

**PRONTUÁRIO DO PACIENTE: a questão do sigilo e a
Lei de Acesso à Informação**

**PATIENT'S MEDICAL RECORD: the question of privacy and the
Law on Access to Information**

Izângela Maria Sansoni Tonello - izangelatonello@yahoo.com.br
Docente do Departamento de Ciência da Informação da Universidade
Estadual de Londrina (UEL)

Risia Meressa da Silva Nunes - risia.meressa@gmail.com
Bacharel em Arquivologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Aline Peres Panaro - alineppanaro@gmail.com
Graduanda em Arquivologia na Universidade Estadual de Londrina
(UEL)

RESUMO

O presente artigo aborda a questão da confidencialidade, do sigilo das informações no prontuário do paciente. Nessa perspectiva, buscou-se demonstrar a importância dessas informações para diferentes finalidades profissionais, sem, no entanto alhear-se de seu aspecto privado. O caráter sigiloso e confidencial das informações do prontuário do paciente, é analisado ao cotejá-lo com a Lei de Acesso à Informação – Lei Nº 12.127 – de 18 de novembro de 2011 - que dispõe a respeito dos procedimentos a serem observados, estabelece limites, garante o acesso ao direito à informação e restringe o acesso aos documentos sigilosos referentes à honra e a imagem das pessoas. A partir do que propôs estudar, constatou-se que a Lei de Acesso à Informação e as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) não se opõem e nem são excludentes, ou seja, ambas especificam a importância do sigilo em relação às informações pessoais.

Palavras-Chave: Prontuário do paciente. Lei de acesso à informação. Sigilo informacional.

ABSTRACT

This article addresses the issue of confidentiality, the secrecy of information in the patient's medical record. From this perspective, we sought to demonstrate the importance of such information for different professional purposes, without, however

ignoring its private aspect. The secrecy and confidentiality nature of information in the patient's record is examined when compared with the Law on Access to Information - Law No. 12127 from November 18, 2011 - which deals with the procedures to be followed, sets limits, ensures access to the right to information and restricts access to classified documents pertaining to the honor and image of people. Based on what it has proposed to study, it was found that the Access to Information Law and the resolutions of the FCM (Federal Council of Medicine) do not preclude nor are exclusionary, ie, both specify the importance of secrecy in relation to personal information.

Keywords: Medical record. Law on access to information. Informational secrecy.

1 INTRODUÇÃO

A importância do conhecimento em um mundo globalizado e em incessante mutação, demanda a necessidade por informação que, dessa forma, pode ser vista como elemento básico para a produção e disseminação do conhecimento. Quando assimilada, modifica, acrescenta e reformula estruturas de conhecimentos já existentes e proporciona benefícios ao indivíduo que a possui.

O Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2004, p. 97) define informação como um “[...] elemento referencial, noção, ideia ou mensagem contida num documento.”

Neste trabalho, parte-se do pressuposto de que informação consiste em um conjunto de dados, organizados, que interpretados de modo correto, constitui-se em um instrumento modificador da consciência do ser humano, em razão de resultar em conhecimento.

A informação, portanto

[...] quando adequadamente assimilada modifica o estoque mental de informações do indivíduo e traz benefícios ao seu desenvolvimento e ao desenvolvimento da sociedade em que ele vive. É como agente mediador na produção do conhecimento, que a informação mostra as suas qualidades, de forma e substância, como: estruturas simbolicamente significantes com a (in)tensão de gerar conhecimento no indivíduo em seu grupo e na sociedade. (BARRETO, 2005, p. 2).

Em relação à importância da informação, bem como sua complexidade, Kobashi e Tálamo (2003, p. 8) destacam que

[...] o estudo da informação, sua produção, circulação e consumo, assume importância primordial, sendo desenvolvido por várias áreas do conhecimento. Assim, ao lado da importância da informação se reconhece também a complexidade de abordá-la. Muitas são as disciplinas que a focam e, cada uma deve nela, identificar o seu objeto específico [...].

Assim, a utilização da informação para a geração de conhecimento, constitui-se no escopo de todas as atividades profissionais. Desse modo, na área da saúde, assim como em outras áreas, houve também a preocupação em registrar as informações relativas às enfermidades dos pacientes. Esses registros, no entanto, eram feitos de acordo com os conceitos teóricos apropriados a cada época. Logo, a história dos prontuários dos pacientes, ou seja, as informações registradas relativas às enfermidades das pessoas, assim como em outras áreas do conhecimento, também remontam a Idade Antiga.

Com o intuito de ressaltar a importância das informações registradas no prontuário do paciente, esse trabalho, objetivou evidenciá-las como imprescindíveis à assistência ao paciente e importantes fontes geradoras de conhecimentos, para diferentes áreas, porém sigilosas.

Por outro lado, analisou-se a Lei de Acesso à Informação, relacionando-a ao prontuário do paciente.

2 PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Em relação à história dos prontuários, o reconhecimento da importância do registro exato das informações do paciente, registradas em seu prontuário, aconteceu a partir da institucionalização da Medicina Científica por Hipócrates, no século 5 a.C. que refletia de maneira exata o curso da doença e indicava as suas possíveis causas (PINTO, 2006).

Baseado em anotações médicas, Hipócrates conseguiu assinalar e descrever muitos sinais e sintomas de enfermidade, e enfatizou a importância do registro cuidadoso dessas anotações. O objetivo desse cuidado era reunir informações, que auxiliassem na reflexão e estudo acerca do desenvolvimento da

doença, indicando as prováveis causas e mediante análises e comparações e empírica buscar a melhor forma de tratá-las.

De fato, o prontuário em papel vem sendo utilizado há milhares de anos e notadamente nos últimos séculos, quando se tornou mais sistematizado. No ano de 1880, o cirurgião americano Willian Mayo, fundou a reconhecida Clínica *Mayo*, em Minneosota nos Estados Unidos, e constatou que a maioria dos médicos mantinham os registros de informações de todos os pacientes registradas de forma cronológica, em um único documento, ou seja, um registro orientado pelo tempo (*time-oriented medical record*), o paciente tinha um prontuário elaborado por cada médico com o qual tinha atendimento, o que dificultava a localização das informações acerca de determinado paciente (COSTA, 2001).

Massad, Marin e Azevedo Neto (2003. p. 2) corroboram ao afirmarem que:

[...] até o início do século XIX, os médicos baseavam suas observações e conseqüentemente suas anotações, no que ouviam, sentiam e viam e as observações eram registradas em ordem cronológica, estabelecendo assim o chamado prontuário orientado pelo tempo em uso desde então.

Outro fator importante consistia na duplicidade de documentos gerados, pois como era comum nos hospitais, embora o paciente fosse único, cada médico elaborava suas próprias anotações, resultando em uma multiplicidade de prontuários com informações diferentes, no entanto, complementares entre si, pois como já mencionado, referiam-se uma mesma pessoa.

No entanto, a origem do prontuário médico centrado no paciente (*patient-centered medical record*) ocorre efetivamente em 1907, quando a mesma Clínica *Mayo* opta por um registro individual para cada paciente, e não mais por médico. Ainda que preenchidos em ordem cronológica, esses documentos relacionados à enfermidade de determinada pessoa, a partir de então, passam a ser arquivados separadamente, o que facilitou a recuperação e o acesso às informações relacionadas a determinado paciente (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.638/2002 em seu Art 1º, define prontuário do paciente como:

[...] o 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. (BRASIL, 2002, p. 1).

Ainda de acordo com a resolução mencionada, independentemente do suporte no qual está registrado, no prontuário devem constar os seguintes itens:

- 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);
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- 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;
- 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 à assinatura e o respectivo número do CRM;
- 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.

Mediante o exposto, o prontuário do paciente pode ser entendido como um histórico hospitalar, em que são registradas todas as atividades executadas pela equipe de saúde e o hospital acerca de um determinado paciente, durante o período de atendimento.

Nesse sentido, Costa (2001, p. 4) ratifica ao afirmar que o “[...] prontuário do paciente consiste no agrupamento das anotações dessas informações”, ou seja, a reunião das informações fornecidas pelo paciente, ou por seus responsáveis legais ou ambos, juntamente com resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também chamado de prontuário do paciente ou ainda registro médico.

Desse modo, o prontuário médico refere-se a documentos de grande valor para o tratamento da doença, quando anotado corretamente, portanto, qualquer irregularidade no preenchimento pode ocasionar danos nocivos e irreparáveis para a saúde do paciente, comprometer a atividade profissional do médico ou até mesmo a instituição. Logo, registrar informações corretamente é dever de todos os profissionais da área de saúde.

Lunardelli e Molina (2010, p. 4) também ressaltam a importância dos prontuários, ao afirmarem que eles constituem-se em:

[...] documentos de extrema relevância, não somente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento prescrito nas enfermidades de cada paciente que é atendido, como também são consideradas importantes fontes de informação a respeito de determinada patologia, seu histórico, desenvolvimento, prescrições, curas ou medidas paliativas, entre outras especificidades que a caracterizam.

Diante do exposto é possível afirmar que o prontuário constitui-se em um documento no qual as informações nele registradas são de extraordinária importância, não só a respeito de patologias, mas também para o paciente, médico, equipe da saúde, pesquisa e para a instituição na qual o paciente teve assistência.

Com relação ao paciente, os dados registrados no prontuário, possibilitam o atendimento, o diagnóstico e o tratamento da patologia de forma mais rápida e eficiente. Representa também um instrumento de defesa, em caso de possíveis

prejuízos e irregularidades, ou ainda em caso de reivindicações de direitos perante o médico, o hospital e os poderes públicos.

Para o médico, um prontuário bem elaborado representa um instrumento de grande valia para o diagnóstico e o tratamento de doenças e possibilita o fornecimento de laudo mais seguro. Vale notar, que como o prontuário relata toda a atividade profissional desempenhada pelo médico e sua equipe, os quais prestaram serviços ao paciente pode, portanto, ser utilizado, caso seja necessário, como documentos de valor probatório de suas atividades profissionais.

Para a equipe da saúde, o prontuário do paciente funciona como um instrumento de intercomunicação, por meio do qual os profissionais se comunicam, visto que o mesmo prontuário fornece informações de cada especialidade pela qual o paciente foi atendido.

Desta forma, o prontuário do paciente pode ser considerado um fator de comunicação e integração entre a equipe de saúde e o médico, o que resulta na qualidade do atendimento prestado. “O prontuário é elaborado por diversos autores, que agem com autonomia profissional, porém com ações integradas.” (GALVÃO; RICARTE, 2012, p. 96).

Nesse contexto, Pinto (2006, p. 45) confirma a multidisciplinaridade do prontuário ao evidenciá-lo primeiramente como um documento único, pois as informações ali registradas pertencem a somente um paciente. Por outro lado, múltiplo em razão da diversidade de profissionais que nele registram as variadas e específicas informações, “[...] Na verdade, trata-se de uma documentação complexa e produzida pela equipe de saúde de uma organização de saúde [...]”

Em decorrência, ao submeter um paciente a um determinado tratamento, todos os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, possuem a responsabilidade de intervenção e atuação no quadro clínico do paciente assim como responsabilidade em relação às informações que integram o prontuário.

O hospital que possui os prontuários completos, bem elaborados e organizados, “[...] possibilita maior rotatividade de pacientes, reduz consideravelmente o uso indevido e repetido de serviços e equipamentos, otimizando os recursos disponíveis.” (LUNARDELLI; MOLINA, 2010, p. 75).

Complementando, Pinheiro Lobo (1999, p. 96), destaca que “[...] as anotações existentes são muito importantes para toda a instituição e podem dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência do cliente no hospital.”

Ainda em relação à instituição, Klück (1997, p. 4) afirma que o prontuário do paciente

[...] é o documento básico dentro de um Hospital permeando toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e atividade administrativa. É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de gerar conhecimento. Ele pode ser entendido como sendo a principal Base de Dados dentro de um Hospital, a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informações (SI) [...].

Como anteriormente mencionado, o prontuário é um documento único e de valor probatório, constitui-se em defesa legal, relacionadas a acusações e reivindicações, tanto para o paciente e a equipe médica como para o hospital. Nesse contexto, o prontuário constitui-se em um registro aceito como prova legal do ato médico e da sua equipe, uma vez que possibilita o fornecimento das informações a respeito do tratamento realizado, atestando a veracidade dos procedimentos em relação à pessoa assistida.

Pode ainda ser utilizado, como prova administrativa e financeira, de prestação de serviços e também como base para a elaboração do faturamento hospitalar, pois por meio deste, pode-se demonstrar todos os gastos realizados durante o período de internamento e atendimento do paciente.

Para o ensino e pesquisa o prontuário do paciente possibilita o conhecimento de inúmeros casos, com todas as variáveis antecedentes e consequentes da enfermidade. Possibilita o levantamento dos mais diversos dados estatísticos governamentais, como exemplo levantamento do número de cirurgias, transplantes, patologia que atinge com mais frequência determinada faixa etária, causas de óbitos, número de adoecidos por determinada epidemia (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

As informações do prontuário do paciente revestem-se de funções históricas, pois por intermédio dos registros pode-se obter informações a respeito dos aparelhos médicos, identificar a evolução da medicina, acompanhar a progressão de uma patologia com determinados medicamentos. Dessa forma, o prontuário constitui-se em uma considerável fonte geradora de conhecimentos.

3 PRONTUÁRIO COMO DOCUMENTO SIGILOSO

Documento sigiloso, segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística (2004, p. 70) é o documento “[...] que pela natureza de seu conteúdo sofre restrição de acesso.”

Nesse sentido, Galvão e Ricarte (2012, p. 97) destacam que “[...] todo ser humano tem direito à privacidade e a confidencialidade das informações relacionadas com a sua própria pessoa.”

Ainda segundo os mesmos autores (2012, p. 98):

[...] o direito à privacidade consiste na faculdade que tem cada indivíduo de obstar a intromissão de estranhos na sua vida privada e familiar, assim como de impedir-lhes acesso a informações ou divulgação de informações sobre área da manifestação existencial do ser humano.

Complementando, Galvão e Ricarte (2012) ainda evidenciam que as informações relacionadas à saúde de um paciente somente podem ser reveladas na relação profissional e somente o próprio paciente pode decidir a respeito da divulgação dessas informações.

Vale notar, que também o CFM na resolução nº 1997/2012 “[...] considera que o conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e pertencente ao paciente, é um documento amparado pelo sigilo profissional, respaldado pelo art. 5º, XIV da CF/88.”

Sendo assim, o prontuário do paciente possui a característica de documento sigiloso, pessoal, privado e confidencial, pois em seus registros constam informações pessoais do paciente, tais como: sua identificação completa, sexo, filiação, naturalidade e endereço, assim como, seus exames e os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico e tratamento. Nele estão registradas todas as informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços

prestados ao paciente, informações a respeito da sua saúde, e a sua intimidade física e mental.

Corroborando, Luiz (2003, p. 15) salienta que “[...] a conservação documental e as informações reveladas pelo paciente devem ser mantidas sob sigilo, exceto por iniciativa do interessado ou por determinação judicial (sob restrições), é de fundamental importância.” Sendo, portanto, proibida a divulgação das informações registradas no prontuário, pois sua revelação acarretaria danos a reputação, a honra e a vida privada do paciente ou dos seus familiares.

As informações registradas no prontuário, somente poderão ser disponibilizadas a terceiros, em situações em que o paciente for menor ou incapaz, neste caso, o acesso será permitido ao seu representante legal. Em caso de óbito, as informações devem ser disponibilizadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias, quando laudo, deverão constar: o diagnóstico, procedimento do médico e a *causa mortis*.

Também poderão ser disponibilizadas mediante a previsão legal, em razão do Estado utilizá-las, para a obtenção de dados para pesquisas relacionadas à saúde, porém a responsabilidade do uso indevido dessas informações sigilosas será de responsabilidade do pesquisador.

De acordo com essas premissas, outra pessoa que não o paciente ou um profissional ligado ao contexto hospitalar não pode ter acesso às informações dos prontuários, pois estes além de serem respaldados por lei federal são protegidos também pelo sigilo médico.

Vale ressaltar que o CFM mediante a Resolução Nº 1931/2009, capítulo IX artigo 73, dispõe a respeito do sigilo, assegurando oficialmente a privacidade do paciente “É vedado ao médico: 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.”

Observa-se, portanto, que o sigilo do médico, está relacionado não só ao seu testemunho, mas também aos anexos que compõem o prontuário: “[...] papeletas, boletins, folhas de rosto, evolução clínica e qualquer forma de anotação referente a evolução psicossocial–físico–clínico do referido paciente, que, antes de tudo, é um ser social.” (LUIZ, 2003, p. 15).

Em razão de constituírem-se em informações de natureza sigilosa, o acesso a elas, fica restrito a situações específicas regulamentadas por órgãos competentes.

Com base no exposto, constata-se que o conteúdo do prontuário não pode ser revelado sem a autorização do paciente, sob a pena de sanção, visto que o CFM na resolução 1997/2012, considera que o “[...] conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e pertencente ao paciente, é um documento amparado pelo sigilo profissional (art. 5º, XIV da CF/88).”

E ainda considera, na mesma resolução, que:

Os médicos, no exercício de seus misteres, se deparam com variadas situações que, se não existisse o sigilo profissional, inviabilizariam a sua profissão, posto que ninguém os procuraria por recear que informações pessoais fossem transmitidas a outrem, mesmo após a sua morte.

Nesse sentido, o Arquivo Nacional no Decreto nº 7.724 de 16 de maio 2012, artigo 3º considera em seus parágrafos IV e V.

IV - informação sigilosa - informação submetida temporariamente restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado, e aquelas abrangidas pelas demais hipóteses legais de sigilo; V - informação pessoal - informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável, relativa à intimidade, vida privada, honra e imagem;

Por ser passível de restrição em relação à natureza do assunto o prontuário do paciente caracteriza-se como um documento que em relação à sua expedição e tramitação obedecerão a prescrições e cuidados específicos.

4 ACESSO À INFORMAÇÃO E A LEI 12.527/11

A Lei nº 12.527/11 ou Lei de Acesso à Informação foi sancionada pela Presidente da República, Dilma Rousseff, em 18 de novembro de 2011, com o objetivo de atender aos movimentos sociais nacionais, que reivindicavam uma maior transparência na gestão pública, como também, acompanhar o cenário internacional, no qual a lei de acesso à informação já se consolidou.

Nesse sentido, Jardim (2012, p.6) ressalta que “[...] a Lei de Acesso à Informação [...] tem como diretrizes os princípios de publicidade máxima da administração pública, sendo o sigilo a exceção [...].” E complementa ainda que

Em 1988, a Constituição Federal garantiu à sociedade brasileira o direito à informação, um dos pilares básicos da democracia contemporânea. Trata-se de um direito civil, mas também político e social que acentua a importância jurídica assumida pela informação nas sociedades democrática. (JARDIM, 2012, p. 2).

O direito de acesso às informações, já estava previsto na Constituição Federal, como mencionado acima, especificamente no Capítulo I inciso XXXIII a respeito dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos o qual estabelece que

[...] 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).

A publicação da referida lei, constitui-se em um marcante e fundamental momento para a democracia brasileira, pois regulamenta constitucionalmente o direito de acesso às informações públicas, pelo cidadão, possibilitando uma participação mais efetiva da sociedade nas ações governamentais.

Elaborada em VI capítulos e 47 artigos dispostos como a seguir:

- Capítulo I – Disposições gerais;
- Capítulo II – Do acesso à informação e da sua divulgação;
- Capítulo III – Do procedimento de acesso à informação;
- Capítulo IV – Das restrições de acesso à informação;
- Capítulo V – Das responsabilidades;
- Capítulo VI – Disposições finais e transitórias.

Embora a lei n.º 12.527/11, - Lei de Acesso à Informação -, tenha sido criada com a finalidade de garantir o acesso às informações, em seu capítulo IV seção V,

restringe o acesso às informações sigilosas, somente às pessoas que necessitem conhecê-las como médicos, profissionais e estudantes da área da saúde, e delega a quem as usou, a obrigação do sigilo e a responsabilidade por seu uso indevido.

No entanto, no que se refere à proteção e o controle de informações sigilosas, o artigo 25 da seção III, estabelece que o regulamento disponha sobre procedimentos e medidas a serem adotados para o tratamento de informação sigilosa, de modo a protegê-la no que concerne a perda, alteração indevida, acesso, transmissão e divulgação não autorizados.

O CFM em sua resolução nº 1.997/2012 trata exclusivamente do prontuário do paciente, assegurando a tutela da intimidade, e preservando o sigilo de suas informações. No entanto, vale notar que o mesmo conselho aborda as informações de forma geral, pois se subentende tratar-se de informações específicas e tão somente relacionadas à área da saúde.

Verifica-se, portanto, que cada Conselho Regional de Medicina (CRM) elabora suas regulamentações de forma mais detalhada e de acordo com as especificações adequadas à sua realidade. Em razão dessa autonomia os Conselhos Regionais de Medicina abordam os assuntos pertinentes mais detalhadamente e de acordo com a suas necessidades.

A Lei de Acesso à Informação regulamenta e amplia de modo considerável o acesso do cidadão à informação, importando um novo paradigma em relação à transparência e controle da gestão pública.

Nos termos do art. 2º da referida Lei, apesar de ter como principais destinatários os órgãos da administração pública direta, algumas obrigações trazidas pela Lei também se estendem às entidades privadas sem fins lucrativos. Como já mencionado, foi editada amparada na Constituição Federal, especificamente do artigo 5º, inciso XXXIII, que garante o direito de todos obterem dos órgãos públicos informações de interesse pessoal, coletivo e geral e do artigo 37, inciso II, §3º, que estabelece a necessidade de lei para disciplinar a participação do usuário na administração pública, especificamente o acesso aos registros e atos do governo.

Assim, a Lei de Acesso à Informação surgiu como forma de facilitar o acesso aos atos governamentais, considerando como regra a publicidade das informações, no entanto, com restrições de acesso às informações passíveis de sigilo.

É importante observar que a Lei é omissa em relação à especificação do assunto, não menciona de forma clara, o que seria considerado público e o que poderia vir a ser sigiloso. Observa-se também que em nenhum momento há a determinação de inserção pormenorizada e individualizada de dados.

No entanto, com a finalidade de resguardar bens e interesses maiores, o art. 23 da Lei 12.527 prevê de forma taxativa as informações consideradas imprescindíveis à segurança da sociedade e do Estado, e, assim, podem ter o acesso limitado. As informações que não se enquadram nas hipóteses taxativas do supracitado artigo, poderão ser consideradas sigilosas, conforme estabelecido no artigo 31 seção V - Das Informações Pessoais.

Como exemplos de hipótese legal de sigilo ou de segredo de justiça, podemos citar os prontuários do paciente.

De modo sumário, importa salientar, que o CFM, na Resolução nº 1821/2007 coloca que as informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e sob a guarda da instituição que a gerou, que possui como obrigação manter o sigilo voltado a privacidade do cidadão. Propõe ainda que o paciente pode ter acesso às cópias do seu prontuário a qualquer momento, basta solicitar por escrito, pois é um direito do paciente que é regido pelo CFM como disposto na resolução nº 1.821 de 11 de julho de 2007 “[...] 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.”

Por fim, a Lei de Acesso à Informação vêm no mesmo sentido, visto que, embora e garanta o acesso ao direito à informação, estabelece limites, pois restringe o acesso aos documentos sigilosos referentes à honra e a imagem das pessoas, nos quais se inserem o prontuário do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A informação é essencial para a preservação da memória, reconstituição da história, para a obtenção de conhecimento e, sobretudo, para o desenvolvimento do ser humano. Vale lembrar que a informação, seja ela escrita, oral ou audiovisual, é o elemento básico para a produção e disseminação do conhecimento.

Nessa perspectiva, as informações geradas em Instituições da área da Saúde, mais especificamente aquelas registradas no prontuário do paciente, constituem-se, entre outros aspectos, em documentos de extrema importância, seja para a própria área médica, administrativa, jurídica ou acadêmica.

Vale lembrar que no prontuário estão inseridas todas as informações pessoais referentes aos cuidados médicos e serviços prestados ao paciente, caracterizando-se dessa forma em documento sigiloso e pessoal, pois em seus registros constam informações pessoais do paciente, tais como: sua identificação completa, sexo, filiação, naturalidade e endereço, assim como, seus exames e os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, segundo o CFM, as informações constantes no prontuário médico caracterizam-no como um documento estritamente sigiloso calcado em dados reveladores e restritos ao paciente e aos profissionais que lhe atendem e prestam o serviço de saúde.

Ao discorrer a respeito do caráter sigiloso de que se revestem as informações contidas no prontuário do paciente e a Lei de Acesso à Informação, observou-se que essa Lei, embora tenha sido criada com a finalidade de garantir o acesso às informações, em seu capítulo IV seção V, restringe o acesso às informações sigilosas, somente às pessoas que necessitem conhecê-las e responsabiliza a quem as usou, por seu uso indevido.

Em outros termos é possível afirmar que a referida Lei mantém as prescrições ditadas pelo CFM no quesito elaboração e disponibilização do prontuário do paciente, seguindo a mesma linha de raciocínio e de conduta.

Mediante o que foi exposto a respeito do prontuário, sua extrema importância como fonte de conhecimento e seu caráter sigiloso, verifica-se que, embora a Lei de Acesso à Informação garanta o acesso a diversas e muitas informações, ela assegura o sigilo às informações pessoais, nas quais se insere, as do prontuário do paciente

REFERÊNCIAS

ARQUIVO NACIONAL. **Subsídios para um dicionário brasileiro de terminologia Arquivística**. 2004. Disponível em:

<http://www.arquivonacional.gov.br/download/dic_term_arq.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Legislação arquivística brasileira**. 2012. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/media/legarquivos_dez_2012_pdf.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2013.

BARRETO, A. A. A estrutura do texto e a transferência da informação. **DataGramaZero**: Revista de Ciência da Informação, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/jun05/F_I_art.htm>. Acesso em: 29 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 12 jan. 2013.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 4 mar. 2013.

_____. Decreto Nº 7.724, de 16 de maio de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 de maio 2012., Seção 1, Edição Extra.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1997 de 16 de agosto de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 ago. 2012. Seção I, p. 149.

_____. Resolução Nº 1931 de 13 de outubro de 2009, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 de out. 2009 Seção I, p.173.

_____. Resolução Nº 1.821/07 de 23 de novembro de 2007, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 de nov. 2007 Seção I, p.252.

COSTA, C. G. A. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2001. Disponível em:

<http://www.uel.br/projetos/oicr/pages/arquivos/Dissertacao_Claudio_Giulliano_PEP.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

JARDIM, J. M. A Lei de acesso à informação pública: dimensões político-informacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB, 13., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ENANCIB, 2012. p. 1-21. Disponível em: <<http://www.enancib2012.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

KLUCK, S. M. **A gestão da informação em um hospital universitário: em busca da definição do conteúdo do “prontuário essencial” do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).** 1996. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

KOBASHI, N. Y.; TÁLAMO, M. F. G. M. Informação: fenômeno e objeto de estudo da sociedade contemporânea. **Transinformação**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 7-21, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

LUIZ, A. M. C. **Prontuário médico - prontuário eletrônico: documento de ajuda ou condenação? Prova verossímil de defesa?** 2003. Trabalho Acadêmico (Pós-Graduação) – Centro de Estudos e Pesquisa no Ensino do Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO R. S. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p.1-20.

MOLINA, L. G.; LUNARDELLI, R. S. A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 68-84, jan. /jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/4764/5879>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

PINHEIRO, R.; LOBO, A. J. B. **A importância do prontuário do paciente.** UNIVEN. Disponível em: <<http://www.univen.edu.br/>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de Informação e comunicação do domínio da saúde. **Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 34-48, 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/147/14702104.pdf>>. Acesso: 4 fev. 2013.

SILVA, F. G.; NETO, J. T. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 113-126. maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0100-550220070002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2013.

VENTURA, C. A. A. Direito. In: GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 95-109.