempenho. Armazeno e guardo prontuários.</i>
IS ₂	1. <i>Levar e dar baixa no sistema de prontuário.</i>
	2. <i>Conferência e organização.</i>
	3. <i>Arquivo prontuário, tiro prontuários para ambulatorio, resgato prontuários perdidos e arrumação de prontuários.</i>
	4. <i>Colocar em ordem os prontuários, arquivar os prontuários nas prateleiras e dar baixa no sistema de entrada e saída de prontuários.</i>
	5. <i>Atuo na colaboração da guarda de prontuários no sistema.</i>
	6. <i>Bom, o que eu acho de minha atuação é de muita responsabilidade e dedicação ao serviço.</i>

	7.	<i>Me disponibilizo a levar os prontuários pedidos pelos médicos e enfermeiras.</i>
	8.	<i>Não atuo diretamente no SPP.</i>
	9.	<i>Devido a minha função atualmente, não atuo mais diretamente no SPP.</i>
	10.	<i>Não atuo no SPP, produzo e organizo a informação.</i>
	11.	<i>Sou faturista, trabalho com prontuários, faturando as A* com as informação já verificadas e recusado pelos auditores no setor de contas médicas.</i>
IS ₃	3x	Disponibilização dos prontuários para os profissionais de saúde e arquivamento desses prontuários.

Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

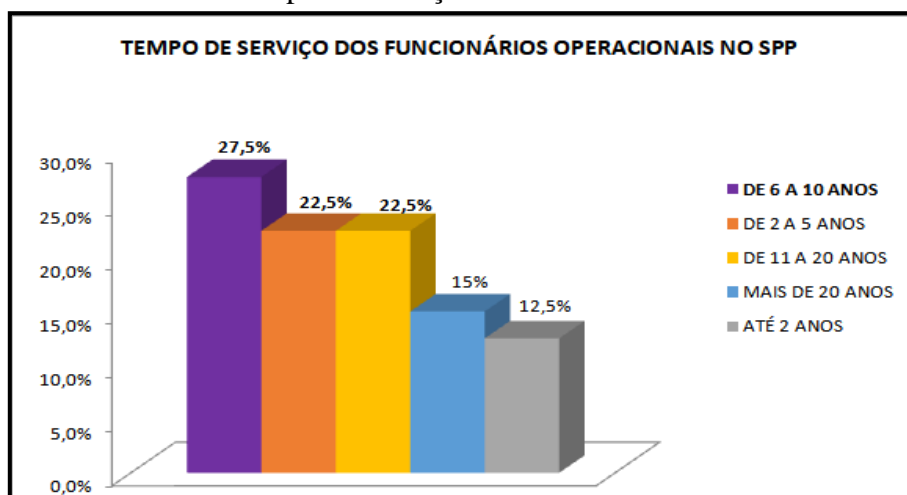
Conforme as respostas dos funcionários, percebe-se que o papel destes é somente operacional, ou seja, com tarefas práticas e técnicas. Um dos fatores que agrega qualificação ao funcionário é a execução dos procedimentos diários no setor, já que esta rotina se repetirá e serão executadas por um longo período para que os objetivos da atividade no setor sejam alcançados. E, o fato de o funcionário permanecer por longo período desempenhando determinada função, agrega-lhe pertencimento, experiência nos procedimentos adotados e, em alguns casos, maior conhecimento quanto ao objeto de trabalho.

c) Tempo de atuação no SPP (NS₁₀)

Como já citado, um fator contribuinte para a qualificação do funcionário é a quantidade de tempo que faz parte do quadro funcional da IS. Este fator representa o conhecimento adquirido ao longo do tempo quanto às atividades desempenhadas no setor.

As Instituições passam por modificações em suas atividades ao longo dos anos, e isto recai sobre o funcionário, que precisa se adequar às novas práticas desenvolvidas em seu ambiente de trabalho. No caso do SPP, recomenda-se que normas e procedimentos sejam readequados, principalmente as que são baseadas em resoluções e legislações em vigor no país que, muitas vezes, são modificadas ao longo do tempo.

Gráfico 17 – Tempo de Serviço dos funcionários lotados no SPP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

O **Gráfico 17** demonstra que o maior percentual de tempo de serviço dos funcionários das IS pesquisadas está entre 6 a 10 anos (**27,5%**), enquanto que **15%** respondentes afirmam trabalhar há mais de 20 anos na IS. O menor percentual (**12,5%**) está designado aos funcionários que estão lotados há menos de 2 anos na IS. E empatam os tempos de 2 a 5 anos e 11 a 20 anos, com **22,5%** da amostra. Estes resultados são positivos enquanto defende-se que o tempo de atuação na IS contribui com a qualificação do funcionário, pois demonstra que a maioria (**65%**) atua há mais de 6 anos na Instituição.

E, mesmo que o funcionário acumule experiência na função exercida, ao integrar o quadro funcional do setor, é recomendável que participe de treinamento prévio para ter conhecimento das atividades em que irá atuar. Portanto, é importante que a IS promova a capacitação tanto do funcionário iniciante quanto dos funcionários já pertencentes ao quadro.

d) Capacitação (NS₁₁)

A capacitação dos profissionais tem benefícios tanto para o empregador como para o empregado. É uma forma de atualizar ou instruir o funcionário às atividades corriqueiras na função que executa, evitando problemas no desempenho dos funcionários e estagnação das atividades, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados.

Muitas vezes selecionar profissionais **que se adequam as necessidades da empresa** e possuem a qualificação necessária pode ser uma tarefa difícil. Portanto, **investir no treinamento e desenvolvimento de habilidades dos colaboradores** pode ser uma alternativa para lidar com essa dificuldade (SANTANNA, 2016, online).

Como retratado no NS₈, sobre a qualificação dos funcionários, o nível superior pode ser um diferencial na contratação, mas, pode ocorrer de a Instituição contratar funcionários que não tenham esta qualificação. Este fato ocorre na contratação de funcionários somente com ensino médio para desenvolver as atividades operacionais do setor e com isso, a Instituição vê a necessidade de investir em capacitação a estes funcionários a fim de que se aprimorem em suas atividades e que, por ventura, possam desenvolver outras.

No **Quadro 18**, diante o discurso dos entrevistados, podemos verificar de que forma e se os funcionários atuantes no SPP são instruídos sobre suas atividades.

Quadro 18 – Discurso Entrevistados - De que forma a IS instrui os funcionários sobre o PP

- ENTREVISTA - INSTRUÇÃO AOS FUNCIONÁRIOS SOBRE O PP	
EIS ₁	<i>Quando os colaboradores chegam, que são os da E*, os novos, a gente tem ah... como se fosse um acolhimento, então deve ter uma apresentação de todos os setores do hospital. E aí, tem um momento que é exclusivo pra falar de processamento de informação assistencial, que é faturamento de contas, eh... indicador etc. E tem o extensivo pra falar do SAME e do prontuário. E aí que a gente informa como é feita a solicitação do prontuário, quais são as restrições, os deveres, né? E quem tem acesso a</i>

	<i>esses prontuários. A gente informa quando a pessoa chega. Aqui no Arquivo a gente tem eh... uns indicadores de reciclagens, constantes, que é de três em três meses. A gente reúne o pessoal, pra poder passar as mesmas orientações ou novas orientações a respeito do prontuário.</i>
EIS₂	<i>Tento fazer treinamento, né? Alguns funcionário que tão chegando agora novo não tem o conhecimento. Então L*, que já tem uma experiência maior, ele ta passando todas as informações pra esses funcionário, né? Instruindo como é que faz, a forma de guardamento, arquivamento, tudo isso. É mais L* que faz essa parte. Por que nem... nem... muitas pessoas aqui no setor, do hospital não conhece muito. Não tem conhecimento quase nenhum em relação ao prontuário e quanto vale o documento.</i>
EIS₃	<i>[...] como aqui... aqui tem uma arquivista, então, a coisa fica mais fácil, tendeu? Então, eh... as pessoas que... que tem acesso ao prontuário, que são bem restrita, [...] elas já sabe. E as que tem a... a... uma permissão de manusear, que são os médicos. Então, assim, como eles não ficam rodando e nem disponível pras pessoas, então, fica mais fácil de proteger a segurança da informação. Mas era uma coisa que eu batia muito. Eh... a gente ta... por isso que... as... eh... às vezes eu trabalho o dia todo, justamente pra ter sempre alguém à tarde; por que aconteceu de... de... por falta de... de... servidor não ter ninguém à tarde, então, poderia acontecer de alguém entrar. Mas aí eu fiz uma documentação mostrando a... a... importância e a responsabilidade, e aí foram feito isso, essas adequações para que sempre tenha alguém que esteja trabalhando no arquivo presente, pra que não tenha ninguém que não tenha autorização de estar pegando, né? manuseando, somente os... os... profissionais. Mas tem que ter acesso a esses... só... os... só as pessoas que trabalham no arquivo.</i>

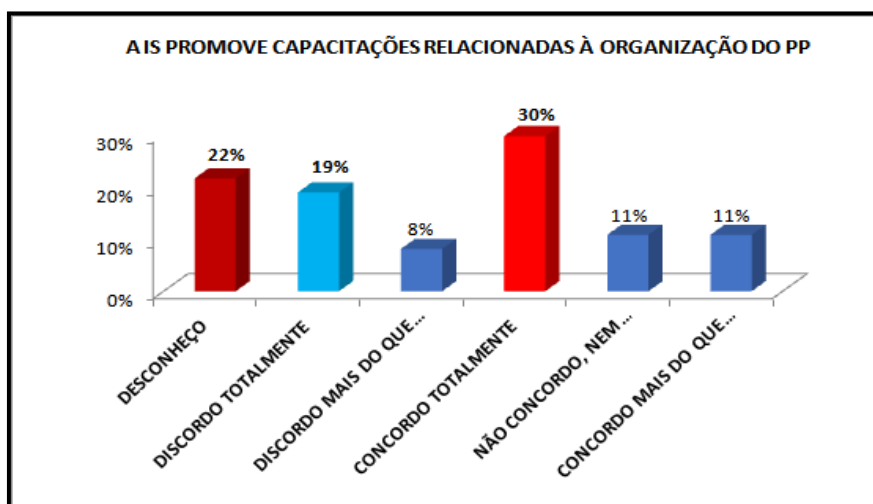
Fonte: Levantamento *in loco*, 2019, grifo nosso.

A partir do **Quadro 18** verificamos que os responsáveis pelo SPP da **IS₁** e **IS₂** demonstram em suas falas que seus funcionários passam por capacitações. O **EIS₁** sinaliza que os funcionários recém-contratados passam por uma espécie de “acolhimento”, onde lhes é apresentado todos os setores do hospital e que este também passa por capacitação inicial para aprender sobre seu local e objeto de trabalho, o SAME e o PP, respectivamente. E também relata que os funcionários veteranos passam por reciclagens de três em três meses para rever os procedimentos com o PP e/ou atualizar-se sobre novas orientações quanto ao PP.

O **EIS₂** relata haver uma pessoa do setor responsável por fazer um “treinamento” com os funcionários recém-contratados, onde apresenta os procedimentos a serem executados para a gestão do PP. O entrevistado frisa que não existem outras pessoas na IS habilitadas a fazer este treinamento, pois estas não têm conhecimento sobre o prontuário e sobre a importância que este documento tem para a IS. Já o **EIS₃** relata que o SPP tem um profissional arquivista, mas não informa claramente se o setor capacita seus funcionários. Em nenhum momento durante a entrevista o **EIS₃** relatou os três funcionários (ver Quadro 3) do setor que auxiliam na gestão do prontuário. Porquanto, devido à **IS₃** ater-se somente ao serviço ambulatorial, a massa documental produzida e armazenada acaba por ser menor em comparação às outras IS da amostra e isto justifica a quantidade menor de funcionários no setor, mas não justifica que não haja a capacitação destes e que o profissional arquivista detenha todo conhecimento das atividades do setor; de modo que, por hora, sane alguma dúvida do funcionário quanto ao procedimento a ser feito.

Em comparação ao discurso dos entrevistados, onde os EIS₁ e EIS₂ afirmam treinar os funcionários, os dados do **Gráfico 18** apontam que a maior parte destes reconhece que são capacitados, mesmo havendo pouco mais que a metade em desacordo à promoção desta capacitação.

Gráfico 18 – IS promove capacitação dos funcionários relacionadas à organização do PP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

Conforme o **Gráfico 18**, observamos que **30%** dos respondentes concordam totalmente que a IS em que atuam promove capacitação referente à organização do PP, enquanto que **22%** desconhecem esta afirmação; e **19%** discorda totalmente que a IS em que atuam promove a capacitação dos seus funcionários quanto à organização do PP.

Portanto, pensar na capacitação do funcionário não se torna um dispêndio para a IS, pois como afirma SANTANNA

[...] o **investimento na capacitação profissional** tem se tornado cada vez mais comum nas organizações, uma vez que **essa estratégia tem trazido resultados muito positivos**. Através dos treinamentos é possível **aproveitar as potencialidades de cada colaborador e promover o desenvolvimento** tanto dos indivíduos quanto **da própria organização** (2016, *online*, grifo nosso).

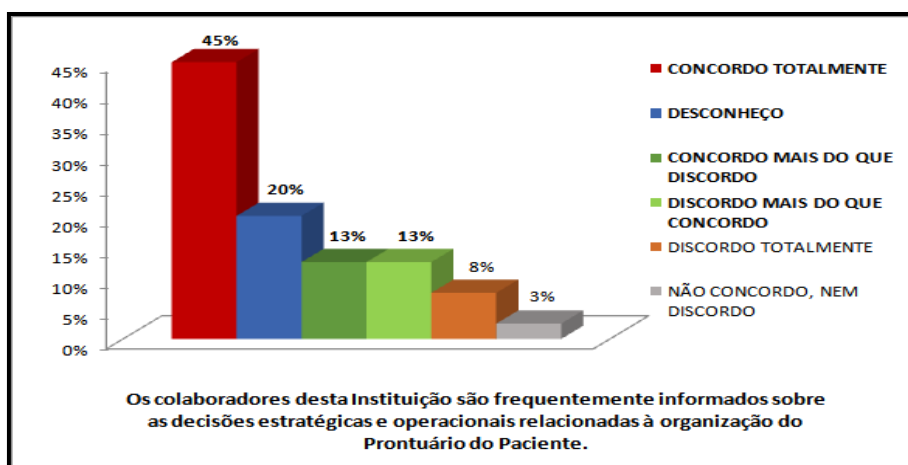
E, pensando em desenvolver as potencialidades do colaborador, a IS tem muito a ganhar, de modo que a capacitação dos funcionários pode ter como *feedback* o alinhamento dos serviços desenvolvidos pelo SPP, ou seja, todos os processos que envolvem a gestão do PP começam a ocorrer com poucas ou sem falhas e ruídos de comunicação com os demais setores, o que reflete diretamente na qualidade dos serviços de assistência em saúde da IS, e principalmente, no cuidado com a informação sensível do paciente.

Incluir os funcionários nas decisões a serem tomadas no setor ou participá-los em atividades de elaboração de normas e padronizações também reforça a valorização destes em meio à IS.

Fazer com que o funcionário se sinta como parte da empresa é fundamental para motivá-lo e, conseqüentemente, aumentar a produtividade da equipe. Além disso, manter o engajamento dos profissionais reflete diretamente na sua fidelização (MINASPETRO, 2015, *online*).

No grupo II do questionário, foram colocadas afirmações de modo que os funcionários respondessem e expressassem sua opinião quanto à sua participação em decisões ou contribuições nas atividades do SPP na IS em que atuam. E, nos **Gráficos 19** e **20**, podemos acompanhar estes resultados, onde estão representados o percentual de concordância ou discordância dos funcionários quanto à participação destes em decisões estratégicas e operacionais ou na contribuição para a elaboração de padronizações referentes ao PP na IS em que atuam.

Gráfico 19 – Os funcionários são informados sobre decisões estratégicas e operacionais

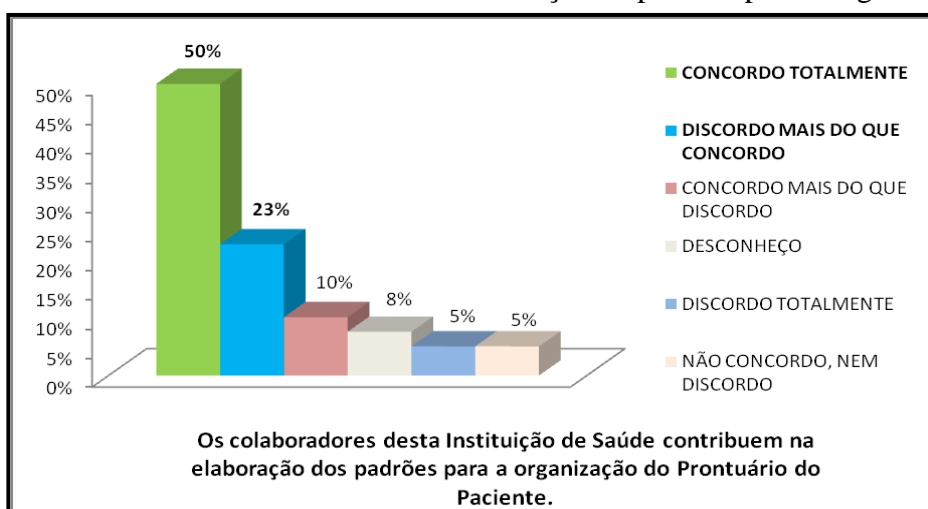


Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

No **Gráfico 19** pode-se observar que **45%** dos funcionários **concordam totalmente** que são frequentemente informados sobre as decisões estratégicas e operacionais relacionadas à organização do PP, enquanto que **20%** dos funcionários **desconhecem** esta afirmação e **13% discordam mais do que concordam** com esta afirmação.

No **Gráfico 20**, **50%** dos funcionários **concordam** que contribuem na elaboração dos padrões para a organização do PP, enquanto que **23% discordam mais do que concordam** com esta afirmação e apenas **8% desconhecem** esta prática na IS em que atuam.

Gráfico 20 – Os funcionários contribuem na elaboração de padrões para a organização do PP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

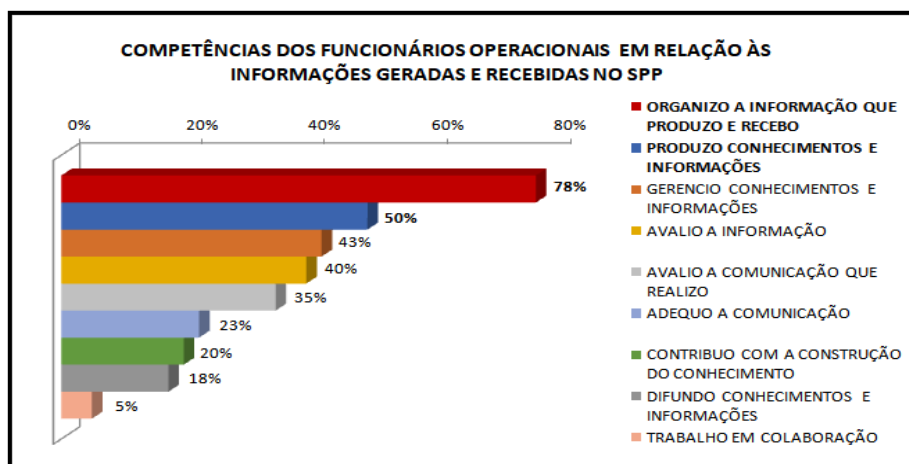
Tomando por base os percentuais dos Gráficos 19 e 20, e salientando que os respondentes são os próprios funcionários do SPP, podemos afirmar por meio destes que as IS da amostra consideram que os funcionários participem da elaboração de normas e procedimentos para o processo de gestão do PP, de modo que os funcionários também são informados e estão a par das decisões estratégicas e operacionais do setor. Este último demonstra que

[...] é importante permitir que o funcionário participe das tomadas de decisões da empresa. Muitas vezes, quem está executando o trabalho operacional consegue identificar determinadas coisas que o gestor não consegue. Por isso, é importante escutar as sugestões dos funcionários e valorizá-las (MINASPETRO, 2015, *online*).

Com a participação dos funcionários nas decisões do setor manifesta-se o espírito de empenho às atividades, pois estes sabem que suas opiniões podem agregar e evitar problemas no processo de gestão do PP, e muitas vezes são intempéries que só quem está diretamente ligado aos processos pode perceber e assim se sentir à vontade para sinalizar a quem pode solucionar.

Para finalizar esta categoria sobre a capacitação do funcionário do SPP, utilizamos da questão 6 do questionário (**APÊNDICE B**) para mensurar como o funcionário descreve suas competências em relação às informações geradas e recebidas no setor, onde poderia escolher até quatro opções. Os resultados podem ser acompanhados no **Gráfico 21**.

Gráfico 21 – Competências dos funcionários em relação às informações geradas e recebidas no SPP



Fonte: Levantamento *in loco*, 2019.

No **Gráfico 21**²⁰ constatamos que:

78% dos funcionários do SPP julgam **organizar** a informação que produzem e recebem no âmbito de suas atividades, o que reforça que a capacitação dos funcionários reflete nas suas principais atividades, sem contar que o fator organização precisa ser a principal atividade desenvolvida no SPP;

50% produzem conhecimentos e informações. O fato de produzirem informações não está diretamente relacionado às atividades do SPP, mesmo por que a produção da informação é feita pelo profissional de saúde que faz os registros da assistência em saúde prestada no PP. Portanto, o papel de produtor da informação não recai para o funcionário do setor.

43% gerenciam conhecimentos e informações. Sim, este aspecto coincide com as atividades do funcionário no PP, não no sentido de chefiar, mas no sentido de controlar, conduzir o processo de gestão do prontuário, ou seja, armazenar, conferir, receber, enviar, etc.

40% avaliam a informação quanto a aspectos como pertinência, **confiabilidade** e fidedignidade. Sim, este aspecto compete ao funcionário, já que é ele quem verifica se as anotações estão completas, se o profissional de saúde assinou todas as folhas do PP, se as folhas estão na ordem padrão, entre outros; e toda esta avaliação ao PP permite conferir a confiabilidade e fidedignidade das informações registradas; e

²⁰ Produzo conhecimentos e informações; Gerencio conhecimentos e informações; Difundo conhecimentos e informações; **Avalio a Informação quanto a aspectos como pertinência, confiabilidade e fidedignidade**; Organizo a informação que produzo e recebo no âmbito das minhas atividades; Contribuo com a construção do conhecimento, disponibilizando produtos informacionais que desenvolvo ou encontro, como artigos, vídeos, entrevistas, legislação, etc.; Adequo a comunicação (linguagem e conteúdo) às características e às necessidades do receptor; Trabalho em colaboração, seja disponibilizando redes sociais para conseguir ajuda, seja contribuindo com o próprio conhecimento; **Avalio a comunicação que realizo, verificando aspectos como privacidade e segurança**.

35% avalia a comunicação que realiza, verificando aspectos como **privacidade e segurança**. Neste aspecto, o funcionário tem que manter discrição quanto às informações a que tem acesso durante a manipulação ao prontuário. Manter o sigilo das informações vistas representa a ética deste funcionário principalmente para com o paciente.

Podemos considerar estas cinco competências sinalizadas como pontos chaves para o bom funcionamento do SPP, de modo que foram as principais sinalizadas pelos funcionários em detrimento das atividades desenvolvidas no setor.

Finaliza-se este capítulo da dissertação, que apresentou a análise dos dados da pesquisa *in loco*, ao desvelar, esclarecer e discutir os resultados alcançados conforme os objetivos propostos: descrever o fluxo de acesso aos Prontuários dos Pacientes; e examinar a qualificação e a capacitação dos funcionários, lotados no SPP, quanto à proteção e o acesso às informações sensíveis em saúde.

O próximo capítulo é o último da dissertação, onde são apresentadas as considerações finais e recomendações diante a análise dos dados e, contribuições para trabalhos futuros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Como dito no capítulo da problematização, esta dissertação foi uma inquietude da pesquisadora quanto à garantia da confidencialidade e do sigilo da informação sensível em saúde por parte das Instituições de Saúde. As questões de confidencialidade e sigilo de uma informação vão além do que deve ser seguido no contexto das leis, são méritos de caráter e empatia ao próximo, o que nos leva também ao entendimento da ética. Na realidade hospitalar, este quesito é bastante discutido desde Hipócrates, já que a qualidade dos serviços norteia sobre a ressignificação da importância da confidencialidade e do sigilo na sociedade atual.

Parte das informações em saúde, principalmente as que pertencem ao íntimo do paciente e que podem estar registradas no PP, tornam-se objeto de manipulação às necessidades científicas, pois, sem o conhecimento do que se passa no íntimo do paciente, o profissional de saúde pode não ser capaz de dar o melhor diagnóstico e, novos tratamentos de doenças não seriam descobertos. Assim, a relação médico/paciente tornou-se mais do que profissional diante a obrigação ao diagnóstico correto, já que este também servirá para novas conquistas na área da saúde.

As IS vinculadas a Universidades têm seus serviços para além da prestação de saúde habitual. Reúnem serviços de pesquisas científicas em saúde, que muitas vezes dependem do diagnóstico registrado no PP e do consentimento do paciente para ter acesso a tal e utilizar as informações nele registradas como subsídios ao tratamento de novas doenças e avanços tecnológicos para a saúde. A alta demanda de solicitações de acesso ao PP exige das IS que assegurem a confidencialidade e o sigilo destas informações, consideradas sensíveis. Pensando nisto, alicerces designados como método, infraestrutura e estratégia foram utilizados para orientar o trajeto desta pesquisa ao analisar a gestão, setores e normativas consideradas essenciais em uma IS, a exemplo do SPP, das normas e procedimentos de acesso às informações do prontuário fundamentadas nas legislações brasileiras e a qualificação dos funcionários. Estes alicerces conformaram a pesquisa, e traçaram o percurso do que se propôs a discutir para os objetivos.

A necessidade em priorizar políticas, normas e procedimentos para o acesso à informação deu-se conforme a informação se propagou e tornou-se disponível, desmistificando-se o acesso, como se a todos fosse permitido. De modo geral, não existia no Brasil uma lei específica para a proteção da informação sensível do cidadão, em qualquer circunstância (administração, saúde, tecnologia). Em vista disto, a Lei Geral de Proteção de

Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) foi criada para proteger as informações e dados considerados pessoais, ou seja, sensíveis ao acesso e que demandam de especificações para sua manipulação, acesso, disseminação, etc.

As leis federativas e outras legislações oriundas apresentadas nesta dissertação destacaram, em sua maioria, punições a quem infringir a confidencialidade e o sigilo da informação e, conseqüentemente, a privacidade do cidadão. As resoluções apresentadas também são mais específicas a este contexto, principalmente as resoluções éticas profissionais. Em busca dos regimentos internos – documento que norteia atribuições aos diferentes setores e serviços de uma instituição – das IS que participam desta pesquisa, constatou-se que apenas a IS₁ mantém o regimento interno disponível e acessível de forma *online* no site da Instituição. E, em análise a este documento, verificou-se a ausência do SPP e de suas atribuições, o que nos remete a entender que o setor não está no organograma da IS e que as normas e procedimentos adotadas no setor também não são institucionalizadas. Assim, conforme análise dos dados da categoria acesso (C₁), relacionada à tramitação ou fluxo do PP pela IS e diante os núcleos de sentido abordados (NS₁ ao NS₅), configurou-se que as IS adotam certo controle sobre o trâmite do PP, mas que este foi instaurado de acordo à rotina da IS, sem que os procedimentos e normalizações fossem institucionalizados, ou seja, que façam parte do regimento interno da Instituição ou que o setor tenha elaborado um manual de procedimentos sobre a gestão do PP.

Portanto, no tocante aos dados analisados, sugere-se que normas e procedimentos pertinentes à prática da manutenção da confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde constem no regimento interno ou manuais de procedimento de cada IS, já que cada uma tem sua especificidade, ainda que, para isto, seja necessário estudo minucioso para reconhecimento e readequação das práticas e serviços internos das IS.

Além disto, também refletimos que apesar de a implementação de procedimentos técnicos e administrativos – normas e diretrizes para prevenir o acesso indevido ao PP – ser considerada uma prática difícil (BETTINELLI *et al.*, 2010), o incentivo à ética individual e coletiva entre os profissionais que compõem o corpo funcional de uma IS (médicos e seus pares, equipe administrativa e outros) seja uma prática realizada em forma de cursos didáticos e capacitações, complementados ao conhecimento e discernimento das legislações brasileiras pertinentes à confidencialidade e sigilo da informação do cidadão enquanto paciente. Assim, quando as normas e procedimentos para o acesso ao PP forem aplicadas, serão entendidas de forma coerente e colocadas em prática com responsabilidade. E, a possibilidade de alguns

profissionais, tanto da equipe de saúde quanto administrativos, não se comprometerem eticamente com as informações sensíveis em saúde converge com a falta de preparo destes e da não conscientização da hierarquia administrativa da IS sobre a importância do PP e da proteção às informações nele registradas.

Diante a alta demanda de serviços de saúde correspondente a cada IS da amostra, orienta-se desenvolver um planejamento estrutural dos setores elegendo as principais atividades que demandam o acesso ao PP, e ligar estas atividades aos respectivos profissionais e suas especialidades, não esquecendo de agregar as normas e procedimentos adotados pelo SPP quanto ao controle de acesso, ou seja, a permissão ou restrição, circulação, destinação e prazos determinados à capacitação dos funcionários, já que estes são orientados a desenvolver estas atividades no setor e repassar o PP aos profissionais de saúde que os solicitam.

As recomendações após a conclusão desta pesquisa ponderam-se principalmente sobre a estratégia de capacitação e qualificação dos funcionários atuantes no SPP das IS, já que estes estão diretamente envolvidos no manuseio, tratamento, organização e conferência das informações em saúde registradas no PP. Priorizar os procedimentos para o manuseio do PP refletirá em medidas preventivas para assegurar a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde, a exemplo:

- definição de acesso ao PP por nível hierárquico e do nível de confidencialidade da informação;
- controle de acesso ao arquivo, onde se encontram os prontuários em suporte papel;
- elaborar manual de procedimentos quanto ao PP, desde o manuseio à organização e registra-lo como documento oficial do setor;
- valorizar o quesito recursos humanos no SPP a fim de tornar o funcionário motivado para que as atividades desempenhadas no setor sejam preservadas; dentre outras medidas preventivas.

Para esta pesquisa, de modo geral, questionou-se se a implementação de normas e procedimentos, baseadas na legislação brasileira, para a gestão do PP pode diminuir a incidência de acessos não autorizados e sua manipulação indevida. Diante os achados na coleta dos dados, verificou-se que as IS adotam normatizações para o acesso ao PP, mas que geralmente são elaboradas e definidas pelo próprio setor responsável pelo prontuário, de acordo às vivências ocorridas neste. Portanto, podemos inferir que estas normatizações não estão baseadas nas políticas que ampara o PP e, principalmente, a informação sensível. Assim

sendo, se as normas e procedimentos que regem os serviços do SPP não são baseados nas leis e resoluções que tenham cunho federal, será mais difícil os colaboradores e profissionais de saúde sofrerem punições éticas e/ou profissionais. Esta situação se agrava por não haver fiscalização (a nível federal, estadual ou municipal) para o cumprimento das políticas de informação que cabem ao PP e empregar a gestão arquivística de documentos voltados ao PP, com o objetivo de evitar diferentes formas de violação.

Em se tratando de estratégia, as IS precisam adotá-las em diferentes seguimentos. E como apontado nesta pesquisa, a estratégia atinge principalmente seus funcionários, aos quais orienta-se participar de capacitações recorrentes a fim de dar seguimento às expectativas do serviço de saúde. Usar da qualificação e promover a capacitação do funcionário de uma IS torna-se estratégia essencial na manutenção da qualidade dos serviços e desenvolvimento das atividades. Entende-se que a contratação de funcionários qualificados para as atividades que requeiram a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde precisa estar bem assessorada e ser designada a quem tem competências para lidar com este tipo de informação, tornando-a a mais-valia²¹ nos SPP. Esta capacitação resume-se na principal estratégia a ser adotada para assegurar a confidencialidade e sigilo da informação sensível em saúde.

5.1 Contribuições para trabalhos futuros

Esta dissertação foi finalizada em um período bastante conturbado para a população mundial. Uma nova pandemia viral assolou o planeta nos meses finais do ano de 2019 e início do ano de 2020; desta vez, chamada de COVID-19. Um vírus semelhante à gripe, mas com sintomas respiratórios graves, chamado de “novo corona vírus”. Por efeito desta nova pandemia, muitos questionamentos surgiram e a comunidade científica iniciou um processo de novas descobertas e horizontes para a pesquisa científica em seus diferentes contextos (social, econômico, cultural, etc.). E, no tocante à temática abordada nesta dissertação, a informação sensível em saúde tornou-se fonte para estas novas pesquisas, já que dados sensíveis do estado de saúde dos cidadãos acometidos pelo vírus tiveram que ser explorados para a captura e mensuração de informações sobre o novo vírus.

Em vista à pandemia pelo COVID-19, se a LGPD já estivesse em vigor, as informações em saúde – do paciente acometido pelo vírus – utilizadas para estudos e investigações epidemiológicas poderiam estar inclusas nos ditames da LGPD desde o início

²¹ Em um sentido não relacionado com a Economia, mais-valia pode indicar algo ou alguém que é valioso, representando uma vantagem. Ex.: *Ele é um excelente jogador, é uma verdadeira mais-valia para o seu time.* (MAIS-VALIA, 2020).

da pandemia, pois existem dispositivos na lei que flexibilizam e autorizam o tratamento de dados pessoais para: fins exclusivos de segurança pública; para a tutela da saúde por profissionais da área, serviços de saúde e autoridade sanitária; e autoriza o acesso a bases de dados pessoais para a realização de estudos em saúde pública. Mas, como a LGPD não estava em plena vigência, queiramos acreditar que, para não burlar a confidencialidade e o sigilo da informação sensível em saúde neste período de pandemia, foi respeitado o que consta no art. 5º da Constituição Federal, dentre outras leis e resoluções abordadas nesta pesquisa, para o tratamento das informações sensíveis durante a pandemia.

A LGPD não foi profundamente abordada nesta dissertação, mas é desejo da pesquisadora dar prosseguimento a esta pauta em pesquisa futura. A nova pretensão de pesquisa terá foco na aplicabilidade da LGPD para a gestão da informação sensível em saúde, e desta vez, terá os próprios pacientes como objeto principal. Ou seja, analisar o nível de conhecimento dos próprios pacientes sobre o tratamento dado pelas IS às suas informações sensíveis durante e, principalmente, após a assistência à sua saúde.

Acreditamos que esta abordagem pode ser um diferencial, já que o consentimento do cidadão sobre o tratamento de suas informações e dados sensíveis foi um dos principais motivos para implementação da LGPD.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **1ª Plano Diretor para o desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde, 2008 - 2012**. Org.: Grupo Técnico de Informação em Saúde e População (GTISP). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtinformacoesemsaudepopulacao/documentos/>. Acesso em: 24 de out. de 2018.

ALVES, Paulo César A **Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/sep, 1993.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os Hospitais Universitários Federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro; v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p. 653-673 v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1261-1281. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>. Acesso em: 22 de out. de 2019.

AREDE. A rede Educa, **Tecnologia para a Educação**. São Paulo, Bitsocial. Disponível em: <http://www.arede.inf.br/crie-a-sua-nuvem-de-palavras/>. Acesso em: 20 de out. 2018.

ARQUIVO NACIONAL. **Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232p.; 30cm. - Publicações Técnicas; nº 51. Disponível em: http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion_Term_Arquiv.pdf. Acesso em: 19 de jun. de 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 26 de mar. de 2020.

BENTES PINTO, Virginia; SOARES, Maria Elias. **Informação para a Área de Saúde: Prontuário do Paciente, Ontologia de Imagem, Terminologia, Legislação e Gerenciamento Eletrônico de Documentos**. - Fortaleza: Edições UFC, 2010. 136p.: il.

BETTINELLI, Luiz Antonio; POMATTI, Dalva Maria; BROCK, Jordana. **Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais**. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo - 2010; 4(1): 44-50. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

BOSI, Fernando Lima. **Inteligência Jurídica, conteúdo exclusivo Machado Meyer Advogados**. Confidencialidade de informações obtidas durante o contrato de trabalho transcendem a relação contratual. Disponível em: <https://www.machadomeyer.com.br/pt/inteligencia-juridica/publicacoes-ij/trabalhista-ij/page-73>. Acesso em: 28 de set. 2019.

BRANDÃO, Jecé Freitas. **O médico no século XXI: o que querem os pacientes?**. Salvador: Fast Design, 2013. 56 p.: il.

BRASIL. **Lei nº 6.546, de 4 de julho de 1978**. Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Arquivista e de Técnico de Arquivo, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6546.htm. Acesso em: 28 de set. de 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Centro de Documentação e Informação. Edições Câmara. 35ª Edição. Brasília, 2012. 446p.

_____. **Lei 9.279, de 14 de maio de 1996.** Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm. Acesso em 28 de set. de 2019.

_____. **Lei 12.414, de 09 de junho de 2011.** Lei do cadastro positivo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12414.htm. Acesso em: 08 de jun. de 2018.

_____. **Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Lei de Acesso à Informação (LAI). Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 05 de ago. de 2016.

_____. **Acesso à Informação Pública: Uma introdução à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Controladoria-Geral da União - CGU. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/transparencia/lai/cartilha%20LAI.pdf>. Acesso em: 01 de dez. de 2016.

_____. **Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 25 de set. de 2018.

BRUNO, Lúcia. **Educação e desenvolvimento econômico no Brasil.** Revista Brasileira de Educação v. 16 n. 48 set.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n48/v16n48a02.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

CAMPOS, Eduardo Manuel Castro Guimarães de Carvalho. **Acesso a dados pessoais de saúde contidos em ficheiros dos hospitais públicos: ponderação entre o direito de acesso à informação e aos documentos administrativos e o direito à protecção de dados pessoais: quem e como decide?.** Dissertação (Mestrado em Novas Fronteiras do Direito) - Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Lisboa, Portugal, p. 127. Setembro, 2009.

CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital.** São Paulo, LTr, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973. 257 p.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Contexto atual da construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).** In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB), 14, 2013, Florianópolis. Disponível em: <http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/handle/123456789/2523>. Acesso em: 10 de jun. de 2017.

CIOCCA, Isabella Gelás. **O Prontuário do Paciente na perspectiva Arquivística.** / Isabella Gelás Ciocca. – Marília, 2014. 100 f.: il.; 30 cm. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014. Bibliografia: f. 77-82. Orientadora: Telma Campanha de Carvalho Madio. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/113864>. Acesso em: 17 de set. de 2016.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS ARQUIVISTAS. Comitê Executivo do Conselho Internacional de Arquivos, 1996, Beijing. Disponível em: https://www.ica.org/sites/default/files/ICA_199

6-09-06_code%20of%20ethics_PT.pdf. Acesso em: 20 de jun. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução 1.821/2007, de 23 de novembro de 2007.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>. Acesso em: 20 de ago. de 2016.

_____. **Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 20 de ago. de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução nº 594, 17 de dezembro de 2017. **Código de Ética Profissional do Nutricionista.** Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_594_2017.htm. Acesso em: 13 de set. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 13 de set. de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **e-ARQ Brasil: Modelo de Requisitos para Sistemas Informatizados de Gestão Arquivística de Documentos/ Câmara Técnica de Documentos Eletrônicos. 1.1 versão.** - Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2011. 136 p.

_____. Resolução nº 20, de 16 de julho de 2004. **Dispõe sobre a inserção dos documentos digitais em programas de gestão arquivística de documentos dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos.** Disponível em: <http://conarq.gov.br/resolucoes-do-conarq/262-resolucao-n-20,-de-16-de-julho-de-2004.html>. Acesso em: 28 de set. de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (COREN). **Legislação Básica para o exercício da Enfermagem.** 2019. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/LEGISLAÇÃO-BÁSICA-PARA-O-EXERCÍCIO-DA-ENFERMAGEM.pdf>. Acesso em: 13 de set. de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM-DF). **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.** – Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. 94p. ; 15 cm. Disponível em: <http://www.crmdf.org.br/images/stories/publicacoes/livros/prontuario-medico-do-paciente.pdf>. Acesso em: 25 de jun. de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRM-SP). **Juramento de Hipócrates.** Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 07 de abril de 2017.

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. **A gestão da informação nos hospitais: a importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde.** 2005. 226p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Instituto de Ciência da Informação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; OLIVEIRA, Louise Anunciação Fonseca de; LIMA, Gillian Leandro de Queiroga. A função de avaliação na gestão documental em hospitais. **Acervo**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 206-225, jul./dez. 2015 – p. 225. Disponível em: <http://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/633/670>. Acesso em: 10 de out. de 2020.

CUNHA, Murilo Bastos da. **Para saber mais:** fontes de informação em ciência e tecnologia. Murilo Bastos da Cunha. – Brasília: Briquet de Lemos / Livros, 2001. 168p.

DALL’ AGNOL, Clarice Maria; SOARES, Narciso Vieira. **Privacidade dos pacientes:** uma questão ética para a gerencia do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2011; 24(5):683-638. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>. Acesso em: 06 de fev. de 2017.

DANIEL, Evelyn. **“Information policy”**. Chapel Hill: University of North Carolina, School of Information and Library Science, January 2000. Disponível em: <http://ils.unc.edu/daniel/infopolicy.html#policy>. Acesso em: 14 de jan. de 2020.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência** / Pedro Demo. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1985. Disponível em: <http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74301206/DEMO-Introducao-a-Metodologia-da-Ciencia.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019

DONEDA, Danilo. **A proteção dos dados pessoais como um direito fundamental**. Espaço Jurídico. Joaçaba, v. 12, n. 2, p. 91-108, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/espacojuridico/article/viewFile/1315/658>. Acesso em: 05 de jan. de 2018.

_____. **Privacidade e proteção de dados pessoais**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sobre/institucional/eventos/anos-anteriores/2017/5-anos-da-lei-de-acesso/arquivos/mesa-3-danilo-doneda.pdf>. Acesso em: 04 de ago. de 2018.

EDITORIAL QUECONCEITO. São Paulo. Disponível em: <https://queconceito.com.br/infraestrutura>. Acesso em: 16 de set. de 2018.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos**. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.12 no.3 Rio de Janeiro May/June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300015. Acesso em: 12 de abr. de 2017.

ESTRATÉGIA. In.: SIGNIFICADOS, **Dicionário online de Significados**. Porto, 7graus, 2020. Disponível em <https://www.significados.com.br/estrategia/>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. **Sigilo de dados:** o direito à privacidade e os limites à função fiscalizadora do Estado. *Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 88, p. 439-459, jan. 1993. ISSN 2318-8235. Disponível em: <http://www.terciosampaioferrazjr.com.br/?q=/publicacoes-cientificas/28>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade**. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998: 269-84. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteivaspectosbioeticos.htm. Acesso em: 20 de set. 2017.

GAIARSA, José Angelo. In: SHINYASHIKI, Roberto. **A carícia Essencial - Uma psicologia do afeto**. 9ª Edição, 1987. Editora Gente. 134p.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. **Prontuário do Paciente**. Editora Guanabara. 1ª edição, 2012, 344 p.

_____. **O prontuário eletrônico do paciente no século XXI**: contribuições necessárias da ciência da informação. InCID: R. Ci. Inf. e Doc., Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 77-100, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42353>. Acesso em: 13 de out. de 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Metodologia social**. 6ª Edição: Atlas, 2008.

GIRÃO, Ingrid Pequeno Sá. **A divulgação de informações pessoais como regra e seu sigilo como exceção**. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/35493/a-divulgacao-de-informacoes-pessoais-como-regra-e-seu-sigilo-como-excecao>. Acesso em 17 de abr. de 2017.

GÓMEZ, Maria Nélide González de. **Novos cenários políticos para a informação**. Ci. Inf., Brasília, v. 31, n. 1, p. 27-40, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/975>. Acesso em: 10 de jan. de 2020.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. **Dicionário Técnico Jurídico**. 16ª Ed. São Paulo: Equipe Rideel, 2013, p. 659. Disponível em: https://www.academia.edu/34793706/Dicion%C3%A1rio_Tecnico_Jur%C3%ADdico_-_Deocleciano_Torrieri_Guimar%C3%A3es.pdf/?auto=download. Acesso em: 05 de abr. de 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A - 2003. 5ª edição

LAUDON, Kenneth C; LAUNDON, Jane Price. **Sistemas de Informação Gerenciais**. / Kenneth C. Laudon, Jane P. Laudon; revisão técnica Belmiro do Nascimento João ; [tradução Célia Taniwaki]. – São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014. Título original: Essentials of management information systems 11. ed. norte-americana. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/69057968/sistemas-de-informacao-gerenciais-11edicao-kenneth-jane-laudon>. Acesso em: 13 de jan. 2020.

LOCH, Jussara de Azambuja. **Confidencialidade**: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Bioética, vol. 11, nº 01. De 27-11-2003 12/1/03. p. 51-64. Disponível em: <http://previstabioetica.cfm.org.br/index.php/revista/bioetica/article/view/149/153>. Acesso em: 12 de maio de 2017.

MACHADO, Joana de Moraes Souza. **A expansão do conceito de privacidade e a evolução na tecnologia de informação com o surgimento dos bancos de dados.** Revista da AJURIS – v. 41 – n. 134 – Junho 2014. Disponível em: <http://ajuris.kinghost.net/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/viewFile/206/142>. Acesso em: 25 de mar. de 2018.

MAGÁRIO, Rene. **Especial Gestão Integrada da Infraestrutura Hospitalar #1: Gestão dos recursos físicos e tecnológicos.** GESSAÚDE, consultoria e gestão. Disponível em: <https://www.portalgessaude.com.br/blog/especial-gestao-integrada-da-infraestrutura-hospitalar-1-gestao-dos-recursos-fisicos-e-tecnologicos/>. Acesso em: 17 nov. 2018.

MAIS-VALIA. In.: SIGNIFICADOS, **Dicionário online de Significados.** Porto, 7Graus, 2020. Disponível em <https://www.significados.com.br/mais-valia/>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

MANFREDI, Silvia Maria. **Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas.** Educação e Sociedade – Revista Quadrimestral de Ciência da Educação. Competência, Qualificação e Trabalho. Educ. Soc. vol. 19 n. 64 Campinas Sep. 1999. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/T2SF/AnaDantas/12.pdf>. Acesso em: 07 de out. de 2019.

MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; AZEVEDO, Raymundo Soares de. **O Prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf. Acesso em: 31 de jul. de 2017.

MCGARRY, Kevin. **O contexto dinâmico da informação:** uma análise introdutória. Tradução de Helena Vilar de Lemos. 2. ed. Brasília: Briquet de Lemos, 1999.

MELLO, Levi de. **Breves considerações sobre o sigilo, à luz da Lei de Acesso à Informação (Lei Federal n. 12.527, de 18 de novembro de 2011).** XI Congresso Nacional dos Procuradores de Estado e do DF, João Pessoa, PB.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Serviço do Prontuário do Paciente:** organização e técnica, São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1982.

MINASPETRO. Minaspetroblog. **5 dicas para fazer o funcionário se sentir como parte da empresa.** 24 de outubro de 2015. Disponível em: <http://minaspetro.com.br/blog/2015/10/24/5-dicas-para-fazer-o-funcionario-se-sentir-como-parte-da-empresa/>. Acesso em: 25 de jul. de 2020.

MOLINA, Letícia Gorri; LUNARDELLI, Rosane Suely Alvares. **O Prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos:** estreitas e profícuas interlocuções. Londrina, v. 15, n. 1, p. 68 - 84, jul./jun. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764>. Acesso em: 26 de mai. de 2017.

MORAES, Margarete Farias de; SALIES, Luciene. **Gestão de Acesso ao Prontuário do Paciente.** In.: **A Medicina na Era da Informação/** Zeny Duarte, Lúcio Farias (Organizadores); - Salvador: EDUFBA, 2009. 506 p. il.

ONA. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Versão 2006. 83p. Disponível em: http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/manual_completo_acreditacao.pdf. Acesso em: 10 de jul. de 2017.

OLIVEIRA, Louise Anunciação Fonseca de; CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. **A importância das Comissões de Avaliação de Documentos e de Revisão de Prontuários em Organizações de Saúde: Um estudo em Hospitais**. Disponível em: <http://www.aaerj.org.br/ojs/index.php/informacaoarquivistica/article/download/112/46>. Acesso em: 03 de nov. 2018.

PAES, Marilena Leite. **Arquivo, Teoria e Prática**. /Marilena Leite Paes. – 3ª Ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 228p.

POLÍTICA LIVRE. **Lei Marisa Letícia é aprovada em comissão na Câmara dos Deputados**. Política Livre, Salvador, 2018. Disponível em: <https://tecnoblog.net/247956/referencia-site-abnt-artigos/>. Acesso em: 15 de jun. 2017.

REBRATS. Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde. Membros/Categoria: **Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar - InovarH/UFBA**. REBRATS, Brasília, 2016. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/213-rede-de-inovacao-e-aprendizagem-em-gestao-hospitalar-inovarh-ufba>. Acesso em: 30 dez. 2017.

ROCHA, Diego. Blog da Aurum. **Tire todas as suas dúvidas sobre o Código Penal brasileiro**, 9 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.aurum.com.br/blog/codigo-penal-brasileiro/>. Acesso em 10 de ago. de 2019.

SANTANA, Neuranides; Josicélia Dumêt, FERNANDES. **O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista**. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). Brasília, 2008, nov-dez; 61(6): 809-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a03v61n6.pdf>. Acesso em: 20 de set. de 2019.

SANTANNA, Thiago. Softwareone. **Entenda a importância da capacitação profissional da equipe de trabalho**. 20 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://blog-br.softwareone.com/entenda-a-importancia-da-capitacao-profissional-da-equipe-de-trabalho>. Acesso em: 27 de julho de 2020.

SANTOS, Nanci Moreira dos; FREIXO, Aurora Leonor. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários. In: **Simpósio Baiano de Arquivologia**, 3, 2011, Salvador. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4794403-A-gestao-do-prontuario-do-paciente-com-enfase-na-atuacao-da-comissao-de-revisao-de-prontuarios.html>. Acesso em: 15 de mai. de 2017.

SANTOS, Plácida; CARVALHO, Angela. **Sociedade da Informação: avanços e retrocessos no acesso e no uso da informação**. Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, v.19, n.1, p. 45-55, jan. /abr. 2009. Disponível em: www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/1782/2687. Acesso em: 15 de mar. de 2017.

SCHEIDT, Ary. Apresentação. Curitiba, 1972. In: **Organização de um Serviço de Arquivo Médico e Estatística**. Editora McGraw-Hill do Brasil, Ltda. São Paulo - Rio de Janeiro - Belo Horizonte. 1973. 156 p.

SCHAEFER, Fernanda. **Proteção de dados de saúde na sociedade de informação: a busca pelo equilíbrio entre privacidade e interesse social.**/ Fernanda Schaefer./ Curitiba: Juruá, 2010. 280p.

SEGATTO, Cristiane. **O caso Marisa Letícia é só a ponta do iceberg.** Época, [S.I.], 2017. Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/02/o-caso-marisa-leticia-e-so-ponta-do-iceberg.html>. Acesso em: 15 de jun. de 2017.

SFREDDO, Josiane Ayres; FLORES, Daniel. **Segurança da informação arquivística: o controle de acesso em arquivos públicos estaduais.** Perspect. ciênc. inf. [online]. 2012, vol.17, n.2, pp.158-178. ISSN 1981-5344. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-99362012000200011>. Acesso em: 20 de mar. 2017.

SILVA, Leyde Klebia Rodrigues da; AQUINO, Mirian de Albuquerque. **Fontes de informação na Web: apropriação, uso e disseminação da informação étnico-racial no movimento negro da Paraíba.** TransInformação, Campinas, 26(2):203-212, maio/ago., 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tinf/v26n2/0103-3786-tinf-26-02-00203.pdf>. Acesso em: 20 de dez. de 2016.

SILVA, Tarcízio. **Pesquisa, métodos digitais, raça e tecnologia.** Publicado em 21/10/2013 por Tarcízio Silva. Disponível em: <https://tarciziosilva.com.br/blog/o-que-se-esconde-por-tras-de-uma-nuvem-de-palavras/>. Acesso em: 15 maio de 2019.

SILVA, Terezinha Elisabeth da; TOMAÉL, Maria Inês. **Política de informação: tendências internacionais.** In: ENANCIB - Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 10, 2009, João Pessoa. Anais Eletrônicos. Disponível em: <http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/xenancib/paper/view/3257>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

SIMIONI, Ariane. O direito à informação e os direitos de personalidade na sociedade informacional. In: GONZAGA, Luiz Silva Adolfo (Org.). **Temas atuais de direito da sociedade da informação.** – Salvador: EDUFBA, 2015. p. 51-76.

SLAVOV, Bárbara. **Os limites do uso do desenvolvimento tecnológico frente aos direitos de privacidade.** Bárbara Slavov. Orientador Prof. Dr. Margareth Anne Leister. Osasco, São Paulo, 2009. 195f. Dissertação de Mestrado - UNIFIEO – Centro Universitário FIEO, Mestrado em Direito. Disponível em: http://www.unifieo.br/pdfs/diss_barbara_2009.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2019.

SORJ, Bernardo. Sociologia e valores, os valores da sociologia. In: GOMES, Henriette Ferreira et al. (Orgs.). **A ética na sociedade, na área da informação e da atuação profissional: o olhar da Filosofia, da Sociologia, da Ciência da Informação e da formação e do exercício profissional do bibliotecário no Brasil.** - Brasília, DF: Conselho Federal de Biblioteconomia, 2009. 192p.

SOUNIS, Emilio. **Organização de um Serviço de Arquivo Médico e Estatística.** Editora McGraw-Hill do Brasil, Ltda. São Paulo - Rio de Janeiro - Belo Horizonte. 1973. 156 p.

TAKAHASHI, T. (org.). **Livro verde da Sociedade da Informação no Brasil**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/434>. Acesso em: 25 de nov. de 2016.

TONELLO, Izângela Maria Sansoni; NUNES, Risia Meressa da Silva; PANARO, Aline Peres. **Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação**. Inf. Inf., Londrina, v. 18, n. 2, p. 193 – 210, maio/ago. 2013.. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/16169>. Acesso em: 21 de jun. de 2017.

TUCKMAN, Bruce. **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2000).

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.

VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Direito**. In: GALVÃO, Maria Cristine Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques (Org.). **Prontuário do paciente**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, v. 1, p. 95-109.

VIEIRA, Tatiana Malta. **O direito à privacidade na sociedade da informação: efetividade desse direito fundamental diante dos avanços da tecnologia da informação**. Tatiana Malta Vieira. Orientador Prof. Dr. Gilmar Ferreira Mendes. Brasília, 2010. 297f. Dissertação de Mestrado em Direito, estado e sociedade. Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2007. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3358/1/2007_TatianaMaltaVieira.pdf. Acesso em: 12 de maio de 2017.

VIGNOLI, Richele Grengre; MONTEIRO, Kelly Patrícia Lima. **O Código de Ética do Arquivista**. II Workshop de Pesquisa em Ciência da Informação (WPCI) – 2013 – Informação, Tecnologia e Sociedade, Eixo 1 - Organização e Representação da Informação e do Conhecimento. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/cinf/index.php/wpci2013/wpci2013/paper/viewFile/156/48>. Acesso em: 28 de set. de 2017

WIENER, Norbert; PAES, José Paulo. **Cibernética e sociedade: o uso humano de seres humanos**. 2ª ed. São Paulo, SP: Cultrix, 1968. 190p.. Disponível em: https://monoskop.org/images/c/c0/Wiener_Norbert_Cibernetica_e_sociedade_O_uso_humano_de_seres_humanos.pdf. Acesso em: 29 de jun. de 2017.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS RESPONSÁVEIS PELO SPP.

- 1.** Qual a média diária de solicitações/consultas de acesso ao Prontuário nesta Instituição?
- 2.** Quais são os setores desta Instituição de Saúde que mais solicitam acesso ao Prontuário do Paciente?
- 3.** Existem solicitações externas de acesso ao Prontuário do Paciente nesta Instituição? Se sim, cite exemplos e com que frequência?
- 4.** Qual o motivo mais frequente de solicitações de acesso ao Prontuário do Paciente nesta Instituição?
- 5.** Existe restrição de acesso ao Prontuário do Paciente? Se sim, descreva como funciona.
- 6.** Descreva como esta Instituição de Saúde adota normas e procedimentos de acesso ao Prontuário do Paciente.
- 7.** Existem regras e procedimentos padrões para a circulação do Prontuário do Paciente nesta Instituição? Se sim, como ocorre?
- 8.** Descreva como ocorre a tramitação do Prontuário do Paciente a determinado setor.
- 9.** De que forma esta Instituição revisa os prontuários?
- 10.** Quem são os responsáveis por revisar o prontuário no ato da devolução ao SPP?
- 11.** Consta no planejamento anual desta Instituição a atuação da Comissão de Revisão do Prontuário e da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos? Se sim, como esta comissão é organizada?
- 12.** De que forma esta Instituição adéqua as resoluções do CFM ao Prontuário do Paciente?
- 13.** Quais os critérios adotados nesta Instituição para assegurar a confidencialidade, a privacidade e o sigilo das informações pessoais em saúde do paciente registradas no prontuário?
- 14.** De que forma esta Instituição instrui os colaboradores quanto ao manuseio do Prontuário do Paciente?
- 15.** Justifique sua opinião sobre a importância do Prontuário do Paciente para uma Instituição de Saúde.
- 16.** Em sua opinião, quais os benefícios da adoção de normas e procedimentos para o acesso ao Prontuário do Paciente?
- 17.** Em sua opinião, qual a importância de a Instituição assegurar a confidencialidade, a privacidade e o sigilo das informações pessoais em saúde do paciente registradas no prontuário?
- 18.** Qual sua opinião sobre a nova Lei Geral de Proteção de Dados? Acredita que a mesma se aplica às informações em saúde registradas no PP? Se sim, argumente.



APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO AOS FUNCIONÁRIOS LOTADOS NO SPP.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

Prezado (a) participante:

Este questionário é instrumento de pesquisa da dissertação intitulada “**Acesso ao Prontuário do Paciente: Confidencialidade, privacidade e sigilo da informação pessoal em saúde**”. O objetivo desta pesquisa é **verificar as diretrizes e as normas de acesso ao Prontuário do Paciente que assegurem a confidencialidade, privacidade e sigilo das informações pessoais no âmbito das Instituições de Saúde vinculadas à Universidade Federal da Bahia**. Esta Instituição de Saúde foi uma das selecionadas para integrar a amostra da pesquisa e contamos com sua valiosa colaboração em responder este questionário, sem preocupação com respostas certas ou erradas, o que vale é o seu entendimento quanto às assertivas. Lembrando que as respostas coletadas neste questionário serão tratadas de forma confidencial, garantindo que não haja nenhum tipo de identificação, seja da instituição de saúde, seja do respondente.

Desde já, agradecemos sua contribuição!



GLOSSÁRIO:

Colaborador: pessoa que desenvolve atividades, tarefas relacionadas às funções/missão da Instituição de Saúde (funcionário, servidor, empregado).

Instituição de Saúde: estabelecimentos que prestam serviços de saúde com técnica apropriada, segundo o Ministério da Saúde para o atendimento rotineiro a população.

PP: Prontuário do Paciente

SPP: Serviço de Prontuário do Paciente (equivalente à SAME).

**Chegamos ao fim do questionário.
Qualquer dúvida pode entrar em contato no email
evelin.costa@outlook.com
Obrigada!**



QUESTIONÁRIO AOS COLABORADORES DO SPP

Grupo I – Responda às questões abaixo:

1. Assinale qual a média diária de solicitações aos Prontuários dos Pacientes nesta Instituição.

- De 100 a 500 solicitações De 1001 a 1500 solicitações
 De 501 a 1000 solicitações De 2000 a mais de 2500 solicitações

2. Como classifica as permissões de acesso ao prontuário no SPP nesta Instituição? Assinale até 2 opções.

- Fácil Controlado Difícil
 Limitado Restrito Acessível

3. Assinale as informações pelo grau de relevância de acesso ao Prontuário do Paciente nesta Instituição de Saúde.

(1) pouco relevante (2) relevante (3) muito relevante

- Resultados de exames laboratoriais e específicos.
 Conferencia de dados do paciente (nome, idade, peso, nascimento etc.)
 Acompanhamento do estado de saúde do paciente.
 Conferência e análise de gastos.
 Consulta médica.

- Conferencia de medicamentos.
 Análise judicial.
 Manutenção e organização.

4. Atribua uma frequência de solicitações de acesso ao prontuário de acordo com a legenda abaixo:

(1) pouco frequente (2) frequente (3) muito frequente

Pessoal	Setores
<input type="checkbox"/> Auditoria	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Órgãos de justiça	<input type="checkbox"/> Farmácia
<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde responsável pelo paciente	<input type="checkbox"/> Diretoria
<input type="checkbox"/> Residentes	<input type="checkbox"/> Recursos Humanos
<input type="checkbox"/> Outros profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta, etc.)	<input type="checkbox"/> Lavanderia
<input type="checkbox"/> Pesquisadores externos	<input type="checkbox"/> Secretaria
<input type="checkbox"/> Pacientes	<input type="checkbox"/> Serviço de nutrição
<input type="checkbox"/> Parentes ou responsáveis pelo paciente	<input type="checkbox"/> Almojarifado
<input type="checkbox"/> Serviços Gerais	<input type="checkbox"/> Compras e financeiro
	<input type="checkbox"/> Recepção



5. Como esta Instituição organiza, armazena e recupera os prontuários produzidos? () Organizo a informação que produzo e recebo no âmbito das minhas atividades.

() Serviços de Arquivos

() Serviços de Protocolo

() Classifica e avalia os prontuários produzidos

() Bancos de dados de livre acesso aos colaboradores deste Hospital

() Bancos de dados de livre acesso aos parceiros deste Hospital

() Bancos de dados de acesso restrito

() Sistemas de Gerenciamento Arquivístico Eletrônico de Documentos

() Sistemas de Gestão Eletrônica de Documentos (GED)

() Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

() Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) vinculado ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

() Outros: _____.

() Contribuo com a construção do conhecimento, disponibilizando produtos informacionais que desenvolvo ou encontro, como artigos, vídeos, entrevistas, legislação etc.

() Adequo a comunicação (linguagem e conteúdo) às características e às necessidades do receptor.

() Trabalho em colaboração, seja mobilizando redes sociais para conseguir ajuda, seja contribuindo com o próprio conhecimento.

() Avalio a comunicação que realizo, verificando aspectos como privacidade e segurança.

6. Como você descreve suas competências em relação às informações geradas e recebidas? Escolha até 4 opções.

() Produzo conhecimentos e informações.

() Gerencio conhecimentos e informações.

() Difundo conhecimentos e informações.

() Avalio a informação quanto a aspectos como pertinência, confiabilidade e fidedignidade.



INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

1. **Sexo:** () Feminino () Masculino

2. **Qual sua idade?**

() Entre 18 – 28 anos () Entre 40 – 50 anos

() Entre 29 – 39 anos () Entre 50 – 60 anos

() Mais de 60 anos

3. **Qual seu nível de escolaridade?**

() Ensino fundamental () Ensino Médio

() Superior Completo () Superior Incompleto

() Ensino Médio Técnico

4. **Tipo de Vínculo:**

() Estatutário () Celetista () REDA () Terceirizado

() Outros _____.

5. **Tempo de trabalho nesta Instituição de Saúde:**

() até 2 anos () de 6 a 10 anos

() de 2 a 5 anos () de 11 a 20 anos

() mais de 20 anos

6. **Descreva sua atuação no SPP:**



Grupo II - Avalie esta Instituição de Saúde conforme os itens abaixo, marcando com “X” sua opinião referente às afirmações apresentadas.

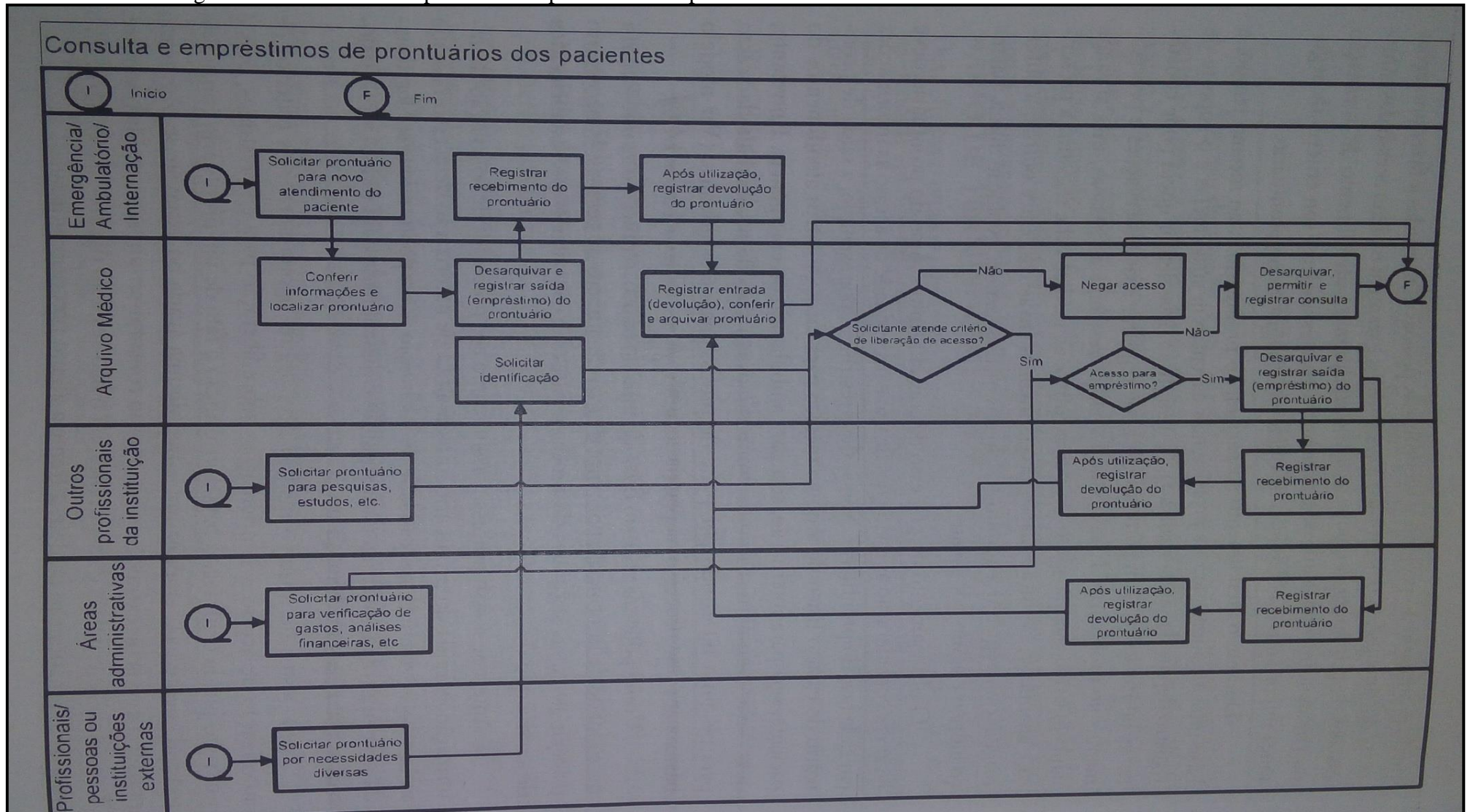
LEGENDAS

- (0) Desconheço (3) Concordo totalmente
 (1) Discordo totalmente (4) Não concordo, nem discordo
 (2) Discordo mais do que concordo (5) Concordo mais do que discordo

Item	INDICADORES	0	1	2	3	4	5
1	Existe, nesta Instituição de Saúde, um plano de padronização/organização dos Prontuários do Paciente.						
2	Existe, nesta Instituição de Saúde, um plano de políticas para o acesso às informações registradas no Prontuário do Paciente.						
3	Existe planejamento da circulação do Prontuário do Paciente nesta Instituição de Saúde.						
4	Existe, nesta Instituição de Saúde, planejamento para o acesso ao Prontuário do Paciente.						
5	Esta Instituição de Saúde conhece o profissional Arquivista e sua atuação profissional.						
6	O SPP tem conhecimento das políticas que abrangem o Prontuário do Paciente.						
7	O SPP aplica as normas das Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto ao tratamento dos Prontuários dos Pacientes.						
8	Esta Instituição de Saúde considera a organização do Prontuário do Paciente como fator importante para a tomada de decisão.						
9	Os colaboradores desta Instituição de Saúde tem conhecimento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).						
10	Os colaboradores desta Instituição de Saúde tem conhecimento da Lei de Acesso à Informação (LAI).						

11	O SPP desta Instituição de Saúde desenvolve a organização padronizada dos Prontuários						
12	Os colaboradores desta Instituição de Saúde conhecem a legislação arquivística.						
13	Esta Instituição de Saúde propõe melhoria(s) nos processos relativos à organização dos prontuários.						
14	Existe norma que estabeleça prazos para guarda dos prontuários.						
15	Existem procedimentos para a eliminação dos prontuários produzidos e acumulados nesta Instituição de Saúde.						
16	Esta Instituição de Saúde proporciona pesquisa aos seus prontuários.						
17	Esta Instituição de Saúde produz e arquiva prontuários em meio digital.						
18	Os usuários têm facilidade de acesso aos prontuários produzidos por esta Instituição de Saúde.						
19	O SPP contribui na elaboração das diretrizes para a organização do Prontuário do Paciente.						
20	Os colaboradores desta Instituição de Saúde contribuem na elaboração dos padrões para a organização do Prontuário do Paciente.						
21	Os colaboradores desta Instituição são frequentemente informados sobre as decisões estratégicas e operacionais relacionadas à organização do Prontuário do Paciente.						
22	Nesta Instituição de Saúde são promovidas capacitações relacionadas à organização do Prontuário do Paciente.						
23	Há uma Comissão Permanente de Avaliação de Documentos nesta Instituição.						
24	Há uma Comissão de Revisão de Prontuários do Paciente nesta Instituição.						
25	Há interação entre os gestores dos setores/departamentos e o gestor do SPP quanto aos procedimentos para a organização do Prontuário do Paciente.						
26	A operação de computadores e aplicativos representa uma barreira no acesso à informação.						

ANEXO A – Fluxograma de consultas e empréstimos de prontuários de paciente



Fonte: MORAES; SALIES, 2009.

ANEXO B – Leis Federais que tratam da informação do cidadão

LEIS FEDERAIS	
Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal Brasileiro)	
SEÇÃO IV – Dos crimes contra a Inviolabilidade dos Segredos	
Divulgação de segredo	
<p>Art. 153. <u>Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial</u>, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem:</p> <p>Pena - <u>detenção, de um a seis meses, ou multa.</u></p> <p>§ 1º Somente se procede mediante representação. (Parágrafo único renumerado pela Lei nº 9.983, de 2000)</p> <p>§ 1º A. <u>Divulgar, sem justa causa, informações sigilosas ou reservadas, assim definidas em lei, contidas ou não nos sistemas de informações ou banco de dados da Administração Pública:</u> (Incluído pela Lei nº 9.983, de 2000)</p> <p>Pena – <u>detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.</u> (Incluído pela Lei nº 9.983, de 2000)</p> <p>§ 2º Quando resultar prejuízo para a Administração Pública, a ação penal será incondicionada. (Incluído pela Lei nº 9.983, de 2000).</p>	
Violação do segredo profissional	
<p>Art. 154. Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:</p> <p>Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.</p> <p>Parágrafo único - Somente se procede mediante representação.</p> <p>Art. 154-A. Invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita:</p> <p>Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.</p> <p>§ 1º Na mesma pena incorre quem produz, oferece, distribui, vende ou difunde dispositivo ou programa de computador com o intuito de permitir a prática da conduta definida no caput.</p> <p>§ 2º Aumenta-se a pena de um sexto a um terço se da invasão resulta prejuízo econômico.</p> <p>§ 3º Se da invasão resultar a obtenção de conteúdo de comunicações eletrônicas privadas, segredos comerciais ou industriais, informações sigilosas, assim definidas em lei, ou o controle remoto não autorizado do dispositivo invadido:</p> <p>Pena – reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave.</p> <p>4º Na hipótese do § 3º, aumenta-se a pena de um a dois terços se houver divulgação, comercialização ou transmissão a terceiro, a qualquer título, dos dados ou informações obtidos.</p> <p>§ 5º Aumenta-se a pena de um terço à metade se o crime for praticado contra: I – Presidente da República, governadores e prefeitos; II – Presidente do Supremo Tribunal Federal; III – Presidente da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de Assembleia Legislativa de Estado, da Câmara Legislativa do Distrito Federal ou de Câmara Municipal; ou IV – dirigente máximo da administração direta e indireta federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.</p>	
Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor)	<p>Art. 43. O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, <u>terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele</u>, bem como sobre as suas respectivas fontes.</p>

<p>Lei 8.159, de 08 de janeiro de 1991 (Lei Geral de Arquivos)</p>	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS</p> <p>Art. 4º - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujos sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.</p> <p>Art. 6º - Fica resguardado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente da violação do sigilo, sem prejuízo das ações penal, civil e administrativa.</p>
<p>Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Lei de Proteção ao Segredo Industrial)</p>	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO VI DOS CRIMES DE CONCORRÊNCIA DESLEAL</p> <p style="text-align: center;">Art. 195. Comete crime de concorrência desleal quem:</p> <p>XI - divulga, explora ou utiliza-se, sem autorização, de conhecimentos, <u>informações ou dados confidenciais</u>, utilizáveis na indústria, comércio ou prestação de serviços, excluídos aqueles que sejam de conhecimento público ou que sejam evidentes para um técnico no assunto, a que teve acesso mediante relação contratual ou empregatícia, mesmo após o término do contrato;</p> <p>XII - divulga, explora ou utiliza-se, sem autorização, de conhecimentos ou informações a que se refere o inciso anterior, obtidos por meios ilícitos ou a <u>que teve acesso mediante fraude</u>;</p>
<p>Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Novo Código Civil)</p>	<p>Art. 20. <u>Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública</u>, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa <u>poderão ser proibidas, a seu requerimento</u> e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais.</p> <p>Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes.</p> <p>Art. 21. <u>A vida privada da pessoa natural é inviolável</u>, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.</p>
<p>Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011 (LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO)</p>	
<p>Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;</p> <p>II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;</p> <p>Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:</p> <p>I - informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato;</p> <p>II - documento: unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato;</p> <p>III - informação sigilosa: aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado;</p> <p>IV - informação pessoal: aquela relacionada à pessoa natural identificada ou identificável;</p> <p>V - tratamento da informação: conjunto de ações referentes à produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transporte, transmissão, distribuição, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, destinação ou controle da informação;</p> <p>Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.</p>	

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;

II - proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade; e

III - proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso.

Seção V

Das Informações Pessoais

Art. 31. O tratamento das informações pessoais deve ser feito de forma transparente e com respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como às liberdades e garantias individuais.

§ 1º As informações pessoais, a que se refere este artigo, relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem:

II - poderão ter autorizada sua divulgação ou acesso por terceiros diante de previsão legal ou consentimento expresso da pessoa a que elas se referirem.

§ 2º Aquele que obtiver acesso às informações de que trata este artigo será responsabilizado por seu uso indevido.

§ 3º O consentimento referido no inciso II do § 1º não será exigido quando as informações forem necessárias:

I - à prevenção e diagnóstico médico, quando a pessoa estiver física ou legalmente incapaz, e para utilização única e exclusivamente para o tratamento médico;

ANEXO C – Resoluções dos Conselhos Profissionais da área da Saúde (Códigos de Ética)

RESOLUÇÕES DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	
Resolução nº 1.931, 17 de setembro de 2009. (Código de Ética Médica - CFM)	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I – Princípios Fundamentais</p> <p>XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IX – Sigilo Profissional</p> <p style="text-align: center;">É vedado ao médico:</p> <p>Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.</p> <p>Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.</p> <p>Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.</p> <p>Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.</p> <p>Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.</p> <p>Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal.</p> <p>Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.</p> <p>Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO X – Documentos Médicos</p> <p style="text-align: center;">É vedado ao médico:</p> <p>Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.</p> <p>Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.</p>

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo XII - Ensino e pesquisa médica

É vedado ao médico:

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas [...].

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade [...].

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Resolução nº 594, 17 de dezembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Nutrição. Conselho Federal de Nutrição (CFN)

Dispõe sobre o registro das informações clínicas e administrativas do paciente, a cargo do nutricionista, relativas à assistência nutricional, em prontuário físico (papel) ou eletrônico do paciente.

- Considerando que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética do Nutricionista, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, quer eletrônico quer em físico (papel);

- Considerando que o prontuário do paciente, nos meios físico (papel) ou eletrônico, é uma **fonte de informações clínicas e administrativas** para a **tomada de decisão** e um **meio de comunicação** compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde;

- Considerando que o **prontuário e seus respectivos dados pertencem ao paciente** e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes;

CAP. I

Art. 3º - IV - as informações e dados contidos no prontuário do paciente são protegidos pelo sigilo, podendo ser divulgados somente nas hipóteses **de autorização do próprio paciente ou do responsável legal**, ou ainda em razão de **decisão judicial**, de acordo com o que rege o Código de Ética do Nutricionista; Considerando que **toda informação em saúde** identificada individualmente **necessita de proteção em sua confidencialidade**, por ser princípio basilar do exercício da medicina;

Resolução nº 564, 08 de fevereiro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

CAPÍTULO II DOS DEVERES

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

CAPÍTULO III - DAS PROIBIÇÕES

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Resolução nº 010, 27 de agosto de 2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Profissional de Psicologia (CPP)

DAS RESPONSABILIDADES DO PSICÓLOGO

Art. 1º – São deveres fundamentais dos psicólogos:

g) Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário;

Art. 6º – O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos:

b) Compartilhar somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo.

Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.

Art. 10º – Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo.

Parágrafo único – Em caso de quebra do sigilo previsto no caput deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias.

Art. 15º – Em caso de interrupção do trabalho do psicólogo, por quaisquer motivos, ele deverá zelar pelo destino dos seus arquivos confidenciais.

§ 2º – Em caso de extinção do serviço de Psicologia, o psicólogo responsável informará ao Conselho Regional de Psicologia, que providenciará a destinação dos arquivos confidenciais.

Resolução nº 273, 13 de março de 1993. Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

TÍTULO II
DOS DIREITOS E DAS RESPONSABILIDADES GERAIS
DO/A ASSISTENTE SOCIAL

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:

d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;

TÍTULO III DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

CAPÍTULO I

Das Relações com os/as Usuários/as

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;

f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;

CAPÍTULO V

Do Sigilo Profissional

Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único. Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade.

Parágrafo único. A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento.

CAPÍTULO VI

Das Relações do/a Assistente Social com a Justiça

Art. 19 São deveres do/a assistente social:

b- comparecer perante a autoridade competente, quando intimado/a a prestar depoimento, para declarar que está obrigado/a a guardar sigilo profissional nos termos deste Código e da Legislação em vigor.

Art. 20 É vedado ao/à assistente social: a- depor como testemunha sobre situação sigilosa do/a usuário/a de que tenha conhecimento no exercício profissional, mesmo quando autorizado;

Resolução nº 18, 11 de maio de 2012. Código de Ética Odontológica. Conselho Federal de Odontologia (CFO)

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 5º Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

II - guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;

Art. 9º Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

VIII - resguardar o sigilo profissional;

XV - resguardar sempre a privacidade do paciente;

CAPÍTULO IV
DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 10. Constitui infração ética:

II - intervir, quando na qualidade de perito ou auditor, nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito;

CAPÍTULO VI
DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 14. Constitui infração ética:

I - revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II - negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; e,

III - fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas.

Parágrafo Único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

V - revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

CAPÍTULO XIV
DA DOAÇÃO, DO TRANSPLANTE E
DO BANCO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E BIOMATERIAIS

Art. 36. Todos os registros do banco de ossos e dentes e outros tecidos devem ser de **caráter confidencial**, respeitando o **sigilo da identidade** do doador e do receptor.

SEÇÃO II
DA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

Art. 49. Constitui infração ética:

III - publicar, **sem autorização por escrito, elemento que identifique o paciente** preservando a sua privacidade;

Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde (CNS)
(Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos)

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

g) **a garantia do sigilo** que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

g) [...] descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as **medidas de proteção à confidencialidade**;

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.13 - Atribuições do CEP:

c) manter a **guarda confidencial de todos os dados** obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

Código de Ética dos Arquivistas (1996)

Código de Ética dos Arquivistas, elaborado pela Seção de Associações Profissionais do Conselho Internacional de Arquivos (CIA)

Aprovado no XIII Congresso Internacional de Arquivos, realizado em 1996, na China

7. Os arquivistas visam encontrar o justo equilíbrio, no quadro da legislação em vigor, entre o direito ao conhecimento e o respeito à vida privada.

Os arquivistas se preocupam para que a vida das pessoas jurídicas e físicas, assim como a segurança nacional, sejam protegidas, sem que haja necessidade de se destruir as informações sobretudo no caso dos arquivos informatizados, onde os dados podem ser deletados e novos dados inseridos, como é prática corrente. Os arquivistas defendem o respeito a vida privada das pessoas que estão ligadas à origem ou que são a própria matéria dos documentos, sobretudo daquelas que não foram consultadas quanto à utilização ou ao destino dos documentos.

Resolução nº 20, de 16 de julho de 2004. Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ)

(Documentos digitais em programas de gestão arquivística)

Art. 3º A gestão arquivística de documentos digitais deverá prever a implantação de um sistema eletrônico de gestão arquivística de documentos, que adotará requisitos funcionais, requisitos não funcionais e metadados estabelecidos pelo Conselho Nacional de Arquivos, que visam garantir a integridade e a acessibilidade de longo prazo dos documentos arquivísticos.

§3º Os metadados são informações estruturadas e codificadas que descrevem e permitem gerenciar, compreender, preservar e acessar os documentos digitais ao longo do tempo. Os metadados referem-se a: identificação e contexto documental (identificador único, instituição produtora, nomes, assunto, datas, local, código de classificação, tipologia documental, temporalidade, destinação, versão, documentos relacionados, idioma e indexação), segurança (categoria de sigilo, informações sobre criptografia, assinatura digital e outras marcas digitais), contexto tecnológico (formato de arquivo, tamanho de arquivo, dependências de hardware e software, tipos de mídias, algoritmos de compressão) e localização física do documento.

Fonte: Levantamento documental, 2019, grifo nosso.