

# ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Iº COLÓQUIO

do CENTRO  
HOSPITALAR  
DE SÃO JOÃO  
e CADA



# INICIATIVA



SÃO JOÃO



[...]“Ao instituir a cidadania da União e ao criar um espaço de liberdade, segurança e justiça, coloca o ser humano no cerne da sua acção.”

**In Preâmbulo da  
CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA  
do Parlamento Europeu, do Conselho e da Comissão (2007/C 303/01)**

## AGRADECIMENTOS

As entidades responsáveis pela realização do Iº Colóquio do Acesso à Informação de Saúde, no dia 19 de Novembro de 2012, na Aula Magna da FMUP, não podem deixar de expressar o seu sincero agradecimento à Comissão organizadora do referido evento, bem como à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pela disponibilização da sua Aula Magna.



O Presidente do Conselho de Administração do CHSJ  
Professor Doutor António Ferreira



O Presidente da CADA  
Juiz Conselheiro José António Pimpão

## COMISSÃO ORGANIZADORA do Iº Colóquio do Acesso à Informação de Saúde

Fernanda Gonçalves  
Filipe Almeida  
Gabriel David  
João Garrido  
Manuela Pinto  
Manuel Silva Rocha  
Paulo Carvalho  
Ricardo Correia  
Rui Vasconcellos Guimarães  
Rui Ribeiro



# ÍNDICE

PREFÁCIO .....	09	MEDIDAS NACIONAIS DE EXECUÇÃO DOS ESTADOS MEMBROS RELATIVAS À DIRECTIVA 2003/98/CE ...	72	
<b>NOTAS PRÉVIAS</b>		<b>ACORDÃOS DO TRIBUNAL CENTRAL ADMINISTRATIVO SUL</b>		
Prof. Doutor António Ferreira .....	11	De 01-03-2012 / Processo 08472/12 .....	88	
Juiz Conselheiro António José Pimpão .....	12	De 08-03-2012 / Processo 08471/12 .....	95	
Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães .....	14	De 13-09-2012 / Processo 09083/12 .....	108	
<b>APRESENTAÇÕES DOS ORADORES, MODERADORES E CONVIDADOS NO 1º COLÓQUIO DO ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>		<b>ACORDÃOS DO SUPREMO TRIBUNAL ADMINISTRATIVO QUE NÃO ADMITIRAM RECURSO DE REVISTA AOS ACORDÃOS REFERIDOS DO TRIBUNAL CENTRAL ADMINISTRATIVO SUL</b>		
Juiz Conselheiro António Francisco Almeida Calhau ..	20	De 12-06-2012 / Processo 0520/12 .....	119	
Juiz Conselheiro António José Pimpão .....	23	De 11-07-2012 / Processo 0394/12 .....	122	
Prof. Doutor Daniel Serrão .....	25	De 26-09-2012 / Processo 0854/12 .....	125	
Dr. Rosalvo Almeida .....	26	<b>OUTRA LEGISLAÇÃO</b>		
Dr. Frederico Carmo Reis .....	27	Lei n.º67/98 de 26 de outubro .....	129	
Prof. Doutor Walter Osswald .....	28	Lei n.º12/2005 de 26 de janeiro .....	146	
Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães .....	30	<b>FICHA TÉCNICA</b> .....		156
Prof. Doutor Luís Filipe Antunes .....	36			
Dra. Sofia Mesquita David .....	40			
Dra. Isabel Cruz .....	42			
Prof. Doutor David Duarte .....	45			
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....				
<b>DIRECTIVA 2003/98/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DE 17 DE NOVEMBRO DE 2003</b> .....				
<b>LEI N.º46/2007 DE 24 DE AGOSTO</b> .....				

A organização e coordenação da presente publicação, informa que os textos publicados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, razão pela qual, o leitor vai encontrar quem siga o novo acordo ortográfico e quem não o aplique.





# PREFÁCIO

Os registos clínicos, a informação de saúde, são com toda a certeza a informação mais sensível produzida pela sociedade humana; na verdade, a violação, o acesso indevido, por quem quer que seja, ao património informacional clínico de um de nós, pode hipotecar, direitos, liberdades e garantias, de nascituros ou concepturos nossos descendentes.

Mas se é verdade, que cada um de nós enquanto proprietário dos seus registos clínicos, deve ter uma posição dominante e determinante relativamente ao seu acesso, não é menos verdade, que há outras entidades, singulares ou colectivas, os profissionais de saúde, ou uma universidade a quem cabe fomentar a investigação, cuja legitimidade do acesso não é menos legítima.

O confronto de interesses, v.g. direito à privacidade e dever de sigilo, v.s. dever de informar e direito a ser informado, e a ponderação dos mesmos, surge sempre que alguém invoca o seu interesse em aceder a registos clínicos; em épocas de crise, os valores fundamentais não estão imunes às tentações de invocar regimes de excepção.

Aqui, no Centro Hospitalar de São João, estamos particularmente atentos à apetência para em nome das circunstâncias, interpretar os direitos fundamentais de forma consentânea com as necessidades. A este respeito, seremos o que temos sido, intransigentes, na defesa da privacidade e da segurança dos registos clínicos à nossa guarda. Não enjeitamos nem alienamos, a nossa responsabilidade legal de garantir a guarda, a preser-

vação, a integridade, o acesso e a segurança desse património informacional que são os registos clínicos, a informação de saúde.

E quando, se por ventura, o caso concreto não encontrar na lei solução, ou ela se apresentar controversa, teremos sempre soluções, na nossa tábua de valores éticos, que coloca o ser Humano no cerne de todas as nossas decisões.

Porto, em 5 de Outubro de 2013



O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (Professor Doutor António Ferreira)



O Responsável pelo Acesso à Informação no Centro Hospitalar de São João (Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães)

# NOTAS PRÉVIAS



pelo Prof. Doutor António Ferreira,  
Presidente do C.A. do Centro Hospitalar de São João

Os princípios legais que orientam o direito de acesso à informação são, pela sua complexidade e conjunto de valores envolvidos, de importância maior quando a mesma informação se relaciona com a prestação de cuidados de saúde. O justo equilíbrio entre a inviolável reserva da informação pessoal, os interesses institucionais e os direitos dos profissionais de saúde (entre outros) exigem que esta matéria seja amplamente discutida nas suas múltiplas vertentes, envolvendo diferentes visões e opiniões, ponderadas as normas jurídicas em vigor e os conceitos éticos de interesse. Mas exigem, acima de tudo, que as instituições de saúde adotem procedimentos seguros que, na prática, respeitem todos os valores envolvidos. Esta é razão mais do que suficiente para que a CADA e o Centro Hospitalar, num esforço conjunto, tenham levado a cabo o Iº Colóquio do Acesso à Informação de Saúde e manifestem interesse comum em prosseguir com esta iniciativa nos anos vindouros.

Para nós, Centro Hospitalar de São João, é especialmente grato, no momento em que se comemoram dez anos da Directiva 2003/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, divulgarmos, em parceria e na companhia da CADA, uma publicação em que o tema central é o Acesso à Informação de Saúde.

Do espírito da referida directiva, permitimo-nos, salientar as seguintes preocupações:

- A harmonização das regras e práticas dos Estados-Membros em matéria de exploração da informação do sector público;
- A evolução para uma sociedade da informação e do co-

nhecimento que influencia a vida de todos os cidadãos da Comunidade, permitindo-lhes, designadamente, obter novos meios de acesso e aquisição de conhecimento.

- O facto de o sector público, onde nos inserimos, recolher, produzir, reproduzir e divulgar um largo espectro de informações em muitas áreas de actividade, sendo a saúde, certamente, uma das áreas de maior produção de informação;

A existência de possibilidades mais vastas de reutilização das informações do sector público deverá permitir nomeadamente às empresas europeias, hospitais incluídos, de explorar o potencial dessas informações e contribuir para o crescimento económico, a geração de emprego e a investigação científica.

Ao termos a CADA como nosso parceiro privilegiado na abordagem deste tema, sentimos o conforto de quem está bem acompanhado, sem que isso signifique qualquer tipo de enfeudamento às posições da CADA ou abdicar da liberdade inalienável de pensarmos e termos um pensamento jurídico diferente.

Por fim, quero aqui deixar uma nota e simultaneamente um desafio. O impacto do Acesso à Informação de Saúde, é de tal forma importante, quer na área da saúde, quer noutros domínios da sociedade, que a forma e os termos com que os hospitais concedem e viabilizam esse acesso, bem podia ser um indicador, de qualidade, capaz de premiar ou sancionar, via financiamento, o nível de qualidade com que as instituições concretizam o acesso à informação de saúde.



pele Juiz Conselheiro António José Pimpão,  
Presidente da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA)

Em organização simultânea do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), EPE, no Porto, e da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) realizou-se, em 19 de novembro de 2012, na Aula Magna da Faculdade de Medicina daquela cidade, o “I Colóquio do Acesso à Informação em Saúde”.

Tendo a ideia partido do CHSJ, cabe, antes de mais, agradecer-lhe o convite dirigido à CADA para a realização conjunta desse evento.

Não poderia esta Comissão, no âmbito das suas competências, deixar de corresponder e de participar.

O gosto com que o fez foi redobrado, na medida em que a iniciativa poderia contribuir (como, efetivamente, contribuiu) para o esclarecimento e divulgação de um tema que, desde sempre, tem merecido a melhor atenção desta Comissão.

A matéria do acesso à informação administrativa (de saúde ou outra) é, com efeito, da competência exclusiva da CADA. E, no quadro da importância que a Comissão confere ao acesso à informação de saúde – importância que, positivamente, decorre do exercício das suas competências e, negativamente, advém da circunstância de outras entidades administrativas públicas persistirem no não (re)conhecimento do regime legal -, cabe referir o acervo doutrinal consubstanciado nos Pareceres da CADA (dos quais cerca de um terço se prendem com esta questão), Pareceres esses disponíveis na sua página eletrónica e onde os que se afiguram

de maior relevância se encontram colocados em lugar de destaque.

Para além disso, a CADA tomou a liberdade de, juntamente com esses Pareceres, e para o esclarecimento do público interessado, disponibilizar jurisprudência sobre o tema, a qual, uniformemente, vem confirmando a doutrina desta Comissão.

E, nesta perspetiva, pode, pois, afirmar-se que o Colóquio representou um enorme sucesso, traduzido não apenas no número de participantes, mas também na grande qualidade das intervenções aí produzidas.

A publicação, em texto, de tais intervenções, com a consequente divulgação que possa vir a ter, representará, igualmente, um forte incentivo ao conhecimento do regime da Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto (diploma que regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização – LADA), não só pelo que concerne à informação administrativa, em geral, mas, sobretudo, pelo que diz respeito à informação de saúde, em particular.

O trabalho desenvolvido neste Colóquio, e do qual esta publicação dá conta, é um exemplo do esforço que tem sido feito no sentido de implementar o conhecimento do regime de acesso à informação de saúde.

A CADA continuará disponível para, no domínio das suas competências, prestar toda a colaboração que lhe for solicitada em iniciativas como esta.

Cumpre, por conseguinte, agradecer ao CHSJ, personalizando agora tal agradecimento nas pessoas do Presidente do respetivo Conselho de Administração, Prof. Doutor António Ferreira, e do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI), Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães, a tomada da iniciativa, o acolhimento e a eficiência do apoio logístico na realização do Colóquio.



pelo Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães,  
Responsável pelo Acesso à Informação no Centro Hospitalar de São João

### O Acesso à Informação de Saúde: Breves comentários

O acesso à informação de saúde é um assunto com múltiplos planos de interesse, diversos interessados e áreas tão distintas como a prestação de cuidados de saúde, a investigação, a administração da justiça, a administração e gestão dos hospitais, o ensino universitário ou a actividade económica das seguradoras.

A qualidade do acesso à informação de saúde, é uma condição prévia e determinante na satisfação das necessidades informacionais dos interessados, e é um dever, de quem tem a guarda desse património informacional.

Na sequência da Directiva 2003/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, relativa à reutilização de informações do sector público, Portugal, à semelhança da generalidade dos países da união europeia, transpôs para o seu ordenamento jurídico essas regras, com a Lei nº 46/2007, que regulamenta o acesso aos documentos administrativos, a sua reutilização, e onde se prevê o acesso à informação de saúde. Em Abril de 2008, o então Hospital de São João, assumia a dianteira e nomeou o seu primeiro RAI, Responsável pelo Acesso à Informação, nos termos do artigo 9º da referida Lei n.º 46/2007, a quem compete garantir, nos termos da lei, o acesso ao património informacional à guarda da instituição.

Sempre que é solicitado um acesso a registos clínicos, a panóplia de bens jurídicos em presença, não raras vezes em conflito, atribui à problemática do acesso à informação de saúde, uma natureza eminentemente jurídica, pelo que só com um conhecimento sedimentado e sempre actualizado da lei, da jurisprudência e da doutrina, caldeado por uma ética onde o Homem, a sua liberdade, dignidade e privacidade dos registos que lhe dizem respeito sejam valores invioláveis, podemos encontrar a resposta adequada e proporcional ao pedido.

Por outro lado, não é possível viabilizar, na plenitude, o Acesso à Informação de Saúde, sem termos conhecimento do modelo informacional que temos e sem termos presente toda a diversidade de interesses legítimos que lhe estão associados.

Para apreciarmos toda a diversidade de interesses que existem em torno dos registos clínicos, temos que nos questionar:

Quando pensamos em informação de saúde, quando pensamos em processo clínico, que preocupações é que temos? Que preocupações é que não podemos deixar de ter? Que fins devem os registos clínicos servir? Quem são os interessados nos registos clínicos? Que interesses estão em presença? Que direitos estão presentes? Que direitos devemos salvaguardar? Que bens jurídicos a lei protege? Que conflitos positivos de direito temos e quais as soluções nestes casos? Qual o nível de conhecimento que os profissionais têm da lei e das implicações directas do seu exercício nesta maté-

ria? Que consciência de serem parte interessada e legítima na elaboração, adequação e preservação dos registos clínicos têm? Que constrangimentos temos na sua utilização para a investigação? Que cultura temos neste domínio? Que cultura queremos ter? Quais as perspectivas de evolução na aferição do erro, no apuramento da responsabilidade disciplinar, civil, penal? Qual a relação jurídica que os diferentes agentes, doente, profissionais de saúde e Hospital, têm com o processo clínico? Que evoluções se perspectivam? Quem deve ser chamado à colação para abordar estas questões? Quem devem ser os nossos parceiros privilegiados, sem os quais, qualquer solução ficará definitivamente comprometida? Que novos desafios nos espreitam? Como é que nos posicionamos face a todas estas questões? Que guarda fazemos deste património? Que acesso permitimos? Que segurança lhes concedemos? Que importância lhes damos? Que motivação temos, para alterar, o que deve ser alterado? Que princípios defendemos e não abdicamos de sustentarem esta abordagem? Até onde, cada um de nós, cidadão e profissional de saúde, está disposto a transigir relativamente à guarda, conservação, integridade, acesso e segurança dos seus registos clínicos, e dos registos clínicos que elabora?

Por outro lado, conhecer a realidade informacional, passa por conhecer a realidade actual e, no que à realidade actual diz respeito, o modelo informacional de processo clínico, é caracterizado, em geral, por não termos ainda processo clínico único, facto que nada tem que ver com o suporte ser digital, analógico, ou em papel; existem diversas aplicações, umas por nós escolhidas, outras impostas, sendo certo que quer em papel, quer em ambiente analógico, quer em ambiente digital, os registos dos doentes vivem repartidos por processos, espaços, bobines de microfilme e softwares que não falam uns com os outros, como se o doente não fosse uno e único.

A evolução dos registos clínicos para ambiente digital tem sido avulsa e imediatista.

É avulsa, porque não obedece a um plano e a uma estratégia, e pior, continua a atitude de retalho que já temos em ambiente papel.

É imediatista porque não aborda questões de fundo e vitais: v.g. não se conhecem abordagens *digital continuity*, nem aplicação dos normativos legais por níveis de acesso, nem se controlam os acessos, nem se garante a perenidade e integridade dos registos clínicos. A devassa e a insegurança dos registos clínicos, ainda vão levar anos a serem banidas e erradicadas do nosso modelo informacional.

A perspectiva com que temos abordado os registos clínicos, é superficial, ligeira e há questões fundamentais que na voragem dos dias nem são faladas, muito menos debatidas. É a visão instrumental que domina e predomina. A substância cede ao pormenor. Fazemos e não fazemos porque a informática obriga ou não permite. O essencial capitulou face ao instrumental. É a subversão do valor e interesse das TIC, s. É o Homem que serve a tecnologia e não a tecnologia a servir o Homem. É a organização a submeter-se à “ditadura da informática”. É o sentido crítico quase a desistir e prestes a conformar-se. É a perspectiva política a não se sustentar no conhecimento técnico, mas antes a sobrepor-se, em nome de pressas que nunca foram boas conselheiras. A ignorância e o atrevimento, andam, definitivamente, de braço dado.

Por outro lado, para a maioria, ainda estamos na Era da Informática e não na Era da Informação enquanto ciência autónoma. Todos os erros que cometemos no passado recente e nos quais continuamos a insistir, têm exactamente que ver com a perspectiva redutora e simplista com que olhamos para a informação. A informática é um meio, é instrumental, não é, nem pode ser um fim. Não tem valor substantivo. A informática é um suporte, como o foi e ainda é, o microfilme ou o papel. A informação é a substância. Não compreender isto, é residir na época custodial, onde o valor supremo era o documento, falava-se em ciências documentais, e

não em ciência da Informação e, por isso mesmo, não se fazia a distinção óbvia e elementar entre documento e informação.

Nós somos de outra Escola. A Escola da Ciência da Informação, nascida aqui na Universidade do Porto, na Faculdade de Letras, com a Professora Fernanda Ribeiro e o Professor Armando Malheiro, para quem “*Informação é um conjunto estruturado de representações mentais codificadas (símbolos significantes) socialmente contextualizadas e passíveis de serem registadas num qualquer suporte (papel, filme, banda magnética, disco compacto, etc.) e, portanto, comunicadas de forma assíncrona e multi-direcionada.*”<sup>1</sup>

De facto, “*O registo material ou físico faz a Informação existir, mas não a faz ser. A sua “essência” é de raiz psíquica e social, ou seja, radica, por um lado, na mente humana e, por outro, na interacção dos sujeitos com o meio natural e entre si, interacção esta “coisificada” num código, como a linguagem, que é parte integrante do fenómeno, e do qual difere a materialização num suporte físico externo à pessoa humana.*”<sup>1</sup>

O não conhecimento, ou a não aceitação desta diferença óbvia, a diferença entre informação e o seu suporte, ou seja, a diferença entre a substância e o instrumental, tem-nos levado a erros trágicos que teimamos em repetir, por ignorância e atrevimento.

Mas voltemos à realidade. Com diversos softwares disseminados pelos hospitais, e mantendo a estrutura de retalho que desde a fundação do Hospital, não apenas do Hospital de São João, mas de todos os hospitais portugueses em meados do século XX, caracterizou os registos clínicos: um processo para cada especialidade; um processo por cada internamento; um processo para o ambulatório; outros registos para as diferentes urgências. Os prejuízos para o doente, para a investigação e para a docência são irreparáveis. Os custos para os Hospitais são tão óbvios que seria ociosa a sua enumeração. Independentemente do ambiente em que temos vindo

a fazer registos clínicos, tem-nos faltado a perspectiva da globalidade, quer em relação ao doente, quer em relação ao Hospital, quer mesmo em relação ao processo clínico e à multiplicidade de interesses que encerra.

Em relação ao doente, cada especialidade, cada Serviço quando não Unidade, concebeu, de acordo com as suas necessidades e visão necessariamente restrita, um modelo, um modelo centralizado no Serviço e não no doente. Um modelo que funciona em ambiente fechado e isolado. Quem o fez, agiu, onde o Hospital se demitiu. Revelou sensibilidade para os registos clínicos e preocupações importantes. Tem o mérito de ter construído uma solução, pena que parcial e não integrada nem integrável muitas das vezes. Esse capital de interesse foi infelizmente desperdiçado num resultado final que não serve cabalmente, nem o doente, nem o Hospital. Pelo contrário, a visão necessariamente parcial, contribuiu para um arquipélago de aplicações que nem interagem entre si, nem com o Hospital. Imagine-se o desafio que é hoje para a Informática e para a ciência da informação, pegar neste arquipélago com dezenas de ilhas de informação e tornar todo este património informacional, em informação estruturada.

A situação em ambiente papel é igualmente dramática e o modelo é o da fundação do Hospital com mais de 50 anos, completamente desajustado e obsoleto. Mais: insustentável e claramente comprometedor dos fins a que estamos vinculados, quer no âmbito da prestação de cuidados, quer no domínio da investigação, quer ainda na perspectiva do exercício de funções de docência.

Com o advento da informática e a inevitabilidade dos registos passarem progressivamente a ser em ambiente digital, não faltou quem ali visse o remédio para todos os problemas: Nada mais errado! Um dos princípios que deve informar a construção do processo clínico electrónico é afirmar expressamente o papel meramente instrumental das TIC, s. É tão verdade que a informática é inevitável, imperativa e desejável, como é verdade que nos traz novos desafios, preocupações

---

(1) MALHEIRO, Armando, RIBEIRO, Fernanda – *Das Ciências Documentais à Ciência da Informação*. Porto. 2002. ISBN 978-972-36-0622-5



e perigos. Ignorá-los, seria irresponsavelmente desastroso. Preveni-los, é, antes de mais, um imperativo de serviço público, é agir com temperança, sentido de responsabilidade e rigor intelectual.

Dito isto, surge importante, assumir com clareza e de forma inequívoca um conjunto de princípios que devem estar na base e presidir à concepção do Processo Clínico Único e Electrónico, não apenas para o Centro Hospitalar de São João, mas também para todas as instituições que prestam cuidados de saúde, fazem investigação e exercem funções de ensino universitário.

Assim, com o objectivo de salvaguardar, os direitos dos doentes, dos profissionais de saúde, os interesses institucionais e de todas as pessoas, singulares ou colectivas, de direito público ou privado, para quem os registos clínicos sejam um bem com tutela jurídica, propomos a seguinte **Carta de Princípios**:

- A garantia de inviolabilidade da relação entre o médico e o doente, é um bem jurídico e ético que os Hospitais devem assumir como valor supremo e cuja protecção e defesa, se devem comprometer, exercendo e tomando todas as providências necessárias e adequadas à sua confidencialidade, maxime, em sede de tratamento da informação de saúde, segurança de instalações e equipamentos, controlo do acesso à informação, reforço do dever de sigilo e da educação deontológica dos profissionais;

- O processo clínico é um instrumento estratégico, de vital importância, quer na necessária afirmação e desenvolvimento da diferenciação institucional, quer na sua sustentabilidade;

- O processo clínico tem que contemplar a tripla missão institucional: prestação de cuidados de saúde diferenciados, investigação e ensino;

- A investigação é um desiderato fundamental do processo clínico, razão pela qual a sua ligação à colheita

e conservação de produtos biológicos para efeitos de testes genéticos ou de investigação, não pode deixar de ser contemplada, em nome da afirmação e desenvolvimento da investigação;

- O processo clínico, sede de todos os registos inerentes a um doente, constitui o instrumento jurídico por excelência, representativo da relação sinalagmática estabelecida entre o doente, os profissionais de saúde, e o Hospital, o que significa que não sendo o único, é da maior importância sob o ponto de vista probatório;

- O processo clínico, deve ser assumido como o instrumento por excelência, onde os valores institucionais, designadamente o reconhecimento do carácter único de cada pessoa e a atitude centrada no doente, atestem a elevada postura ética omnipresente em qualquer das vertentes que faz parte da Missão do Hospital;

- O processo clínico é um documento dinâmico, isto é, susceptível de mudanças de acordo com as necessidades, o que significa prever a possibilidade de actualizar versões;

- O processo clínico tem diferentes níveis de interesse, todos eles legítimos e nem todos da esfera clínica, o que significa que o processo clínico, contrariamente a alguma cultura instalada, não é um assunto estrita e exclusivamente clínico e dos clínicos;

- A audição de todos os agentes institucionais, cujo interesse directo, experiência, e responsabilidade institucional aconselham ouvir, é indispensável, em nome da coresponsabilização e sucesso na concepção do mesmo;

- O interesse matricial, inalienável, que o processo clínico tem no domínio das funções de docência e da investigação, reclama o estatuto de parceiro privilegiado para as Faculdades de Medicina, na abordagem ao processo clínico electrónico dos Hospitais;

- A construção de qualquer software no domínio do processo clínico, só pode ser concebida, testada e aprovada, pela e com a massa crítica do Hospital, capital vital cujos direitos carecem de ficar assegurados com o registo da propriedade em nome do Hospital e, certamente, de outro parceiro que o Hospital venha a escolher; o resultado final, e versões actualizadas, na sua componente propriedade intelectual, têm que ser vistas como fontes de receita do Hospital;
- O sistema de informação, deve adoptar o conceito de *digital continuity*, ou seja, deve assegurar a sua continuidade digital, isto é, a capacidade de utilizar a informação em suporte digital, da forma que os utilizadores usam, garantindo que a informação está completa e disponível de acordo com as necessidades de usabilidade dos utilizadores, que o utilizador tem toda a informação que precisa usar, que entende e confia na informação, quer no que se refere aos conteúdos, quer no que concerne ao contexto e a todos os metadados necessários; por fim, ter a tecnologia necessária para aceder à informação que se quer utiliza;<sup>1</sup>
- O software deve garantir a separação entre informação de saúde e genética e a restante informação pessoal, designadamente através da definição de diversos níveis de acesso, com uma protecção reforçada em termos de acesso, segurança e confidencialidade da informação genética;
- O software, deve garantir a possibilidade dos profissionais de saúde registarem notas pessoais, de acesso exclusivo ao seu autor e por isso não comunicáveis nos termos da lei;
- O software, deve garantir a notificação automática ao proprietário da informação, com a identificação de quem acedeu, onde e com que motivo, sempre que um utilizador aceda aos registos clínicos de outrem;
- O software deve garantir o processamento regular e frequente de cópias de segurança da informação de saúde, salvaguardadas as garantias de confidencialidade;
- O software deve estabelecer diferentes níveis de acesso, de forma a garantir a menor devassa possível da informação de saúde;
- O software deve impedir, registar e identificar as tentativas, de acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, assegurando os níveis de segurança apropriados, a protecção de dados pessoais, a sua destruição ilícita ou acidental, a sua alteração, difusão ou acesso não autorizado, bem como qualquer forma de tratamento ilícito da informação de saúde;
- A atribuição de palavras-chave para acesso às bases de dados com informação de saúde, deve ser feita por níveis de acesso, acompanhada de informação jurídica suficientemente elucidativa para que cada sujeito a quem é institucionalmente conferido um acesso conheça as consequências jurídicas de actos de violação, tentativa, ou negligência;
- Todos os acessos devem ser precedidos da indicação do motivo e não é a qualidade do agente que legitima o acesso, mas sim a necessidade informacional de que é portador;
- Sempre que alguém, voluntariamente ou não, quiser entrar num nível para o qual não está autorizado, o software identifica o sujeito e dá aviso das consequências em que incorre se cometer violação da informação de saúde;
- O software fará registo periódico das violações, tentativas ou negligências com a identificação dos sujeitos;
- O software, deve possibilitar a anonimização da identidade do seu proprietário, para fins de investigação;

---

(1) <http://www.nationalarchives.gov.uk>