

O Gerenciamento do Sigilo das Informações do Prontuário Eletrônico em uma Instituição Hospitalar de S. Paulo

The Management Confidentiality of Information in the Medical Electronic Records Systems in a Hospital institution in S. Paulo

Thamires Silva Alcântara
Universidade Nove de Julho
thaymires_fsa@hotmail.com

Chennyfer Dobbins Abi Rached
UNINOVE
chennyferr@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo teve por objetivo entender como os gestores de TI garantem o sigilo das informações dos pacientes pelo sistema de prontuário eletrônico. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, tipo estudo de caso, onde foram realizadas entrevistas por meio de questionários aos gestores de TI das unidades selecionadas no período de maio a setembro de 2015. O Prontuário Eletrônico é um documento pessoal e intransferível onde constam informações sobre a história clínica do paciente desde o nascimento até sua morte e permite o acesso imediato, uma vez que o sistema on-line integra todos os dados relativos aos pacientes em uma unidade de saúde. Portanto, faz-se necessário garantir o sigilo das informações registradas pelos profissionais de saúde. Conclui-se que o gerenciamento do sigilo das informações é feito principalmente por meio de senha de acesso, bem como com assinatura eletrônica nos sistemas informatizados.

Abstract

This study aimed to understand how do IT managers ensure the confidentiality of patient information on electronic medical records system. This was an exploratory, qualitative research, of case type study where interviews were conducted by means of questionnaires made with IT managers of the selected units in the period from May to September 2015. The Electronic Health Record is a personal and non-transferable document that contains information on the clinical history of the patient from birth to his death and allows immediate access once the online system integrates all data relating to patients in a health care facility. Therefore, it is necessary to ensure the confidentiality of the information recorded by professionals of the area. We conclude that the management of the confidentiality of information is mainly done through a password and electronic signature in the computer systems.

Palavras-chave: Prontuario Eletrônico; Sigilo de **Keywords:** Medical Records Systems; Information
Informações; Gestão da Informação em Saúde Confidentiality; Health Information Management

1. Introdução

Os avanços em Tecnologia da Informação são essenciais para a difusão do conhecimento médico, melhorando a assistência ao paciente, diminuindo a margem de erro e aumentando a qualidade da informação referente à história clínica do indivíduo. O processo desse trabalho, ou seja, o registro eletrônico de saúde torna possível a visão multi-institucional multiprofissional e de continuidade da assistência (Mourão & Neves, 2010).

A palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium* e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou “manual de informações úteis” ou ainda “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa” (Patrício, Maia, Machiavelli, & Navaes, 2011).

No final dos anos 1960, as primeiras tentativas de implantar o prontuário eletrônico nos serviços de saúde começaram a surgir de forma primitiva e limitada para organizar e cruzar informações existentes, sem o devido foco nos pacientes ou usuários. A partir dos anos 1980 surgiram as novas tecnologias gerenciais em saúde, como os grupos relacionados de diagnósticos (DRGS), a digitalização de fichas clínicas e o cruzamento dessas informações com os dados cadastrais de usuários do sistema de saúde (Médici, 2010 apud Hora, 2012).

Neste âmbito, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), visando ao pleno exercício de suas macrofunções, aprova a legitimação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ao afirmar que “a existência de bons sistemas de registros e organização de informações seria a maneira mais natural para reduzir a fragmentação das informações em saúde, o que era praticamente impossível antes dos surgimentos dos registros eletrônicos em saúde” (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

É evidente, na atualidade, que nada poderia funcionar sem uma quantidade significativa de informações. Este ainda é um desafio das instituições de saúde, como forma de permitir um aperfeiçoamento nas práticas da assistência, que devem estar relacionadas com o objetivo da organização, para atingir sua maturidade organizacional (SIAG, 2015).

Dessa maneira, a gestão da informação é responsável por melhorar o processo de trabalho em saúde, por meio de um sistema que seja capaz de administrar os recursos internos e externos de uma instituição para produzir informações para a prática profissional, com a coleta, o processamento, a análise, a interpretação, a relação e a transmissão dos dados sobre uma instituição para entender as necessidades informacionais e disponibilizá-las para a solução de problemas de uma entidade (SIAG, 2015).

Poucos profissionais se sentem seguros para tomar ou justificar uma tomada de decisão não baseada em informação sólida. Assim, a assistência de saúde deve subsidiar-se em dados colhidos, sistematizados e analisados, pois a informação é a base da decisão e ingrediente fundamental para evitar problemas e resolvê-los. Mas infelizmente a organização da informação ainda é um recurso inacessível para muitas instituições (Mourão & Neves, 2010).

De um modo geral, o prontuário eletrônico permite reunir toda a informação do paciente, trazendo benefícios para a assistência. Majewski (2003) afirma que se pode garantir a melhoria do atendimento do paciente, assegurada pela continuidade da assistência prestada, por integrar todas as fontes, economizar espaço e melhor preservar os dados mantidos em meio eletrônico.

Os registros são acessados com maior agilidade, favorecendo o compartilhamento e o acesso simultâneo a informações sobre pacientes para a equipe multiprofissional de uma instituição de saúde (Majewski, 2003).

Possari (2005) afirma que o PEP pode ser considerado um sistema eficaz de apoio para dar suporte ao cuidado, garantindo a excelência na qualidade da informação, facilitando o acesso aos dados, permitindo uma assistência com foco no paciente, disponibilizando a história clínica por meio de registros eletrônicos acessíveis, protegidos e úteis. Além de proporcionar aos profissionais maior tempo ao lado do paciente na prestação dos cuidados, o PEP também pode fornecer dados para gerenciar os custos diretos e indiretos dos pacientes e permitir analisar a atuação do profissional, colaborando para o desenvolvimento do conhecimento científico dos profissionais da área da saúde.

Dentro desse contexto, torna-se indispensável o conhecimento adequado das normas éticas e legais vigentes, pois existem os riscos associados à perda da privacidade e confidencialidade e o uso indevido das informações (Majewski, 2003) .

Segundo Durand (1999 pag.3), a ética pode ser definida como “uma reflexão sobre as questões fundamentais do agir humano. Falar sobre ética e privacidade de informações em saúde é muito delicado, pois, nesta área, o principal enfoque são as pessoas e suas vidas”.

As informações contidas no PEP são de propriedade do paciente, e os profissionais da saúde envolvidos neste processo possuem o desafio contínuo de garantir o acesso e uso das informações apenas às pessoas capacitadas, fornecendo dados confiáveis, de qualidade, completas, legíveis e de autoria identificada, sempre que o usuário delas necessitar, ao mesmo tempo em que garante a segurança, o sigilo e a privacidade dessas informações, que são concedidas pelo paciente, em confiança, durante o atendimento ou obtidas a partir de exames e procedimentos realizados com finalidades diagnósticas ou terapêuticas (Majewski, 2003).

O *Código de Ética Médica*, no seu artigo 11, impõe o sigilo como um princípio fundamental para o exercício da medicina. No Capítulo IX estão as obrigações com o sigilo profissional. Lá estão: o dever do médico de orientar seus auxiliares e zelar para que todos respeitem o segredo profissional, e também a proibição do médico em facilitar o acesso ao prontuário por pessoas que não são obrigadas ao sigilo profissional. Só o consentimento do paciente poderia autorizar a revelação do conteúdo do prontuário, através do princípio da autonomia (Conselho Federal de Medicina, 2016).

O paciente decide quais informações quer guardar para si e quais deseja revelar. Porém, no próprio *Código de Ética Médica*, artigo 102, há uma ressalva sobre tal revelação, podendo ser feita “por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente” (Conselho Federal de medicina, 2016).

As leis e códigos nacionais que se referem aos aspectos legais do PEP são: Declaração Universal dos Direitos do Homem, Código de Ética Médica, Resoluções do CFM, Constituição Brasileira, Novo Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Política Nacional de Segurança da Informação, Leis: 4.833/1988, 9.610/1998, 84/1999, 268/1999 e 3.360/2000; e Medida Provisória Nº 2.200 - ICP Brasil (Motta, 2003, Conselho Federal de Medicina, 2016).

A Constituição Federal (Brasil, 1988), em seu Art. 5º, assegura a todos os brasileiros a inviolabilidade do direito a segurança, abrangendo, entre outros, os seguintes itens: 1) é inviolável o sigilo de dados; 2)é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o

sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional; 3) 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.

O entendimento sobre a privacidade das informações do Prontuário Eletrônico do Paciente é importante, pois basta que alguma informação sobre uma pessoa seja cedida ou facilitada indevidamente a pessoas sem autorização para que haja constrangimento e sofrimento ao paciente, e, assim, mina-se o fundamento da adesão desse método de registro nas instituições de saúde.

Portanto, dentre os objetivos deste estudo, cabe entender como é gerenciado o sigilo das informações do prontuário eletrônico em uma instituição hospitalar, como esse processo é feito e de que maneira se respeitam os princípios éticos e direitos do paciente.

2. Referencial Teórico

Gerenciamento da informação

O sistema de informação em saúde deve possibilitar a realização de pesquisa e fornecer evidência para auxiliar no processo de ensino, contribuindo dessa forma para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde. Assim, como funções principais, pode-se afirmar que um SIS (Sistema Integrado de Saúde) deve ser utilizado para gerenciar a informação que os profissionais de saúde precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo (Marin, 2010).

O gerenciamento da informação é um processo que consiste nas atividades de busca, identificação, classificação, processamento, armazenamento e distribuição de informações, independentemente do formato ou meio em que se encontrem, seja em documentos físicos ou digitais (Furlan, 2011).

A informação é determinante para a sobrevivência de ambientes organizacionais. Portanto, para possibilitar tais atividades em saúde, múltiplas informações sobre o estado do paciente são necessárias. Por outro lado, os procedimentos realizados pelos profissionais também

geram outras diversas informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado. São fontes diferentes de dados, gerando conseqüentemente diferentes informações. Para tanto, esses dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para tomada de decisão sobre os tipos de tratamento, aos quais o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população (Marin, 2010).

O sistema da informação tem como objetivo fazer com que essas informações cheguem às pessoas que necessitam delas para que possam tomar decisão no momento certo (Cherobino, 2006).

As etapas são as seguintes: busca – escolha de fontes de informação confiáveis que se adéquem aos critérios de qualidade definidos pelo profissional e cliente (paciente); identificação – utilizar informações relevantes para as necessidades do cliente; classificação – agrupar as informações de acordo com as características e propriedades identificadas para facilitar a análise e processamento; processamento – manter a informação adequada e segura para facilitar seu uso e compreensão; armazenamento – armazenar a informação para facilitar seu acesso quando necessário, usando as técnicas de classificação e processamento, essa etapa é importante e deve ser realizada quando houver um propósito específico, pois a informação pode ser de uso imediato e perde seu valor quando não utilizada no momento certo; distribuição – a informação deve chegar para quem a solicita no momento certo (Cherobino, 2006).

A preocupação com a segurança dos sistemas computacionais não é recente. O processo de definição de regras e padrões de segurança iniciou-se na década de 1960 (com o impulso da Guerra Fria), culminando com a publicação, no final do ano 2000, da norma Internacional de Segurança da Informação ISO/IEC-17799, a qual possui uma versão aplicada aos países de língua portuguesa, denominada NBR ISO/IEC-17799, de 2001 (SIAG, 2015).

A inclusão da segurança das informações começa com a garantia de que uma das mais importantes recomendações da ISO 13335-2 está sendo aplicada. Em suma, deve ser acordado que os representantes de todos os setores da organização estejam comprometidos com a política de Segurança da Informação a ser implantada. Esse comprometimento é obtido por meio da criação de um comitê ou fórum de segurança da

informação, que deve regularmente se reunir para sinalizar e respaldar o trabalho do chamado Security Officer (SIAG, 2015).

Uma das funções principais desse comitê é definir o nível de risco aceitável pela organização. Dependendo do tamanho da organização, recomenda-se, além desse comitê, a criação de um departamento de segurança da informação, sob responsabilidade do Security Officer (SIAG, 2015).

A norma BS 7799-2 oferece as ferramentas para a implantação e gestão através do modelo PDCA. O Padrão BS7799 e a Norma ISO/IEC 17799 têm o objetivo de fornecer recomendações para gestão da segurança da informação para uso por aqueles que são responsáveis pela introdução, implementação ou manutenção da segurança em suas empresas. Eles também se destinam a fornecer uma base comum para o desenvolvimento de normas e de práticas efetivas voltadas à segurança organizacional e, também, a estabelecer a confiança nos relacionamentos entre as organizações (SIAG, 2015).

Para que as organizações possam viver nesse ambiente, devem submeter-se a uma mudança constante, de maneira que seja feito um reajuste na proposta de valor e melhoria contínua, que deve cobrir todo ciclo da gestão, desde a estratégia à operacionalização, agregado a uma monitoração frequente (SIAG, 2015).

Realizar a gestão da informação é papel de uma profissão específica de pessoas que tenham competências necessárias para tal atividade. Podem-se identificar algumas dessas formações: biblioteconomia, ciência da informação; documentação; gestão da informação; comunicação social; informática; arquivologia; entre outras (Dussault,1992).

No âmbito da saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar necessita lidar com informações vindas de diversas fontes: prestadores de assistência à saúde, operadoras de planos de saúde, sistemas de informação do SUS, beneficiários de planos de saúde etc. (Patrício, Maia, Machiavelli &Navaes, 2011)

Os consumidores também necessitam de informações para tomar decisões referentes a planos e prestadores de atenção à saúde. Os exemplos citados acima demonstram de maneira simples o grande volume e fluxo de informações utilizadas em cada fragmento do sistema de saúde (Patrício, Maia, Machiavelli &Navaes, 2011).

A atual base de uma organização proporcionada pela tecnologia da informação oferece condições que facilitam uma eficiente coleta e uso dos dados, incluindo: 1) registro eletrônico que contém registros longos, do nascimento à morte dos pacientes; 2) sistemas de informação que capacitam uma coleta, uso e reconfiguração mais sistemática e abrangente da informação em saúde; 3) cartão eletrônico que habilita que os dados do paciente sejam registrados e acessados em um cartão emitido para esse paciente; 4) identificadores únicos do paciente que estabelecem um vínculo com várias bases de dados na atenção à saúde e com bases não relacionadas à saúde (créditos, bancos, registros militares). Registros únicos para instituições poderem exercer funções semelhantes; 5) redes internas projetadas para compartilhar informações entre organizações afiliadas que proporcionam serviços médicos, serviços de reembolso, revisão de qualidade, 6) redes públicas, como a Internet, que permitem a integração de informações sobre a atenção à saúde e de outros tipos em diversas instituições espalhadas geograficamente (Agostín, 2011).

Assim, para estabelecer interoperabilidade, é preciso que o usuário esteja convencido do valor proposto pelos padrões e que esses padrões (de registro, comunicação e documentação) sejam implantados e aderidos.

Sigilos das informações de saúde

O sigilo de dados é uma tese trazida pela Constituição Federal de 1988. A inovação trouxe com ela dúvidas interpretativas que merecem, por isso mesmo, uma reflexão mais detida. A inviolabilidade do sigilo de dados (art. 5C, XII) é relacionada ao direito fundamental à privacidade (art. 5S, X). Em questão está o direito de o indivíduo 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. Mister se faz, pois, explicitar a correlação entre sigilo e privacidade, assinalando também o que os distingue, principalmente quanto ao direito à privacidade (Brasil, 1988).

A confidencialidade é um dos pilares fundamentais da sustentação de uma relação entre o paciente e o médico de forma produtiva e confiável, bem como a privacidade, que é a limitação do acesso às informações de determinada pessoa (Francisconi & Goldim, 1998).

É esta garantia que faz os pacientes buscarem auxílio médico quando necessitam, sem medo de repercussões econômicas ou sociais que possam provir de seu estado de saúde. Dessa forma, um compromisso tem de ser atingido entre a necessidade assistencial, gerencial, social e científica, mantendo a privacidade e a confidencialidade dessas mesmas informações (Francisconi & Goldim, 1998).

As informações cedidas pelos pacientes, quando de seu atendimento em um hospital, posto de saúde ou consultório, assim como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou terapêutica, são de sua propriedade. Portanto, os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde ou área administrativa 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 (Furlan, 2011).

Dessa forma, os profissionais somente deverão ter acesso às informações que efetivamente contribuírem para o atendimento do paciente (Francisconi & Goldim, 1998).

Conforme o Código de Ética profissional, além de uma obrigação, também é um dever de todos os profissionais e instituições garantir a preservação do segredo das informações, conceito este proposto por Sir David Ross, em 1930 (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Essa relação de confiança se estabelece entre o paciente e seu médico e se estende a todos os demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas (Francisconi & Goldim, 1998).

As instituições têm a obrigação de manter um sistema seguro de proteção ao PEP. Logo, as normas e rotinas de restrição de acesso aos prontuários e de utilização de senhas de segurança em sistemas informatizados devem ser continuamente atualizadas (Francisconi & Goldim, 1998).

Por sua vez, o acesso de terceiros envolvidos no atendimento, como seguradoras e outros prestadores de serviços, deve merecer especial atenção (Francisconi & Goldim, 1998).

Existem princípios e aspectos de segurança para o prontuário eletrônico do paciente, são eles:

- 1) **Integridade:** processo de assegurar que recursos ou dados não sejam alterados por entidades não autorizadas.
- 2) **Confidencialidade:** necessidade de proteger informações sensíveis de forma a não serem vistas indiscriminadamente.
- 3) **Disponibilidade:** possível acesso ao sistema para usuários autorizados.
- 4) **Autenticação:** processo pelo qual a identidade de uma pessoa possa ser verificada.
- 5) **Autorização:** associar uma identidade a uma lista de direitos, privilégios, ou áreas de acesso.
- 6) **Não repúdio** (ou Legalidade): quando alguém não pode negar a autenticidade de um documento, a sua assinatura ou o seu envio.
- 7) **Auditoria:** processo de assegurar que a atividade de um usuário possa ser devidamente registrada e revista para detectar eventos suspeitos (Martins, Saukas, & Zanardo, 2004).

É de suma importância manter o sigilo das informações contidas nos PEPs, com a finalidade de limitar que ações realizadas por usuários legítimos possam romper a privacidade em seus acessos desnecessários ou não autorizados. Também devemos pensar em maneiras de evitar que pessoas não autorizadas possam ter acesso a essas informações (Francisconi & Goldim, 1998).

A fim de objetivar a segurança dos PEPs, podemos utilizar alguns mecanismos, como o controle de acesso por login e senha (Martins, 2004); certificados digitais (Assinatura Eletrônica E Infra-Estrutura De Chaves Públicas, 22/03/2015); biometria, *firewall* (parede de fogo), políticas e práticas (Motta, 2003; Martins, 2004;), *backups* e log de auditoria (Anderson, 1996).

Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEPs)

Ao longo da história é possível identificar, segundo Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), que Hipócrates, no século V a.C, incentivava os médicos a elaborarem registros escritos para avaliar a evolução da enfermidade e identificar suas possíveis causas (Hora, 2012).

O prontuário do paciente é definido como “documento único, formado por informações, sinais e imagens registrados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, com caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar tanto a comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional como a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (Pinto, 2006)

No Brasil, desde 1873 todos os prontuários passaram a ser guardados. Essa responsabilidade passou a ser do chamado Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), cuja primeira unidade foi implantada pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1943 (Pinto, 2006)

Ainda segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), os prontuários de papel devem ser guardados por um período de 20 anos após o último registro ou o óbito do paciente. Além disso, existem regras bem específicas e inóspitas para se desfazer dos prontuários, o que torna esta tarefa pouco atraente. Assim sendo, podemos imaginar o que isto significa em termos quantitativos e qualitativos no que diz respeito ao arquivamento de tanta informação (Conselho Federal de Medicina, 2016).

No Brasil, o empenho para a investigação de um modelo de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surgiu no meio universitário na década de 1990. Esforços isolados levaram ao desenvolvimento em várias instituições nos centros urbanos. Tendo em vista a necessidade de um padrão para registros de informações sobre o paciente e a integração dos sistemas de informação de saúde, o Ministério da Saúde propôs em 2002 um conjunto mínimo de informações sobre o paciente que deveriam constar em um prontuário médico, pertencendo às Comissões de Revisão de Prontuário dos estabelecimentos de saúde fiscalizar se o registro está sendo feito de forma adequada (Patrício et al., 2011).

De modo geral, o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em determinado

formato para fins de armazenamento e tal registro deve ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um (Marin, 2010).

O PEP integra-se a um banco de dados de informações sobre a história clínica do paciente, desde o nascimento até sua morte. Seu objetivo é permitir o recolhimento e a recuperação de eventos clínicos de um indivíduo de forma que todos os profissionais de saúde autorizados possam ter acesso, possibilitando uma assistência de melhor qualidade (Mourão & Neves, 2010).

Para Proença (2011), o PEP permite o acesso imediato a consultas especializadas e de urgência, uma vez que o sistema on-line integra todos os dados relativos aos pacientes em um dos Centros de Saúde informatizados.

As normas técnicas são bastante complexas e exigem que o sistema tenha, entre outros requisitos: identificação e autenticação do usuário; controle de sessão do usuário; mecanismos de controle e autorização de acesso; possibilidade de geração e recuperação de cópias de segurança; confiabilidade e segurança dos dados; possibilidade de auditoria, com registro (*log*) de todos os eventos realizados; certificação digital e assinatura digital (Patrício et al., 2011).

Apesar do avanço na tecnologia da informação, no Brasil é comum a existência de instituições que utilizam o prontuário em papel. Geralmente, trata-se de documentos pouco estruturados (Patrício et al., 2011).

Este tipo de prontuário mostra várias desvantagens tanto para a conservação e organização dos documentos quanto para a agilidade do fluxo de atendimento. Além de apresentar elegibilidade, ocupa maior espaço físico e tem maior índice de perda de informação, resultando em prontuários incompletos que impossibilitam o controle adequado de acesso às informações bem como sua confidencialidade. Embora tradicionalmente o prontuário por possuir esse extenso grupo de informações e documentos, muitas informações tornam-se desnecessárias para a assistência ao paciente após a alta do mesmo, porém podem ser importantes para a administração, para a pesquisa e o ensino, ou por questões legais (Patrício et al., 2011).

Além disso, as informações podem ser utilizadas para monitorar o perfil epidemiológico da população, bem como identificar o surgimento de doenças e até mesmo para estudos sobre procedimentos realizados e custos dos serviços (Patrício et al., 2011).

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surgiu, então, como uma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde (Marin, 2010).

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, do tipo estudo de caso.

Os dados foram avaliados pelo método de análise de conteúdo, visando entender a realidade e responder seu problema de pesquisa, por meio das etapas de leitura e exploração do material, criação de categorias e articulação delas com referenciais teóricos. Inicia-se no momento em que o pesquisador seleciona o problema e só termina com a redação da última frase de seu relatório (GIL, 1995).

O estudo de caso é uma análise extensiva de um único exemplo de um fenômeno de interesse, e compreende uma estratégia de estudo de caso uma única unidade de análise, como uma empresa ou um grupo de trabalhadores. Destaca-se também o uso da estratégia de múltiplos casos, que abarcam a comparação entre eles.

A pesquisa qualitativa envolve a habilidade do pesquisador em processar o conjunto das informações obtidas de maneira significativa. Muitas técnicas, desde a análise de conteúdo ao uso de estatísticas, podem ajudar a dar sentido aos dados. A utilização dessas técnicas, no entanto, requer um pensamento crítico, habilidade para analisar, sintetizar e avaliar informações (Martins & Theóphilo, 2009, p.107).

3.1. Unidade de Análise

Na pesquisa, a unidade de análise escolhida foi a Rede de Reabilitação Lucy Montoro (IMREA), em unidade localizada na Vila Mariana, uma entidade do governo do Estado, com o objetivo de servir às pessoas com deficiência física, transitória ou definitiva, que precisam de

atendimento de reabilitação, desenvolvendo seu potencial físico, psicológico, social e profissional.

O IMREA foi criado em 1975 como uma Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Atualmente, o IMREA possui cinco unidades de tratamento e coordena o Comitê Gestor da Rede de Reabilitação Lucy Montoro, que conta com onze unidades em funcionamento distribuídas em cidades do interior de São Paulo e uma Unidade Móvel.

Em sua missão, o IMREA expressa sua vocação de servir às pessoas com deficiência física, transitória ou definitiva, que precisam receber atendimento especializado de reabilitação. A sua atuação e de todos os profissionais é voltada para a reinserção do paciente na sociedade, para que ele volte a ter uma vida social, para que sua família entenda e se adapte à sua nova condição e, principalmente, para que ele mesmo assuma e se adapte da melhor maneira possível a esta nova condição.

Para o IMREA, atuar com qualidade significa transcender, humanizar. Este é o objetivo que o IMREA procura atingir todos os dias, por meio de seus investimentos, na melhoria de seus processos, na aquisição de novas tecnologias, na criação de novos equipamentos e de novas terapias, no aperfeiçoamento de suas parcerias, no treinamento de seus profissionais, na melhoria contínua de suas instalações, no estímulo à pesquisa e ao ensino, na elaboração e no desenvolvimento de políticas públicas que garantam às pessoas com deficiência condições de igualdade e de oportunidades, com qualidade de vida.

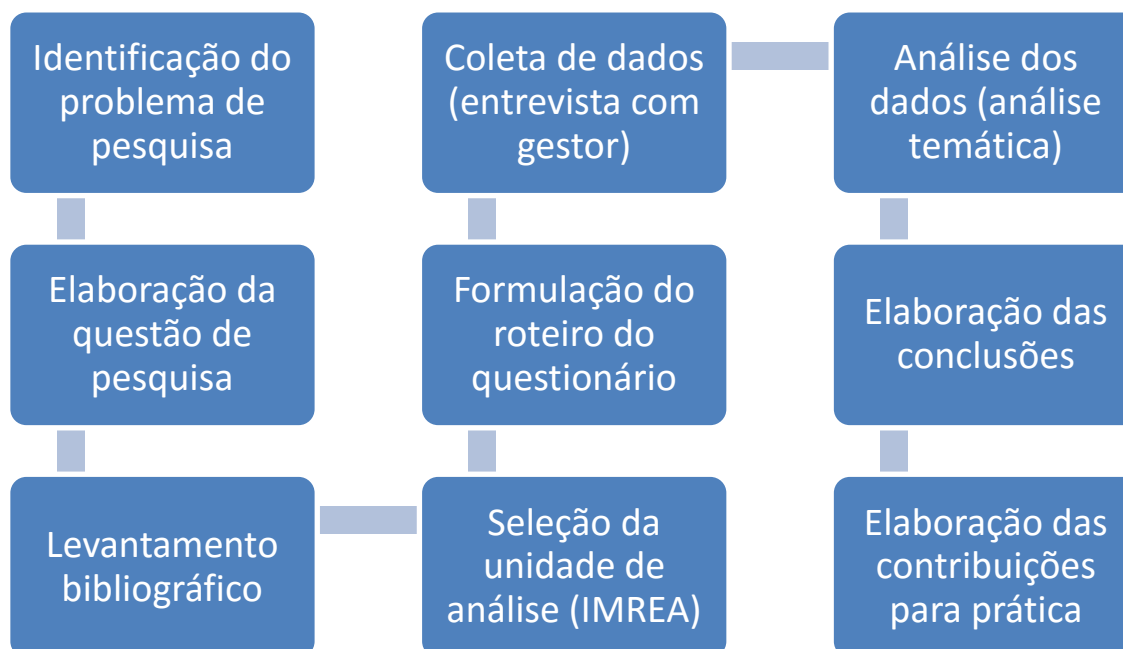
Essa política de qualidade orienta e norteia a atuação do IMREA e da Rede de Reabilitação Lucy Montoro.

3.2. Coleta de Dados

Após a aprovação da instituição, foi entrevistado o gestor coordenador de sistemas. A entrevista consistiu de um questionário aberto para coleta de dados (entrevista com gestores), o que possibilitou análise dos dados (análise temática), elaboração das conclusões

e elaboração das contribuições para a prática. Veja as etapas conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Etapas da Pesquisa



Fonte: Próprio Autor.

Questionário: conjunto ordenado e consistente de perguntas de variáveis e situações que se deseja medir.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, no ambiente das Unidades do IMREA, no período de 22 de abril de 2015 a 05 de maio de 2015 e foram gravadas em meio digital.

Para a elaboração do roteiro do questionário de pesquisa foram utilizados os construtos e pressupostos apresentados na figura 2.

Figura 2 – **Constructos e Pressupostos**

Construto	Referências	Pressuposto	Questionário de pesquisa
Implantação do Prontuário Eletrônico	Rodrigues (2013)	Atribui o motivo da implantação a questões de: curva de aprendizado, utilização e produtividade; banco de dados, conhecimento prévio das tecnologias e também levando em consideração o alto potencial que essa tecnologia fornece para a construção de sistema web dinâmico. Essas ferramentas oferecem também interação e padronização de elementos como: caixas de texto, tabelas, mensagens de retorno ao usuário etc., tendo também suporte a <i>layouts mobile</i> . Por fim, de nada adianta a utilização de todas essas tecnologias se não existir um lugar confiável onde seus arquivos são guardados.	1. Qual o motivo da implantação?
	Kuchler et al.(2006)		
	Jenal ¹ e Évora (2012)	A utilização do PEP aperfeiçoa o tempo que o enfermeiro leva para prestar uma assistência informatizada. Em análise de relatos de experiências percebe-se a importância da integração dos sistemas em todos os serviços, a implantação adquiriu um conhecimento excelente resultando na qualidade de informação, rapidez na realização da prescrição médica e de enfermagem, bem como o impacto no controle de matérias e de medicamentos	2. Teve vantagens e/ou melhorias com a implantação do prontuário eletrônico? Quais?

Gestão da Informação	Mourão e Neves (2010)	O PEP pode impactar no trabalho dos profissionais de saúde, pois está relacionado à forma de trabalho dos profissionais, principalmente dos médicos, que questionam o uso da tecnologia, afirmando que o sistema não pode pensar por eles e que existe o receio da quebra de sigilo dos arquivos.	3. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da implantação?
	Wechsler et al. (2003)	No início da adesão ao sistema, a equipe demonstrou certa insegurança, medo e ansiedade ao utilizar os recursos de informática, mas, por outro lado, tinha uma grande expectativa, curiosidade e estímulo pelo novo desafio; as consultas no início eram demoradas, devido ao pouco conhecimento de informática e/ou digitação que os profissionais possuíam.	
	Majewski e Azambuja (2003)	Apontam a dificuldade na elaboração e manutenção dos cadastros, falta de facilitadores para multiplicar o treinamento dos profissionais.	4. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da manutenção?
Percepção da equipe do TI	Junior e Ermetice (2011)	Referem que manter um sistema on-line constantemente é um dos grandes desafios. Quase todos os dias sofrem quedas da banda larga que duram de 5 a 15 minutos e muitas vezes o desempenho cai drasticamente e os profissionais não têm a quem perguntar que não seja um 0800.	
	Belique et al.	Demonstra através da literatura que a falta de padronização e de envolvimento dos profissionais de saúde com a implantação do sistema dificulta a implantação e propagação do Prontuário Eletrônico do Paciente.	5. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da utilização dos usuários?
Percepção da equipe do TI	Werebe & Fernandes (2010)	Relatam que segundo o diretor de TI do Icesp, Kaio Bin, sobre a certificação digital: “todas as informações inseridas pelo médico no prontuário geram um código criptografado atrelado ao login dele no sistema, que fica armazenado numa placa chumbada”. Ele esclarece que a assinatura digital é mais segura, “pois é mais fácil adulterar um carimbo do que um código criptografado”.	6. Como se garante o sigilo das informações?

	Martins (2004)	Pode-se utilizar medidas tais como o controle de acesso por login e senha. <i>Backups</i> e log de auditoria.	
--	----------------	---	--

Fonte: Próprio Autor.

3.3. Tratamento dos Dados

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos e categorizados, utilizando-se o software Atlas TI, após a análise isolada das respostas a cada questão gravada. Posteriormente à coleta de informações, visando entender a realidade e responder seu problema de pesquisa, optou-se pelo método de análise de conteúdo.

Análise de conteúdo: técnica para analisar a comunicação de maneira objetiva e sistêmica. Esta análise busca a essência de um texto nos detalhes da informação. Prestam-se fins exploratórios e de evidência.

Foi selecionado o problema do sigilo das informações assistenciais prestadas ao paciente. De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado, buscando a compreensão da realidade do ponto de vista dos entrevistados a partir do discurso declarado pelos mesmos (Silva, Gobbi & Simão, 2004).

Dessa forma, a análise dos dados foi dividida em três fases:

1. Pré-análise: consistiu na organização do material, leitura flutuante das entrevistas transcritas, elaboração de indicadores (para interpretar o material coletado).

2. Descrição da categoria analítica: consistiu na identificação de palavra-chave, elaboração de resumo de cada parágrafo, recorte em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) e agrupamento por categorias.
3. Interpretação referencial: consistiu na análise propriamente dita, estabelecimento de relações com a realidade, conexões das ideias, inferência e interpretação.

3.4. Questões Éticas

Foi solicitado e assinado o termo de anuência do serviço e o termo de consentimento livre e esclarecido do entrevistado.

3.5. Limitações do Estudo

Esse estudo de caso limita-se a avaliação de uma única Unidade, podendo não ser passível de generalização para avaliação do processo de gerenciamento do sigilo de informações em prontuários eletrônicos em todos os hospitais brasileiros.

Martins e Theóphilo (2009, p. 62) explicam as limitações do método estudo de caso:

Uma das maiores limitações da estratégia de pesquisa de um Estudo de Caso é a possibilidade de contaminação do estudo pelas “respostas do pesquisador”, isto é, a forte possibilidade de o pesquisador ter uma falsa sensação de certeza sobre suas próprias conclusões. Como o pesquisador, em geral, conhece profundamente o fenômeno em estudo, ou melhor, pensa que o conhece totalmente, poderá, deliberadamente, enviesar os dados e evidências de forma a comprovar suas pressuposições iniciais. Reforçando: um dos maiores riscos da condução de um Estudo de Caso é utilizar a investigação para comprovar posições preconcebidas.

4. Resultados Obtidos e Análise

O estudo foi realizado com o gestor M.A.S, que ocupa o cargo de Coordenador de Sistemas. Formação: Tecnologia da Informação/ Administração Hospitalar. Tempo de formação: 18 anos. Tempo de experiência com PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente): 20 anos.

Abordado sobre os conceitos sobre a importância do sigilo profissional, com foco na questão das informações eletrônicas e a gestão da qualidade das mesmas bem como sobre os motivos que levaram a instituição a implantar um sistema informatizado para registro dos dados clínicos dos pacientes, conforme mostra a figura 3:

Figura 3 – Respostas do Questionário (Perguntas 1 e 2)

1. Há quanto tempo o Tasy foi implantado nesta instituição?
A implantação ocorreu em 2009 devido à necessidade de um sistema ERP (<i>Software</i> que integra todos os processos de uma organização em um único sistema).
2. Qual o motivo da implantação?
Substituição do sistema muito limitado sem integração (softvip) para um sistema de Gestão Hospitalar (Tasy) reconhecido como um dos melhores no mercado.

Fonte: Próprio Autor.

Paludeto, Cardoso e Tomasella (2012) realizaram uma pesquisa sobre o motivo de implantação de um PEP e encontraram que, em virtude do volume imenso de informações críticas, a fundação pesquisada (Santos Dumont Hospital – SDH) adotou o sistema.

O sistema de PEP garante o sigilo das informações, redução dos extravios de informação e melhora a produção (Hora, 2012).

Como visto na revisão de literatura, o prontuário eletrônico é um conjunto de informações sobre o estado e cuidado de saúde ao longo da vida de um paciente armazenado eletronicamente e pode incluir além das informações resultantes da atenção ao paciente, outras funções não disponíveis no prontuário em papel: alertas e lembretes, módulo de crítica da prescrição médica, ligações com bases de conhecimentos para apoio à decisão, incorporação de protocolos clínicos, interfaces adaptadas pelo usuário, integração com os laboratórios e farmácia, módulo que permite a consulta on-line a bases de trabalhos científicos (Furlan, 2011).

Além de seu uso intra-institucional, o prontuário eletrônico pode ser acessado fora dos limites institucionais, permitindo a integração de dados de pacientes dispersos geograficamente (Furlan, 2011).

Com relação às questões sobre as vantagens e desvantagens de ter um registro clínico eletrônico, foram investigadas as seguintes questões conforme apresenta a figura 4:

Figura 4 – Respostas do Questionário (Pergunta 3)

3. Teve vantagens e/ou melhorias com a implantação do prontuário eletrônico? Quais?
Sim, as principais vantagens são: eliminação da circulação do prontuário físico, facilitação na obtenção dos dados, informações sobre o paciente obtidas em tempo real, eliminação de papel, padronização dos processos entre as unidades.

Fonte: Próprio Autor.

Os autores Canêo & Rondina (2014) concluíram que o acesso rápido ao histórico do paciente, a facilidade na consulta de dados em atendimentos futuros, a redução no tempo de atendimento, a melhoria no controle e o planejamento hospitalar e a melhoria na qualidade do atendimento são as principais vantagens do sistema.

Já os pesquisadores Cais & Cardoso (2012) identificaram em sua pesquisa que a implantação do PEP não foi totalmente satisfatória em razão de diversas dificuldades relatadas.

A figura 5 mostra os resultados obtidos para as perguntas 4, 5 e 6:

Figura 5 – Respostas do Questionário (Perguntas 4, 5 e 6)

4. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da implantação?
Aderências dos colaboradores (médicos), dificuldade para eger multiplicadores do processo.
5. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da manutenção?
Trata-se de um processo dinâmico onde frequentemente são desenvolvidos novos protocolos de avaliação e alterações nos protocolos já existentes. Os médicos, principais usuários, são bastante criteriosos, nos obrigando a uma constante manutenção neste módulo.
6. Quais os principais obstáculos e/ou dificuldades do prontuário eletrônico sob o ponto de vista da utilização dos usuários?
Fazer com que exista uma padronização das informações entre as unidades da instituição. Tempo dos médicos para conciliar tempo de atendimento assistencial com o tempo de uso do sistema.

Fonte: Próprio Autor.

Os pesquisadores Fernandes & Werebe (2010) apontam em seus estudos que a resistência dos profissionais de saúde é sem dúvida uma grande barreira encontrada na implantação do PEP, bem como a interação das informações entre diferentes terminais.

Cais & Cardoso (2012) encontram no estudo realizado com os usuários do sistema, a indisponibilidade de consultoria especializada, e indisponibilidade da própria TI em suprir as necessidades do PEP.

Para Canêo & Rondina (2014), a única desvantagem citada por mais de 50% dos estudos selecionados também foi a resistência dos profissionais quanto ao uso de novas tecnologias.

Já os pesquisadores Salvador & Almeida Filho (2005) não concordam que um dos obstáculos seja padronização, e sim problemas éticos, legais e técnicos.

Os autores Mourão & Neves (2010) relatam alguns impactos negativos sobre o seu trabalho, como o aumento do tempo de atendimento e o possível comprometimento da relação médico-paciente.

Em relação ao Sigilo da Informação, veja os resultados na figura 6:

Figura 6 – Respostas do Questionário (Pergunta 7)

7. Como se garante o sigilo das informações?
Através de acessos limitados por perfil onde somente as pessoas autorizadas podem acessar informações correspondentes a sua área de atuação, impossibilitando acessos indevidos. Cadastro de usuários dos sistemas – através deste cadastro podemos manter o histórico de operações de acessos realizadas pelo usuário; o colaborador, ao ser desligado da empresa, seu login é automaticamente inativado. Também estamos iniciando um processo de certificação digital.

Fonte: Próprio Autor.

Motta & Furuie (2001), buscando assegurar a privacidade do paciente e a segurança de acesso aos seus dados, mas de modo flexível o suficiente para tratar casos de exceção com base em informações contextuais, descrevendo um modelo de autorização adequado para as exigências de controle de acesso ao prontuário eletrônico.

Salvador & Almeida Filho (2005) acreditam que o sigilo da informação requer a criação políticas e práticas bem estruturadas de acesso, com o objetivo de conscientizar as pessoas do direito a um uso apropriado e seguro de sistemas informatizados, e deve ser tratado com

regras éticas com mecanismos de segurança, como criptografia, assinatura digital e biometria para garantir um nível elevado de confiabilidade e privacidade das informações contidas no PEP.

Quanto às ferramentas utilizadas, todos os autores mencionam a Comissão de Prontuários. Tal comissão se reúne mensalmente e elege de forma aleatória em média trinta prontuários para serem avaliados. Essa avaliação inclui: organização externa; identificação; numeração de páginas; legibilidade; cumprimento dos protocolos assistenciais; e cumprimento das normas e rotinas relacionadas aos encaminhamentos para especialidades. O resultado da avaliação é discutido com a equipe técnica da unidade para que melhorias possam ser implementadas.

A adesão aos protocolos e modelos assistenciais foi destacada pelos gestores como uma importante ferramenta na melhoria da qualidade, da mesma forma como apontado por Silva & Caldeira (2010).

Como identificado por Bosi et al. (2010), as concepções do grupo concernentes ao conceito de qualidade não se mostram claras, a qualidade dos programas se expressa, sobretudo, em sua dimensão objetiva, imprimindo a perspectiva da quantificação, ou seja, da avaliação tradicional, considerando-se, muitas vezes, esse tipo de avaliação como avaliação qualitativa. Desse modo, todos os gestores também identificam maiores esforços no processo de melhoria do acesso e acreditam que a melhoria da efetividade ainda é um dos grandes desafios da gestão, não havendo clareza quanto ao método a utilizar para avaliação e monitoramento quando se trata da efetividade e sua dimensão qualitativa (Bosi, Pontes, & Vasconcelos, 2010).

4.1. Contribuições Práticas

Como resultado desse estudo, identifica-se como é gerenciado o sigilo das informações do prontuário eletrônico em uma instituição hospitalar e de que maneira pode ser garantido os princípios éticos e direito do paciente, evitando processos judiciais e auxiliando os gestores de tecnologia da informação de hospitais a refletirem sobre esta prática.

Pode-se observar também que o prontuário eletrônico é uma ferramenta importante de registro sendo um elemento fundamental para a adequada assistência à saúde, portanto, o

TI deve garantir a disponibilidade rápida, acesso fácil e seguro, facilitando para que seja um instrumento de educação e de pesquisa, entre outras finalidades de contribuição para o gerenciamento hospitalar.

Na prática, este estudo nos trouxe também a questão da garantia da segurança das informações pelo acesso de senhas e controle de usuários, o TI deve-se preocupar em ter um processo seguro de distribuição de senha de acesso e também de inativação das mesmas, garantindo o sigilo.

Os usuários devem estar incluídos no debate de direitos e deveres, sendo informados e solicitados a assinar termo de consentimento sobre o trânsito de informação entre os profissionais.

Outro ponto é que o prontuário eletrônico revela-se um instrumento destituído de uma vocação para a construção coletiva que implica múltiplas ações comunicativas entre equipe de saúde e paciente, no sentido do entendimento, logo, o gestor de TI deve se preocupar com o sigilo mas também com a agilidade no acesso e obtenção das informações.

Delinear com maior detalhe os vínculos entre seus processos estratégicos e a gestão de seus projetos reforçando o grau de alinhamento estratégico é outro item que o gestor de TI deve se atentar para garantir o sigilo das informações do prontuário eletrônico, bem como monitorar adequadamente as diretrizes estratégicas ao nível dos projetos, considerando a legislação e os padrões normativos vigentes.

Estender os processos de Padronização Tecnológica e Governança de TI para às atividades de apoio; implantar um programa de educação continuada para poder manter e aprimorar os conhecimentos de seus profissionais sobre o sigilo das informações do prontuário, principalmente pelo fato de quem manuseia o PEP não são exclusivamente profissionais da área de saúde.

Fomentar a replicação dos conhecimentos através da formação de multiplicadores de conhecimentos e mapear, integrar e expandir os processos atuais de gestão de riscos do sigilo das informações para todas as áreas, inclusive as de apoio, são outros itens relevantes que devem ser considerados neste processo.

5. Conclusão

O objetivo deste trabalho foi entender como é gerenciado o sigilo das informações do prontuário eletrônico em uma instituição hospitalar específica na área de reabilitação em saúde.

O sigilo das informações é gerenciado por meio de um sistema de prontuário eletrônico, cujos usuários são cadastrados no sistema com senha e certificação digital.

Os acessos são limitados por perfil, de modo que somente as pessoas autorizadas podem acessar informações correspondentes a sua área de atuação, impossibilitando acessos indevidos.

O login de acesso é atualizado de tempos em tempos. Por meio desse cadastro se mantém o histórico de operações de acessos realizadas pelo usuário, para obter a monitoração de qual setor o acesso está sendo feito. O colaborador ao ser desligado da empresa, tem seu login automaticamente inativado.

Melhorar o acesso às informações mantendo o sigilo das mesmas significa desenvolver e implantar serviços inovadores com responsabilidade e ética, trazendo para os usuários motivação, autodesenvolvimento, qualificação e constante aperfeiçoamento para que sejam incentivadas as melhorias em prol da qualidade do atendimento, propiciando um excelente ambiente de trabalho com modernidade, conforto e segurança.

Conclui-se que o contexto foi favorável ao gerenciamento do sigilo das informações, uma vez que os profissionais estavam motivados, possuíam compreensão clara da proposta e dos objetivos e houve um gerenciamento adequado para redução das resistências, tendo o gestor/ líder com um importante papel no apoio do gerenciamento e também na manutenção desse processo.

Para estudos futuros, segure-se aplicar este estudo em uma amostra maior, diferentes hospitais que utilizam algum tipo de prontuário eletrônico, de maneira a não apenas entender como é feito o sigilo das informações, mas também se existem divergências propositivas entre os códigos de ética dos profissionais envolvidos.

Vale entender se a lógica do sigilo prevalece em relação aos prontuários nas práticas de todos os profissionais, fazendo uma investigação sobre a ausência de anotações, divergências ou códigos no uso de linguagem incompreensível não apenas aos seus pares, mas especialmente ao leitor leigo, no caso, os profissionais do TI.

6. Referências Bibliográficas

- ANDERSON, R. J. A.(1996). Security Policy model for clinical information systems. In: 17thIEEE Symposium on Security and Privacy, Proceedings..., p. 30-46.
- ASSINATURA ELETRÔNICA E INFRA-ESTRUTURA DE CHAVES PÚBLICAS. Disponível em: http://www3.softplan.com.br/saj/downloads/cartilha_eletronica.pdf. Acesso em 22/03/2015.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 1994 *apud* TRIVINOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- BELIQUE, H. C. Freire, J. V. A. Alves, A. L. C. Veloso, J. A. D. S. Barros, K. A. A. L. A Experiência de Implantação do Prontuário Eletrônico no Âmbito Hospitalar. 8º Fórum FEPEG. Universidade: saberes e práticas inovadoras.
- BOSI, M. L. M. Pontes, R. J. Vasconcelos, S. M. (2010) Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores [Quality dimensions in health evaluation: manager's conceptions] *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):318-24.
- BRASIL. Constituição. (1988). Da saúde. In: _____. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, Cap. 2, seção 2.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.
- CAIS, K. C., CARDOSO, R. (2012). Metodologia de implantação do módulo de prontuário eletrônico do paciente. XIII Congresso Brasileiro em Informática em Saúde– CBIS 2012. Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS, Araras, Brasil.
- CANÊO, P. K., & Rondina, J. M.(2014 abril-junho). *Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação*. [Electronic Health Record: knowing the experiences of its implementation]. *J. Health Inform.*; 6(2): 67-71.
- CHEROBINO, V. (2006). A evolução do ambiente de TI. *Oraclepartnersecosystem*. 1 (2).

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2016). Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp> Acesso em 28/07/2016
- DURAND, G. (1999). *Introdução Geral à Bioética – História, Conceitos e Instrumentos*. Editora Loyola, São Paulo.
- DUSSAULT, G.(1992). A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2), 8-19.
- FRANCISCONI, C.F, GOLDIM, J.R.(1998). *Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade – Livro Iniciação à Bioética / Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa, coordenadores. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 269 a 284. Disponível em <www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.html>. Acesso em 22/05/2015*
- FURLAN, L. BENZONI ET AL . Desenvolvimento de um Sistema de Gerenciamento da Informação sobre a mortalidade infantil na Região Metropolitana da Baixada Santista. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 20, n. 3, p. 287-296, set. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000300003>.
- GIL, A. C. (1995). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo.
- GOSTIN, L. Health Care Information and the Protection of Personal Privacy: Ethical and Legal Considerations. *Annals of Internal Medicine*, v. 127, p. 683-690, 1997.
- HORA, S. A. E. da.(2012). Plano de intervenção para implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Centro de Referência e Especialidades em Saúde da Criança e do Adolescente de Jaboatão dos Guararapes – PE.32 p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação OswaldoCruz, Recife.
- JENEVAL. S., ÉVORA, Y. D. M. (2012). Desafio da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente [Challenge of implementing the electronic patient Record] *J. Health Inform.* 2012 Dezembro; 4(Número Especial - SIENF 2012): 216-9
- JUNIOR, A. P., ERMETICE, E. (2011). Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente [Indicators of use electronic health Record] *J. Health Inform.* 2011 Jan-Mar; 3(1): 9-12.
- MÉDICI, A. (2010). Registros Eletrônicos de Saúde: Uma Ferramenta a Favor da Universalização e da Transparência. *Monitor de Saúde*. São Paulo. Disponível em < <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2010/05/registros-eletronicos-de-saude-uma.html>>. Acesso em: 30 out. 2014.

- MAJEWSKI, C. C. (2003). *Pesquisa de Satisfação dos Usuários do Sistema de Prontuário Eletrônico do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. (88 f) Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- MARIN, H. de F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. Health information system: general considerations.
- MARTINS, A., SAUKAS, E., ZANARDO, J. (2004, novembro). SCAI: Sistema de Controle de Acesso para os Requisitos da Saúde. Fundação Atech - Vidatis Sistemas de Informação em Saúde, Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Summa Technologies do Brasil. São Paulo.
- MARTINS, G. DE A., THEÓPHILO, C. R. (2009). Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- MASSAD, E., MARIN, H. DE F., AZEVEDO NETO, R. S. (Org). (2003). *O Prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico: núcleo de Informática em enfermagem*. São Paulo.
- MOTTA, G. H. M. B. (2003). Um modelo de autorização contextual para o controle de acesso ao prontuário eletrônico do paciente em ambientes abertos e distribuídos. Tese de Doutorado, Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3142/tde-05042004-152226/>>. Acesso em: 07/11/2014.
- MOTTA, G. H. M. B., & Furuie, S. S. (2010, setembro-dezembro). Um modelo de autorização e controle de acesso para o prontuário eletrônico de pacientes em ambientes abertos e distribuídos. [An authorization and access control model for electronic patient record in open distributed environments] Revista Brasileira de Engenharia Biomédica, 17 (3), p. 141-150.
- MOURÃO, A. D, NEVES, J.T. R (2010). Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente; sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA.
- PALUDETO, S. B., CARDOSO, R. B., TOMASELLA, G. M. F. (2012). Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Santos Dumont Hospital. XIII Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2012.
- PATRÍCIO, C. M., MAIA, M. M., MACHIAVELLI, J. L., NAVAES, M. de A. (2011). O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?: [revisão] / The electronic patient record in the Brazilian health system: is it a reality for the physicians?: [review]. *Sci Med.*, 21(3):121-131.
- PINTO, V. B. (2006). Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde 10.5007/1518-2924.2006v11n21p34. Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação, 11(21), 34-48. doi:<http://dx.doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11n21p34>.

- POSSARI, J. F. *Prontuário do paciente e os registros de enfermagem*. São Paulo, Láttria, 2005.
- SALVADOR, V. F. M, ALMEIDA FILHO, F. G. V. de. (2005). Aspectos Éticos e de Segurança do Prontuário Eletrônico do Paciente. II Jornada do Conhecimento e da Tecnologia.
- SILVA, J. M., CALDEIRA, A. P. (2010) Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. [Health care model and quality indicators: perceptions of primary health care professionals] *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 26(6):1187-1193, jun, 2010.
- PROENÇA, D. Gol de placa! Experiência exitosa. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, ano 2012, n 30, p 31-34, set/dez. 2011.
- SIAG, Sistema Integrado de Apoio à Gestão site: <https://www.siag.pt/> data de acesso: 23/02/2015.
- SILVA, C. R. Gobbi, B. C. & Simão, A. A. (2004) O uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para Pesquisa Qualitativa: Descrição e aplicação do método [The use of the analysis of content as a tool for the qualitative research: description and application of the method] *Organ. rurais agroind., Lavras*, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005
- WECHSLER, R. ANÇÃO, S. A, CAMPOS, C. J. R. SIGULEM, D. A informática no consultório médico [Computing in medical practice] *Jornal de Pediatria* Copyright 2003 by Sociedade Brasileira de Pediatria.
- WEREBE, E., PÊGO-FERNANDES, P. M. (2010) *Prontuário eletrônico do paciente: algumas pegadas em direção ao futuro*. *Diagn Tratamento*. 2010;15(4):159-61.