



## PARECER CJ 31/2008

**SOBRE: OBRIGATORIEDADE DE ENVIO DE TODO O PROCESSO INDIVIDUAL DO CLIENTE, SOB RESPONSABILIDADE DO AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA, NA TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES DE SAÚDE**

### 1 - A questão colocada

O membro *supra* identificado expõe à Ordem dos Enfermeiros a sua dúvida:

«Na unidade de saúde onde trabalho, (...) sempre que um doente sofre qualquer agudização do seu estado de saúde que obriga a ter de recorrer a outra unidade para observação e tratamento, é norma de boa prática o envio de uma carta de enfermagem onde se registam os antecedentes pessoais, sinais vitais, terapêutica do utente e situação que desencadeou a necessidade de cuidados diferenciados e/ou referência a outra unidade de saúde(...) importa esclarecer que o enfermeiro não se pode ausentar da unidade de cuidados de saúde continuados e é a auxiliar de acção médica quem acompanha o doente até e só apenas ao Centro de Saúde em viatura própria da Santa Casa da Misericórdia, fazendo-se acompanhar do processo do utente (médico, fisioterapia e social, excepto o de enfermagem, pois a carta acompanha o utente). Em paralelo e simultaneamente ao dever de informar, situa-se o dever de sigilo inerente aos registos de enfermagem, pois além do risco da confidencialidade ser comprometida, o risco de extravio dos registos é acrescido (...) a mesa administrativa emitiu um comunicado interno a todos os enfermeiros para que estes enviassem o processo integral ao Centro de Saúde (...) foi-me comunicado via telefone a respectiva directiva interna (...) onde me insurji contrariamente e refiro à senhora mesária e vice-presidente da instituição ir solicitar parecer, tendo sido imposto a obrigatoriedade do envio do processo na íntegra feito por um auxiliar de acção médica.»

Solicita parecer com vista à adopção da prática mais correcta.

### 2 – Fundamentação

**2.1-** O processo clínico das pessoas internadas contém toda a informação/historial de doença do mesmo. Essa informação deve estar acessível para consulta total e imediata pelos elementos da equipa multidisciplinar que em qualquer altura no decurso da situação de doença do cliente, tenham necessidade de a consultar e de a utilizar por forma a procurarem estabelecer um modelo de tratamento, tendo em vista e na medida do possível a sua desejável recuperação. Assim, todos esses dados devem ser “utilizados” por toda a equipa terapêutica, a qual deverá preservar o máximo de cuidado ao nível da acessibilidade à informação escrita no mesmo. Importa no entanto ter presente uma questão, que não sendo assumidamente determinante não deixa de merecer ser reflectida – a quem pertence afinal toda a informação clínica contida no processo de cada utente?

**2.2** – A Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, veio regulamentar esta área cada vez mais importante e complexa - a da segurança e pertença dos dados clínicos do utente. Assim, e no seu Artigo 3º, referente à “**Propriedade da informação de saúde**”, o n.º 1 fundamenta que «A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei».

**2.3** – As pessoas têm direito a «tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado», como enuncia o n.º 2 do Artigo 3º da referida Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro.



**2.4** - Mesmo que à partida a partilha dessa informação tenha sempre inequivocamente como fim o benefício do cliente, o mesmo, por direito, deverá estar informado e capacitado para poder decidir se os dados relativos à sua informação clínica deverão ser facultados a outrem e de que forma, considerando-se como boa prática a aplicação do consentimento informado em saúde.

**2.5** – Outra questão, no entanto, se coloca e foi a mesma pelo membro igualmente solicitada para devido esclarecimento: por quem, de que forma e como deve ser tratado o historial clínico do utente? No Artigo 4º, da mesma Lei n.º 12/2005, e no que concerne ao “**Tratamento da informação de saúde**”, no seu n.º 1, é esclarecido que «Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade (...) bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais». No mesmo Artigo, o n.º 2 reporta que «As unidades do sistema de saúde devem impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos (...) cumprindo as exigências estabelecidas pela legislação que regula a protecção de dados pessoais (...)».

**2.6** - Relativamente à questão do processo individual, enquanto historial completo da situação clínica, poder ou não sair da instituição responsável pela sua “guarda”, tal pode ser analisado de duas formas distintas: a questão da responsabilidade e sigilo de quem o transporta e a quem ele o faculte e o risco de todos os dados nele contidos se poderem perder irremediavelmente, por qualquer situação de furto, acidente, perda ou outrem. O cuidado na circulação de informação clínica assenta no respeito do dever de sigilo a que se encontram obrigados os profissionais de saúde. O enfermeiro está comprometido ao dever de sigilo o qual está consignado nos termos do Artigo 85º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Artigo este integrante do Código Deontológico do Enfermeiro), onde, na alínea b), se prescreve que o enfermeiro deve apenas «partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...)». Tal atitude fundamenta-se no sentido de proteger a intimidade e a privacidade do cliente, assim como a relação de confiança entre este e o enfermeiro.

**2.7** - A defesa do sigilo profissional é um direito do cliente e um dever do enfermeiro, mas tenhamos igualmente presente que o segredo profissional e o direito das pessoas à sua preservação abrangem toda a equipa multidisciplinar. Quando o enfermeiro fornecer informação de saúde de uma pessoa ao seu cuidado a outro profissional, deve fazê-lo na garantia de que o segredo da informação se mantém.

**2.8** - A responsabilidade de guardar sigilo e preservar toda a informação relativa ao historial clínico de cada cliente começa, logo, na preparação do processo e não se esgota no fim. Assim, a quem couber acompanhá-lo, sempre que o mesmo tenha de se deslocar a outra instituição de saúde ao longo do seu processo/percurso de tratamento, está comprometido ao dever do sigilo em tudo o que reportar aos dados contidos nos documentos que sejam relevantes em termos de informação clínica, sejam eles um simples documento com o resumo do historial do cliente ou todo o seu processo clínico. Da mesma forma deverá preservar em segurança toda essa informação escrita.

### **3 – Conclusão**

Tendo em atenção o exposto, o Conselho Jurisdicional é de parecer que:

**3.1** - Tendo em conta a protecção da informação de saúde dos cidadãos, a circulação desta informação deve resumir-se ao estritamente indispensável para o cuidado de saúde a realizar.

**3.2** - Desejavelmente, e no respeito pela autonomia e poder de decisão de cada cliente, este deverá ser previamente informado e consultado relativamente à necessidade de partilha da sua informação. O enfermeiro,



## CONSELHO JURISDICIONAL

---

responsável pela informação de Enfermagem contida no processo clínico, deverá decidir em cada caso concreto, qual a informação a fornecer aos outros profissionais de saúde.

**3.3** - Cada organização de saúde deverá criar, normas específicas de circulação da informação em saúde, no respeito pelos direitos das pessoas internadas e pelos deveres dos enfermeiros.

Foi relator António Malha

Votado em reunião plenária de 6 de Outubro de 2008.

Pe! O Conselho Jurisdicional

Enf.º Sérgio Deodato  
(presidente)